



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LIDIANE NOGUEIRA REBOUÇAS

**CONHECIMENTO, SATISFAÇÃO E SEGURANÇA À SAÚDE DE USUÁRIAS DE
IMPLANTE SUBCUTÂNEO COM ETONOGESTREL**

**FORTALEZA
2015**

LIDIANE NOGUEIRA REBOUÇAS

**CONHECIMENTO, SATISFAÇÃO E SEGURANÇA À SAÚDE DE USUÁRIAS DE
IMPLANTE SUBCUTÂNEO COM ETONOGESTREL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Escolástica Rejane
Ferreira Moura

**FORTALEZA
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- R24c Rebouças, Lidiane Nogueira.
 Conhecimento, satisfação e segurança à saúde de usuárias de implante subcutâneo com etonogestrel. / Lidiane Nogueira Rebouças. – 2015.
 106 f.: il., enc.; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Centro de Ciências da Saúde; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2015.
 Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
 Orientação: Profa. Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura.
1. Anticoncepcionais. 2. Satisfação do Paciente. 3. Conhecimento do Paciente sobre a Medicação. I. Título.

LIDIANE NOGUEIRA REBOUÇAS

**CONHECIMENTO, SATISFAÇÃO E SEGURANÇA À SAÚDE DE USUÁRIAS DE
IMPLANTE SUBCUTÂNEO COM ETONOGESTREL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 01/04/2015

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Escolástica Rejane Ferreira Moura (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^ª Dr^ª Mônica Oliveira Batista Oriá
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof^ª Dr^ª Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

A Deus pela vida;

À minha mãe, Maria Auxiliadora Nogueira
Rebouças, meu alicerce e minha força de todas
as horas;

À Profª Drª Escolástica Rejane Ferreira Moura
pela grande mestra que é tanto na profissão
quanto na vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida, por renovar minha fé a cada momento e por me conceder mais uma vitória.

Aos meus pais, Maria Auxiliadora Nogueira Rebouças e José Maria Félix Rebouças, pelo esforço e suor derramado ao longo dos anos para proporcionar uma boa educação aos filhos e pelo incentivo e apoio incondicional em todos os momentos da minha vida.

Aos meus irmãos, Luciana Nogueira Rebouças e Luiz Eduardo Nogueira Rebouças, pelo carinho e incentivo para que eu cresça mais e mais na minha trajetória profissional e acadêmica.

Ao meu namorado, Lincoln Calixto Mateus, pelo carinho, companheirismo, incentivo e apoio aos meus estudos, por me valorizar e me fazer acreditar que posso ir cada vez mais longe.

À Liana Mara Rocha Teles, amiga de trabalho, de estudos e de vida, que foi meu espelho para entrar na pós-graduação da UFC, fornecendo todo o apoio e incentivo que eu precisava.

À minha amiga Andrezza Alves Dias pela parceria, amizade, troca de experiências e conhecimentos, seguindo sempre ao meu lado nessa caminhada de pós-graduação. Tenho certeza que eu não poderia ter dupla melhor.

À minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Escolástica Rejane Ferreira Moura, pelos ensinamentos profissionais e acima de tudo, de fé e vida, proporcionando sempre a paz que eu tanto necessitava, sendo a mão de Deus nessa minha caminhada rumo ao título.

Aos membros da banca examinadora, Prof^ª Dr^ª Mônica Oliveira Batista Oriá, Prof. Dr. Paulo César de Almeida e Prof^ª Dr^ª Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente, pela disponibilidade de tempo e valiosas contribuições para enriquecer esta dissertação.

Aos gestores da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (2ª CRES-Caucaia) pela autorização da pesquisa, considerando-a relevante para o fortalecimento da saúde pública. Em especial ao Ângelo Luis Leite Nobrega, grande exemplo de gestor e de comprometimento com a saúde pública, ao qual serei sempre grata pelos ensinamentos na área da gestão e do SUS.

Às participantes da pesquisa que foram peças chave para o alcance dos objetivos propostos e sem as quais o estudo não teria sido realizado.

Aos membros do Grupo de Estudos Enfermagem em Saúde Sexual e Reprodutiva (Gessare) pelo maravilhoso acolhimento a mim dispensado, pelos momentos de discussões enriquecedoras, pela promoção de pesquisas de qualidade técnica e científica e pelo incentivo de todas as horas.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará pelos valiosos ensinamentos ao longo dos anos de estudo, proporcionando ensino de qualidade e desafiador.

À Prefeitura Municipal de São Gonçalo do Amarante pela minha liberação para estudos, demonstrando sensibilidade ao crescimento e melhoria de seus profissionais, em busca de um SUS que todos queremos.

Enfim, a todos, que direta ou indiretamente estiveram presentes nessa minha caminhada e contribuíram para essa vitória, meus sinceros agradecimentos.

“Ó Mestre, fazei que eu procure mais
consolar, que ser consolado;
compreender, que ser compreendido;
amar, que ser amado.
Pois é dando que se recebe,
é perdoando que se é perdoado...”.

Oração de São Francisco de Assis

RESUMO

Pesquisa transversal, que teve por objetivo realizar diagnóstico situacional do uso do implante subcutâneo com etonogestrel (*Implanon*®) na perspectiva do conhecimento, satisfação e segurança à saúde das usuárias. A população correspondeu às usuárias de *Implanon*® (N=181) da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará e a amostra tipo censo correspondeu a 106 sujeitos. Os dados foram coletados de março a novembro de 2014, por meio de entrevistas. Foram processados no *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, receberam análise estatística descritiva e bivariada (testes de Razão de Verossimilhança e de χ^2), considerando significância estatística das diferenças entre proporções $p < 0,05$. A média de idade das participantes foi de $31,32 \pm 6,18$ anos e de anos de estudos $11,83 \pm 3,74$ anos; 77,4% declararam-se casadas ou em união estável. Predominou renda *per capita* de “mais de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ salário mínimo” (40,6%). O conhecimento sobre o *Implanon*® apresentou maiores proporções nos itens “não previne DST/HIV/aids” (95,3%), reversibilidade (93,4%), eficácia (91,5%), tempo adequado para troca do método (91,5%) e mecanismo de ação (83,0%). Constatou-se associação entre conhecimento sobre tempo para troca do *Implanon*® e municípios ($p=0,016$), em que os municípios 1 (28,0%) e 2 (17,6%) apresentaram maiores proporções de conhecimento inadequado; quanto à reversibilidade do *Implanon*® ($p=0,051$) e o método não prevenir DST/HIV/aids ($p=0,030$), o município 1 apresentou maior proporção de conhecimento inadequado, ou seja, 20,0% e 16,0%, respectivamente. Anos de estudos influenciou o conhecimento sobre o tempo adequado para a troca do método ($p=0,015$). Predominou o conhecimento sobre as alterações menstruais (72,6%). Município e anos de estudos influenciaram o nível de conhecimento sobre as alterações sistêmicas ($p=0,016$ e $p=0,040$, respectivamente), com o município 1 apresentando maior proporção de ausência deste conhecimento (24,0%) e 80% das usuárias de até 5 anos de estudos apresentaram ausência deste conhecimento. Sobre as complicações todos os itens prevaleceram “sem conhecimento”, com maior conhecimento quanto ao sangramento abundante (35,8%) e cefaleia intensa (34,0%). Município influenciou o conhecimento sobre a complicação sangramento abundante ($p=0,012$), com o município 2 apresentando maior percentual de desconhecimento (94,1%); acerca da infecção no local da inserção ($p=0,024$), os municípios 3, 4 e 1, apresentaram os maiores percentuais de desconhecimento (97,7%; 96,0%; e 90,9% respectivamente). A ausência de conhecimento sobre cefaleia intensa teve associação com anos de estudos ($p=0,015$), com os maiores percentuais de ausência de conhecimento recaindo sobre menos anos de estudos. Tempo de uso do método não

influenciou o conhecimento. A maioria das participantes (71,7%) mostrou-se muito satisfeita, verificando-se associação entre satisfação e maior tempo de uso do *Implanon*® ($p < 0,0001$). Repercussões incisórias acometeram 15,1% das participantes e não houve associação com município, tempo de uso do *Implanon*® e anos de estudos ($p > 0,05$). Todas as usuárias apresentaram pelo menos um efeito adverso, predominando a amenorreia (74,5%). Complicações acometeram 27,4% das participantes, predominando o sangramento abundante (17,9%). Quanto à segurança à saúde, 74,5% das usuárias do *Implanon*® estavam nas categorias 1 e 2 dos critérios médicos de elegibilidade para uso de anticoncepcionais, 25,5% na categoria 3 e nenhuma na categoria 4.

Palavras-chave: Conhecimento; satisfação do paciente; segurança; *Implanon*®.

ABSTRACT

Cross-sectional study aimed to conduct a situational diagnosis of the use of etonogestrel subcutaneous implant (Implanon®) in the perspective of knowledge, satisfaction, and safety to the health of female users. The population comprised the female users of Implanon® (n=181) from the 2nd Local Health Coordination of the Ceará State, Brazil, and the census sampling method accounted for 106 individuals. Data collection took place through interviews from March to November 2014. Data analysis occurred through the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software version 20.0, and received descriptive statistics and bivariate analysis (Likelihood Ratio and Chi-square tests), considering statistical significance of differences among proportions $p < 0.05$. Average age of participants was 31.32 ± 6.18 years and average years of education were 11.83 ± 3.74 . 77.4% of them reported being married or in stable relationship. Per capita income from “over ¼ to ½ minimum wage” (40.6%) prevailed. Knowledge about Implanon® presented higher proportions in items “does not prevent STD/HIV/AIDS” (95.3%), reversibility (93.4%), efficiency (91.5%), adequate time for changing method (91.5%), and mechanism of action (83.0%). We verified association between knowledge of adequate time for changing Implanon® and municipalities ($p=0.016$), in which municipalities 1 (28.0%) and 2 (17.6%) showed higher inadequate proportions of knowledge. Regarding reversibility of Implanon® ($p=0.051$) and the method does not prevent STD/HIV/AIDS ($p=0.030$), municipality 1 presented higher proportion of inadequate knowledge, 20.0% and 16.0%, respectively. Years of education influenced knowledge about adequate time for changing method ($p=0.015$). There was a predominant knowledge about menstrual alterations (72.6%). Municipality and years of education influenced the level of knowledge about systemic changes ($p=0.016$ and $p=0.040$, respectively), in which municipality 1 had a higher proportion of ignorance (24.0%) and 80% of users with up to 5 years of study did not have this knowledge. About complications, “lack of knowledge” prevailed in all items, with greater knowledge of profuse bleeding (35.8%) and severe headache (34.0%). Municipality influenced the knowledge of profuse bleeding complications ($p=0.012$), with municipality 2 presenting greater percentage of ignorance (94.1%); as for infection at the insertion site ($p=0.024$), municipalities 3, 4 and 1 had the highest percentage of ignorance (97.7%, 96.0% and 90.9%, respectively). Lack of knowledge about severe headache was associated with years of education ($p=0.015$), with the highest

percentages of ignorance among those with fewer years of study. Time of method use did not influence knowledge. Most participants (71.7%) proved to be very satisfied, revealing an association between satisfaction and longer use of Implanon® ($p < 0.0001$). Incisional complications affected 15.1% of participants and had no association with municipality, time of Implanon® use, and years of study ($p > 0.05$). All users demonstrated at least one adverse effect, predominantly amenorrhea (74.5%). Complications affected 27.4% of participants, with special reference to profuse bleeding (17.9%). With relation to health safety, 74.5% of Implanon® users belonged to categories 1 and 2 of the medical eligibility criteria for contraceptive use, 25.5% to category 3, and no one to category 4.

Keywords: Knowledge; Patient Satisfaction; Safety; Implanon®.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 –	Repercussões clínicas ao uso do <i>Implanon</i> ® e razões para remoção/efeitos colaterais.....	26
Quadro 2 –	Repercussões incisionais do <i>Implanon</i> ®.....	38
Quadro 3 –	Conhecimento de usuárias de <i>Implanon</i> ® com relação ao método.....	40
Quadro 4 –	Satisfação das usuárias quanto ao uso do <i>Implanon</i> ®.....	42
Quadro 5 –	Distribuição de usuárias de implante cadastradas nos municípios da 2ª. CRES e usuárias entrevistadas segundo os municípios. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde, mar.-nov. 2014.....	47
Figura 1 –	Mapa com os municípios da região da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES).....	45
Figura 2 –	Fluxograma da coleta de dados.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	52
Tabela 2 –	Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® quanto ao perfil reprodutivo. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	55
Tabela 3 –	Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® segundo características do método. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	56
Tabela 4 –	Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® segundo o conhecimento inadequado sobre o método e municípios. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	59
Tabela 5 –	Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® segundo o conhecimento inadequado sobre o método e ao tempo de uso. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	60
Tabela 6 –	Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® segundo o conhecimento inadequado sobre o método e anos de estudo. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	61
Tabela 7 –	Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® segundo o nível de conhecimento sobre os efeitos adversos associados ao uso do método. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	62
Tabela 8 –	Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® segundo ausência de conhecimento sobre efeitos adversos do método e municípios. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	63
Tabela 9 –	Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® segundo ausência de conhecimento sobre efeitos adversos do método e tempo de uso. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	64
Tabela 10 –	Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® segundo ausência de conhecimento sobre efeitos adversos do método e anos de estudo. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	64
Tabela 11 –	Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® segundo o nível de conhecimento sobre complicações ou sinais de alerta associados ao uso do método. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	66

Tabela 12 – Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® segundo ausência de conhecimento sobre complicações ou sinais de alerta associados ao uso do método e municípios. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	67
Tabela 13 – Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® segundo o nível de conhecimento sobre complicações ou sinais de alerta associados ao uso do método e ao tempo de uso. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	68
Tabela 14 – Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® segundo ausência de conhecimento sobre complicações ou sinais de alerta associados ao uso do método e anos de estudo. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	69
Tabela 15 – Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® segundo o nível de satisfação com relação ao uso do método. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	70
Tabela 16 – Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® segundo satisfação e municípios. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	71
Tabela 17 – Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® segundo satisfação e tempo de uso. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	72
Tabela 18 – Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® segundo satisfação com o método e anos de estudo. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	73
Tabela 19 – Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® conforme repercussões incisionais e clínicas. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	74
Tabela 20 – Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® segundo repercussões incisionais e municípios, tempo de uso do <i>Implanon</i> ® e anos de estudos das usuárias. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	76
Tabela 21 – Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® segundo os critérios médicos de elegibilidade para uso de anticoncepcionais. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	80
Tabela 22 – Distribuição do número de usuárias de <i>Implanon</i> ® segundo os critérios médicos de elegibilidade para uso de anticoncepcionais e municípios. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ALT	Alanina Aminotransferase
AMP	Acetato de medroxiprogesterona
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AOC	Anticoncepcional oral combinado de baixa dosagem
AST	Aspartato Aminotransferase
Hb	Hemoglobina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CA	Circunferência Abdominal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIR	Comissão Intergestor Regional
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
CRLD	Contraceptivo Reversível de Longa Duração
CT	Colesterol Total
DIU	Dispositivo Intrauterino
DIU-LNG	Dispositivo Intrauterino de Levonogestrel
DMO	Densidade Mineral Óssea
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ENG	Implante de Etonogestrel
ESP-CE	Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará
EP	Embolismo Pulmonar
ESF	Estratégia Saúde da Família
EVA	Etilenovinilacetato
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
Febrasgo	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
HDL-C	Lipoproteína de alta densidade de colesterol
HGCC	Hospital Geral Dr. César Cals
HMW	Adiponectina de alto peso molecular
IL	Interleucina
IMC	Índice de massa corporal
LDL-C	Lipoproteína de baixa densidade de colesterol
LES	Lúpus eritematoso sistêmico

MAC	Método anticoncepcional
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MIF	Mulheres em idade fértil
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
PCR	Proteína C reativa
PF	Planejamento Familiar
POP	Procedimento Operacional Padrão
RI	Revisão Integrativa
SESA-CE	Secretaria Estadual da Saúde do Ceará
SM	Síndrome metabólica
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TG	Triglicérides
TGO	Transaminase glutâmico oxalacética
TGP	Transaminase glutâmico pirúvica
TNF-alfa	Fator de necrose tumoral
TVP	Trombose Venosa Profunda
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
ul	Microlitro
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVOS.....	23
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	24
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	44
4.1	Tipo de pesquisa.....	44
4.2	Local da pesquisa.....	44
4.3	População e amostra.....	46
4.4	Coleta de dados.....	47
4.5	Análise dos dados.....	49
4.6	Aspectos éticos.....	50
4.7	Financiamento.....	51
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
5.1	Perfil demográfico, socioeconômico e reprodutivo de usuárias de <i>Implanon</i>®.....	52
5.2	Conhecimento de usuárias de <i>Implanon</i>® sobre o método, efeitos adversos e complicações ou sinais de alerta.....	56
5.3	Satisfação de usuárias de <i>Implanon</i>® sobre o método.....	70
5.4	Repercussões incisionais e clínicas de usuárias de <i>Implanon</i>®.....	73
5.5	Segurança clínica à saúde da usuária.....	79
6	CONCLUSÕES.....	83
	REFERÊNCIAS.....	86
	APÊNDICE A – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.....	96
	APÊNDICE B -- PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) PARA COLETA DE DADOS.....	97
	APÊNDICE C – FORMULÁRIO PARA COLETA DOS DADOS	99
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	101
	APÊNDICE E – ORÇAMENTO DETALHADO.....	102
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP).....	103

1 INTRODUÇÃO

O implante subcutâneo é um método anticoncepcional (MAC) formado por pequenas cápsulas ou hastes flexíveis que, ao serem implantadas no tecido subcutâneo da parte interna do antebraço liberam, diariamente, na corrente sanguínea, discreta quantidade de hormônio derivado da progesterona e com características semelhantes às deste hormônio natural feminino (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS, 2007).

Há os implantes subcutâneos que contêm levonorgestrel (*Norplant*® e *Norplant 2*®), acetato de nomegestrol (*Uniplant*®), nesterone ou elcometrina (*Elmetrin*®), e os que contêm etonogestrel (3-keto-desogestrel) (*Implanon*®) (BRASIL, 2010). No entanto, esse último é o único utilizado no Brasil, aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e disponibilizado para uso comercial, no país, desde o ano 2000. Este também é extensivamente utilizado nos Estados Unidos, Austrália, Indonésia, Países Baixos e em outros 30 países (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO, 2010). Nesse contexto, delimitou-se, como foco para esta pesquisa, o implante subcutâneo com etonogestrel (*Implanon*®).

O *Implanon*® contém 68mg de etonogestrel cristalino em um transportador de etilenovinilacetato (EVA) em forma de bastonete de silicone polimerizado, medindo 4 cm de comprimento e 2 mm de diâmetro (BRASIL, 2010). Além disso, apresenta uma taxa de absorção em torno de 60 mcg/dia após 12 semanas de implantação. Ao final do segundo ano de uso, diminui, lentamente, para 30mcg/dia. Vale ressaltar que a biodisponibilidade (quantidade de medicação que atinge a circulação sistêmica) mantém-se constante ao longo desse período, não ocorrendo acumulação de etonogestrel (HUBER; WENZL, 1998).

A eficácia de um MAC é verificada pelo índice de Pearl, expresso pela taxa de falhas do método (MANSOUR; INKI; DANIELSSON-GEMZELL, 2010). A taxa de falha é calculada com base no número de gravidezes entre usuárias de determinado método a cada 100 mulheres, no primeiro ano de uso, ou seja, n° total de falhas em 12 meses/n° total de meses de exposição x 100 mulheres (MANSOUR; INKI; DANIELSSON-GEMZELL, 2010). Assim, a eficácia do implante subcutâneo é elevada, com um índice de Pearl menor que 1 (BRASIL, 2010).

Uma revisão dos estudos com *Implanon*®, publicada em 1998, identificou ausência de gravidezes dentre 1.716 mulheres que usaram o implante por um período entre

dois e cinco anos (Índice de Pearl = 0.0), com intervalo de confiança (IC) = 95% (IC = 0.00-0.09) (CROXATTO; MAKARAINEN, 1998).

Além dos benefícios contraceptivos, o implante com etonogestrel previne a gravidez ectópica e pode ser usado como coadjuvante no tratamento da dismenorreia (ORSHAN *et al.*, 2010). É um método que não afeta, significativamente, a densidade mineral óssea, perfil lipídico e das enzimas hepáticas (HOHMANN; CREININ, 2007).

O aconselhamento pré-inserção do implante é fundamental para ajudar as mulheres a decidirem se este método é apropriado para suas necessidades (FISCHER, 2008). Portanto, o aconselhamento deve proporcionar a suposta usuária um aprendizado global sobre o método, propiciando a autonomia desta ao lidar com o MAC na pós-inserção, ampliando as chances de aceitação e de continuidade de uso. Compete ao enfermeiro, após consultar a decisão livre e informada da usuária para a inserção do implante, encaminhá-la ao procedimento.

De acordo com a Secretaria Estadual da Saúde do Ceará (SESA-CE) a aceitação ao implante é maior entre as mulheres do interior do Estado em relação as da capital, formando-se listas de espera para inserção em alguns municípios (CEARÁ, 2011).

Quanto à continuidade de uso, estudo realizado em Granada, na Espanha, com 372 mulheres, constatou uma taxa de continuidade de uso de 91% no primeiro ano - entre as 356 (95,7%) mulheres acompanhadas por três anos após inserção do implante -, de 74,7% no segundo ano e de 65,1% em 2 anos e 9 meses de uso (ARRIBAS-MIR *et al.*, 2009).

Os profissionais de saúde, em particular o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF), desempenham importante papel na promoção da saúde, pois são responsáveis pela orientação do planejamento familiar e também pelo manejo dos MACs, incluindo o implante subcutâneo. O enfermeiro vivencia essa área do cuidado no cotidiano profissional, criando oportunidades para o fortalecimento do vínculo dessas mulheres com o sistema local de saúde, gerando confiança por parte destas com relação à equipe de saúde. Portanto, neste cenário de promoção da saúde, a ESF é o cenário no qual o implante é oferecido, devendo priorizar a autonomia da mulher e/ou do casal em sua escolha contraceptiva.

A promoção da saúde, segundo a Carta de Ottawa, constitui um processo de capacitação do indivíduo e do coletivo para melhoria da qualidade de vida, para que se torne participante significativo no controle desse processo, contribuindo para melhoria das condições de saúde e contemplando aspirações e necessidades (BRASIL, 2002). Assim, busca-se que a mulher consiga um bem-estar global como resultado de sua participação e de seu protagonismo em corresponsabilidade com o setor saúde.

Nesse sentido, os implantes devem ser inseridos por profissionais devidamente treinados, seguindo técnica de assepsia adequada e bloqueio anestésico local. A inserção é feita no subcutâneo da face interna do braço, no esquerdo das mulheres destras e no direito das canhotas, a cerca de quatro dedos transversos acima da prega do cotovelo, para evitar, ao máximo, traumas no local da inserção (BRASIL, 2010).

O mecanismo de ação do implante subcutâneo consiste em provocar o espessamento do muco cervical, impedindo que os espermatozoides alcancem o óvulo, bem como promove a interrupção do ciclo menstrual, impossibilitando a ovulação (OMS, 2007). A maioria das usuárias de implante apresenta endométrio inativo ou fracamente proliferativo, não sendo detectada atrofia, hiperplasia, neoplasia ou câncer do endométrio (BRASIL, 2010).

Contudo, um método anticoncepcional pode trazer riscos à saúde do usuário, e esse potencial de risco representa uma ameaça à segurança do mesmo, devendo esta ser avaliada através dos efeitos colaterais e das complicações ocasionadas pelo uso do método. Assim, quando a segurança é elevada, menor será a possibilidade de ocorrer problemas à saúde do usuário (FEBRASGO, 2010).

Quanto à indicação de uso do método, recomenda-se a aplicação dos “Critérios Médicos de Elegibilidade para o uso de Métodos Anticoncepcionais”, os quais se baseiam em informações clínicas e epidemiológicas para o uso de métodos de forma segura e eficaz. Esses critérios reúnem práticas selecionadas de uso dos MACs, em quatro categorias: o método pode ser usado sem restrições (categoria 1); o método pode ser usado com restrições – as vantagens geralmente superam os riscos possíveis ou comprovados (categoria 2); riscos possíveis ou comprovados geralmente superam as vantagens do uso do método (categoria 3); o método não deve ser usado – risco inaceitável à saúde (categoria 4) (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2009)

Há uma grande preocupação diante da necessidade de um acompanhamento rigoroso da usuária de MACs classificada na categoria 3 por profissionais treinados e habilitados nessa área do cuidado, porque esses nem sempre estão disponíveis nos serviços de planejamento familiar. A WHO (2009) recomenda que essa categoria seja interpretada igualmente à categoria 4. Essa é também a decisão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, considera-se categorias 3 e 4 na elegibilidade do implante subcutâneo: amamentação com menos de seis semanas pós parto (categoria 3); trombose venosa profunda (TVP)/embolismo pulmonar (EP) aguda (categoria 3); cardiopatia isquêmica (categoria 3, na continuação do método); história de acidente vascular cerebral (categoria 3, na continuação do método); lúpus eritematoso sistêmico (LES) (categoria 3), se houver

anticorpos antifosfolípidos positivos (ou valor desconhecido); cefaleia, em situações de enxaqueca com aura em qualquer idade (categoria 3, na continuação do método); hemorragia vaginal de etiologia desconhecida, suspeita de uma doença grave (categoria 3); câncer de mama (categoria 4, se for atual e categoria 3, se for passado e sem evidência de doença ativa por 5 anos); cirrose grave descompensada (categoria 3); tumores de fígado benigno com adenoma hepatocelular (categoria 3) e tumor de fígado maligno ou hepatoma (categoria 3) (WHO, 2009).

Os referidos critérios estão na quarta edição (a primeira foi em 1994), resultante de revisão coordenada pela WHO, ocorrida em Genebra de 1 a 4 de abril de 2008, contando com 43 participantes de 23 países e de 9 órgãos e entidades internacionais (WHO, 2009).

Os principais efeitos colaterais que decorrem do implante subcutâneo são as alterações menstruais (irregularidade no ciclo menstrual e amenorreia), mastalgia, cefaleia, náuseas, ganho de peso e acne, sendo mais frequentes no primeiro ano de uso (PATIÑO *et. al.*, 2006).

Como todos os MACs, o implante subcutâneo também apresenta pontos negativos dentre eles destacam-se a não proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e o HIV/AIDS, a exigência de um profissional treinado para inserção e o elevado custo em comparação com o anticoncepcional oral combinado de baixa dosagem (AOC), método mais utilizado pela população de mulheres em idade fértil no país.

Uma cartela de AOC pode ser adquirida a um custo médio de R\$ 6,00, enquanto o implante subcutâneo contendo etonogestrel custa em torno de R\$ 1.020,00 (MAIS PREÇO, 2013a; MAIS PREÇO, 2013b). Comparando o custo do implante com base em seus três anos de validade (36 meses) com o custo do AOC (13 cartelas/ano), o implante é 4,9 vezes mais oneroso. Entretanto, ao se considerar o custo-efetividade calculado com base em custeio com gravidez não planejada, investimentos, como *Implanon*® tornam-se mais rentáveis comparando-se com o AOC, pois em 12 meses de uso o dispositivo apresenta metade do custo do AOC. Aos 36 meses de uso AOC, o custo anual é semelhante ao do *Implanon*® (LIPETZ; PHILLIPS; FLEMING, 2009). Ao se desenvolver um modelo de comparação dos custos de contraceptivos hormonais, constatou-se que os custos com a aquisição de implantes e com o dispositivo intrauterino de levonogestrel (DIU-LNG) foram compensados por menores taxas de falha contraceptiva e por redução de despesas relacionadas à gravidez em um período de três anos a partir de uma perspectiva de realizar acompanhamento (CRESPI; KERRIGAN, 2013).

Mesmo assim, o implante subcutâneo tem baixa disponibilidade no setor público do Brasil em decorrência do seu alto custo. Assim, cabe às mulheres, que optam por utilizá-lo, comprar em um estabelecimento privado. Isso se configura como uma barreira às pessoas menos favorecidas as quais não têm condições financeiras para aquisição deste produto (FERREIRA *et al.*, 2013).

Provavelmente devido a essa baixa oferta de implante no serviço público de saúde brasileiro, poucas pesquisas abordam este tema no país, tanto em âmbito nacional quanto local. Essa realidade pôde ser confirmada em pesquisa realizada pelo site de busca da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no dia 9 de outubro de 2013, aplicando-se as palavras-chave “implanon” e “etonogestrel” de forma individual e em todas as fontes. À época, identificou-se apenas três artigos de origem brasileira.

Apesar de o implante não estar contemplado no elenco de MACs disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS), o Estado do Ceará e os municípios de Ribeirão Preto-SP e São José do Rio Preto-SP, e alguns municípios do Rio Grande do Sul (Caxias do Sul, Campo Bom, Santa Cruz do Sul) disponibilizam o método para usuárias do serviço público de planejamento familiar (VIEIRA, 2013; CEARÁ, 2013). Esses Estados e Municípios oferecem uma opção contraceptiva a mais à clientela, fator importante para que a escolha livre do MAC seja garantida.

Em 2010, o Estado do Ceará passou a oferecer o implante subcutâneo no Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), referência estadual em assistência à gravidez de risco. Em setembro do mesmo ano, o método também foi distribuído aos municípios através das Coordenadorias Regionais de Saúde do Ceará (CRES-CE). Essa aquisição de implantes contraceptivos teve como principal motivação a redução da mortalidade materna. No Estado do Ceará, no ano de 2007, foram registrados 105 óbitos maternos; em 2008 houve redução para 99 óbitos maternos e, em 2010, foram notificados 30 óbitos maternos no Estado. Desse total, oito ocorreram no município de Quixadá, o que justificou o fato deste município ter sido um dos primeiros atendidos com os investimentos na área do planejamento familiar especial, pactuando uma meta de reduzir em 50% a taxa de óbitos maternos no Estado (CEARÁ, 2013).

Neste mesmo período, a SESA-CE disponibilizou 3.015 implantes subcutâneos contendo etonogestrel (*Implanon*®), adquirido diretamente no laboratório Organon/MSD, estes foram repassados para as CRES-CE de Quixadá (400), Crato (105) e Fortaleza (100) e também para o município de Itarema (10) e dois hospitais de referência em saúde da mulher - um localizado em Fortaleza (150 unidades para o Hospital Geral Dr. Cesar Cals) e outro, em Caucaia (100 unidades para o Hospital Maternidade Santa Terezinha). Vinte foram

disponibilizados para o Núcleo de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Saúde do Estado. Em 2011, houve nova distribuição às CRES de Caucaia (300), Russas (30) e Juazeiro do Norte (700), Itarema (100). Em Fortaleza, duas instituições também foram contempladas: o Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana (100) e o Centro de Saúde Meireles (100) (CEARÁ, 2013).

Diante da disponibilidade do implante, a SESA-CE realizou no terceiro trimestre de 2010 uma capacitação na Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (ESP-CE) para médicos e enfermeiros representantes desses municípios, os quais ficariam à frente da promoção do método nos respectivos sítios de atuação. Participaram desse evento 41 enfermeiros e 52 médicos, além deles, foram envolvidos 57 residentes de Medicina. Durante a capacitação, destacaram-se orientações sobre o uso do método e o procedimento de inserção a ser realizado pelo médico.

Portanto, a partir dos benefícios do implante subcutâneo - como uso prolongado, elevada eficácia, limitadas contraindicações e repercussões clínicas controláveis-, da inserção do enfermeiro nessa área do cuidado, da constatação de poucas pesquisas nacionais sobre este MAC, bem como da relevância de se oferecer mais uma opção contraceptiva, despertou-se para a realização da presente pesquisa, cujo objeto de investigação recaiu sobre uso do MAC em população específica do interior do Ceará. A relevância desta pesquisa está na possibilidade de oferecer, tanto para os profissionais de saúde quanto para as usuárias, um diagnóstico clínico e de condições de oferta e uso do implante, registrando as eventuais repercussões associadas ao uso do método, bem como o nível de satisfação das usuárias.

A partir dessas constatações foram elaboradas as questões de pesquisa: Qual o nível de conhecimento e de satisfação das usuárias de *Implanon*® com relação ao método, efeitos adversos e complicações? Quais as repercussões incisionais e clínicas (efeitos adversos e complicações) decorrentes do uso do *Implanon*® apresentadas por este grupo? As usuárias de *Implanon*® usam o método com segurança, conforme os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais? Há associação entre nível de conhecimento e de satisfação das usuárias de *Implanon*®, bem como de possíveis repercussões incisionais com município de origem da usuária, tempo de uso do *Implanon*® e anos de estudos? Ou entre segurança no uso e municípios? Para responder aos questionamentos foram elaborados os objetivos que se apresentam a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Realizar diagnóstico situacional quanto ao uso de implante subcutâneo com etonogestrel na perspectiva do conhecimento, satisfação e segurança à saúde das usuárias.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o nível de conhecimento e de satisfação de usuárias de implante subcutâneo com etonogestrel (*Implanon*®) em relação ao método;
- Verificar possíveis repercussões incisionais e clínicas (efeitos adversos e complicações) associadas ao uso do *Implanon*® e fatores relacionados;
- Avaliar usuárias de *Implanon*® com relação ao item segurança à saúde segundo os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais;
- Verificar associação entre conhecimento, satisfação e repercussões incisionais de usuárias de *Implanon*® com municípios de origem, tempo de uso do método e anos de estudos, bem como entre segurança do uso e municípios.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Elegeu-se a revisão integrativa como método de revisão de literatura na presente pesquisa, pois essa permite ao pesquisador acessar informações referentes à determinada temática de modo direcionado e sistemático.

A Revisão Integrativa (RI) é um método de pesquisa que reúne, sintetiza e concebe uma análise abrangente de vários estudos publicados, proporcionando discussões referentes aos métodos e resultados dessa literatura, além do alcance de conclusões gerais referentes à determinada área de estudo, podendo chegar a reflexões que possibilitem realizar novas pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A elaboração da RI segue seis etapas: na primeira, identifica-se o tema e seleciona-se a questão de pesquisa; na segunda, são estabelecidos os critérios para inclusão e exclusão de estudos, amostragem ou busca na literatura; na terceira, são definidas as informações que serão extraídas dos estudos selecionados (categorização dos estudos); na quarta, é feita uma avaliação dos estudos incluídos na revisão; na quinta, interpretam-se os resultados; e na sexta, é feita uma apresentação da revisão ou síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Na primeira etapa, por não se tratar de uma pesquisa clínica - cujo objetivo é de responder a uma questão direta da prática em serviço -, não foi elaborada uma questão de pesquisa específica para a revisão. A finalidade da revisão foi de reunir o maior número de artigos que abordassem as subtemáticas enfocadas na presente dissertação, como nível de conhecimento e de satisfação e segurança de usuárias de implante subcutâneo com relação ao método; repercussões clínicas e incisionais associadas ao uso do implante e fatores relacionados.

Na segunda etapa foram definidos os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos cinco anos e em qualquer idioma; e de exclusão: artigos que não traziam contribuições às subtemáticas abordadas nos objetivos, bem como aqueles que não possuíam disponível resumo e/ou texto completo.

A pesquisa foi efetuada por meio do *site* de busca da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se as palavras-chave de forma integrada “*implanon and contraceptive*” e “*etonogestrel and contraceptive*” de 29 de outubro a 12 de novembro de 2013.

A partir da aplicação das palavras-chave “*implanon and contraceptive*”, foram identificados 41 artigos. Desses, 14 artigos foram selecionados, eleitos e incluídos na

pesquisa; os demais, 27 foram descartados pela leitura do título, dentre os quais, 25 não tinham relação com as subtemáticas enfocadas na dissertação e dois não possuíam disponível resumo e/ou texto completo.

Ao aplicar as palavras chave “*etonogestrel* and *contraceptive*”, foram identificados 80 artigos. Pela leitura do título foram descartados 57, pois 54 não tinham relação com as subtemáticas de interesse na dissertação, dois estavam repetidos na busca efetuada com as palavras-chave “*implanon* and *contraceptive*” e um não possuía resumo e/ou texto completo disponível, foram selecionados 23 artigos, todos foram eleitos e incluídos na pesquisa. Assim, a revisão incluiu, no total, 37 artigos.

No aspecto temporal, oito artigos foram publicados em 2009, oito em 2010, dez em 2011, seis em 2012 e cinco em 2013. Todos os 37 artigos estavam no idioma inglês e indexados na base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online-MEDLINE*.

Na terceira etapa da revisão integrativa, as informações extraídas dos resumos foram organizadas em categorias: repercussões clínicas ao uso do *Implanon*® e razões para remoção/efeitos adversos (Quadro 1), repercussões incisionais do *Implanon*® (Quadro 2), conhecimento de usuárias de *Implanon*® com relação ao método (Quadro 3) e satisfação das usuárias quanto ao uso do *Implanon*® (Quadro 4). Essas informações foram em seguida avaliadas e interpretadas (quarta e quinta etapas) e finalmente sintetizadas (sexta etapa). Nenhum artigo versou a respeito da segurança da usuária em uso de implante com etonogestrel, ou seja, em quais condições de indicações e contra-indicações estas estavam ao usá-lo.

Quadro 1: Repercussões clínicas do uso do *Implanon*®, razões para remoção/efeitos adversos

Título	Periódico	Ano da publicação
1. Continuation of the etonogestrel implant in women undergoing immediate postabortion placement.	Obstet. Gynecol.	2013
2. Weight change at 12 months in users of three progestin-only contraceptive methods.	Contraception	2013
3. Association of body mass index with removal of etonogestrel subdermal implant.	Contraception	2013
4. Effects of progestin-only long-acting contraception on metabolic markers in obese women.	Contraception	2013
5. Pharmacokinetics of the etonogestrel contraceptive implant in obese women.	Am J Obstet Gynecol.	2012
6. A life-threatening ectopic pregnancy with etonogestrel implant.	Contraception	2012
7. The discontinuation rate and reasons for discontinuation of implanon at the family planning clinic of University of Nigeria Teaching Hospital (UNTH) Enugu, Nigeria.	Niger J. Med.	2011
8. Menstrual bleeding patterns in adolescents using etonogestrel (ENG) implant.	Int. J. Adolesc. Med. Health	2011
9. Implanon: subdermal single rod contraceptive implant.	J Obstet Gynaecol India.	2011
10. No effect of Implanon® on inflammatory cardiovascular parameters.	Gynecol. Endocrinol.	2011
11. Implanon use lowers plasma concentrations of high-molecular-weight adiponectin.	Fertil. Steril.,	2011
12. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women.	Cochrane Database Syst. Rev	2011
13. Etonogestrel implant in adolescents: evaluation of clinical aspects	Contraception	2011
14. Metabolic effects of contraceptive implants in adolescents.	Contraception	2011
15. Bleeding related to etonogestrel subdermal implant in a US population.	Contraception	2011
16. Safety, efficacy and acceptability of implanon a single rod implantable contraceptive (etonogestrel) in University of Benin Teaching Hospital..	Niger J Clin Pract	2010
17. Lactogenesis after early postpartum use of the contraceptive implant: a randomized controlled trial.	Obstet Gynecol	2011
18. Bone mineral density in women using the subdermal contraceptive implant Implanon for at least 2 years.	Int J Gynaecol Obstet;	2010
19. Effect of etonogestrel implant on serum lipids, liver function tests and hemoglobin levels.	Contraception	2010
20. Hormonal contraception in women with the metabolic syndrome: a narrative review.	Eur J Contracept Reprod Health Care	2010
21. Etonogestrel implant in postpartum adolescents: bleeding pattern, efficacy and discontinuation rate.	Contraception	2010
22. Continuation rates and reasons for removal among Implanon users accessing two family planning clinics in Queensland, Australia.	Contraception	2009
23. Examining the efficacy, safety, and patient acceptability of the etonogestrel implantable contraceptive.	Patient Prefer Adherence	2009
24. Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon): results from 11 international clinical trials.	Fertil Steril	2009
25. Insertion and 3-year follow-up experience of 372 etonogestrel subdermal contraceptive implants by family physicians in Granada, Spain.	Contraception	2009
26. Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: a pilot study.	Contraception	2009

Em relação às repercussões clínicas ao uso do *Implanon*®, foram incluídos 26 artigos. Estes estão descritos de acordo com o número de ordem apresentado no Quadro 1, e não conforme a sequência cronológica, seguindo, assim, o enfoque dado pelos autores.

Nesses 26 artigos, o principal enfoque dado pelos autores foi para as repercussões metabólicas (11 artigos). Nos textos em questão, o MAC foi examinado de modo particular entre adolescentes (3), mulheres obesas (3) ou mulheres com síndrome metabólica (1), o que mais predominou foi a análise em usuárias de modo geral. As repercussões metabólicas foram pesquisadas na perspectiva da adolescência, da obesidade instalada, da mudança de peso, dos indicadores de glicemia, da sensibilidade à insulina, dos indicadores lipídicos, de hemoglobina, dos níveis de proteína C reativa (PCR), dos marcadores de riscos cardiovasculares e do risco de fratura. Dez artigos abordaram as razões de remoção do implante/efeitos adversos, e três, os efeitos adversos, não necessariamente associando-os as razões de interrupção do método.

O artigo 1 de Madden *et al.* (2013) objetivou estimar se as mulheres que realizam a inserção do implante com etonogestrel no pós-aborto imediato têm taxas de remoção mais elevadas do que as mulheres que se submetem a inserção em um período que não esteja associado a uma gravidez recente (intervalo). Assim, 141 mulheres receberam o implante no pós-aborto imediato e 935 mulheres realizaram inserção no intervalo. As taxas de continuação de 12 meses foram semelhantes: 81,5% entre as mulheres submetidas à colocação no pós-aborto imediato e 82,8% entre as mulheres submetidas à colocação de intervalo ($p = 0,54$). As mulheres que colocaram o método no intervalo foram mais propensas a interrompê-lo do que as mulheres que receberam no pós-aborto (Odds Ratio – OR ajustada 1,04, IC 95% = 0,68-1,60). A razão mais comum para a remoção foi sangramento frequente ou irregular, relatada por 65,4% das mulheres do pós-aborto imediato que descontinuaram o uso e 56,7% no grupo de intervalo. Portanto, mulheres que se submetem a colocação do implante no pós-aborto imediato têm altas taxas de continuação que são equivalentes às mulheres submetidas à inserção de intervalo. Assim, torna-se relevante a disponibilidade deste método para ofertar às mulheres em pós-aborto imediato, em especial, às com situações de abortamento induzido, reduzindo-se o risco de repetição de gravidez não planejada.

Guazzelli *et al.* (2011) em estudo (artigo 13) realizado com 44 adolescentes acompanhadas no setor de planejamento familiar (PF) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), nas quais se inseriu o implante de etonogestrel, em média, 102 dias após o parto. Para um resultado mais eficaz, as adolescentes são acompanhadas mensalmente durante um ano. Das participantes, 38,6% relataram sentir dores de cabeça. Dismenorreia, sensibilidade

mamária, ou edema de membros inferiores não foram relatados pelas participantes. Ao final de um ano, a pressão arterial permaneceu inalterada, houve redução da média do peso corporal (1,2kg), da média do índice de massa corporal – IMC (0,5kg), embora não tenham atingido significância estatística. No período de estudo não houve concepção e interrupção do método.

Guazzelli *et al.* (2011), em outro estudo (artigo 14) no mesmo setor de PF da UNIFESP, analisaram os efeitos metabólicos do implante de etonogestrel usado há um ano por adolescentes com idade média de 17, 2 anos. Em 47 participantes, realizou-se a inserção seis meses após o parto (média de 102 dias). Além disso, uma coleta de sangue foi realizada no início do estudo e outra após 12 meses. Ao final desse período, 44 pacientes completaram o acompanhamento e em 37 delas a análise de laboratório foi realizada. De acordo com o resultado, constatou-se que, após um ano de uso do implante, houve um aumento significativo na média de hemoglobina, hematócrito e bilirrubina indireta e das relações lipoproteína de alta densidade (HDL-C)/colesterol total (CT) e HDL-C/lipoproteína de baixa densidade (LDL-C). Ademais, houve diminuição significativa na média do nível de CT, bem como LDL-C, triglicérides, transaminase glutâmico oxalacética (TGO) e transaminase glutâmico pirúvica (TGP). Estes resultados sugerem que o implante de etonogestrel não interfere diretamente no risco de doenças cardiovasculares, haja vista a melhora no perfil lipídico. Outro dado positivo é que não houve gravidez durante o estudo. Portanto, os resultados indicam que um implante de etonogestrel usado por adolescentes ao longo de um ano está associado a alterações no perfil lipídico e função hepática, mas sem efeitos clínicos adversos.

Ainda Guazzelli *et al.* (2010), em outro artigo (artigo 21) com a amostra e local semelhantes aos artigos 13 e 14 (adolescentes), avaliaram o padrão de sangramento, a eficácia e a taxa de descontinuidade do implante de etonogestrel. As usuárias foram acompanhadas durante quatro períodos de 90 dias. Após um ano de uso, foram relatados sangramentos frequentes e prolongados (5%) e amenorreia (38,6%). Os parâmetros laboratoriais indicaram um aumento significativo dos níveis de hemoglobina e hematócrito entre as usuárias. Com os resultados, percebe-se a boa aceitação do método por parte de adolescentes no período pós-parto. Portanto, trata-se de um método seguro e eficaz.

Dilbaz (2010) (artigo 19) realizou estudo com 82 mulheres turcas que escolheram o implante de etonogestrel (*Implanon*®) como contraceptivo após aconselhamento profundo sobre todos os métodos de planejamento familiar e triagem para elegibilidade do uso do método. Teve como objetivo avaliar os possíveis efeitos do contraceptivo no colesterol total (CT), triglicérides (TG), lipoproteína de alta densidade (HDL-C), lipoproteína de baixa

densidade de colesterol (LDL-C), aspartato aminotransferase (AST), alanina aminotransferase (ALT) e hemoglobina (Hb) das usuárias. As concentrações séricas de CT, TG, HDL-C, LDL-C, AST, ALT e níveis de Hb foram testados antes e em 3 e 6 meses após a inserção. Verificou-se que a média de idade das participantes foi de $27,5 \pm 4,8$ anos. Quando comparado com os valores da linha de base, houve diminuição significativa na CT ($p < 0,001$), no HDL-C ($p < 0,001$) e nos TG ($p = 0,006$) no final do terceiro mês, ao passo que houve aumento significativo nos valores de Hb ($p = 0,01$). A diminuição do valor do CT ($p = 0,001$) e do HDL-C ($p < 0,001$) e aumento da Hb ($p = 0,03$) persistiram até ao final do sexto mês, enquanto que a diminuição de TG foi transitória. Vale ressaltar ainda que houve aumento significativo no nível de ALT aos 6 meses ($p = 0,03$). Constatou-se que o efeito do *Implanon*® sobre as funções hepáticas e do metabolismo lipídico não levam a alterações insalubres e que o aumento da Hb pode ser atribuído à elevada frequência de amenorreia das usuárias.

Dos artigos que tomaram como sujeitos mulheres obesas, Bender *et al.* (2013) (artigo 4) avaliaram marcadores metabólicos em mulheres com esta condição em uso de contraceptivo reversível de longa duração DIU-LNG e implante de etonogestrel – ENG e constataram que o aumento da glicemia em jejum e sensibilidade à insulina ao longo do tempo diminuiu entre usuários de implante de etonogestrel em maior medida do que os usuários de DIU-LNG. Assim, contraceptivos exclusivos de progestágenos podem ser usados clinicamente com segurança pelo grupo estudado.

Mornar *et al.* (2012), ao realizar um estudo (artigo 5) com 13 mulheres obesas afro-americanas ($IMC \geq 30$) e 4 brancas com peso normal ($IMC < 25$), examinaram a farmacocinética e a aceitabilidade do implante em mulheres obesas e verificaram as concentrações de etonogestrel medidas em intervalos de 50 horas e de 300 horas pós-inserção, por 3 e 6 meses, para estabelecer uma curva de farmacocinética. Ao longo do tempo, as concentrações plasmáticas de etonogestrel em mulheres obesas foram menores do que os valores publicados para as mulheres com peso normal e 31-63% menor do que no estudo de coorte de peso normal, embora as diferenças não tenham sido estatisticamente significativas. A grande aceitação das mulheres obesas foi encontrada no dispositivo de implante. Assim, verificaram que as mulheres obesas têm menor concentração de etonogestrel no plasma do que as mulheres de peso normal nos primeiros 6 meses após a inserção do implante. Estes resultados não devem ser interpretados como a diminuição da eficácia contraceptiva, para isso são necessárias considerações adicionais.

Bouquier *et al.*(2012) (artigo 6) relataram um caso de gravidez ectópica de uma paciente em uso de *Implanon*®, tendo como único fator predisponente para o caso o IMC=29 (moderadamente elevado). Vale ressaltar que o implante estava em vigor há menos de dois anos, com níveis plasmáticos de etonogestrel dentro dos padrões esperados. Assim, não se deve descartar gravidez ectópica em usuárias de *Implanon*®. Diante desse episódio, percebe-se a necessidade de pesquisas mais aprofundadas sobre a relação do peso corporal e eficácia do implante de etonogestrel.

Verhaeghe (2010), em revisão narrativa (artigo 20) sobre as opções de anticoncepcionais hormonais disponíveis para as mulheres com síndrome metabólica (SM) na Europa, destacou que o DIU-LNG ou pílulas apenas de progestagênio contendo desogestrel ou levonorgestrel têm efeitos significativos sobre os parâmetros da SM. Enfatizou-se, ainda, que o implante de etonogestrel não afeta o peso, triglicérides e pressão arterial, mas reduz ligeiramente a sensibilidade à insulina e os níveis de colesterol HDL em mulheres saudáveis. No entanto, o acetato de medroxiprogesterona aumenta o peso corporal e a deposição de gordura no tronco, bem como diminui a tolerância à glicose em mulheres com diabetes mellitus gestacional anterior. Portanto, a contracepção hormonal de baixa dose é segura para muitas mulheres com SM, no entanto doses elevadas de progestogênios devem ser evitadas.

Merki-Feld *et al.* (2011), em estudo caso-controle (artigo 10), tiveram como objetivo elucidar se a diminuição dos níveis de proteína C reativa (PCR) durante o uso de *Implanon*® pode ser um sinal de reação inflamatória mais baixa e se está associada a mudanças nos níveis de outras citocinas. Foram coletadas amostras de 36 mulheres não fumantes com ciclos menstruais normais. As amostras para medidas foram tomadas na fase folicular precoce do ciclo em ambos os grupos. Uma segunda amostra foi feita 12 semanas após a inserção do *Implanon*® e nos controles, durante a fase folicular precoce do ciclo das mulheres. Verificou-se que o *Implanon*® não causou alterações significativas na expressão de interleucina (IL) 6, da adiponectina ou lipoproteína. No início do estudo, houve uma correlação positiva entre a IL 6 e a PCR e uma correlação negativa entre adiponectina e a PCR. Assim, não se observou impacto negativo de *Implanon*® sobre marcadores de risco para doença aterosclerótica. Estes dados são tranquilizadores para indicação do *Implanon*® como anticoncepcional exclusivo de progestágeno de primeira escolha para mulheres com fatores de risco cardiovasculares.

Em outro estudo (artigo 11), Merki-Feld *et al.* (2011) investigaram o efeito do contraceptivo de baixa dosagem liberador de etonogestrel em relação aos novos marcadores de risco cardiovascular (adiponectina e HMW, seu isômero de alto peso molecular) em 40

mulheres não fumantes, saudáveis e com ciclos menstruais normais, desse total 20 são controles sem contracepção hormonal e as outras 20, casos. Foram tomadas na fase folicular precoce do ciclo, em ambos os grupos, amostras de sangue para medidas de adiponectina de alto peso molecular (HMW), PCR, hormônios sexuais e lipídios plasmáticos. Uma segunda amostra foi feita na fase folicular precoce do ciclo tanto no grupo em contracepção com implante (após 12 semanas) quanto no grupo controle. No início do estudo, houve correlação significativa com os parâmetros de adiponectina entre PCR e lipoproteína de alta densidade. Os lipídios plasmáticos (colesterol, lipoproteína de alta densidade, lipoproteína de baixa densidade), hormônios sexuais e os níveis de testosterona e de HMW diminuíram significativamente, enquanto as concentrações plasmáticas de adiponectina permaneceram inalteradas. Embora os autores acreditem serem necessários mais estudos, verificou-se que a utilização de *Implanon*®, em curto prazo, em mulheres saudáveis na pré-menopausa provoca uma diminuição na HMW, o que é preocupante já que essa redução desfavorece o risco cardiovascular, devendo ser investigado se esse resultado persistir após uso prolongado do implante.

Lopez *et al.* (2011) realizaram (artigo 12) busca em base de dados para avaliar o efeito do uso de contraceptivos hormonais antes da menopausa em relação ao risco de fratura em mulheres. Dos 16 ensaios clínicos randomizados encontrados, dois usaram um placebo e um, o método não hormonal como comparação, enquanto que 13 compararam dois contraceptivos hormonais. O Acetato de medroxiprogesterona (AMP) foi associado à diminuição da densidade mineral óssea (DMO). Os ensaios controlados com placebo mostraram DMO aumentada para AMP mais suplemento de estrogênio e diminuição para AMP mais placebo. Contraceptivos de combinação não parecem afetar negativamente a saúde dos ossos, mas nenhum foi controlado com placebo. Para implantes de etonogestrel (uma haste) os resultados mostraram maior diminuição da DMO em relação ao grupo de levonorgestrel (duas hastes). Contudo, os resultados não foram consistentes em todas as comparações de implantes. Com o estudo, não foi possível verificar se esteróides contraceptivos influenciam no risco de fratura, pois muitos ensaios tiveram um pequeno número de participantes e alguns tiveram grandes perdas para o acompanhamento. No entanto, os prestadores de cuidados de saúde e as usuárias devem considerar os custos e os benefícios destes contraceptivos eficazes, como no caso dos anticoncepcionais injetáveis e implantes só de progesterona que fornecem eficácia em longo prazo e são considerados apropriados para mulheres que não podem fazer uso de estrogênio.

Pongsatha *et al.* (2010) (artigo 18) estudaram 100 mulheres tailandesas em idade reprodutiva para comparar o efeito do uso do *Implanon*® em longo prazo sobre a DMO das 50 usuárias, com inserção de *Implanon*® há pelo menos 2 anos, e de 50 mulheres do grupo controle. A DMO foi medida na coluna lombar, fêmur e na extremidade distal do rádio e da ulna. Verificou-se que etnia, idade, idade da menarca, paridade, padrão menstrual, e IMC foram semelhantes nos dois grupos. A duração média de uso de *Implanon*® foi de $32,8 \pm 6,3$ meses. Embora a prevalência de osteoporose tenha sido rara em todos os locais de ambos os grupos, as usuárias de *Implanon*® tiveram uma DMO significativamente menor na extremidade distal do rádio e da ulna do que no grupo do controle. Portanto, o uso em longo prazo de *Implanon*® pareceu ter impacto negativo sobre a densidade mineral do cúbito e do rádio distais.

Vickery *et al.* (2013) realizaram estudo (artigo 2) no qual compararam a mudança no peso corporal ao longo dos primeiros 12 meses de uso entre 130 usuárias do ENG, 130 de DIU-LNG e 67 de AMP com 100 usuárias de dispositivo intrauterino (DIU) de cobre. Das 427 usuárias dos métodos citados continuamente, por pelo menos 11 meses, foram obtidos peso no momento da inscrição e aos 12 meses. Comparou-se a mudança de peso de cada método exclusivo de progestágeno em relação ao DIU de cobre. A média de mudança de peso em 12 meses foi de 2,1kg para usuários de implante de ENG [desvio padrão (DP) = 6,7], 1,0 kg para usuários de DIU-LNG (DP = 5,3) e 2,2 kg para os usuários AMP (DP = 4,9) e 0,2 kg para usuárias de DIU de cobre (DP = 5,1). A faixa de variação de peso foi ampla em todos os métodos contraceptivos. No modelo de regressão linear ajustada, o implante de ENG e uso de AMP foram associados com o ganho de peso em comparação ao DIU de cobre. No entanto, no modelo ajustado, não houve diferença no ganho de peso com o implante ENG, AMP ou DIU-LNG. Somente a raça negra foi associada com ganho de peso significativo (1,3 kg, intervalo de confiança de 95% = 0,2-2,4) quando comparada a outros grupos raciais. Percebeu-se que a mudança de peso foi variando entre mulheres que usam contraceptivos só de progestógeno e que a raça negra foi um preditor significativo de ganho de peso entre usuárias de contraceptivos.

Dois artigos abordaram o uso do *Implanon*® por nutrizes (mulheres em aleitamento materno). O artigo 17 de Gurtcheff *et al.* (2011) compreende um estudo randomizado realizado com 69 mulheres para avaliar a lactogênese após a inserção do implante contraceptivo de etonogestrel no pós-parto precoce, em que 35 puérperas foram aleatoriamente designadas para inserção precoce (1-3 dias) e 34 para inserção padrão (4-8 semanas). Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto à

idade, à raça, à paridade, ao tipo de parto, ao uso de anestesia ou à experiência anterior de amamentação. A inserção precoce demonstrou não ser inferior à inserção padrão na hora de lactogênese fase II e na incidência de insuficiência da lactação. O uso de suplementação formulada e a composição do leite em seis semanas não foram significativamente diferentes entre os grupos. Os resultados foram iguais independentemente do período de inserção do método no período pós-parto.

No artigo 26, Brito *et al.* (2009) randomizaram 40 mulheres saudáveis - as quais ofereciam aleitamento materno de forma exclusiva - para receber dois tipos de contraceptivos: 20 receberam ENG 24-48h após o parto e 20 receberam o AMP na sexta semana pós-parto. Constatou-se que a diminuição do peso materno, o IMC e a circunferência abdominal (CA) foram significativamente maiores no grupo do implante do que no grupo de AMP durante as primeiras 6 semanas pós-parto. Os níveis de colesterol total e HDL foram mais baixos nos utilizadores de AMP, e o fator de necrose tumoral (TNF-alfa) e leucócitos foram maiores em comparação com os utilizadores de AMP no implante, entre 6 e 12 semanas após o parto. Os recém-nascidos de usuárias de implante mostraram tendência a ganhar mais peso durante as primeiras semanas de vida, em comparação aos bebês das mães AMP. As demais variáveis, incluindo a duração do aleitamento materno exclusivo, apresentaram-se igualmente entre os grupos. No estudo, a inserção do implante durante o período pós-parto imediato não foi associado a efeitos metabólicos deletérios à clínica materna ou a alterações significativas no ganho de peso dos bebês e na perda de peso da mãe.

Quanto aos artigos abordando as razões de remoção do implante/efeitos adversos, Casey *et al.* (2013) realizaram estudo (artigo 3) com 304 mulheres que inseriram o implante de etonogestrel entre os anos de 2007 e 2011 e verificaram que 30,6% apresentaram sangramento irregular. As usuárias foram separadas por razões de remoção do implante: 50 mulheres indicaram remoção por sangramento, 17 por efeitos secundários, 25 por pretensão de gravidez ou não haver mais necessidade, 198 mulheres mantiveram o método e 14 realizaram reinserção. As mulheres obesas tiveram 2,6 vezes menos probabilidade de remover por sangramento em relação às de peso normal ou sobrepeso (IC 95%, 1,2-5,7, $p = 0,014$). Assim, após o ajuste para idade e paridade, mulheres obesas eram menos propensas a ter remoção em relação a sangramento.

Em outro estudo, Casey, Marnach e Bury (2011) (artigo 15) através de uma análise retrospectiva, em 2006, revisando 155 prontuários de usuárias de implante de etonogestrel em clínica de Rochester, Minnesota, EUA, em que 151 (97,4%) pacientes eram usuárias de implante para anticoncepção, identificaram que 64 (41,3%) informaram ao

profissional de saúde questões acerca da inserção e 39 (25,2%) relataram sangramento anormal. O IMC médio foi de 28,5, maior que nos estudos anteriores que relacionam hemorragia associada ao implante. A taxa de remoção de implante foi de 25,2% (intervalo médio de 9,8 meses), com 14,8% de solicitação de remoção por alterações de sangramento. Contudo, não foi encontrada nenhuma falha de inserção ou complicações. Concluiu-se que as taxas de remoção foram maiores em queixas referentes à amenorria, a *spotting* e à menstruação regular ocasional do que em sangramento prolongado ou contínuo.

Ezegwui *et al.*, (2011) (artigo 7) realizaram estudo em Enugu, Nigéria, com 295 usuárias de implante de etonogestrel há dois anos e verificaram que 63 (21,4%) haviam interrompido o uso e, dentre as razões para a remoção, 36 (12,2%) relacionaram os efeitos colaterais e 27 (9,2%) o desejo de concepção. Dentre as que interromperam em decorrência dos efeitos colaterais, 15 (41,7%) referiram alterações menstruais; e, dentre as razões não menstruais, (38,1%) referiram dores de cabeça e tonturas.

No artigo 9, Bhatia *et al.* (2011) em estudo realizado na Índia com 200 usuárias do implante com etonogestrel, apresentaram resultados semelhantes ao do anterior (artigo 7). Tal estudo constatou que 74 remoções foram realizadas antes dos três anos de uso, tendo como razões: aumento da frequência menstrual (16%), sangramentos irregulares (10%) e amenorreia (4,5%). Não foi detectada falha do método e, após a remoção, 40% das mulheres tiveram retorno da ovulação em um mês e 95,8% engravidaram em até 12 meses.

Aisien e Enosolease (2010) (artigo 16), em estudo realizado em Benin, Nigéria, acompanharam 32 mulheres em uso de *Implanon*® com média de idade de 33,9 anos \pm 5 anos de paridade de 3,1 anos \pm 1,7 anos e de peso de 71,4kg \pm 12,0kg. Constataram durante acompanhamento de 6 meses do uso do método que não houve alterações estatisticamente significativas no peso, na pressão arterial e nas concentrações de células brancas do sangue. No entanto, aos 12 meses, houve reduções significativas, dentro dos parâmetros de normalidade, na pressão arterial ($p < 0,003/0,05$) e na média de contagem de plaquetas (205.312,5 \pm 75694,8 por ul) se comparada ao valor médio na pré-inserção (176.343,8 \pm 52945,3 por ul) ($p < 0,04$). Identificaram que uma usuária apresentou trombocitopenia, sem qualquer efeito adverso. Os efeitos colaterais mais citados, durante o estudo, foram: alterações menstruais, sendo 18 (56,3%) sangramentos reduzidos, 1 (3,1%) sangramento aumentado e 13 (40,6%) informaram combinações nesses padrões de sangramento. Nenhuma participante relatou ciclo menstrual normal. Dentre os outros efeitos colaterais, 4 (12,5%) destacaram dores de cabeça e 3 (9,4%) libido reduzida. Constatou-se taxa de eficácia de 100% e de continuação de 93,8%, com duas interrupções devidas a menorragia e dores de cabeça.

O artigo 22, de Harvey, Seib e Lucke (2009) refere-se a estudo realizado em Queensland, Austrália, para analisar o perfil demográfico, taxas de continuidade e razões de remoção em usuária de *Implanon*®. Ao longo de três anos, em 976 mulheres que compareceram para a inserção do implante, obteve-se taxa de continuação de 94% em seis meses, 74% em um ano e 50% em dois anos, assim como maior tendência das mulheres metropolitanas a interromper o uso em comparação às mulheres rurais, em decorrência da insatisfação com os padrões menstruais. Percebeu-se que há diferenciação das taxas de continuação do *Implanon*® e razões para sua remoção comparando-se localidades urbanas e rurais, devendo os profissionais durante o aconselhamento pré-inserção enfatizar possíveis mudanças nos padrões de sangramento.

Hohmann (2009), na publicação de seu artigo (artigo 23), informa que as contagens do índice de Pearl são semelhantes aos de outros contraceptivos de ação prolongada, bem como similar a esterilização, pois é considerado um método seguro durante o período de amamentação e amenizador dos desconfortos da dismenorréia e da endometriose. Acrescenta, ainda, que são esperadas alterações nos padrões de sangramento. Cabe, portanto, aos profissionais da saúde providenciar um tratamento em busca de reduzir as taxas de abandono do método.

Arribas-Mir *et al.* (2009) realizaram estudo (artigo 25) em Granada, na Espanha, com 372 mulheres acompanhadas por médicos de saúde da família durante três anos após a inserção de um implante de etonogestrel, em que 356 (95,7%) mulheres foram participantes de todo o processo com média de idade 27,2 anos; destas, 159 (42,7%) eram nulíparas. As taxas de continuação foram de 91,0% no primeiro ano de uso, 74,7 % no segundo ano e 65,1% em 2 anos e 9 meses. Identificaram como principais razões para interrupção: sangramento excessivo (44; 12,4%), desejo de engravidar (44; 12,4%) e efeitos colaterais não relacionados à menstruação (21; 5,9%). Entretanto, 141 (39,6 %) mulheres receberam um segundo implante após expirar o prazo de validade do primeiro. Os médicos de família alcançaram excelentes resultados com o implante de etonogestrel. A partir desse resultado, sugeriram a inclusão desse método no elenco de contraceptivos disponíveis nas unidades de cuidados primários à saúde.

O estudo (artigo 24) de Darney *et al.* (2009) realizado nos EUA, pela *Food and Drug Administration* (FDA) sobre segurança e eficácia do implante de etonogestrel (*Implanon*®) com resultados de 11 ensaios clínicos internacionais, avaliou 942 mulheres saudáveis com idade entre 18 a 40 anos e com ausência de gestação no período do estudo. Depois, constatou-se que seis gestações ocorreram nos primeiros 14 dias após a remoção do

Implanon®, com Índice de Pearl acumulado em 0,38. Os eventos adversos mencionados foram dor de cabeça, ganho de peso, acne, mastalgia, labilidade emocional e dor abdominal. Foram citadas algumas mudanças no padrão de sangramento, no entanto não foram predominantes.

Deokar, Jackson e Omar (2011) realizaram uma análise retrospectiva (artigo 8) com 58 adolescentes e adultos jovens da Universidade do Kentucky, Lexington, EUA. Optaram por fazer uso do ENG, destacando os sintomas apresentados no período de uso e motivo de remoção. A idade das participantes variou de 12 a 24 anos e o ciclo de 1 a 17 meses. O tempo médio de uso do implante foi de 10,9 meses. Ao longo de 20 meses, 13 (22,4%) implantes de ENG foram retirados por sangramento menstrual inadequado. As irregularidades menstruais, geralmente, tornam-se incômodas e, muitas vezes, uma razão para a remoção do método. Assim, torna-se crucial que o profissional informe tais efeitos colaterais à mulher, para que se possa evitar remoções por essas causas.

Síntese (sexta etapa da revisão):

Pôde-se observar nos estudos com adolescentes, resultados favoráveis à indicação do implante de etonogestrel para esta população, apesar de alterações no perfil lipídico e da função hepática. A pressão arterial mostrou-se inalterada, houve redução da média de peso (sem alcance de significância estatística), aumento da média de hemoglobina, hematócrito, bilirrubina e melhora no perfil lipídico. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado com mulheres em qualquer idade, cujos autores afirmaram que as alterações na função hepática e no metabolismo dos lipídios de usuárias de implante de etonogestrel não são insalubres e que o aumento de hemoglobina pode ocorrer pelos episódios de amenorreia.

Quanto às pesquisas com mulheres obesas, verificou-se aumento da glicemia em jejum e da sensibilidade à insulina, porém diminuindo com o tempo bem mais do que em usuárias de DIU-LNG. A concentração plasmática de etonogestrel foi mais baixa em mulheres com essa condição nos primeiros seis meses, contudo mais estudos se fazem necessários para permitir uma interpretação de baixa eficácia. Uma gravidez ectópica foi relatada em uma usuária de *Implanon*®, tendo como único fator predisponente para o caso o IMC=29 (moderadamente elevado), mas há necessidade de mais pesquisas sobre a relação do peso corporal e eficácia do implante de etonogestrel. A contracepção hormonal de baixa dose é segura para muitas mulheres com síndrome metabólica, entretanto doses elevadas de progestogênios devem ser evitadas.

Ademais, não se observou impacto negativo de *Implanon*® sobre marcadores de risco para doença aterosclerótica, não foi possível verificar se esteróides contraceptivos

influenciam no risco de fratura, pois muitos ensaios tiveram um pequeno número de participantes e alguns tiveram grandes perdas para o acompanhamento. No entanto, o uso em longo prazo pareceu ter um impacto negativo sobre a densidade mineral óssea do cúbito e rádio distais.

Nos estudos apresentados sobre uso do *Implanon*® por nutrízes, não se constatou alteração na composição do leite materno tampouco lactação insuficiente. Ao se comparar a usuárias de AMP, percebeu-se que as usuárias de *Implanon*® apresentam redução de peso, IMC e circunferência abdominal maior do que usuárias de AMP, além de seus recém-nascidos apresentarem maior tendência de ganhar peso nas primeiras semanas de vida.

As razões para remoção do implante apontadas nos estudos foram basicamente os efeitos colaterais, predominando as alterações menstruais, com prevalências de 25,2%, 30,6% e 41,7%. Foi encontrado aumento da frequência menstrual (16%), sangramentos irregulares (10%), amenorreia (4,5%), sangramentos reduzidos (56,3%), sangramento aumentado (3,1% e 12,4%) e sangramentos aumentados e reduzidos (40,6%). Vale ressaltar que nenhuma participante relatou ciclo menstrual normal. Outro estudo detectou taxas de remoção maiores devido à amenorreia, *spotting* e menstruação regular ocasional do que por sangramento prolongado ou contínuo. Outros efeitos colaterais referidos foram: desejo de engravidar, dores de cabeça, tonturas, diminuição da libido, acne, aumento de peso, labilidade emocional e dor abdominal. Foi sugerido ainda a disponibilidade e a oferta do *Implanon*® no pós-aborto e pós-parto como estratégia para reduzir a recorrência de gravidez não planejada.

Um estudo afirmou maior tendência das mulheres metropolitanas a removerem o implante por essas razões em comparação com as rurais. A esse respeito, os autores sugerem que os profissionais de saúde enfatizem possíveis mudanças nos padrões de sangramento de usuárias de implante durante o aconselhamento pré-inserção, deixando a mulher ciente dos efeitos secundários que possa vir a apresentar, o que a possibilitaria de lidar melhor com estes sintomas.

Seis artigos investigaram sobre as repercussões incisionais do *Implanon*®.

Quadro 2: Repercussões incisórias do *Implanon*®

Título	Periódico	Ano de publicação
1. Contraceptive implants—aberrations from insertion and removal procedures.	Tidsskr Nor Laegeforen,	2010.
2. Resolução delipoatrofia localizada no local de inserção do Implanon.	J. Fam Plann Reprod Health Care	2010
3. Localised lipoatrophy at the site of Implanon insertion.	J. Fam. Plann. Reprod. Health Care	2009
4. Etonogestrel implants – case studies of median nerve injury following removal.	Aust Fam Physician	2011.
5. A multicenter randomized clinical trial of one-rod etonogestrel and two-rod levonorgestrel contraceptive implants with nonrandomized copper-IUD controls: methodology and insertion data.	Contraception	2013
6. Neuropathy associated with etonogestrel implant insertion.	Contraception	2012

Jorgensen (2010) realizou um estudo (artigo 1) na Noruega, de 2002 a 2008, através de informações de vendas de *Implanon*®. No período em estudo a *Organon* (atual *Schering-Plough*) vendeu, na Noruega, 12.898 *Implanon*® e registrou 112 aberrações de procedimentos, com 18 pacientes encaminhadas à remoção do implante pelo fato de estarem inseridos muito profundamente. Isso indica que os profissionais deveriam ter uma melhor prática e serem mais bem treinados quanto à inserção e à remoção, haja vista a complexidade para localização e remoção desses implantes inseridos muito profundamente, requerendo equipamentos de ultrassom de alta frequência e experiência cirúrgica.

Lindsay (2010) desenvolveu um estudo (artigo 2) com uma usuária de *Implanon*® de 40 anos de idade que após três anos de uso, no momento da remoção, foi observado, no local em que estava o implante, uma área localizada de lipoatrofia, estendendo-se em torno de 2 cm de ambas as laterais do implante, ao longo de um comprimento de aproximadamente 15 cm acima e abaixo das extremidades do implante. Nesta área de 4x15 cm, não havia praticamente nenhuma gordura subcutânea. A lipoatrofia havia sido assintomática e não teve nenhum efeito sobre a paciente. Seis meses após a remoção, a área de lipoatrofia havia sido completamente reparada e a paciente mantinha-se assintomática, com ambos os braços apresentando a mesma gordura subcutânea. Sugere-se que a lipoatrofia possa ter ocorrido devido à utilização de esteróides tópicos, mas ao revisar os registros da paciente constatou-se que não foi prescrita essa medicação, ao longo dos últimos oito anos. Percebe-se a importância de se adicionar lipoatrofia localizada às orientações de efeitos secundários raros do *Implanon*® e que embora reversível, torna-se relevante o alerta dos profissionais para uma inserção correta do implante.

Lindsay (2009) realizou outra pesquisa (artigo 3) com uma mulher de 40 anos de idade que teve um *Implanon*® implantado, pela primeira vez, em seu braço direito por um profissional experiente em realizar regularmente tal procedimento. A usuária tinha história de duas gestações, com dois partos normais sem complicações. Teve um diagnóstico antecedente de eczema atópico, na infância, na época, foi tratada com esteróides tópicos de baixa dosagem e emolientes. Durante o primeiro ano do *Implanon*®, ela havia feito uso regular de paroxetina para tratamento de transtorno obsessivo compulsivo. IMC de 24 kg/m², não houve ganho ou perda de peso. Durante o uso do implante, esteve em amenorreia. No local do *Implanon*®, ela tinha uma área localizada de lipoatrofia estendendo aproximadamente 2 cm de cada lado do implante e ao longo de um comprimento de aproximadamente 15 cm que se prolongou acima e abaixo das extremidades do implante. Na área de 4×15cm não havia praticamente nenhuma gordura subcutânea. A lipoatrofia havia sido assintomática e a paciente teve que ser sensibilizada a não inserir um novo implante, o que fez com que ela e o parceiro optassem pelo uso do método de barreira como contracepção. Verificou-se a lipoatrofia como uma resposta inflamatória do tecido adiposo imunologicamente mediada por uma reação a um corpo estranho e uma tentativa de expulsão deste. A avaliação da paciente aos 6 e 12 meses torna-se importante para se observar a evolução do tecido adiposo.

O estudo (artigo 4) de Gillies, Scougall e Nicklin (2011) mostrou que o implante de etonogestrel está disponível na Austrália desde 2001 e muitos médicos realizam a inserção e remoção destes implantes em seus consultórios com anestésico local. O estudo informa dois casos de lesão significativa de nervo mediano após dissecação do braço inadequada para remover o dispositivo quando impalpável, levando à tona a necessidade de seguir as orientações do fabricante e submeter implantes impalpáveis ou inseridos profundamente para um exame de imagem e posterior remoção, sob a orientação de um aparelho de ultrassom ou por um cirurgião qualificado.

Meirick *et al.* (2013) desenvolveram um estudo (artigo 5) multicêntrico, aberto, de grupos paralelos, com distribuição aleatória dos implantes realizado com 2.008 mulheres randomizadas para um implante, e 974 mulheres incluídas no grupo de DIU. Nos grupos de etonogestrel a duração de inserção foi de 51(DP 50,2)s e no levonogestrel foi de 88 (DP 60,8)s; as complicações na inserção foram de 0,8% para o etonogestrel e 0,2% para o levonogestrel. Em relação ao seguimento, 27,2% das usuárias de etonogestrel apresentaram sinais ou sintomas no local da inserção, comparando-se a 26,7% das que apresentaram no levonogestrel. Em seis semanas, após a inserção, observou-se que todos os implantes

permaneceram *in situ*, enquanto que 2,1% dos DIUs foram expulsos. Diante do exposto, percebeu-se maior tendência de continuidade do uso do implante em relação ao do DIU.

Brown e Britton (2012) estudaram um caso (artigo 6) de mulher, 26 anos, saudável, com dor no antebraço e hipoestesia associado com a inserção do *Implanon*®. Percebeu-se que os sintomas ocorreram pelo contato direto do implante com o nervo cutâneo medial do antebraço. Assim, devem ser tomados cuidados durante a inserção do implante para se evitar lesão desse nervo, para tanto se faz necessário que profissionais tenham um bom conhecimento da técnica correta de inserção, evitando complicações decorrentes dessa falha.

Síntese (sexta etapa da revisão):

Falha de inserção com implante inserido muito profundamente foi relatada, bem como lesão significativa de nervo mediano após dissecação do braço para remover o dispositivo quando impalpável, lipoatrofia assintomática de forma localizada e reversível após a retirada do implante, e hipoestesia devido ao contato direto do implante com o nervo cutâneo medial do antebraço. Assim, torna-se relevante a avaliação da usuária de *Implanon*® durante o período de uso do método para se observar a evolução do tecido adiposo no sítio de implantação da haste e profissionais treinados e cientes das recomendações do fabricante para que seja realizada uma boa inserção e remoção do implante, evitando onerosidade, desconforto e prejuízos à saúde da usuária.

Ainda quanto às repercussões incisionais, percebeu-se que em relação ao DIU com levonogestrel, o *Implanon*® apresenta vantagens como menor tempo para inserção e maior permanência do implante *in situ*; entretanto, o DIU apresentou menores incidências de complicações em relação à inserção e, em seu seguimento, menores sinais ou sintomas no local. Ainda assim, o *Implanon*® obteve maior tendência de continuidade no uso do implante em relação ao DIU.

Três artigos contemplaram o conhecimento de usuárias de *Implanon*® sobre o método.

Quadro 3: Conhecimento de usuárias de *Implanon*® com relação ao método

Título	Periódico	Ano
1. Knowledge and attitudes about long-acting reversible contraception among Latina women who desire sterilization.	Womens Health Issues	2013
2. Young women's knowledge, attitudes, and behaviors related to long-acting reversible contraceptives.	Womens Health Issues	2010
3. Etonogestrel implant as a contraceptive choice; patient acceptability and adverse effect profile in a general practice setting.	Ir. Med. J.	2009

O estudo (artigo 1) de White *et al.* (2013) foi realizado em El Paso, América Latina, no qual foram entrevistadas 120 puérperas que não queriam mais ter filhos e estariam interessadas em usar um contraceptivo reversível de longa duração (CRLD). Foram avaliados o conhecimento e o interesse das mulheres em utilizar o DIU de cobre, DIU com levonorgestrel (DIU-LNG ou *Mirena*®) e implante de etonogestrel. Observou-se que 51%, 23% e 47 % das mulheres relataram ter ouvido falar do DIU de cobre, do DIU-LNG e do implante, respectivamente. Mais mulheres afirmaram que usariam o DIU de cobre (24%) do que o DIU-LNG (14%) ou implante (9%). Entre as interessadas em CRLD, os motivos mais comuns eram de que, em relação ao método utilizado anteriormente, os métodos CRLD eram mais convenientes, eficazes, e fornecem proteção em longo prazo contra a gravidez.

Spies *et al.* (2010) realizaram estudo (artigo 3) no Estado do meio-oeste dos Estados Unidos com mulheres de 30 anos de idade para explorar conhecimento e percepções das mesmas a respeito dos CRLDs, *Mirena*® e *Implanon*®. A pesquisa deu-se por telefone (n = 543) e 18 grupos focais (n = 106). Na pesquisa por telefone, metade das mulheres relatou ter ouvido falar de *Mirena*® e apenas 8,0% das mulheres tinham ouvido falar de *Implanon*®. Nos grupos focais, a maioria relatou pouco conhecimento sobre CRLDs. As participantes não associaram benefícios de outros contraceptivos com os do CRLDs, no entanto, preocuparam-se com os efeitos colaterais e os problemas decorrentes do uso de um contraceptivo que é novo para elas. Assim, os autores perceberam a necessidade de educar mulheres quanto às novas opções de contracepção em logo prazo, quanto à disponibilidade, ao uso e ao benefício potencial.

Riney, O'Shea e Forde (2009), em estudo (artigo 3) de coorte realizado em clínica da Irlanda o qual objetivou avaliar a experiência de 75 mulheres em relação ao implante de etonogestrel (*Implanon*®), verificaram que 53% das participantes informaram problemas com a inserção pós-implante. O problema mais comum foi o sangramento irregular que se manifestou em 22% das mulheres. Foram detectadas remoções em 28% dos casos, dos quais 29% foram causados por sangramento irregular. Com base neste estudo, considera-se a importância das mulheres terem acesso a um bom aconselhamento pré-inserção que enfatize os efeitos em relação ao método a fim de evitar frustrações das expectativas em relação à escolha.

Síntese (sexta etapa da revisão):

Percebe-se com os estudos acima um conhecimento ineficaz das mulheres quanto às novas opções de contraceptivos reversíveis de longa duração e necessidade de maiores orientações a respeito desses métodos, tendo em vista que ainda há um desconhecimento

quanto ao seu uso, seus benefícios e efeitos colaterais. Assim, haverá maior facilidade na escolha contraceptiva e redução no número de remoções por carências de informações, principalmente, quanto aos efeitos adversos.

Em relação à satisfação das usuárias quanto ao *Implanon*®, encontraram-se dois estudos.

Quadro 4: Satisfação das usuárias quanto ao uso do *Implanon*®

Título	Periódico	Ano
1. Implanon users are less likely to be satisfied with their contraception after 6 months than IUD users.	Contraception,	2009
2. Acceptability of the levonorgestrel releasing-intrauterine system and etonogestrel implant: one-year results of an observational study.	Eur J Contracept Reprod Health Care	2012

Wong *et al.* (2009) realizaram uma pesquisa (artigo 1) com 439 mulheres usuárias de clínicas de planejamento familiar de Victória, Canadá, e aplicaram questionário no momento de começar a contracepção com DIU e *Implanon*®, e outro após 6 meses de uso para avaliar a sua satisfação com o método escolhido. O estudo foi não randomizado de coorte, em que 211 mulheres usavam DIU e 228 usavam *Implanon*®. A principal razão mencionada para a escolha do método contraceptivo foi a recomendação médica. Depois da inserção, fez-se o acompanhamento em mais de 84% de ambos os grupos e mais de 50% das mulheres dos grupos apresentaram pelo menos um efeito colateral. Como resultado, o sangramento anormal foi o mais relatado, em ambos os grupos, e a razão mais comum para remoção do contraceptivo. As usuárias de DIU relataram maior taxa de satisfação com o seu método escolhido de contracepção, apesar de não haver diferença entre os grupos em relação à taxa de remoção ou se as mulheres recomendariam o método contraceptivo para outras mulheres. Portanto, em 6 meses, usuárias de DIU apresentaram maior nível de satisfação do que as usuárias do *Implanon*®. Assim, faz-se necessária a inclusão nesse processo de uma maior abordagem no aconselhamento de contracepção reversível em longo prazo, expondo a gama de efeitos colaterais prováveis.

O artigo 2 é referente ao estudo de Short *et al.* (2012) que foi realizado com 454 mulheres, entre 20 e 35 anos de idade, as quais optaram por mudar o seu método de contracepção oral para DIU-LNG ou ENG que foram recrutadas em um estudo observacional em quatro países europeus (França, Irlanda, Eslováquia e Reino Unido). Pela observação de 12 meses, chegou-se a 311 pacientes (211 DIU-LNG e 100 ENG), com taxa de continuação de 93% e 86%, respectivamente. Após um ano de acompanhamento, percebe-se a satisfação das mulheres em relação ao método escolhido (80% DIU-LNG e 66% ENG). Assim, tanto o

DIU-LNG quanto o implante ENG são opções contraceptivas altamente aceitáveis entre as mulheres com experiência anterior de uso de contraceptivos orais. A maior continuidade e índices de satisfação foram observados com o DIU-LNG.

Síntese (sexta etapa da revisão):

Em relação à satisfação das usuárias quanto ao *Implanon*®, percebeu-se com os dois estudos que as usuárias apresentaram menor nível de satisfação em relação ao DIU, no entanto ambos foram considerados opções contraceptivas altamente aceitáveis comparando-se quanto ao uso anterior de contraceptivos orais.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa transversal com caráter descritivo e exploratório. O estudo transversal apresenta como principais características realizar mensurações em uma única ocasião. Além disso, o estudo é vantajoso na descrição de variáveis e de seus padrões de distribuição por ser o único desenho que torna possível identificar e determinar a prevalência de um fenômeno de interesse (LOPES, 2013).

O caráter descritivo da pesquisa compreende “a descrição das características de determinada população ou o fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2006, p.44). Essa definição se complementa no pensamento de Triviños (2008), ao afirmar que o estudo descritivo permite analisar “com exatidão” os fatos de determinada população ou fenômenos de determinada realidade a fim de promover um delineamento desta, uma vez que descreve, registra, analisa e interpreta a realidade dos fenômenos. No presente estudo, foram descritos fenômenos relacionados ao conhecimento, satisfação e segurança à saúde de usuárias de implante subcutâneo com etonogestrel.

O caráter exploratório permite identificar “algo novo” a partir de um grupo específico (TRIVIÑOS, 2008). Na presente pesquisa, o grupo investigado e o objeto de investigação nunca foram explorados, o que potencializou as chances de se identificar “algo novo”.

4.2 Local da pesquisa

O estudo foi realizado nos municípios integrantes da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará: Caucaia, São Gonçalo do Amarante, Paracuru, Paraipaba, São Luis do Curu, Pentecoste, Apuiarés, Itapajé, General Sampaio, Tejuçuoca. Estes estão localizados na região Norte do Estado do Ceará, com distância da capital de 15,8km (Caucaia) a 159,7km (Tejuçuoca) (CEARÁ, 2012a).

Figura 1. Mapa com os municípios da região da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES)



Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (2011)

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2012a), no último censo demográfico realizado no ano de 2010, a população geral dos 10 municípios da 2ª CRES-CE era de 564.060 habitantes, desse total 189.756 (33,6%) mulheres em idade fértil (MIF). O parâmetro da idade de MIF é de 10 a 49 anos de acordo com a SESA-CE, definição adotada com base em prevalência local de gravidez precoce (CEARÁ, 2012b). A escolha do local ocorreu pela vivência e familiaridade da pesquisadora com a região.

A 2ª CRES-CE recebeu 300 implantes subcutâneos com etonogestrel para distribuir aos municípios que a integram. Antes da distribuição, os profissionais (enfermeiros e médicos) dos municípios contemplados foram treinados. Eles deveriam repassar a formação recebida para os demais profissionais dessas categorias com o apoio de um vídeo cedido pela SESA-CE, o qual abordava o procedimento de inserção e as contraindicações ao uso do método. Enfermeiros e médicos treinados na ESP-CE (multiplicadores) incumbiriam os demais profissionais de saúde de repassar à comunidade a chegada de mais uma opção contraceptiva. Estes poderiam utilizar para tanto cartazes, folhetos, rádio, divulgação pelos agentes comunitários de saúde (ACSs), realização de salas de espera etc. Por ter recebido o primeiro lote, esse processo teve início na 2ª CRES no final de 2010 (em Caucaia). Logo em seguida, no primeiro semestre de 2011, o mesmo procedimento ocorreu nos demais municípios.

A mulher interessada em realizar o implante deveria comparecer inicialmente para consulta de enfermagem ou médica, na Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua adscrição territorial para realizar avaliação e receber esclarecimentos. Em seguida, era encaminhada à

equipe responsável pela inserção (profissionais capacitados inicialmente na ESP-CE). Após ser avaliada pela equipe capacitada para realizar o procedimento, se fosse comprovada a ausência de gravidez e de outras contraindicações, a realização do implante ocorreria no mesmo dia em caráter ambulatorial.

4.3 População e amostra

A população correspondeu às usuárias de implante subcutâneo na 2ª CRES-CE (N=181). A amostra foi do tipo censo, a qual implica pesquisar todas as mulheres em uso do implante subcutâneo contendo etonogestrel como contraceptivo (n=106). A amostra do tipo censo consiste na contagem de toda população. Ela fornece informações completas, entretanto é de difícil realização (GONÇALVES, 2015). Nesse sentido, corrobora-se a referida autora quando apesar de todo esforço empreendido para contar com toda a população na pesquisa, a amostra que era para ser toda a população de usuárias ficou sendo de 106 pessoas, haja vista as perdas devido a não localização de 75 sujeitos. Essas perdas foram atribuídas aos seguintes motivos: as usuárias não foram localizadas apesar de busca no cadastro municipal e investigação pelo ACS (55), residência no município de Fortaleza (16), mudança de residência para área territorial fora da 2ª. CRES (3), e uso do implante por menos de três meses (1).

O quadro apresentado a seguir mostra a população e a amostra de usuárias de implantes cadastradas por municípios da 2ª. CRES.

Quadro 5. Distribuição do número de usuárias de implante cadastradas nos municípios da 2ª. CRES, Ceará. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Município	População	Amostra
1. São Gonçalo do Amarante	30	25
2. São Luis do Curu	20	17
3. Caucaia	109	43
4. Paracuru	11	11
5. Paraipaba	7	6
6. Apuiarés	3	3
7. Pentecoste	1	1
8. Tejuçuoca**	---	---
9. Itapajé**	---	---
10. General Sampaio**	---	---
TOTAL	181	106

Fonte: *Secretarias Municipais de Saúde. **Os municípios 8, 9 e 10 não possuíam sujeitos para a pesquisa devido ao não recebimento do insumo ou não treinamento médico para inserção do implante.

Foram adotados como critérios de inclusão: aquelas que realizaram inserção do implante no serviço público há pelo menos três meses, período no qual poderão surgir os principais efeitos colaterais, assim como as eventuais complicações; e usuárias em permanência ou não com o implante.

4.4 Coleta de dados

Foi solicitada autorização do gestor de cada município (Secretário Municipal de Saúde) integrante da 2ª CRES para realização da pesquisa. Isso ocorreu em uma das reuniões da Comissão Intergestor Regional (CIR) que ocorre sistematicamente na sede da CRES, localizada no município de Caucaia. Com essa autorização, foi enviado *e-mail* de solicitação de apoio aos coordenadores da atenção básica dos 10 municípios que formam a CRES, esclarecendo sobre a pesquisa e solicitando a colaboração no sentido de identificarem as usuárias de implante no município e mobilizarem estas para participarem de encontro na sede do município em data pré-agendada com a pesquisadora. Ademais, foi realizado contato telefônico e visita local a maior parte dos municípios.

O coordenador da atenção básica à saúde de cada município se comprometeu a solicitar o apoio dos enfermeiros das equipes da ESF no sentido de identificarem as usuárias de implante na sua área adscrita. Essa solicitação de apoio foi efetuada em reunião que ocorre sistematicamente na sede de cada município, com a participação de todas as equipes da ESF e as respectivas coordenadoras.

Os enfermeiros entraram em contato com cada usuária e ex-usuária de implante por intermédio dos ACSs, os quais as informaram sobre o dia do encontro com a pesquisadora na sede do município. Considerando o quantitativo de mulheres em alguns municípios, foi definido mais de um dia para a coleta de dados, como no caso de São Gonçalo do Amarante, Paraipaba, São Luis do Curu e Caucaia. No referido encontro, a pesquisadora realizou exposição sobre a realização do estudo, explicando o objetivo do mesmo e indagando se as usuárias de implante aceitavam participar da pesquisa por meio de entrevista.

Nos municípios de São Gonçalo do Amarante, Caucaia e Pentecoste, o coordenador da atenção básica solicitou que a pesquisadora participasse da reunião mensal com enfermeiras, para que pudesse prestar maiores esclarecimentos sobre a pesquisa. A solicitação foi prontamente aceita pela pesquisadora. No município de Pentecoste, a pesquisadora participou da reunião de ACSs com o intuito de reforçar a busca dos sujeitos.

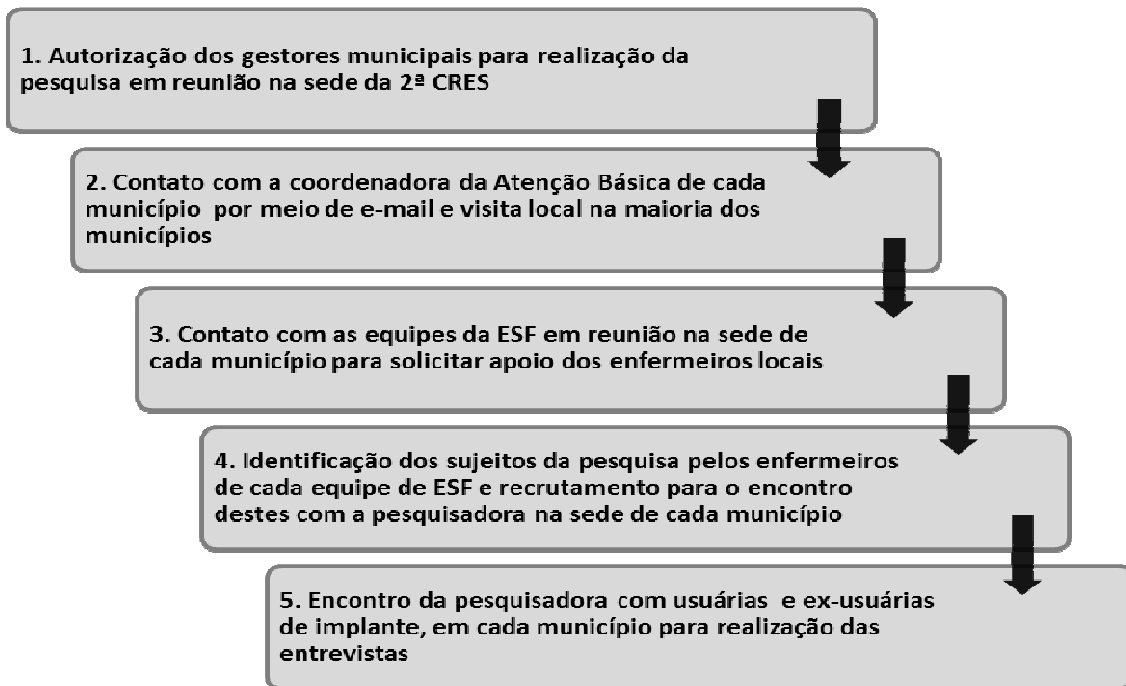
Nas situações em que o sujeito só poderia participar da entrevista em finais de semana ou horário noturno, a coleta de dados foi realizada por meio de telefone. Nesses casos, o termo de consentimento era livre; esclarecido e levado pelo ACS.

A coleta de dados ocorreu nos meses de março a novembro de 2014 (APÊNDICE A). As entrevistas ocorreram em local privativo e tiveram duração em torno de 20 minutos.

O formulário para coleta de dados (APÊNDICE C), elaborado pela pesquisadora, abordou os seguintes aspectos: características demográficas e socioeconômicas das usuárias de implante (idade, escolaridade, condição de união e renda familiar); perfil reprodutivo (número de gestações, partos, abortos e filhos vivos); conhecimento da usuária quanto ao implante, abrangendo o conteúdo mínimo que toda usuária de implante deveria conhecer sobre o método, conforme a WHO (2007): compreensão da eficácia relativa do método, uso correto, funcionamento, efeitos secundários, riscos e benefícios do método para a saúde, sinais e sintomas que necessitariam de um retorno ao serviço de saúde, retorno à fertilidade após a interrupção do uso do método e prevenção das DSTs; avaliação de satisfação das usuárias com o método em uso por meio de escala de Likert de cinco níveis; repercussões incisionais e clínicas ao uso do implante, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010); e critérios médicos de elegibilidade para uso de implante subcutâneo (WHO, 2009).

O fluxograma apresentado na figura 1 sintetiza os passos adotados para localizar e acessar as usuárias de implante para a coleta dos dados.

Figura 2. Fluxograma seguido na coleta de dados



Todo o processo de contato com os municípios e de coleta dos dados seguiu o Procedimento Operacional Padrão (POP), apresentado no APÊNDICE B.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram processados no SPSS 20.0 licença número 10101131007, apresentados em tabelas e quadros. Calcularam-se as medidas estatísticas, média e desvio padrão das variáveis: idade (anos completos), escolaridade (anos de estudos), renda familiar *per capita* (em salários mínimos), número de gestações, número de partos, número de abortos, número de filhos vivos.

Para avaliação do conhecimento sobre o método utilizou-se uma escala Likert de cinco níveis (1 concorda totalmente, 2 concorda em parte, 3 sem opinião, 4 discorda em parte e 5 discorda plenamente), elaborada pela autora. O conhecimento foi considerado adequado somente quando as participantes concordaram totalmente e inadequado se outra resposta.

Na avaliação do conhecimento sobre os efeitos adversos foi considerado: sem conhecimento se o sujeito não conhecesse nenhum efeito; escasso se conhecesse um efeito; moderado se, dois efeitos; substancial se, três efeitos; substancial e extenso se, quatro ou mais efeitos.

Do mesmo modo procedeu-se para com a avaliação do conhecimento sobre as complicações ou sinais de alerta associados ao uso do *Implanon*®: sem conhecimento, quando não houver nenhum sinal de alerta; escasso quando, um sinal de alerta; moderado quando, dois sinais de alerta; substancial quando, três sinais de alerta; e conhecimento extenso quando, quatro ou mais sinais de alerta citados.

Na avaliação do nível de satisfação das usuárias do implante, foi utilizada uma escala Likert de cinco níveis, elaborada pela autora. Conforme as respostas das participantes na escala, estas foram avaliadas como: muito satisfeita (concordou totalmente com todos os itens); moderadamente satisfeita (concordou totalmente com dois itens); pouco satisfeita (concordou totalmente com um item); e insatisfeita (concordou em parte ou discordou de pelo menos um item ou não apresentou opinião).

Tratamento bivariado, por meio dos testes de χ^2 e de razão de verossimilhança, foi realizado entre as variáveis: conhecimento sobre o método, sobre efeitos adversos e sobre complicações ou sinais de alerta, bem como o nível de satisfação das usuárias de *Implanon*® e repercussões incisionais no município de origem da usuária, tempo de uso do *Implanon*® e escolaridade.

4.6 Aspectos éticos

O estudo foi submetido à Plataforma Brasil com solicitação de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), obtendo parecer favorável nº 543.743 conforme CAAE: 26418914.5.0000.5054 (ANEXO A). Foram obedecidas as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), que trata de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

As participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE D), no qual assegura-se a garantia do anonimato e do sigilo. É importante ressaltar que, em momento algum, as participantes foram lesadas financeiramente ou em termos de atendimento e de saúde.

Foram respeitados os princípios da beneficência, autonomia, justiça e não maleficência. O estudo teve como benefícios orientar os sujeitos com necessidades de informação sobre o uso do implante e referenciá-los para a UBS. Alguns sujeitos estiveram expostos ao constrangimento de identificação na própria comunidade, sob a curiosidade de pessoas, o que foi amenizado por meio de orientações concisas da pesquisadora.

4.7 Financiamento

A pesquisadora contou com bolsa de demanda social da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Teve o apoio logístico e de transporte por parte de alguns municípios, que se disponibilizaram de forma espontânea.

O estudo não recebeu nenhum financiamento direto de quaisquer órgãos de fomento. Portanto, as despesas apresentadas no orçamento (APÊNDICE E) foram de responsabilidade da pesquisadora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diagnóstico situacional quanto ao uso de implante subcutâneo com etonogestrel (*Implanon*®) na perspectiva do conhecimento, satisfação e segurança à saúde das usuárias do método foi descrito nas seguintes temáticas: perfil demográfico, socioeconômico e reprodutivo de usuárias de *Implanon*®; conhecimento de usuárias de *Implanon*® sobre o método, efeitos adversos e complicações; satisfação de usuárias de *Implanon*® quanto ao uso do método; repercussões incisionais e clínicas (efeitos adversos e complicações) de usuárias de *Implanon*®; e segurança clínica à saúde de usuárias.

5.1 Perfil demográfico, socioeconômico e reprodutivo de usuárias de *Implanon*®

Na tabela 1, estão apresentadas as variáveis demográficas e socioeconômicas.

Tabela 1. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Variáveis	Nº.	%
Idade (anos completos) $\bar{x} = 31,32$ $s = 6,18$		
19-34*	74	69,8
35-48	32	30,2
Escolaridade (anos de estudos) $\bar{x} = 11,83$ $s = 3,75$		
Até 5	10	9,4
De 6 a 9	10	9,4
De 10 a 12	52	49,1
13-18	34	32,1
Condição de união		
Solteira	24	22,6
Casada ou em união estável	82	77,4
Renda per capita (em salários mínimos)** $\bar{x} = 2,22$ $s = 2,18$		
Com até ¼	22	20,7
Mais de ¼ a ½	43	40,6
Mais de ½ a 1	25	23,6
Mais de 1 a 4	16	15,1

*Houve uma adolescente **Valor do salário mínimo no período da pesquisa (R\$ 724,00 ou US\$ 229,84). Fonte: Dados elaborados pela autora

A idade das usuárias de *Implanon*® variou de 19 a 48 anos, com média de $31,32 \pm 6,18$ anos, havendo prevalência de mulheres mais jovens, com idade de 19 a 34 anos (69,8%) seguida pela prevalência de mulheres com idade de 35 a 48 anos (30,2%). A respeito

do uso de implante por mulheres mais jovens, afirma-se que essa realidade pode ser determinada pelo fato de o implante subcutâneo ser mais atraente para as mulheres jovens que procuram uma contracepção eficaz, em longo prazo, e reversível, assim como para aquelas com contraindicações ao uso de estrogênios (REAPE, 2005).

Contudo, apenas uma participante (0,9%) foi identificada na faixa etária da adolescência, o que indica a necessidade de se promover eficazmente o método nessa fase reprodutiva. A educação em saúde e as práticas de aconselhamento em saúde podem ajudar as adolescentes a realizarem as escolhas adequadas de seus MACs, a fim de tratar suas demandas específicas para que, assim, possam tomar decisões informadas e voluntárias. É importante fazer todo o possível para evitar limitar as opções anticoncepcionais disponíveis a esse público particularmente o *Implanon*® (OMS, 2009).

Observa-se, ainda, um percentual significativo de mulheres com idade de 35 anos ou mais em uso de *Implanon*®, o que é favorável a segurança à saúde das usuárias, uma vez que nesse extremo reprodutivo a gravidez representa risco. Isso exige o uso de um método de elevada eficácia como é o implante.

Em estudo realizado na Nigéria, com 32 usuárias de *Implanon*®, a média de idade encontrada foi de $33,9 \pm 5$ anos (AISIEN; ENOSOLEASE, 2010). Em Granada-Espanha, estudo realizado com 372 usuárias de *Implanon*® obteve média de idade de 27,2 anos (ARRIBAS-MIR *et al.*, 2009). Nos Estados Unidos, pesquisa avaliando 942 usuárias do método registrou idades variando entre 18 e 40 anos (DARNEY *et al.*, 2009). Conforme os resultados da presente pesquisa e dos estudos citados, observa-se que o *Implanon*® é um método utilizado nas diferentes faixas etárias, predominando, entretanto, na fase reprodutiva plena e no seu extremo superior.

A escolaridade das participantes variou de “até 5 anos de estudos” até 18 anos de estudos. Os grupos predominantes foram o com 10 a 12 anos de estudos (49,1%) e o com 12 a 18 anos de estudos (32,1%), perfazendo, assim, uma média de $11,83 \pm 3,738$ anos de escolaridade. Esses dados demonstram predomínio de mulheres com ensino médio ou em curso superior, respectivamente, o que é positivo na perspectiva do uso de um método anticoncepcional, pois se espera que quanto maior o número de anos de estudos maior a apreensão do conhecimento sobre o método, aspecto demonstrado na tabela 6. No Brasil, as mulheres com menor nível de escolaridade de até 7 anos de estudos apresentaram taxa de fecundidade total de 3,07 filhos, enquanto entre as mais escolarizadas a taxa foi de 1,69 filho por mulher (IBGE, 2012b).

Sobre a condição de união, 77,4% das mulheres se declararam casadas ou em união estável. Este percentual foi bem acima daquele encontrado na última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada em 2006 no país, quando se identificou 64,1% das mulheres casadas ou em união consensual (BRASIL, 2009). Esse perfil das usuárias de *Implanon*® pode estar associado à longa duração do método, característica que bem atende as necessidades desse público.

A renda *per capita* é a relação entre o rendimento total dos moradores ou das pessoas da família dividido pelo número de pessoas do domicílio ou da família (IBGE, 2015). Na pesquisa, apresentou-se uma média de $2,22 \pm 2,18$ salários mínimos, variando desde famílias com renda *per capita* de “até $\frac{1}{4}$ salário mínimo” até aquelas com rendimento entre 1 a 4 salários mínimos. Nesse contexto, houve predomínio da renda *per capita* de “mais de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ salário mínimo” (40,6%), seguido pela renda *per capita* de “ $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo” (23,6%).

Os valores de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo e de $\frac{1}{4}$ até $\frac{1}{2}$ salário mínimo *per capita* são considerados, por muitos estudiosos e gestores de vários programas sociais, situação de baixa renda, ainda que o salário mínimo, nos últimos anos, tenha sido reajustado acima da inflação (IBGE, 2012b). Análise da distribuição de renda no Brasil, no período de 2001 a 2011, destacou um aumento significativo de outras fontes de renda (Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, entre outras de âmbito estadual e municipal) com redução dos rendimentos de trabalho e das aposentadorias e pensões (IBGE, 2012b). Na região Nordeste, há uma grande dependência desses programas de transferência de renda. Apesar de ter ocorrido alívio da situação de pobreza extrema de uma parcela da população, não houve melhoria nas condições de vida (comparáveis à média nacional), percebendo-se a necessidade de trabalhar outras políticas públicas, para melhoria desta situação (BRASIL, 2009).

A tabela 2 apresentada a seguir mostra o perfil reprodutivo das participantes.

Tabela 2. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® quanto ao perfil reprodutivo. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Variáveis	Nº.	%
Número de gestações $\bar{x} = 1,80$ $S = 1,527$		
Nenhuma	10	9,4
1-4	91	85,9
5-12	5	4,7
Número de partos $\bar{x} = 1,58$ $S = 1,420$		
Nenhum	12	11,3
1-4	92	86,9
5-12	2	1,8
Número de abortos $\bar{x} = 0,20$ $S = 0,559$		
Nenhum	91	85,8
1-2	13	12,3
3	2	1,9
Número de filhos vivos $\bar{x} = 1,55$ $S = 1,395$		
Nenhum	11	10,4
1-4	93	87,8
5-12	2	1,8

Fonte: Dados elaborados pela autora

A taxa de fecundidade total mede o número médio de filhos nascidos vivos que uma mulher teria ao fim do seu período reprodutivo. Em 2011, a taxa de fecundidade total para o Brasil foi de 1,95 filhos por mulher (IBGE, 2012b). No presente estudo, a média de filhos vivos por mulher foi de 1,55, resultado inferior à fecundidade total do país. Segundo o IBGE (2012b), a taxa de fecundidade total do país é baixa, consequência do aumento da urbanização, da maior participação de mulheres no mercado de trabalho, da elevação da escolaridade e da disseminação cada vez maior dos métodos anticoncepcionais. Destaca-se, nesse contexto, a elevada escolaridade da maioria das participantes da presente pesquisa (Tabela 1), o que corrobora a associação entre escolaridade elevada e redução da taxa de fecundidade, conforme afirma o IBGE.

O número de gestações, de partos e de filhos vivos variou de 1 a 4 entre 85,9%, 86,9% e 87,8%, respectivamente, resultado que demonstra reduzido percentual do fator de risco reprodutivo “multiparidade”. Ademais, foi expressivo o percentual de participantes sem filhos vivos (10,4%). A esse respeito, afirma-se que da mesma forma que o Brasil vem experimentando uma queda na fecundidade, observa-se também que a proporção de mulheres que não tiveram filhos nascidos vivos aumentou na última década (IBGE, 2012b).

O percentual de participantes com histórico de aborto correspondeu a 14,2%. Um aspecto limitante do estudo consistiu em não verificar o tipo de aborto, uma vez que o percentual de aborto provocado é um indicador de qualidade da assistência em planejamento

familiar. Mesmo assim, ressalta-se que das gravidezes diagnosticadas 10 a 15% terminam espontaneamente em abortamento clínico (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2011). Portanto, o percentual de aborto encontrado no grupo pesquisado manteve-se dentro do percentual esperado para abortamento espontâneo.

5.2 Conhecimento de usuárias de *Implanon*® sobre o método, efeitos adversos e complicações ou sinais de alerta

O conhecimento das usuárias de *Implanon*® foi avaliado quanto às características do método (Tabelas 3 a 6); segundo seus efeitos adversos (Tabelas 7 a 10); e quanto às complicações ou sinais de alerta associados ao uso do método (Tabelas 11 a 14).

Tabela 3. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® segundo características do método. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Características do <i>Implanon</i> ®	Conhecimento adequado*		Conhecimento inadequado**		Valor de p
	Nº.	%	Nº.	%	
1. É um método muito eficaz, podendo ocorrer menos de uma gestação/100 mulheres ano.	97	91,5	9	8,5	<0,0001
2. A troca do método ocorre a cada três anos.	97	91,5	9	8,5	<0,0001
3. O método funciona liberando hormônio, que poderá interromper a menstruação e/ou a subida do espermatozóide e/ou a ovulação.	88	83,0	18	17,0	<0,0001
4. O método protege contra anemia devido à escassez ou ausência de menstruação.	31	29,2	75	70,8	<0,0001
5. É um método reversível.	99	93,4	7	6,6	<0,0001
6. O retorno da fertilidade ocorre entre três e seis semanas após a retirada do método.	60	56,6	46	43,4	0,206 ¹
7. O método não previne contra DST/HIV/AIDS	101	95,3	5	4,7	<0,0001

Conhecimento adequado* (concordaram totalmente com a assertiva); Conhecimento inadequado** (concordaram em parte, não tinham opinião ou discordaram da assertiva).

Fonte: Dados elaborados pela autora

¹ Teste de Razão de Verossimilhança

O conhecimento adequado do MAC em uso proporciona a mulher confiança na anticoncepção, na satisfação e na redução de falhas e de abandono.

Dentre os sete itens aplicados para avaliar o conhecimento das usuárias de implante sobre o método, os itens 7, 5, 1, 2 e 3 foram aqueles com maior proporção de usuárias que os conhecia. Excetuando, o item 4 quando o conhecimento inadequado foi de

70,8% e o item 6 em que as proporções de conhecimento adequado e inadequado foram iguais ($p = 0,206$).

Chamou a atenção o maior percentual de mulheres com conhecimento adequado sobre o item 7, ou seja, prevenção de DST/HIV/AIDS (95,3%), podendo ser resultado da integração entre os serviços de planejamento familiar e de DST/HIV/AIDS nos municípios pesquisados, ação altamente recomendada pelas políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva no país. Assim, em meio a uma abrangente realidade global de elevado número de casos de DSTs, os serviços e os profissionais de saúde devem enfatizar a prevenção simultânea dessas patologias e da gravidez e incentivar o uso de preservativo masculino ou feminino, independente do método anticoncepcional escolhido, além de buscarem estratégias que promovam mudanças por parte de homens e mulheres, haja vista o avanço da feminização, juvenização e pauperização da epidemia da AIDS, em particular (BRASIL, 2010). Nesse sentido, afirma-se que o sentimento de segurança gerado pela elevada eficácia do implante pode predispor as usuárias do método a maiores chances de contrair uma DST/HIV/AIDS (MARTINS *et al.*, 2013).

O conhecimento quanto à reversibilidade do implante (item 5) foi o segundo mais abrangente no grupo pesquisado (93,4%), o que se pode justificar com a idade predominante de usuárias jovens, com idade entre 20 a 34 anos (Tabela 1) e nos 10,4% de usuárias ainda sem filhos (Tabela 2), condições que despertam interesse pelo respectivo conhecimento, uma vez que suas proles provavelmente não estejam definidas. Todavia, o conhecimento referente ao tempo do retorno da fertilidade após a suspensão do implante (item 6) foi menos abrangente (56,6%).

A eficácia e o prazo para troca do implante (itens 1 e 2, respectivamente) obtiveram conhecimento adequado de parte de 91,5% das participantes, informações que guardam relação com o interesse das usuárias por cuidados que garantam a elevada eficácia do método, alcançando, assim, o objetivo da contracepção.

O mecanismo de ação do *Implanon*® foi citado adequadamente por 83% das usuárias entrevistadas (item 3), percentual elevado analisando-se sob o prisma de que são informações mais técnicas e devido ao método não exigir o controle da usuária, tornando-a menos interessada pelo seu modo de funcionamento. Contudo, Martins *et al.* (2013) constataram em estudo realizado em Juazeiro do Norte-CE, com 15 usuárias de *Implanon*®, fragilidade no conhecimento destas quanto à ação hormonal do implante em seu organismo.

O conhecimento que atingiu o menor percentual de usuárias do método correspondeu à prevenção da anemia pelo uso do implante (item 4) (29,2%), isto é, um

benefício não contraceptivo do método. Ressalta-se que é imprescindível enfatizar os benefícios não anticoncepcionais do método durante a orientação por profissionais, pois são informações que poderão despertar interesse e agregar mais usuárias ao método. A esse respeito é relevante às equipes da ESF reforçarem, durante as atividades de educação em saúde, as orientações pertinentes a esses benefícios, bem como manter o padrão de qualidade na educação em saúde que vem sendo oferecido a esse público alvo, gerador de conhecimento adequado na maioria dos itens avaliados nesta dissertação.

Pesquisa realizada por telefone, em Midwestern, Estados Unidos, com 543 mulheres de 18 a 30 anos, com o objetivo de verificar o conhecimento e as percepções de usuárias sobre contraceptivos reversíveis de ação prolongada, apenas 8,0% das entrevistadas haviam ouvido falar do *Implanon*® (SPIES *et al.*, 2010). O mesmo estudo concluiu que há necessidade de educar as mulheres sobre sua disponibilidade, modo de uso e benefícios.

O baixo conhecimento da pequena parte de usuárias pode estar relacionado à forma como cada serviço tem desenvolvido as ações de educação em saúde em cada município, no sentido de preparar a mulher para o uso do *Implanon*®. Assim, verificou-se a associação entre o conhecimento das participantes sobre o *Implanon*® e municípios (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® segundo o conhecimento inadequado sobre o método e municípios. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Características do <i>Implanon</i> ®	Município					Valor de p
	M1 Nº/%	M2 Nº/%	M3 Nº/%	M4 Nº/%	M5-7 Nº/%	
1. É um método eficaz, podendo ocorrer menos de uma gestação/100 mulheres ano.	3/12	2/11,8	3/7,0	---	1/10,0	0,613 ¹
2. A troca do método ocorre a cada três anos.	6/24,0	2/11,8	1/2,3	---	---	0,016 ¹
3. O método funciona liberando hormônio, que poderá interromper a menstruação e/ou a subida do espermatozoide e/ou a ovulação.	7/28,0	3/17,6	6/14,0	1/9,1	1/10,0	0,535 ¹
4. O método protege contra anemia devido à escassez ou ausência de menstruação.	19/76,0	11/64,7	31/72,1	6/54,5	8/80,0	0,648 ²
5. É um método reversível.	5/20,0	1/5,9	1/2,3	---	---	0,051 ¹
6. O retorno da fertilidade ocorre entre três e seis semanas após a retirada do método.	14/56,0	8/47,1	19/44,2	1/9,1	4/40,0	0,134 ²
7. O método não previne contra DST/HIV/AIDS	4-16,0	1-5,9	---	---	---	0,030 ¹

Fonte: Dados elaborados pela autora 1 Teste de Razão de Verossimilhança; 2 Teste de χ^2

Analisando o respectivo conhecimento por municípios, constatou-se associação entre conhecimento inadequado das usuárias sobre o prazo para troca do *Implanon*® (item 2) ($p=0,016$), com os municípios 1 (28,0%) e 2 (17,6%), apresentando maiores proporções de conhecimentos inadequados. Também houve associação entre o conhecimento sobre a reversibilidade do *Implanon*® (item 5) e municípios ($p=0,051$). Nesse caso, o município 1 foi o que apresentou maior proporção de conhecimento inadequado (20,0%). O município também influenciou o conhecimento das participantes quanto ao *Implanon*® não prevenir contra as DST/HIV/AIDS (item 7) ($p=0,030$), tendo o município 1 apresentado maior proporção de conhecimento inadequado (16,0%).

Procurou-se, ainda, verificar a associação entre conhecimento inadequado sobre o *Implanon*® e tempo de uso do método (Tabela 5), em que o conhecimento sobre o *Implanon*® não dependeu do tempo de uso, uma vez que em todas as características do método obteve-se $p>0,05$.

Tabela 5. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® segundo o conhecimento inadequado sobre o método e o tempo de uso. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Características do <i>Implanon</i> ®	Tempo de uso (em meses)				Valor de p
	3-12	13-24	25-36	37-42	
	Nº/%	Nº/%	Nº/%	Nº/%	
1 É um método eficaz, podendo ocorrer menos de uma gestação/100 mulheres ano.	2/13,3	1/7,7	6/8,3	---	0,689 ¹
2 A troca do método ocorre a cada três anos.	1/6,7	3/23,1	5/6,9	---	0,273 ¹
3 O método funciona liberando hormônio, que poderá interromper a menstruação e/ou a subida do espermatozoide e/ou a ovulação.	1/6,7	4/30,8	12/16,7	1/16,7	0,407 ¹
4 O método protege contra anemia devido à escassez ou ausência de menstruação.	12/80,0	10/76,9	50/69,4	3/50,0	0,550 ¹
5 É um método reversível.	2/13,3	12/92,3	68/94,4	6/100	0,605 ¹
6 O retorno da fertilidade ocorre entre três e seis semanas após a retirada do método.	5/33,3	5/38,5	32/44,4	4/66,7	0,551 ²
7 O método não previne contra DST/HIV/AIDS	---	---	5/6,9	---	0,263 ¹

Fonte: Dados elaborados pela autora 1 *Teste de Razão de Verossimilhança*; 2 *Teste de χ^2*

Na tabela 6, o conhecimento inadequado sobre as características do *Implanon*® foi avaliado segundo os anos de estudos das usuárias.

Tabela 6. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® segundo o conhecimento inadequado sobre o método e anos de estudos. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Características do <i>Implanon</i> ®	Anos de estudos				Valor de p
	Até 5	6 a 9	10 a 12	13 a 18	
	Nº/%	Nº/%	Nº/%	Nº/%	
1. É um método eficaz, podendo ocorrer menos de uma gestação/100 mulheres ano.	2/20,0	---	5/9,6	2/5,9	0,326 ¹
2. A troca do método ocorre a cada três anos.	2/20,0	---	7/13,5	---	0,015 ¹
3. O método funciona liberando hormônio, que poderá interromper a menstruação e/ou a subida do espermatozoide e/ou a ovulação.	4/40,0	1/10,0	10/19,2	3/8,8	0,144 ¹
4. O método protege contra anemia devido à escassez ou ausência de menstruação.	6/60,0	7/70,0	37/71,2	25/73,5	0,875 ²
5. É um método reversível.	---	---	6/11,5	1/2,9	0,147 ¹
6. O retorno da fertilidade ocorre entre três e seis semanas após a retirada do método.	6/60,0	3/30,0	26/50,0	11/32,4	0,216 ²
7. O método não previne contra DST/HIV/AIDS	2/20,0	1/10,0	2/3,8	---	0,077 ¹

Fonte: Dados elaborados pela autora 1 *Teste de Razão de Verossimilhança*; 2 *Teste de χ^2*

Anos de estudos influenciou o conhecimento de usuárias de *Implanon*® sobre o prazo recomendado para a troca do método (item 2) (p=0,015).

Na tabela 7, estão apresentados os dados relativos aos efeitos adversos ou colaterais associados ao uso do *Implanon*®.

Tabela 7. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® segundo o nível de conhecimento sobre efeitos adversos associados ao uso do método. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Efeitos adversos	Com conhecimento		Sem conhecimento	
	Nº.	%	Nº.	%
– Alterações do padrão menstrual (aumento, redução, irregularidade e amenorrea).	77	72,6	29	27,4
– Alterações sistêmicas (mastalgia e alterações de peso)	55	51,9	51	48,1
– Alterações do sistema nervoso (alteração do humor, irritabilidade, diminuição da libido, tontura e cefaleias leves).	52	49,1	54	50,9
– Alterações no sistema gastrointestinal (epigastralgia, náusea e vômito).	24	22,6	82	77,4
Nível de conhecimento geral				
– Sem conhecimento	11	10,4		
– Escasso	22	20,8		
– Moderado	38	35,8		
– Substancial	29	27,4		
– Extenso	6	5,6		

Sem conhecimento (nenhum efeito citado); conhecimento escasso (um efeito citado); moderado (dois efeitos citados); substancial (três efeitos citados); e extenso (todos os efeitos citados).

Fonte: Dados elaborados pela autora

Efeito adverso ou efeito colateral é um termo consagrado em farmacovigilância, o qual é definido como “qualquer resposta a um medicamento que seja prejudicial, não intencional, e que ocorra nas doses normalmente utilizadas em seres humanos para profilaxia, diagnóstico e tratamento de doenças, ou para a modificação de uma função fisiológica” (BRASIL, 2003).

Quanto ao conhecimento dos efeitos adversos, houve predomínio do saber sobre as alterações menstruais (aumento, redução, irregularidade e amenorrea) declaradas por 72,6% do grupo pesquisado, enquanto as alterações do sistema gastrointestinal foram os menos citados (22,6%). Os efeitos adversos sistêmicos e do sistema nervoso eram do conhecimento de aproximadamente 50% das participantes.

Conforme o exposto, observam-se importantes lacunas no conhecimento de usuárias de *Implanon*® sobre os efeitos adversos ao uso do método, de modo que apenas 5,6% alcançaram “conhecimento extenso” sobre o tema e 67,0% alcançaram nível de conhecimento ausente, escasso ou moderado. A esse respeito, autores recomendam a inclusão de maior abordagem desses efeitos adversos no aconselhamento sobre os métodos anticoncepcionais reversíveis de longo prazo, como é o caso do implante (WONG *et al.*, 2009). O baixo conhecimento de usuárias de um método anticoncepcional sobre esse aspecto

poderá elevar o índice de abandono do método devido ao medo, à incapacidade de lidar com esses efeitos e à falta de confiança nas informações de que se trata de um contraceptivo transitório, ou seja, de curta duração, em sua maioria.

Na tabela 8, observa-se a relação entre ausência de conhecimento das usuárias de *Implanon*® quanto aos efeitos adversos do método e municípios. O município influenciou o conhecimento das participantes quanto às alterações sistêmicas ($p=0,016$). Nesse caso, o município 1 apresentou a maior proporção de ausência de conhecimento sobre o respectivo efeito (24,0%).

Tabela 8. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® segundo ausência de conhecimento sobre efeitos adversos do método e municípios. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Efeitos adversos do <i>Implanon</i> ®	Município					Valor de p
	M1	M2	M3	M4	M5-7	
	Nº/%	Nº/%	Nº/%	Nº/%	Nº/%	
1. Alterações do padrão menstrual (aumento, redução, irregularidade e menorreia).	3/12	2/11,8	3/7,0	---	1/10,0	0,613 ¹
2. Alterações sistêmicas (mastalgia e alterações de peso).	6/24,0	2/11,8	1/2,3	---	---	0,016¹
3. Alterações do sistema nervoso (alteração do humor, irritabilidade, diminuição da libido, tontura e cefaleias leves).	7/28,0	3/17,6	6/14,0	1/9,1	1/10,0	0,535 ¹
4. Alterações no sistema gastrointestinal (epigastralgia, náusea e vômito).	19/76,0	11/64,7	31/72,1	6/54,5	8/80,0	0,648 ²

Fonte: Dados elaborados pela autora

1 Teste de Razão de Verossimilhança; 2 Teste de χ^2

A seguir se encontra a tabela 9, a qual mostra a relação entre a ausência de conhecimento de usuárias de *Implanon*® e os efeitos adversos associados ao método e ao tempo de uso.

Tabela 9. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® segundo ausência de conhecimento sobre efeitos adversos do método e tempo de uso. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Efeitos adversos do <i>Implanon</i> ®	Tempo de uso (mês)				Valor de p
	3-12	13-24	25-36	37-42	
	Nº/%	Nº/%	Nº/%	Nº/%	
1. Alterações do padrão menstrual (aumento, redução, irregularidade e menorreia).	5/33,3	5/38,5	17/23,6	2/33,3	0,651 ¹
2. Alterações sistêmicas (mastalgia e alterações de peso).	5/33,3	3/23,1	41/56,9	2/33,3	0,062 ²
3. Alterações do sistema nervoso (alteração do humor, irritabilidade, diminuição da libido, tontura e cefaleias leves).	6/40,0	4/30,8	42/58,3	2/33,3	0,161 ²
4. Alterações no sistema gastrointestinal (epigastralgia, náusea e vômito).	11/73,3	7/53,8	58/80,6	6/100	0,068 ¹

Fonte: Dados elaborados pela autora 1 Teste de Razão de Verossimilhança; 2 Teste de χ^2

Conforme a tabela 9, não foi encontrada associação entre conhecimento e os efeitos adversos e tempo de uso do *Implanon*®, ou seja, todos os valores de $p > 0,05$. Entretanto, observa-se que as alterações no sistema gastrointestinal, mesmo não tendo apresentado significância estatística, houve predomínio de conhecimento inadequado por grande parte das usuárias em todos os períodos de uso.

A tabela 10 apresenta a ausência de conhecimento sobre efeitos adversos do método e anos de estudo de usuárias de *Implanon*®.

Tabela 10. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® segundo ausência de conhecimento sobre efeitos adversos do método e anos de estudo. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Efeitos adversos do <i>Implanon</i> ®	Anos de estudo				Valor de p
	Até 5	6-9	10-12	13-18	
	Nº/%	Nº/%	Nº/%	Nº/%	
1. Alterações do padrão menstrual (aumento, redução, irregularidade e menorreia).	2/20,0	3/30,0	13/25,0	11/32,4	0,830 ²
2. Alterações sistêmicas (mastalgia e alterações de peso).	8/80,0	3/30,0	28/53,8	12/35,3	0,040²
3. Alterações do sistema nervoso (alteração do humor, irritabilidade, diminuição da libido, tontura e cefaleias leves).	8/80	6/60	26/50	14/41,2	0,170 ²
4. Alterações no sistema gastrointestinal (epigastralgia, náusea e vômito).	7/70,0	8/80,0	44/84,6	23/67,6	0,291 ²

Fonte: Dados elaborados pela autora 1 Teste de Razão de Verossimilhança; 2 Teste de χ^2

Ao realizar o cruzamento entre conhecimento das usuárias quanto aos efeitos adversos do *Implanon*® e anos de estudo, a tabela 10 traz significância estatística com relação às alterações sistêmicas ($p=0,040$). Destacando-se 80% de ausência de conhecimento nas usuárias de até 5 anos de estudos, assim pode-se fazer uma relação entre baixa escolaridade na dificuldade em assimilar o conhecimento repassado. Entretanto obteve-se mais de 50% das entrevistadas de 10 a 12 anos de estudo com deficiência no conhecimento quanto às alterações sistêmicas, podendo também considerar a possibilidade de deficiência dos profissionais no repasse das orientações.

Apesar de não ter sido constatada significância estatística nas alterações do sistema gastrointestinal, percebe-se que todas as faixas de escolaridade ultrapassaram os 50% de ausência de informações desses efeitos, assim como ocorreu com os dados apresentados na tabela 9 em relação ao tempo de uso, o que pode ser analisado mais uma vez como algo relacionado à falha no processo de educação em saúde.

Na tabela 11, está exposto o nível de conhecimento das usuárias de *Implanon*® no que diz respeito às complicações ou aos sinais de alerta decorrentes do uso do método. Para efeito deste estudo, foram considerados sinais de alerta pela autora, aqueles que indicam a necessidade de a usuária de implante retornar ao serviço de saúde para receber acompanhamento, uma vez que a alteração em curso representa um risco à saúde.

Tabela 11. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® segundo o nível de conhecimento sobre complicações ou sinais de alerta associados ao uso do método. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Itens de avaliação do conhecimento das usuárias/ex-usuárias de <i>Implanon</i> ®	Com conhecimento		Sem conhecimento		Valor de p
	Nº.	%	Nº.	%	
Complicações ou sinais de alerta:					
1. Sangramento abundante (pelo menos duas vezes mais abundante ou prolongada do que a usual)	38	35,8	68	64,2	0,005¹
2. Cefaleia intensa (que começou ou piorou após a inserção do implante).	36	34,0	70	66,0	0,001¹
3. Infecção no local da inserção.	9	8,5	97	91,5	<0,0001
4. Sinais e sintomas de gravidez ectópica (sangramento vaginal anormal, dor abdominal e desmaios).	6	5,7	100	94,3	<0,0001
5. Icterícia.	---	---	106	100,0	---
Nível de conhecimento geral					
– Sem conhecimento	45	42,5			
– Escasso	37	34,9			
– Moderado	21	19,8			
– Substancial	3	2,8			
– Extenso	---	---			

Sem conhecimento (nenhum sinal citado); conhecimento escasso (um sinal citado); moderado (dois sinais citados); substancial (três sinais citados); e extenso (todos os sinais citados).

Fonte: Dados elaborados pela autora 1 *Teste de Razão de Verossimilhança*

Os sinais de alerta que são preocupantes em relação ao *Implanon*® são: possibilidade de gravidez (principalmente se apresentar sintomas de gravidez ectópica como sangramento vaginal anormal, dor abdominal ou sensibilidade abdominal, desmaios); dor pélvica intensa; infecção no local da inserção; sangramento menstrual abundante, cefaleia intensa e icterícia (BRASIL, 2010).

Dentre os referidos sinais de alerta, todos os itens prevaleceram sem conhecimento ($p < 0,05$). Sangramento abundante foi o de maior conhecimento por parte das usuárias (35,8%) seguido da cefaleia intensa, conhecida por 34,0% delas. A icterícia não era do conhecimento de nenhuma das participantes e somente 8,5% e 5,7% conheciam a infecção no local da inserção e o quadro de gravidez ectópica como sinais de alerta, respectivamente.

Observa-se, pois, *déficit* de conhecimento das usuárias em relação aos sinais de alerta, bastante significativo, isto é, nenhuma usuária ou ex-usuária alcançou o nível de “conhecimento extenso” sobre o tema e 97,2% alcançaram nível de conhecimento entre ausente, escasso e moderado. Essa realidade é preocupante por se tratar de agravos que

merecem intervenção rápida e eficaz do serviço de saúde, pois poderão gerar maiores complicações e sequelas na vida dessa mulher.

Com base na tabela 12, pode-se afirmar que o município influenciou o conhecimento das usuárias de *Implanon*® sobre a complicação ou sinal de alerta 1 (sangramento abundante) ($p=0,012$), com o município 2 tendo apresentado maior percentual de desconhecimento (94,1%). Também houve associação entre desconhecimento da complicação 3 (infecção no local da inserção) e município ($p=0,024$), com o município 3, 1 e 4, respectivamente, mostrando nesta ordem os maiores percentuais de desconhecimento, correspondendo a 97,7%; 96,0%; e 90,9%.

Tabela 12. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® segundo a ausência de conhecimento sobre complicações ou sinais de alerta associados ao uso do método e municípios. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Complicações ou sinais de alerta	Município					Valor de p
	M1	M2	M3	M4	M5-7	
	N°/%	N°/%	N°/%	N°/%	N°/%	
1. Sangramento abundante (pelo menos duas vezes mais abundante ou prolongada do que a usual)	13/52,0	16/94,1	29/67,4	5/45,5	5/50,0	0,012 ¹
2. Cefaleia intensa (que começou ou piorou após a inserção do implante).	21/84,0	9/52,9	25/58,1	8/72,7	7/70,0	0,172 ²
3. Infecção no local da inserção.	24/96,0	15/88,2	42/97,7	10/90,9	6/60,0	0,024 ¹
4. Sinais e sintomas de gravidez ectópica (sangramento vaginal anormal, dor abdominal e desmaios).	23/92,0	16/94,1	40/93,0	11/100	10/100	0,590 ¹
5. Icterícia.	25/100	17/100	43/100	11/100	10/100	---

Fonte: Dados elaborados pela autora 1 Teste de Razão de Verossimilhança; 2 Teste de χ^2

A tabela 13 mostra informações referentes à ausência de conhecimento sobre complicações ou sinais de alerta associados ao uso do método e ao tempo de uso.

Tabela 13. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® segundo ausência de conhecimento sobre complicações ou sinais de alerta associados ao uso do método e ao tempo de uso. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Complicações ou sinais de alerta	Tempo de uso (mês)				Valor de p
	3-12	13-24	25-36	37-42	
	Nº/%	Nº/%	Nº/%	Nº/%	
1. Sangramento abundante (pelo menos duas vezes mais abundante ou prolongada do que a usual)	11/73,3	8/61,5	45/62,5	4/66,7	0,870 ¹
2. Cefaleia intensa (que começou ou piorou após a inserção do implante).	11/73,3	8/61,5	48/66,7	3/50,0	0,765 ¹
3. Infecção no local da inserção.	14/93,3	11/84,6	67/93,1	5/83,3	0,712 ¹
4. Sinais e sintomas de gravidez ectópica (sangramento vaginal anormal, dor abdominal e desmaios).	15/100	13/100	66/91,7	6/100	0,186 ¹
5. Icterícia.	15/100	13/100	72/100	6/100	---

Fonte: Dados elaborados pela autora 1 Teste de Razão de Verossimilhança; 2 Teste de χ^2

Os dados apresentados na tabela 13 revelam ausência de associação entre o conhecimento e as complicações ou sinais de alerta com o tempo de uso do *Implanon*®, ou seja, a ausência de conhecimento foi destaque nas complicações, independente do tempo de uso, assim como foi constatado ao analisar a tabela 11 em que 77,4% das entrevistadas estavam entre nível de conhecimento escasso e sem conhecimento.

Em relação à icterícia, sobre a qual não foi informado o valor de *p*, ressalta-se que esta foi uma complicação constante em relação ao tempo de uso, ficando 100% em todos os tempos discriminados, não tendo sido possível a análise estatística.

Algumas justificativas poderão explicar esses achados: deficiência nas orientações por parte do profissional, baixa escolaridade de usuárias com dificuldade para assimilar o conhecimento ou muitas usuárias em longo tempo de uso (com destaque na tabela 13 para o uso de 25 a 36 meses), o que facilitaria o esquecimento.

A tabela 14, a seguir, relaciona a ausência de conhecimento a complicações ou aos sinais de alerta associados ao uso do método e aos anos de estudos.

Tabela 14. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® segundo ausência de conhecimento sobre complicações ou sinais de alerta associados ao uso do método e aos anos de estudos. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Complicações ou sinais de alerta	Ano de estudo				Valor de p
	Até 5	6-9	10-12	13-18	
	Nº/%	Nº/%	Nº/%	Nº/%	
1. Sangramento abundante (pelo menos duas vezes mais abundante ou prolongada do que a usual)	9/90,0	7/70,0	30/57,7	22/64,7	0,261 ²
2. Cefaleia intensa (que começou ou piorou após a inserção do implante).	9/90,0	10/100	33/63,5	18/52,9	0,015 ²
3. Infecção no local da inserção.	10/100	10/100	48/92,3	29/85,3	0171 ¹
4. Sinais e sintomas de gravidez ectópica (sangramento vaginal anormal, dor abdominal e desmaios).	9/90,0	9/90,0	49/94,2	33/97,1	0,765 ¹
5. Icterícia.	10/100	10/100	52/100	34/100	---

Fonte: Dados elaborados pela autora 1 Teste de Razão de Verossimilhança; 2 Teste de χ^2

Verificou-se, na tabela 14, associação estatística entre ausência de conhecimento sobre cefaleia intensa e anos de estudos ($p=0,015$), com maiores proporções de ausência de conhecimento nos dois intervalos de menos anos de estudos.

Da mesma forma como aconteceu na tabela 13, o item 5 da tabela 14 referente à icterícia não apresenta valor de p , pelo fato de ser uma ausência de conhecimento sobre complicação constante em relação ao tempo de uso.

Voltando-se ao questionamento das orientações repassadas antes da inserção do método ou de como foram repassadas essas informações, tendo em vista que não foram assimiladas da forma correta, é imprescindível o acesso das mulheres a um aconselhamento adequado na pré-inserção a fim de evitar problemas futuros (RINEY; O'SHEA; FORDE, 2009).

Torna-se relevante desenvolver estratégias que minimizem as deficiências no conhecimento de usuárias de *Implanon*® e de outros MACs nos serviços de planejamento familiar (MARTINS *et al.*, 2013)

5.3 Satisfação de usuárias de *Implanon*® sobre o método

A elevada satisfação com um MAC potencializa o uso correto e a eficácia, aumentando a continuidade de uso. Ademais, outros fatores são importantes para o sucesso de um MAC, como a aceitação deste, o grau de confiança que se tem nele e a orientação profissional de qualidade que é dada à usuária (BRASIL, 2010).

A satisfação demonstra o contentamento de um indivíduo com determinada situação, serviço, ou com outros indivíduos. Uma pessoa está satisfeita quando sua expectativa é alcançada, variando de indivíduo para indivíduo. As pesquisas de satisfação no Sistema Único de Saúde (SUS) buscam melhoria no acesso e na qualidade do serviço prestado à população (BRASIL, 2011).

Assim, a tabela 15 apresenta o nível de satisfação de usuárias de *Implanon*®, indicador de resultado da qualidade de um serviço de planejamento familiar.

Tabela 15. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® segundo o nível de satisfação com relação ao uso do método. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Itens para avaliação do nível de satisfação	Concorda totalmente		Concorda em parte		Discorda	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
1 Recomendaria o método para outras mulheres	93	87,7	2	1,9	11	10,3
2 Sente-se mais satisfeita com o implante em relação aos métodos utilizados anteriormente	87	82,1	3	2,8	16	15,1
3 Após três anos de uso do implante pretende substituí-lo por outro implante.	72	67,9	4	3,8	30	28,3
Nível de satisfação geral	Nº.	%				
– Muito satisfeita	76	71,7				
– Moderadamente satisfeita	---	---				
– Pouco satisfeita	20	18,9				
– Insatisfeita	10	9,4				

Muito satisfeita (concordou totalmente com todos os itens); moderadamente satisfeita (concordou totalmente com dois itens); pouco satisfeita (concordou totalmente com um item); e insatisfeita (concordou em parte ou discordou de pelo menos um item ou não apresentou opinião). Fonte: Dados elaborados pela autora

Pôde-se perceber que a maioria das usuárias de implante (71,7%) mostrou-se muito satisfeita com o método, enquanto 9,4% estavam insatisfeitas. Nesse sentido, pesquisa realizada com 454 mulheres de quatro países europeus (França, Irlanda, Eslováquia e Reino Unido), as quais optaram por mudar o uso do contraceptivo oral para o DIU de

Levonorgestrel (DIU-LNG) ou *Implanon*®, verificou ao final de 12 meses 211 com o DIU-LNG e 100 com o *Implanon*®, com níveis de satisfação em relação ao método escolhido de 80% e 66%, respectivamente. Diante desses resultados, os autores concluíram que tanto o DIU-LNG quanto o implante foram consideradas opções contraceptivas altamente aceitáveis pelas mulheres com experiência anterior de uso de contraceptivos orais (SHORT *et al.*, 2012).

Estudo realizado com mulheres brasileiras, sendo 120 do grupo das usuárias de implantes liberadores de etonogestrel (*Implanon*®) e 127 do grupo liberador de levonorgestrel (*Jadelle*®), investigou a opinião das participantes com relação à satisfação com o método contraceptivo. Foram analisados 1200 questionários os quais foram aplicados pessoalmente aos 3 e 6 meses, e em seguida a cada 6 meses, até 36 meses após a inserção. A maioria das usuárias dos dois tipos de implantes estava satisfeita com o método e a insatisfação foi de aproximadamente 15% ao final dos 3 anos de observação (DÓRIA, 2010).

Pesquisa realizada em Victória, Canadá, com 439 mulheres usuárias de clínicas de planejamento familiar identificou que em 6 meses, o nível de satisfação de usuárias de DIU foi maior do que as usuárias do *Implanon*® (WONG *et al.*, 2009).

Os efeitos adversos do *Implanon*® ocorrem em um número elevado de casos e podem afetar a satisfação das usuárias e a continuidade de uso do método, merecendo uma atenção especial do profissional de saúde do serviço de planejamento familiar (OMS, 2007).

Na tabela 16, a satisfação das usuárias de *Implanon*® foi avaliada por municípios, contudo nenhum indicador de satisfação apresentou associação com esta variável, obtendo-se $p > 0,05$ em todas estas.

Tabela 16. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® segundo satisfação e municípios. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Indicadores de satisfação	Município					Valor de p ¹
	M1	M2	M3	M4	M5-7	
	Nº/%	Nº/%	Nº/%	Nº/%	Nº/%	
1. Recomendaria o método para outras mulheres	4/16,0	1/5,9	5/11,6	2/18,2	1/10,0	0,421
2. Sente-se mais satisfeita com o implante em relação aos métodos utilizados anteriormente	5/20,0	1/5,9	7/16,3	4/36,4	2/20,0	0,674
3. Após três anos de uso do implante pretende substituí-lo por outro implante	6/24,0	4/23,5	17/39,5	4/36,4	3/30,0	0,373

Fonte: Dados elaborados pela autora

1 Teste de Razão de Verossimilhança.

A satisfação das usuárias também foi avaliada na perspectiva do tempo de uso do *Implanon*®, verificando-se associação entre estas variáveis com todos os valores de $p < 0,0001$ (Tabela 17). Quanto maior o tempo de uso do *Implanon*® maior foi o percentual em todos os indicadores de satisfação: indicador 1 (93,6%), indicador 2 (83,3%) e o 3 (97,4%).

A pretensão de continuar com o *Implanon*®, substituindo-o por outro implante, no período da troca, foi o indicador de satisfação de maior percentual em todos os intervalos de tempo avaliados, correspondendo a 86,7% entre 2 e 12 meses de uso e entre 13 e 24 meses de uso; dos 25 aos 36 meses de uso o percentual foi de 18,1% (Tabela 17).

Tabela 17. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® segundo satisfação e tempo de uso. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Indicadores de satisfação	Tempo de uso (mês)			Valor de p ¹
	3-12	13-24	25-36	
	Nº/%	Nº/%	Nº/%	
1. Recomendaria o método para outras mulheres	6/40,0	8/61,5	73/93,6	0,0001
2. Sente-se mais satisfeita com o implante em relação aos métodos utilizados anteriormente	2/13,3	5/38,5	65/83,3	0,0001
3. Após três anos de uso do implante pretende substituí-lo por outro implante	9/60,0	8/61,5	76/97,4	0,0001

Fonte: Dados elaborados pela autora 1 Teste de Razão de Verossimilhança.

Anos de estudos não influenciou a satisfação das usuárias de *Implanon*® quanto ao uso do método, obtendo-se todos os valores de $p > 0,05$ (Tabela 18). Contudo, as maiores proporções de satisfação ocorreram em mulheres com 13 a 18 anos de estudos (41,1%) e com 10 a 12 anos de estudos (32,6%), todas impulsionadas pela pretensão de substituir o *Implanon*® após três anos de uso.

Tabela 18. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® segundo satisfação com o método e anos de estudos. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Indicadores de satisfação	Ano de estudo				Valor de p ¹
	Até 5	6 a 9	10 a 12	13 a 18	
	Nº/%	Nº/%	Nº/%	Nº/%	
1. Recomendaria o método para outras mulheres	---	---	7/13,4	6/17,6	0,408
2. Sente-se mais satisfeita com o implante em relação aos métodos utilizados anteriormente	1/10,0	---	8/15,4	10/29,4	0,077
3. Após três anos de uso do implante pretende substituí-lo por outro implante	1/10,0	2/20,0	17/32,6	14/41,1	0,132

Fonte: Dados elaborados pela autora *1* Teste de Razão de Verossimilhança.

5.4 Repercussões incisionais e clínicas de usuárias de *Implanon*®

As repercussões incisionais do implante subcutâneo podem estar relacionadas às condições da usuária, à técnica de inserção e às condições dos materiais cirúrgicos utilizados no procedimento.

A tabela 19, apresentada a seguir, reúne as repercussões ocorridas no local da inserção do implante, referidas pelas usuárias ex-usuárias, bem como verificadas no momento da entrevista por meio de observação da pesquisadora.

Tabela 19. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® conforme repercussões incisionais e clínicas. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Repercussões	Nº.	%
Repercussões incisionais		
Nenhuma	90	84,9
Hematomas	6	5,6
Infecção sem abscesso	3	2,8
Prurido	3	2,8
Dor	2	1,8
Deslocamento do implante	2	1,8
Edema	2	1,8
Cicatriz grossa ou queloide	2	1,8
Parestesia	1	0,9
Repercussões clínicas		
Efeitos adversos		
Nenhum	---	---
Amenorreia	79	74,5
Ganho de peso	56	52,8
Cefaleia	40	37,7
Menstruação irregular	40	37,7
Alteração de humor	34	32,1
Acne	33	31,1
Mastalgia	32	30,2
Frigidez	31	29,2
Hipomenorreia	30	28,3
Dor abdominal	23	21,7
Náusea	20	18,9
Hipermenorreia	18	17,0
Tontura	16	15,1
Cisto de ovário	6	5,7
Outros	26	24,5
Complicações ou sinais de alerta		
Nenhuma	77	72,6
Sangramento abundante (pelo menos duas vezes mais abundante ou prolongada do que a usual)	19	17,9
Cefaleia intensa (que começou ou piorou após a inserção do implante).	6	5,6
Infecção no local da inserção.	2	1,8
Sinais e sintomas de gravidez ectópica (sangramento vaginal anormal, dor abdominal e desmaios).	---	---
Icterícia.	---	---
Outros	3	2,8

Alguns sujeitos emitiram mais de uma resposta. Fonte: Dados elaborados pela autora

As repercussões incisionais clássicas estiveram presentes no grupo pesquisado, bem como as repercussões clínicas. De modo comparativo, as repercussões incisionais foram bem menos frequentes do que as clínicas (efeitos adversos e complicações), pois 84,9% das participantes não apresentaram repercussões incisionais, enquanto todas apresentaram pelo menos uma repercussão clínica.

Pesquisa realizada no Brasil e na República Dominicana com o objetivo de avaliar as repercussões incisionais do implante liberador de levonorgestrel (*Jadelle*®) e etonogestrel (*Implanon*®) aos 14 dias e 3, 6, 12, 24 e 36 meses após a inserção, identificou estas repercussões em menos de 20% dos casos, não ocorrendo grandes diferenças aos 12, 24 e 36 meses de uso (DÓRIA, 2010). Nessa mesma pesquisa com brasileiras e dominicanas, foram identificadas as repercussões mais frequentes: hematoma em 23%, prurido em 16,5%, dor em 16% e parestesia em 5,9%. O hematoma foi três vezes maior entre as usuárias de *Jadelle*® do que em usuárias de *Implanon*® ($p < 0,0001$) e foi mais prevalente entre as usuárias não brancas. Todas as repercussões foram relatadas muito mais frequentemente por mulheres dominicanas (DÓRIA, 2010). Ou seja, essa pesquisa apresenta resultados menos favoráveis do que aqueles encontrados na presente dissertação, quando o hematoma foi identificado em 5,6% das usuárias de *Implanon*®, o prurido em 2,8%, a dor em 1,8% e a parestesia em apenas 0,9%, achados que reforçam a qualidade da prática dos profissionais que realizaram os procedimentos de inserção do implante, o que reduz as repercussões incisionais.

Ademais, outras repercussões incisionais foram relatadas: a infecção sem abscesso, informada por 2,8%, seguindo-se pelo edema e pela cicatriz grossa ou quelóide, ambas declaradas por 1,8%, respectivamente.

Destaca-se ainda, a ocorrência de deslocamento do implante em 1,8% dos sujeitos. Em estudo realizado na Noruega, no período de 2002 a 2008, abordando problemas na inserção e remoção do *Implanon*®, verificou que todos os implantes se localizavam aproximadamente a 2 cm do local da inserção (JORGENSEN, 2010). Assim, observa-se que o eventual deslocamento do implante possa ser tão pequeno a ponto de ser imperceptível pelas usuárias, o que pode reduzir substancialmente a declaração desta repercussão durante a pesquisa.

Outros pesquisadores verificaram repercussões incisionais consequentes ao implante subcutâneo que merecem ser destacadas. Na Noruega, por exemplo, Jorgensen (2010) em pesquisa realizada ao longo de seis anos identificou 18 pacientes encaminhadas à remoção do implante pelo fato de estarem inseridos muito profundamente. Lindsay (2010) descreveu um caso de lipoatrofia, estendendo-se em torno de 2 cm da lateral do implante, ao longo de um comprimento de aproximadamente 15 cm acima e abaixo das extremidades do implante, ressaltando que nesta área não havia praticamente nenhuma gordura subcutânea. Gillies, Scougall e Nicklin (2011) em pesquisa realizada na Austrália, país em que o implante é realizado desde 2001, descreveram dois casos de lesão significativa de nervo mediano após dissecação do braço inadequada para remover o dispositivo quando impalpável. Nesses casos,

está recomendado um exame de imagem e posterior remoção, sob a orientação de um aparelho de ultrassom ou por um cirurgião qualificado. Brown e Britton (2012) estudaram um caso de dor no antebraço e hipoestesia associado ao contato direto do implante com o nervo cutâneo medial do antebraço.

As repercussões incisionais não apresentaram associação com município, tempo de uso do *implanon*® e anos de estudos da usuária ou ex-usuária. Entretanto, o maior percentual destas repercussões ocorreram no município 3 (23,3%); no tempo de uso entre 13 e 24 meses (30,8%); e na faixa de maior escolaridade, ou seja, 13 a 18 anos de estudos (23,5%). A tabela 20 mostra esses achados.

Tabela 20. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® segundo repercussões incisionais e municípios, tempo de uso do *Implanon*® e anos de estudos das usuárias. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

	Município					Valor de p ¹
	M1	M2	M3	M4	M5-7	
	Nº/%	Nº/%	Nº/%	Nº/%	Nº/%	
	1/4,0	2/11,8	10/23,3	1/9,1	2/20,8	0,207
	Tempo de uso do implanon (em meses)					
	2/12	13/24	25/36	37/42		
Apresentaram repercussões incisionais	3/20,0	4/30,8	9/12,5	---		0,200
	Anos de estudos					
	Até 5	6 a 9	10 a 12	13 a 18		
	1/10,0	2/20,0	5/9,6	8/23,5		0,330

Fonte: Dados elaborados pela autora *1* Teste de Razão de Verossimilhança.

Dentre os efeitos adversos relatados pelas usuárias predominou a amenorreia (74,5%), seguida do ganho de peso (52,8%), cefaleia e menstruação irregular (ambos com 37,7%) e alteração de humor (32,1%). Esses achados divergiram daqueles identificados em estudo realizado na Índia com 200 usuárias de *Implanon*®, em que se constatou como efeitos adversos predominantes: menstruação irregular (27%), menstruação prolongada (23%), amenorreia (24%), polimenorragia (22,5%) e ganho de peso acima de 5 kg (7,5%) (BHATIA *et al.*, 2011).

A cefaleia também foi predominante em pesquisa realizada em Benin, Nigéria, correspondendo a 12,5% das usuárias de implante (AISIEEN; ENOSOLEASE, 2010). Estudo realizado com 669 usuárias de implante, em hospital universitário da Nigéria revelou ganho de peso médio ponderal de 1,9kg, sendo motivo de remoção do implante em 13,3% de 30 usuárias pesquisadas (MUTIHIR; NYANGO, 2010).

A frigidez ou a libido reduzida foi citada por 29,2% das usuárias de implante, porém na pesquisa de Aisien e Enosolease (2010), esse mesmo efeito adverso foi encontrado em 9,4% do grupo pesquisado, isto é, três vezes menor comparado aos achados da dissertação.

Hiddalgo *et al.*, (2006) observaram cistos ovarianos em 5,2% das usuárias nos primeiros três meses de uso do implante, 7,2% aos 6 meses e 26,7% aos 12 meses, constatando que esses cistos foram transitórios, não sendo interpretados como patológico. Na presente dissertação o cisto de ovário foi referido por 5,7% das participantes, resultado, pois, bastante similar com estes encontrados aos três meses da inserção do implante. Ressalta-se que uma melhor comparação não foi possível pela ausência de observação do tempo de inserção do implante entre as participantes da dissertação.

As alterações menstruais foram mencionadas pela maioria das participantes, resultado que corrobora estudo realizado em Benin, Nigéria, com 32 usuárias de implante, no qual foram constatadas alterações menstruais em 100% do grupo pesquisado (AISIEEN; ENOSOLEASE, 2010). Esses resultados também são reforçados em pesquisa de avaliação do padrão menstrual de usuárias de implante, na qual foram revistos 11 ensaios clínicos e demonstrou-se a associação deste método com várias irregularidades menstruais, como amenorreia e hemorragias raras, frequentes e/ou extensas (MANSOUR *et al.*, 2008). Os mesmos autores também concluíram que o padrão hemorrágico observado nos primeiros três meses de uso do implante tende a predizer o padrão que se manterá no futuro, nos casos de continuidade do método.

Estudo realizado com 669 usuárias de implante mostrou que, em um hospital universitário da Nigéria, das 30 (4,5%) usuárias que realizaram remoção do método a amenorreia foi responsável por 33,3% (MUTIHIR; NYANGO, 2010).

Outra pesquisa também realizada em hospital universitário de Enugu, na Nigéria, das 295 usuárias de *Implanon*®, 63 (21,4%) interromperam o uso, sendo que 12,2% tiveram como causa da interrupção os efeitos adversos, com as alterações menstruais correspondendo a 41,7% (EZEGWUI *et al.*, 2011).

O sangramento inesperado constitui a principal causa de abandono do implante, pois este gera receio de perda da eficácia do método pela usuária ou desconfortos (MARTINS *et al.*, 2013).

Observa-se que as usuárias apresentaram um achado significativo de efeitos adversos relacionados às alterações menstruais (aumento, redução, irregularidade e amenorreia), contudo não se aproximou do que as mesmas demonstraram conhecer sobre

esses efeitos (72,6%). Em relação ao conhecimento dos efeitos adversos, os efeitos gástricos foram os menos citados (22,6%), assemelhando-se à náusea (18%), o menor efeito adverso manifestado neste estudo.

Assim, Varela (2011) recomenda que a mulher deva ser informada das vantagens, inconvenientes e efeitos adversos do implante antes da inserção, com destaque às alterações menstruais a fim de evitar surpresas e interrupção precoce.

Apesar de não descrito na tabela 19, o que se refere a variável “outros” chamou a atenção, pois alguns efeitos adversos foram considerados como positivos pelas usuárias, destacando-se a redução de peso (4), o aumento da libido (3), a melhora da dismenorrea (3), melhora da acne (2), da aparência da pele (1), de cisto de ovário (1), de cefaleia (1), de sintomas menstruais (1) e de enxaqueca (1). Ressalta-se, ainda, que esses relatos foram acompanhados da manifestação de satisfação das usuárias com o uso do método, uma vez que o mesmo estava a lhe proporcionar bem-estar ou benefícios que iam além da contracepção.

Nesse contexto, há de se afirmar que esses benefícios incluem proteção contra riscos de gravidez, doença inflamatória pélvica sintomática, proteção da anemia por deficiência de ferro (OMS, 2007); prevenção de gravidez ectópica, além de poder ser usado como coadjuvante no tratamento da dismenorrea (ORSHAN *et al.*, 2010). Portanto, não há evidências de que os demais ganhos expressos pelas usuárias de implantes estejam associados ao método.

As complicações ou sinais de alerta associados ao uso do implante foram citadas por 27,4% das participantes da pesquisa, predominando novamente as alterações menstruais, dentre as quais o sangramento abundante foi citado por 17,9% das usuárias. Duas participantes informaram ter apresentado dois tipos de complicações: cefaleia intensa e menstruação abundante. Os sujeitos que mencionaram “outros” (2,8%) ressaltaram alguns problemas, como mancha vermelha pelo corpo, dor abdominal intensa/cólicas e infecção do trato urinário com dor lombar se irradiando para o abdome.

As complicações clássicas ou sinais de alerta do implante correspondem à possibilidade de gravidez ectópica, dor pélvica intensa, infecção no local da inserção, sangramento menstrual abundante, cefaleia intensa, icterícia (BRASIL, 2010), expulsão e dificuldade de remoção do implante (OMS, 2007). Portanto, as mencionadas como outras pelas participantes não têm evidência de serem consideradas complicações.

Diante do exposto, pode-se sintetizar que, quanto às repercussões ao uso do implante, classificadas na presente dissertação como incisórias e clínicas (efeitos adversos e complicações ou sinais de alerta), houve predomínio dos efeitos adversos, uma vez que todas

as usuárias (100%) apresentaram pelo menos um desses efeitos, seguindo-se com as complicações ou sinais de alerta que foram referidas por 27,4% das usuárias e as repercussões incisionais, declaradas por 15,1% das usuárias.

5.5 Segurança clínica à saúde da usuária e ex-usuária

O uso de um método anticoncepcional pode trazer riscos à saúde do usuário e esse potencial de risco representa uma ameaça à segurança do mesmo, devendo esta ser avaliada através dos efeitos adversos e das complicações ocasionadas pelo uso do método. Assim, quando a segurança é elevada, menor será a possibilidade de ocorrer problemas à saúde do usuário (FEBRASGO, 2010).

Para a promoção do uso seguro dos MACs, a OMS (2009) oferece os “Critérios médicos de elegibilidade para uso de anticoncepcionais”, os quais foram aplicados com as usuárias de *Implanon*® para avaliação da segurança clínica delas. O estabelecimento dos critérios médicos de elegibilidade na prestação do serviço de planejamento familiar contribui para contracepção segura, o que serve para evitar a dispensação inadequada do MAC. Isso é de grande relevância para a promoção da segurança clínica das usuárias (OMS, 2009).

É importante assinalar que, segundo a OMS (2009), uma usuária de MAC, na categoria 1, significa que a mesma está livre de qualquer risco; e, na categoria 2, significa que os benefícios com o uso do método superam os riscos. Em ambas as categorias, portanto, a segurança à saúde da usuária está fortemente preservada. Nesse contexto, foram encontradas 79 (74,5%) das usuárias de implante pesquisadas em ambas as categorias.

Na tabela 21, estão descritos os critérios de elegibilidade para o uso do implante conforme as categorias 3 e 4 da OMS (2009), as quais determinam que os riscos com o uso do método superam seus benefícios ou o uso do método está totalmente contraindicado, respectivamente, assinalando, assim, a relação de segurança e insegurança clínica das usuárias.

Tabela 21. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® segundo os critérios médicos de elegibilidade para uso de anticoncepcionais. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Critérios de elegibilidade	Categoria 3	
	Nº.	%
Cefaleias - enxaqueca com aura, independente da idade *C	18	17,0
Amamentação há menos de seis semanas após o parto	6	5,7
Trombose venosa profunda (TVP)/Embolia pulmonar (EP) aguda	2	1,9
Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) - anticorpos antifosfolípides (ou valor desconhecido)	1	0,9
	Categoria 4	
Doenças da mama – câncer de mama atual	---	---

*C = continuação no uso do método. Fonte: Dados elaborados pela autora

Conforme a tabela 21, 25,5% das usuárias de *Implanon*® estavam em uso do método na categoria 3, e nenhuma foi identificada na categoria 4.

Segundo a OMS (2009), uma usuária que se apresenta na categoria 3 pode utilizar o método desde que nenhum outro esteja disponível ou não seja aceito pela mulher. No entanto, uma vez ocorrendo o uso, a organização recomenda que um profissional qualificado mantenha a usuária no melhor acompanhamento, considerando a gravidade da situação. Ampliando as precauções e considerando eventuais dificuldades dos sistemas locais de saúde para garantir o referido acompanhamento, a própria OMS orienta que potenciais usuárias de métodos na categoria 3 sejam consideradas como contraindicação ao uso (OMS, 2009). Assim, o MS adotou essa segunda condição, por respaldar mais adequadamente as deficiências existentes nos sistemas locais de saúde para garantir tal acompanhamento, o que recai principalmente sobre a insuficiência de profissionais qualificados (BRASIL, 2010).

Diante da avaliação dos critérios médicos de elegibilidade para uso do *Implanon*®, destaca-se, pois, o uso do método por mulheres com sintomas de cefaleias e enxaqueca com aura iniciadas na continuidade do uso do método (17%), em amamentação há menos de seis semanas pós-parto (5,7%), com história de trombose venosa profunda (1,9%) e com lupus eritematoso (0,9%), o que se apresenta como um alerta para uma avaliação mais adequada das mulheres candidatas ao uso do método.

O uso do implante na presença de cefaleias - enxaqueca com aura, independente da idade, sem nenhum outro fator de risco para AVC, aumenta o risco para este agravo. A amamentação há menos de seis semanas após o parto gera a preocupação quanto à exposição do recém-nascido aos hormônios esteroides, pois estudos demonstraram que entre mulheres amamentando até 6 semanas pós-parto, os anticoncepcionais só de progestógeno não

prejudicaram o desempenho da amamentação nem a saúde e crescimento do bebê, mas não há dados que avaliem os efeitos da exposição ao progestógeno através do leite materno sobre o desenvolvimento do cérebro e do fígado (OMS, 2009).

As pessoas com Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) - anticorpos antifosfolípidos (ou valor desconhecido) têm risco aumentado de cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral e tromboembolismo venoso. Para todas as categorias de lupus, as classificações se baseiam na presunção de que há ausência de outros fatores de risco para as doenças cardiovasculares. A evidência disponível indica que muitas mulheres com lúpus podem ser consideradas com indicação para a maioria dos anticoncepcionais hormonais (OMS, 2009).

A tabela 22 apresenta os critérios de elegibilidade e municípios.

Tabela 22. Distribuição do número de usuárias de *Implanon*® segundo os critérios médicos de elegibilidade para uso de anticoncepcionais e municípios. 2ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará, Brasil, mar.-nov. 2014.

Nº. de critérios	Município						
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
	Nº/%	Nº/%	Nº/%	Nº/%	Nº/%	Nº/%	Nº/%
Nenhum	17/68,0	12/70,6	35/81,4	10/90,9	5/83,3	3/100,0	---
Um	6/24,0	4/23,5	8/18,6	1/9,1	1/16,7	---	1/100,0
Dois	2/8,0	1/5,9	---	---	---	---	---
Especificação dos critérios							
1. Cefaleia (enxaqueca com aura), independente da idade	6/24,0	4/23,5	6/14,0	1/9,1	---	---	1/100,0
2. Amamentação < 6 semanas após o parto	3/12,0	---	2/4,7	---	1/16,7	---	---
3. Trombose venosa profunda / Embolia pulmonar aguda	---	2/11,8	---	---	---	---	---
4. Lupus Eritematoso Sistêmico – anticorpos antifosfolípidos (ou valor desconhecido)	1/4,0	---	---	---	---	---	---

Alguns sujeitos emitiram mais de uma resposta. Fonte: Dados elaborados pela autora.

Conforme a tabela 22, o município 1 apresentou dois sujeitos com dois critérios da categoria 3 (8,0%), tendo um sujeito informado amamentação < 6 semanas após o parto e cefaleia (enxaqueca com aura), independente da idade e o outro sujeito especificou o critério de amamentação < 6 semanas após o parto e lupus erimatoso sistêmico. O restante de apenas um critério informou cefaleia – enxaqueca com aura, independente da idade (5) e amamentação < 6 semanas após o parto (1).

No município 2, um sujeito apresentou dois critérios, a trombose venosa profunda e cefaleia – enxaqueca com aura, independente da idade. Os outros critérios informados pelas participantes restantes foram cefaleia (enxaqueca com aura), independente da idade (3) e trombose venosa profunda (1).

O município 6 não apresentou nenhum critério e o município 7 teve uma participante com critério da categoria 3.

Ao analisar a especificação dos critérios, percebe-se que o critério 1 esteve presente por seis vezes no município 1; 4 no município 2; 6 no município 3; e uma vez nos municípios 4 e 7. O critério 2 esteve presente em seis vezes, sendo três vezes no município 1, duas vezes no município 3 e uma vez no município 5.

Embora o município 1 tenha tido um pouco mais da metade das participantes do município 3, este apresentou o mesmo quantitativo de mulheres com critério de cefaleia, o que é preocupante. Além de ter apresentado ainda critério de amamentação < 6 semanas pós-parto e lupus eritematoso. Portanto, é preciso a realização de uma anamnese cuidadosa na pré-inserção do implante, no sentido de se evitar usuárias do método na categoria 3.

CONCLUSÕES

O perfil de usuárias de *Implanon*® é constituído, predominantemente, por mulheres jovens, em união estável e com ensino médio ou em curso superior. Esses aspectos relacionados à escolaridade são positivos porque favorecem uma melhor apreensão do conhecimento sobre o método, o que proporciona à usuária confiança, satisfação, redução de falhas e de abandono.

Destaca-se o conhecimento adequado de elevado percentual das usuárias quanto à eficácia e ao funcionamento do *Implanon*®, à fertilidade e à prevenção de DST/HIV/AIDS. Além dos benefícios da contracepção, por exemplo, a prevenção da anemia não era do conhecimento de grande parte das usuárias. O item que se destacou com melhor nível de conhecimento foi o relacionado à prevenção de DST/HIV/AIDS, em que as usuárias informaram a necessidade do uso do preservativo.

Constatou-se associação entre conhecimento sobre tempo para troca do *Implanon*® e municípios. Anos de estudos influenciou o conhecimento sobre o tempo adequado para a troca do método; e município e anos de estudos influenciaram o nível de conhecimento sobre as alterações sistêmicas. O município influenciou o conhecimento sobre a complicação sangramento abundante e sobre a complicação infecção no local da inserção. Ausência de conhecimento sobre cefaleia intensa teve associação com anos de estudos, com os maiores percentuais de ausência de conhecimento recaindo sobre menos anos de estudos. Tempo de uso do método não influenciou conhecimento.

Quanto ao conhecimento sobre os efeitos adversos houve predomínio do saber sobre as alterações menstruais (aumento, redução, irregularidade e amenorreia), enquanto os efeitos gástricos foram os menos citados. Os efeitos adversos sistêmicos e do sistema nervoso eram do conhecimento de aproximadamente metade das participantes. Foram observadas importantes lacunas no conhecimento de usuárias de *Implanon*® sobre os efeitos adversos ao uso do método, com um pequeno percentual alcançando “conhecimento extenso” sobre o tema e grande parte alcançando nível de conhecimento ausente, escasso ou moderado.

Foi identificado *déficit* de conhecimento das usuárias bastante significativo em relação às complicações ou aos sinais de alerta, haja vista que nenhuma usuária alcançou o nível de “conhecimento extenso” sobre o tema; a maioria das participantes alcançou nível de conhecimento entre ausente, escasso e moderado.

Grande parte das usuárias mostrou-se satisfeita com o método, verifica-se isso na associação entre satisfação e menor tempo de uso do *Implanon*®. Além de *déficit* de conhecimento em relação ao *Implanon*®, constatou-se também que os efeitos adversos ocorreram em um número elevado de casos, o que pode afetar a satisfação e continuidade do método, limitando o tempo de uso. Vale ressaltar que isso pode ser contornado e tolerado caso haja orientação e aconselhamento adequado antes da inserção.

Dentre os efeitos adversos manifestados pelas usuárias, houve achados significantes relacionados às alterações menstruais (aumento, redução, irregularidade e amenorreia), contudo não se aproximou do que elas demonstraram conhecer sobre esses efeitos. Os efeitos adversos mais apresentados pelas usuárias foram amenorreia, ganho de peso, cefaleia, menstruação irregular e alteração de humor. Sobre o conhecimento dos efeitos adversos, as alterações gastrointestinais foram as menos citadas, assemelhando-se à náusea, o que se caracteriza como o menor efeito adverso manifestado neste estudo.

Ao se comparar os tipos de repercussões, as incisionais foram bem menos frequentes do que as clínicas (efeitos adversos e complicações). Em se tratando destas, as alterações menstruais se sobressaem. Não houve associação das repercussões incisionais ao município, ao tempo de uso do *Implanon*® e aos anos de estudos.

As complicações ou sinais de alerta associados ao uso do implante foram pouco citadas pelas usuárias neste estudo, havendo predomínio de alterações menstruais como sangramento abundante. Das repercussões manifestadas com o uso do *Implanon*®, a maioria foi relacionada a repercussões clínicas de efeitos adversos, com todas as usuárias apresentando pelo menos uma delas, seguidas pelas repercussões clínicas do tipo complicações ou sinais de alerta e as repercussões incisionais.

Torna-se relevante, durante as atividades de educação em saúde, as equipes da ESF reforçarem as orientações, as quais devem enfatizar os benefícios do *Implanon*® além da contracepção. Ademais, é importante que seja mantido o padrão de qualidade na educação em saúde oferecido, pois a maioria dos itens foi avaliada com conhecimento adequado. Em contrapartida, vale ressaltar também a necessidade dos profissionais de saúde estar em constante processo de educação continuada para superar o *déficit* de conhecimento de sua parte e, conseqüentemente, melhorar a deficiência de conhecimento das usuárias em relação aos itens - que não foram avaliados com o conhecimento adequado -, porque elas deveriam ser bem orientadas pelos profissionais já que estes haviam recebido um treinamento para a realização do procedimento e o repasse de orientações.

Diante do fato do *Implanon*® não fazer parte do elenco de métodos anticoncepcionais disponibilizados pelo Ministério da Saúde e da elevada satisfação das usuárias com o uso, faz-se necessária a sensibilização dos gestores quanto ao acréscimo desse método nos serviços de planejamento familiar da rede pública a fim de oferecer à mulher mais uma opção contraceptiva a qual iria favorecer a redução de gravidez não planejada.

Constatou-se carência de estudos relacionados ao conhecimento de usuárias quanto ao *Implanon*®, à satisfação de usuárias relacionada ao método e à segurança clínica, ressaltando os critérios médicos de elegibilidade. Talvez essa carência seja relacionada à não disponibilização do método na rede pública brasileira e de alguns países.

O estudo apresentou aspectos limitantes como: ausência de registro de usuárias, por parte dos municípios, no ato da inserção do *Implanon*®, o que dificultou à pesquisadora localizá-las (esse registro só foi identificado nos municípios de São Gonçalo do Amarante e Caucaia). Outro problema foi a mudança de gestores no período após a distribuição e inserção do *Implanon*®, o que dificultou a localização de possíveis registros de inserção, de recebimento de material, de estoque, de justificativa de não inserção, ou de ausência de profissionais ao treinamento; além da rotatividade de alguns enfermeiros e agentes comunitários de saúde, dificultando a identificação das usuárias para realização de entrevistas.

Como contribuições, acredita-se que este estudo proporcionou ampliar as discussões quanto ao conhecimento e à satisfação de usuárias de *Implanon*® em relação ao método; quanto às repercussões incisionais e clínicas (efeitos adversos e complicações) associadas ao uso; e quanto à segurança clínica das usuárias. Essas observações proporcionam a sensibilização para que os profissionais realizem a anamnese pré-inserção do método com rigor, seguindo os critérios de elegibilidade médica para uso dos anticoncepcionais. Além disso, sugere-se que os profissionais mantenham e aprofundem as informações dadas às usuárias sobre o método, certificando se estas assimilaram as mensagens transmitidas.

REFERÊNCIAS

AISIEN, A.O.; ENOSOLEASE, M. E. Safety, efficacy and acceptability of implanon a single rod implantable contraceptive (etonogestrel) in University of Benin Teaching Hospital. **Niger J. Clin. Pract.**, v. 13, n. 3, p. 331-335, Sepy. 2010. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[type\]\[\]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2009&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2013&filter[type][]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw)>. Acesso em: 12 nov. 2013

ANVISA. Resolução-RDC nº 140, de 29 de maio de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Poder Executivo, 24 set. 2003. Seção 1, n. 185, p. 53-54. Disponível em

<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/09/2003&jornal=1&pagina=53&totalArquivos=88>>. Acesso em: 23 fev. 2015.

ARRIBAS-MIR, L.; RUEDA-LOZANO, D.; AGRELA-CARDONA, M.; CEDEÑO-BENAVIDES, T.; OLVERA-PORCEL, C.; BUENO-CAVANILLAS, A. Insertion and 3-year follow-up experience of 372 etonogestrel subdermal contraceptive implants by family physicians in Granada, Spain. **Contraception**, v. 80, n. 5, p. 457-462, Nov. 2009. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013

BENDER, N. M.; SEGALL-GUTIERREZ, P.; NAJERA, S. O.; STANCZYK, F. Z.; MONTORO, M.; MISHHELL, D. R. Effects of progestin-only long-acting contraception on metabolic markers in obese women. **Contraception**, v. 88, n. 3, p. 418-425, Sept. 2013. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013

BHATIA, P.; NANGIA, S.; AGGARWAL, S.; TEWARI, C. Implanon: subdermal single rod contraceptive implant. **J. Obstet. Gynaecol. India**, v. 61, n. 4, p. 422-425, Aug. 2011. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[type\]\[\]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2009&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2013&filter[type][]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw)>. Acesso em: 12 nov. 2013

BOUQUIER, J.; FULDA, V.; BATS, A. S.; LÉCURU, F.; HUCHON, C. A life-threatening ectopic pregnancy with etonogestrel implant. **Contraception**, v. 85, n. 2, p. 215-217, Feb. 2012. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção à saúde, mediante inquérito amostral**. Brasília, 2011.

_____. **Saúde sexual e reprodutiva**. Brasília, 2010. (Caderno de Atenção Básica, n. 26).

_____. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, 2009.

_____. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos políticos. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. § 7º do art. 226 da Constituição Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm>. Acesso em: 20 out. 2012.

BRITO, M. B.; FERRIANI, R. A.; QUINTANA, S. M.; YAZLLE, M. E.; SÁ, M. F. S.; VIEIRA, C. S. Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: a pilot study. **Contraception**, v. 80, n.6, p. 519-526, dec. 2009. Disponível em: [http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster) Acesso em: 12 nov. 2013

BROWN, M.; BRITTON, J. Neuropathy associated with etonogestrel implant insertion. **Contraception**, v. 86, n. 5, p. 591-593, nov. 2012. Disponível em: [http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster) Acesso em: 12 nov. 2013

CASEY, P.M.; LONG, M.E.; MARNACH, M. L.; FLEMING-HARVEY, J.; DROZDOWICZ, L. B.; WEAVER, A. L. Association of body mass index with removal of etonogestrel subdermal implant. **Contraception**, v. 87, n. 3, p. 370-374, Mar. 2013. Disponível em: <[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013

CASEY, P. M.; LONG, M. E.; MARNACH, M. L.; BURY, J. E. Bleeding related to etonogestrel subdermal implant in a US population. **Contraception**, v. 83, n. 5, p. 426-430, May 2011. Disponível em: <[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Sesa adota planejamento familiar especial, com uso do implanon**. Fortaleza, 2010. Disponível em:

<<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/44528-sesa-adota-planejamento-familiar-especial-com-uso-do-implanon>>. Acesso em: 27. set. 2013.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Cartão Nacional de Saúde: 2ª CRES – Caucaia**. 2011. Disponível em: <cns.saude.ce.gov.br>. Acesso em: 5 nov. 2013.

_____. **Serviço de Planejamento Familiar no Hospital Geral de Fortaleza**. Fortaleza, 2011. Disponível em: <<http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/planejamento-familiar>>. Acesso em: 20 out. 2012.

_____. **Municípios Cearenses**. Disponível em: <<http://www.ceara.gov.br/index.php/municipios-cearenses>>. Acesso em: 20 out. 2012a.

_____. **Indicadores de Saúde**. Disponível em: <<http://www.ceara.gov.br/index.php/indicadores-saude>>. Acesso em: 20 out. 2012b.

_____. Coordenadoria de Políticas em Saúde (COPAS). Núcleo de Atenção Primária (NUAP). GT Saúde Sexual e Reprodutiva. **Arquivos**. Fortaleza, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 446, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 27 set. 13.

CRESPI, S.; KERRIGAN, M.; SOOD, V. Budget impact analysis of 8 hormonal contraceptive options. **Am. J. Manag. Care**, v. 19, n. 7, p. 249-255, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23919444>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

CROXATTO, H.B.; MAKARAINEN, L. The pharmacodynamics and efficacy of Implanon. An overview of the data. **Contraception**, v. 58, n. 6, p. 91–97, 1998.

DARNEY, P.; PATEL, A.; ROSEN, K.; SHAPIRO, L. S.; KAUNITZ, A. M. Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon): results from 11 international clinical trials. **Fertil. Steril.**, v. 91, n. 5, p. 1646-1653, May 2009. Disponível em: <[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013

DEOKAR, A. M.; JACKSON, W.; OMAR, H.A. Menstrual bleeding patterns in adolescents using etonogestrel (ENG) implant. **Int. J. Adolesc. Med. Health**, v. 23, n. 1, p. 75-77, 2011. Disponível em: <[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

DILBAZ, B.; OZDEGIRMENCI, O.; CALISKAN, E.; DILBAZ, S.; HABERAL, A. Effect of etonogestrel implant on serum lipids, liver function tests and hemoglobin levels. **Contraception**, v. 81, n. 6, p. 510-514, June 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary>>

&count=20&fb=&page=1&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2009&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2013&filter[type][]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw>. Acesso em: 12 nov. 2013

DORIA, R. F. F. L. **Alterações no local de inserção e satisfação com o método entre usuárias de implantes contraceptivos subdérmicos**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000770008&opt=1>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

EZEGWUI, H.U.; IKEAKO, L.C.; ISHIEKWENE, C.I.; OGUANUA, T.C. The discontinuation rate and reasons for discontinuation of implanon at the family planning clinic of University of Nigeria Teaching Hospital (UNTH) Enugu, Nigeria. **Niger J. Med.**, v.20, n. 4, p. 448-450, Oct./Dec. 2011.

Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[type\]\[\]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2009&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2013&filter[type][]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Manual de orientação em anticoncepção**. São Paulo, 2010.

FERREIRA, J. M.; NUNES, F. R.; MODESTO, W.; GONÇALVES, M. P.; BAHAMONDES L. **Motivos para as mulheres brasileiras para mudar de diferentes contraceptivos aos contraceptivos reversíveis de longa duração**. Campinas: UNICAMP, 2013.

FISCHER, M. A. Implanon: a new contraceptive implant. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs**, v. 37, n.3, p. 361-368, May/June 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GILLIES, R.; SCOUGALL, P.; NICKLIN, S. Etonogestrel implants - case studies of median nerve injury following removal. **Aust. Fam. Physician**, v. 40, n. 10, p. 799-800, Oct. 2011.

Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013

GONÇALVES, J. B. Amostragem: conceitos básicos. Disponível em:

<<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAVCsAA/amostragem>>. Acesso em: 23 fev. 2015.

GUAZZELLI, C. A.; QUEIROZ, F. T.; BARBIERI, M.; TORLONI, M. R.; ARAUJO, F. F. Etonogestrel implant in adolescents: evaluation of clinical aspects. **Contraception**, v. 3, n. 4, p. 336-339, Apr. 2011a. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

GUAZZELLI, C. A.; QUEIROZ, F. T.; BARBIERI, M.; BARREIROS, F. A.; TORLONI, M. R.; ARAUJO, F. F. Metabolic effects of contraceptive implants in adolescents.

Contraception, v. 84, n. 4, p. 409-412, Oct. 2011b. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013

GUAZZELLI, C. A.; QUEIROZ, F. T.; BARBIERI, M.; TORLONI, M. R.; ARAUJO, F. F.

Etonogestrel implant in postpartum adolescents: bleeding pattern, efficacy and

discontinuation rate. **Contraception**, v. 82, n. 3, p. 256-259, Sept. 2010. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

GURTCHEFF, S. E.; TUROK, D. K.; STODDARD, G.; MURPHY, P. A.; GIBSON, M.;

JONES, K. P. Lactogenesis after early postpartum use of the contraceptive implant: a

randomized controlled trial. **Obstet. Gynecol.**, v. 117, n. 5, p. 1114-1121, May 2011.

Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013

HARVEY, C.; SEIB, C.; LUCKE, J. Continuation rates and reasons for removal among

Implanon users accessing two family planning clinics in Queensland, Australia.

Contraception, v. 80, n. 6, p. 527-532, Dec. 2009. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[type\]\[\]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2009&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2013&filter[type][]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw)>. Acesso em: 12 nov. 2013

HIDALGO, M. M.; LISONDO, C.; JULIATO, C.T.; ESPEJO-ARCE, X.; MONTEIRO, I.;

BAHAMONDES, L. Ovarian cysts in users of Implanon and Jadelle subdermal contraceptive

implants. **Contraception**, v. 73, n. 5, p. 532-536, May. 2006 Disponível em:

<<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-16627041>>. Acesso em: 6 mar. 2015.

HOHMANN, H. Examining the efficacy, safety, and patient acceptability of the etonogestrel

implantable contraceptive. **Patient Prefer. Adherence**, v. 3, p.205-211, 2009. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

HOHMANN, H.; CREININ, M. D. The contraceptive implant. **Clin. Obstet. Gynecol.**, v. 50, n. 4, p. 907-917, Dec. 2007. Disponível em:<

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17982333>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

HUBER, J.; WENZL, R. Pharmacokinetics of Implanon: an integrated analysis. **Contraception**, v. 58, n. 6, p. 85-90, Dec. 1998. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10095978> Acesso em: 10 out. 13.

IBGE. **População. Indicadores Sociais. Crianças e adolescentes. Notas técnicas.**

Conceitos. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/criancas_adolescentes/notastecnicas.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2015.

_____. **Censo 2010.** Disponível em:<

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 5 out. 2012a.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira 2012. Rio de Janeiro, 2012b.

JORGENSEN, N. P. Contraceptive implants--aberrations from insertion and removal procedures. **Tidsskr Nor Laegeforen**, v. 13, n. 7, p. 733-734, Apr. 2010. Disponível em: <[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[type\]\[\]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2009&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2013&filter[type][]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

LINDSAY, P. Resolução delipoatrofialocalizada no localdeinserçãodo Implanon. **J. Fam. Plann. Reprod. Health Care**, v. 36, n. 2, p. 107, Apr. 2010. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[type\]\[\]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2009&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2013&filter[type][]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

LINDSAY, P. Localised lipoatrophy at the site of Implanon insertion. **J. Fam. Plann. Reprod. Health Care**, v. 35, n. 4, p. 266, Oct. 2009. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[type\]\[\]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2009&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2013&filter[type][]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

LIPETZ, C.; PHILLIPS, C. J.; FLEMING, C. F. The cost-effectiveness of a long-acting reversible contraceptive (Implanon) relative to oral contraception in a community setting.

Contraception, v. 79, n. 4, p. 304-309, Apr. 2009. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19272500>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

LOPES, M. V. O. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 121-132.

LOPEZ, L. M.; GRIMES, D. A.; SCHULZ, K. F.; CURTIS, K. M. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 7, CD006033, 2011. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

MADDEN, T.; EISENBERG, D.L.; ZHAO, Q.; BUCKEL, C.; SECURA, G.M.; PEIPERT, J.F. Continuation of the etonogestrel implant in women undergoing immediate postabortion placement. **Obstet. Gynecol.**, v. 120, n. 5, p. 1053-1059, Nov. 2012. Disponível em: <[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

MAIS PREÇO. Implanon. Disponível em: <<http://www.maispreco.com/comprar/implanon-1-imp-schering-plough>>. Acesso em: 27 set. 2013a.

MAIS PREÇO. Ciclo 21. Disponível em: <<http://www.maispreco.com/preco/ciclo-21>>. Acesso em: 27 set. 2013b.

MANSOUR, D.; INKI, P.; DANIELSSON-GEMZELL, K. Efficacy of contraceptive methods: a review of the literature. **Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care**, v. 15, n. 1, p. 4-16, 2010.

MARTINS, A. A. A.; MATIAS, G. F. S.; BEZERRA, I. M. P.; ANTÃO, J. Y. F. L.; ALENCAR, L. H.; MACHADO, M. F. A. S.; PAIVA, M. O. Percepção da população feminina acerca do implante subdérmico de etonogestrel. In: CONVIBRA SAÚDE. CONGRESSO ONLINE – GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO, 2013. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/saude_2013.asp?ev=31&lang=pt&ano=2013>. Acesso em: 3 mar. 2015.

MEIRIK, O.; BRACHE, V.; ORAWAN, K.; HABIB, N. A.; SCHMIDT, J.; ORTAYLI, N.; CULWELL, K.; JACKSON, E.; ALI, M. A multicenter randomized clinical trial of one-rod etonogestrel and two-rod levonorgestrel contraceptive implants with nonrandomized copper-IUD controls: methodology and insertion data. **Contraception**, v. 87, n. 1, p. 113-120, jan. 2013. Disponível em: <[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MERKI-FELD, G. S.; IMTHURN, B.; ROSSELLI, M.; SPANAUS, K. Implanon use lowers plasma concentrations of high-molecular-weight adiponectin. **Fertil. Steril.**, v. 95, n. 1, p. 23-27, jan. 2011a. Disponível em: <[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[ye](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2009&filter[ye)>

ar_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2013&filter[type][]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw>. Acesso em: 12 nov. 2013.

MERKI-FELD, G. S.; ROSSELLI, M.; IMTHURN, B.; SPANAUS, K. No effect of Implanon® on inflammatory cardiovascular parameters. **Gynecol. Endocrinol.**, v. 27, n. 11, p. 951-955, Nov. 2011b. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[type\]\[\]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2009&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2013&filter[type][]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

MORNAR, S.; CHAN, L. N.; MISTRETTA, S.; NEUSTADT, A.; MARTINS, S.; GILLIAM, M. Pharmacokinetics of the etonogestrel contraceptive implant in obese women. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 207, n. 2, p. 110-116, Aug. 2012. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

MUTIHIR, J. T.; NYANGO, D. D. Indications for removal of etonogestrel implant within two years of use in Jos, Nigeria. **East Afr. Med. J.**, v. 87, n. 11, p. 461-464, Nov. 2010.

Disponível em <http://www.ajol.info/index.php/eamj/article/download/76286/66747>>. Acesso em: 5 fev. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS. **Planejamento Familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde.** 2007.

ORSHAN, A. S. **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

PATIÑO, A. V.; RUELAS, M. R. C.; VILLARREAL, E. R.; MARTÍNEZ, L. G.; GALICIA, L. R.; VARGAS, E. R. D. Evolución a un año de los efectos adversos, en una cohorte de pacientes con implante subdérmico de desogestrel. **Rev. Chil. Obstet. Ginecol.**, Santiago, v. 71, n. 3, 2006. Disponível em:<

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262006000300005&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 24 out. 2012.

PONGSATHA, S.; EKMAHACHAI, M.; SUNTORNLIMSIRI, N.; MORAKOTE, N.; CHAOVISITSAREE, S. Bone mineral density in women using the subdermal contraceptive implant Implanon for at least 2 years. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v. 109, n. 3, p. 223-225, June 2010. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[type\]\[\]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2009&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2013&filter[type][]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

REAPE, K. Z. Current contraceptive research and development. **Adolesc. Med. Clin.**, v. 16, n. 3, p. 617-633, 2005.

REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

RINEY, S.; O'SHEA, B.; FORDE, A. Etonogestrel implant as a contraceptive choice; patient acceptability and adverse effect profile in a general practice setting. **Ir. Med. J.**, v. 102, n. 1, p. 24-25, Jan. 2009. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

SPIES, E. L.; ASKELSON, N. M.; GELMAN, E.; LOSCH, M. Young women's knowledge, attitudes, and behaviors related to long-acting reversible contraceptives. **Womens Health Issues**, v. 20, n. 6, p. 394-399, Nov./Dec. 2010. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[type\]\[\]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2009&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2013&filter[type][]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

SHORT, M.; DALLAY, D.; OMOKANYE, S.; HANISCH, J.U.; INKI, P. Acceptability of the levonorgestrel releasing-intrauterine system and etonogestrel implant: one-year results of an observational study. **Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care**, v. 17, n. 1, p. 79-88, Feb. 2012. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

TRIVIÑOS, A. R. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

VARELA, M. G. Contracepção hormonal. In: OLIVEIRA, C. F. **Manual de ginecologia**. Lisboa: Permanyer Portugal, 2011. v. 2, cap. 29. p. 75-93.

VERHAEGHE, J. Hormonal contraception in women with the metabolic syndrome: a narrative review. **Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care**, v. 15, n. 5, p. 305-313, Oct. 2010. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

VICKERY, Z.; MADDEN, T.; ZHAO, Q.; SECURA, G. M.; ALLSWORTH, J. E.; PEIPERT, J. F. Weight change at 12 months in users of three progestin-only contraceptive methods. **Contraception**, v. 88, n. 4, p. 503-508, Oct. 2013. Disponível em:

<[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

VIEIRA, C. S. **Pesquisa sobre contraceptivo implante subcutâneo**. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <lidianereboucas@hotmail.com> em 01 out. 2013.

WHITE, K.; HOPKINS, K.; POTTER, J. E.; GROSSMAN, D. Knowledge and attitudes about long-acting reversible contraception among Latina women who desire sterilization. **Womens Health Issues**, v. 23, n. 4, p. 257-263, July/Aug. 2013. Disponível em: <[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[type\]\[\]=article#year_cluster](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?fb=&q=etonogestrel+and+contraceptive&where=&index=&lang=pt&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2013&filter[year_cluster][]=2009&filter[type][]=article#year_cluster)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

WONG, R. C.; BELL, R. J.; THUNUGUNTLA, K.; MCNAMEE, K.; VOLLENHOVEN, B. Implanon users are less likely to be satisfied with their contraception after 6 months than IUD users. **Contraception**, v. 80, n. 5, p. 452-456, Nov. 2009. Disponível em: <[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter\[year_cluster\]\[\]=2010&filter\[year_cluster\]\[\]=2009&filter\[year_cluster\]\[\]=2011&filter\[year_cluster\]\[\]=2012&filter\[year_cluster\]\[\]=2013&filter\[type\]\[\]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter[year_cluster][]=2010&filter[year_cluster][]=2009&filter[year_cluster][]=2011&filter[year_cluster][]=2012&filter[year_cluster][]=2013&filter[type][]=article&q=implanon+and+contraceptive&index=tw)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 4th ed. Geneva, 2009.

APÊNDICE B – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) PARA A COLETA DE DADOS

1. Será solicitada na 2ª CRES/CE uma autorização para que a pesquisadora tenha uma pauta na reunião mensal de gestores de saúde (secretários municipais) com intuito de apresentar o projeto e solicitar autorização de todos para a realização da pesquisa nos municípios que representam;
2. Será enviada uma carta de solicitação de apoio às coordenadoras da atenção básica dos 10 municípios, esclarecendo sobre a pesquisa e solicitando a colaboração no sentido de realizarem as seguintes tarefas: identificação das usuárias de implante no município e mobilização destas usuárias para participarem de encontro na sede do município em data pré-agendada com a pesquisadora;
3. A coordenadora de atenção básica de cada município deverá solicitar o apoio dos enfermeiros das equipes da ESF, no sentido de identificarem as usuárias de implante na sua área adscrita. Essa solicitação de apoio será efetuada em reunião que ocorre sistematicamente na sede do município, com a participação de todas as equipes com a respectiva coordenadora;
4. Os enfermeiros entrarão em contato com cada usuária de implante por intermédio dos agentes comunitários de saúde (ACSs), os quais informarão às usuárias de implante (com pelo menos 1 ano de uso) o dia do encontro com a pesquisadora na sede do município. Considerando o quantitativo de mulheres em alguns municípios, poderão ser definidos mais de uma reunião ou dia de coleta;
5. No referido encontro, a pesquisadora realizará breve apresentação sobre a realização do estudo, explicará o objetivo da pesquisa e indagará se as pacientes aceitam participar da pesquisa por meio de entrevista;
6. A coleta de dados ocorrerá em local reservado para manter a privacidade da participante da pesquisa. Será utilizado um formulário que abordará os seguintes aspectos:
 - a. características demográficas e socioeconômicas das usuárias de implante (idade, escolaridade, condição de união e renda familiar);
 - i. a pesquisadora registrar idade da participante e marcar um “x” nas opções que se adequarem à resposta da mulher.
 - b. perfil reprodutivo (número de gestações, partos, abortos e filhos vivos);
 - i. a pesquisadora deverá registrar os números das respostas da paciente no item II.
 - c. conhecimento da usuária quanto ao implante, abrangendo o conteúdo mínimo que toda usuária de implante deveria conhecer sobre o método, conforme a WHO (2009): compreensão da eficácia relativa do método, uso correto, como o mesmo funciona, efeitos secundários, riscos e benefícios do método para a saúde, sinais e sintomas que necessitariam de um retorno ao serviço de saúde, retorno à fertilidade após a interrupção do uso do método e prevenção das DSTs;
 - i. durante a entrevista, a pesquisadora deverá fazer os questionamentos do item III do formulário. Na primeira etapa, a usuária deve responder se concorda plenamente, concorda em parte, se não tem opinião, se discorda em parte ou se discorda plenamente, em seguida a pesquisadora registra.

Na segunda e terceira etapas, a pesquisadora irá registrar “sim” ou “não” caso a usuária cite alguns dos sinais e sintomas e efeitos colaterais, respectivamente.

- d. avaliação de satisfação das usuárias com o método em uso, por meio de escala de Likert de cinco níveis;
 - i. durante a entrevista, a pesquisadora deverá fazer os questionamentos do item IV do formulário. A usuária deve responder se concorda plenamente, concorda em parte, se não tem opinião, se discorda em parte ou se discorda plenamente, em seguida, a pesquisadora registra.
- e. repercussões incisionais e clínicas ao uso do implante, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010);
 - i. Repercussões incisionais: será observado se há alteração no local da inserção do implante e questionado à participante se ela apresentou alguma alteração local;
 - ii. Repercussões clínicas: será questionado à paciente se ela apresentou alguns dos efeitos colaterais ou complicações.
- f. critérios médicos de elegibilidade para uso de implante subcutâneo (WHO, 2009).
 - i. Será verificado se a usuária está em condições do uso do implante de acordo com os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais. A participante será questionada quanto às condições em que se encontra e ela responderá “sim” ou “não”.

APÊNDICE C – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

1. Município: 1____
2. Zona: 1() rural 2() urbana 2____
3. Tempo de uso do implante (em meses):_____ 3____
- Características demográficas e socioeconômicas**
4. Idade (em anos completos):_____ 4____
5. Número de anos de estudo:_____ 5____
6. Condição de união: 1() solteira 2() casada ou em união estável 6____
7. Renda familiar mensal: R\$_____ 7____
8. Número de pessoas na família:_____ 8____
- Perfil reprodutivo**
9. Número de gestações:_____ 9____
10. Número de partos:_____ 10____
11. Número de abortos:_____ 11____
12. Número de filhos vivos:_____ 12____
- Nível de Conhecimento da usuária quanto ao implante (eficácia, funcionamento, benefícios além da contracepção, retorno a fertilidade e prevenção de DST/HIV/AIDS)**
 Conhecimento adequado (concordaram totalmente com a assertiva); Conhecimento inadequado (concordaram em parte, não tinham opinião ou discordaram da assertiva).
13. É um método muito eficaz, podendo ocorrer menos de uma gestação para cada 100 mulheres em um ano. 13.____
 1() Concorda totalmente 2() Concorda em parte 3() Sem opinião
 4() Discorda em parte 5() Discorda plenamente
14. A troca do implante deve ser feita a cada 3 anos 14.____
 1() Concorda totalmente 2() Concorda em parte 3() Sem opinião
 4() Discorda em parte 5() Discorda plenamente
15. O implante funciona liberando hormônio pouco a pouco, o que poderá interromper a menstruação e/ou a ovulação e/ou a subida do espermatozóide. 15.____
 1() Concorda totalmente 2() Concorda em parte 3() Sem opinião
 4() Discorda em parte 5() Discorda plenamente
16. O implante ajuda a proteger contra anemia devido à escassez ou ausência de menstruação 16.____
 1() Concorda totalmente 2() Concorda em parte 3() Sem opinião
 4() Discorda em parte 5() Discorda plenamente
17. O implante não torna a mulher estéril 17.____
 1() Concorda totalmente 2() Concorda em parte 3() Sem opinião
 4() Discorda em parte 5() Discorda plenamente
18. Depois da retirada do implante o retorno da fertilidade ocorre rapidamente, entre 3 e 6 semanas após retirada. 18.____
 1() Concorda totalmente 2() Concorda em parte 3() Sem opinião
 4() Discorda em parte 5() Discorda plenamente

19. O implante não previne contra DST/HIV/AIDS 19.____
 1 () Concorda totalmente 2 () Concorda em parte 3 () Sem opinião
 4 () Discorda em parte 5 () Discorda plenamente

Nível de conhecimento sobre complicações ou sinais de alerta.

Sem conhecimento (nenhum sinal citado); conhecimento escasso (um sinal citado); moderado (dois sinais citados); substancial (três sinais citados); e extenso (todos os sinais citados).

20. Sinais e sintomas de gravidez ectópica (sangramento vaginal anormal, dor abdominal e desmaios). 20.____
 1 () Sim 2 () Não
21. Infecção na incisão 1 () Sim 2 () Não 21.____
22. Icterícia 1 () Sim 2 () Não 22.____
23. Dor de cabeça intensa (que começou ou piorou após a inserção do implante) 23.____
 1 () Sim 2 () Não
24. Menstruação abundante (pelo menos duas vezes mais abundante ou prolongada do que o usual) 24.____
 1 () Sim 2 () Não

Nível de conhecimento sobre efeitos adversos

Sem conhecimento (nenhum efeito citado); conhecimento escasso (um efeito citado); moderado (dois efeitos citados); substancial (três efeitos citados); e extenso (todos os efeitos citados).

25. O implante poderá alterar o padrão menstrual (redução, irregularidade e ausência do fluxo menstrual) 1 () Sim 2 () Não 25.____
26. O implante poderá causar alterações no sistema nervoso, como: alterações de humor, irritabilidade, diminuição da libido, tontura e cefaléia. 1 () Sim 2 () Não 26.____
27. O implante poderá causar alterações no sistema gastrointestinal (epigastria, náusea e vômito) 27.____
 1 () Sim 2 () Não
28. O implante poderá causar alterações sistêmicas (mastalgia, alterações de peso, infecção local) 28.____
 1 () Sim 2 () Não

Nível de satisfação das usuárias de implante em relação ao método

Muito satisfeita (concordou totalmente com todos os itens); moderadamente satisfeita (concordou totalmente com dois itens); pouco satisfeita (concordou totalmente com um item); e insatisfeita (concordou em parte ou discordou de pelo menos um item ou não apresentou opinião).

29. Está mais satisfeita com o MAC implante subcutâneo em relação aos métodos utilizados anteriormente 29.____
 1 () Concorda totalmente 2 () Concorda em parte 3 () Sem opinião
 4 () Discorda em parte 5 () Discorda plenamente
30. Após os 3anos, pretende realizar a troca do implante por outro implante. 30.____
 1 () Concorda totalmente 2 () Concorda em parte 3 () Sem opinião
 4 () Discorda em parte 5 () Discorda plenamente
31. Recomenda o método para alguém que esteja em dúvida em qual método usar (desde que esteja dentro dos critérios de elegibilidade). 31.____
 1 () Concorda totalmente 2 () Concorda em parte 3 () Sem opinião
 4 () Discorda em parte 5 () Discorda plenamente

Repercussões incisionais

32. A usuária teve alguma alteração no local da incisão? 1 () Sim 2 () Não. 32.____
 (Identifique com um asterisco se a alteração foi detectada na pesquisa)
33. Caso sim para repercussão incisional, a alteração foi do tipo: 33.____
 1 () Infecção sem abscesso (caracterizada por vermelhidão, dor, calor)
 2 () Infecção com abscesso (caracterizada por vermelhidão, dor, calor e secreção purulenta)
 3 () Expulsão do implante

4 () Outras: especificar _____

Repercussões clínicas (efeitos adversos) manifestadas pela usuária

34. Efeitos colaterais menores manifestados pela usuária (pode marcar mais de uma opção) 34.____
- | | | |
|---|--|--|
| 1() Menstruação irregular | 2() Menstruação de menor fluxo e menos dias | |
| 3() Menstruação de maior fluxo e mais dias | 4() Amenorréia | |
| 5() Acne | 6() Dor nas mamas | |
| 7() Dor de cabeça | 8() Dor abdominal | |
| 9() Náusea | 10() Tontura | |
| 11() Aumento de peso | 12() Diminuição do desejo sexual (libido) | |
| 13() Mudanças no humor | 14() Cistos de ovário | |
| 15() Nenhum | 16() Outros: especificar _____ | |

Repercussões clínicas (complicações ou sinais de alerta) manifestadas pelas usuárias que exigem assistência imediata).

35. Complicações manifestadas pela usuária (pode marcar mais de uma opção) 35.____
- 1() Sinais e sintomas de gravidez ectópica (sangramento vaginal anormal e/ou dor abdominal e/ou desmaios e/ou dor intensa na região pélvica).
- 2() Infecção na incisão
- 3() Icterícia
- 4() Dor de cabeça intensa (que começou ou piorou após a inserção do implante)
- 5() Menstruação abundante (pelo menos duas vezes mais abundante ou prolongada do que o usual)
- 6() Outros: especificar: _____

Verificação da indicação de uso do implante subcutâneo com etonogestrel conforme os Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais (Check-list)

Indicação de uso	Categorias	
36. Amamentação há <6 semanas após o parto 1() Sim 2() Não	3	36.____
37. Trombose venosa profunda(TVP)/Embolia pulmonar(EP) aguda 1() Sim 2() Não	3	37.____
38. Cardiopatia isquêmica (história de doença atual) 1() Sim 2() Não	C* - 3	38.____
39. História de Acidente Vascular Cerebral) 1() Sim 2() Não	C*- 3	39.____
40. Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) - anticorpos antifosfolípidos (ou valor desconhecido) 1() Sim 2() Não	3	40.____
41. Cefaleias - enxaqueca com aura, independente da idade 1() Sim 2() Não	C*- 3	41.____
42. Hemorragia vaginal de etiologia desconhecida (suspeita de uma doença grave) antes da avaliação 1() Sim 2() Não	3	42.____
43. Doenças da mama – câncer de mama atual	4	43.____
44. Doenças da mama – câncer de mama passado e sem evidência de doença ativa por 5 anos	3	44.____
45. Cirrose-grave (descompensada) 1() Sim 2() Não	3	45.____
46. Tumor do Fígado benigno- adenoma hepatocelular 1() Sim 2() Não	3	46.____
47. Tumor do Fígado maligno (hepatoma) 1() Sim 2() Não	3	47.____

*Continuação no uso do método.

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou Lidiane Nogueira Rebouças Aguiar e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Conhecimento, satisfação e segurança à saúde de usuárias de implante subcutâneo com etonogestrel**”. Tal pesquisa apresenta como objetivo geral: realizar um diagnóstico situacional quanto ao uso de implante subcutâneo com etonogestrel na perspectiva do conhecimento e satisfação das usuárias e da segurança à saúde. E como objetivos específicos: avaliar o nível de conhecimento e de satisfação de usuárias de implante subcutâneo com etonogestrel em relação ao método; verificar possíveis repercussões incisionais e clínicas (efeitos adversos e complicações) associadas ao uso do implante subcutâneo com etonogestrel e fatores relacionados; avaliar usuárias de implante com relação ao item segurança à saúde segundo os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais; verificar associação entre o nível de conhecimento e de satisfação de usuárias de implante, bem como da segurança do uso e de possíveis repercussões incisionais e clínicas com município de procedência da usuária.

Esclareço que:

- As informações coletadas somente serão utilizadas para o objetivo da pesquisa.
- A senhora terá liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa.
- Também esclareço que as informações ficarão em sigilo e seu anonimato será preservado.
- Em nenhum momento, a senhora terá prejuízo nos atendimentos prestados pela unidade básica de saúde e muitos menos prejuízo financeiro decorrentes da pesquisa.

Em caso de maior esclarecimento, entrar em contato com a pesquisadora no endereço: Rua Vicente Linhares, 1389 aptoº 402 Aldeota e telefone: (85) 8787 1615.

Gostaria de colocar que sua participação será de extrema importância para o desenvolvimento dessa pesquisa.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura da Entrevistada

Assinatura da Testemunha

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE E – ORÇAMENTO DETALHADO

Itens solicitados	Tempo/ quantidade	Valor unitário (R\$)	Total (R\$)
Equipe de trabalho (número de horas dedicadas ao projeto)	Todas as reuniões e entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, não houve equipe para auxiliá-la.		
Material de consumo (material gráfico, recursos didáticos, material de divulgação e outros)	---	---	---
Papel A4 (resma)	2	15,00	30,00
Tonner da impressora preto	2	45,00	90,00
Envelope	200	0,50	100,00
Material Permanente (máquinas/equipamentos, ferramentas, utensílios e outros)	---	---	---
Computador completo com impressora	Uso de computador e impressora particular.		
Outras Despesas			
Transporte rodoviário para coleta de dados	-	-	-
Passagens para São Gonçalo do Amarante	10	R\$ 8,00	80,00
Passagens para São Luis do Curu	06	R\$ 9,80	58,80
Passagens para Caucaia	20	R\$ 2,30	46,00
Passagens para Paracuru	03	R\$ 8,70	26,10
Passagens para Paraipaba	03	R\$ 9,20	27,60
Passagens para Apuiarés	02	R\$12,85	25,70
Passagens para Pentecoste	03	R\$ 9,65	28,95
Transporte para pesquisadora nos municípios	Todo o transporte necessário para a pesquisadora se deslocar no município foi custeado pela Secretaria municipal de saúde de cada município.		
Refeições/Lanche para a pesquisadora (nos municípios)			300,00
CUSTO TOTAL			R\$ 813,15*

*Despesas financiadas pela pesquisadora

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEAQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO, SATISFAÇÃO E SEGURANÇA À SAÚDE DE USUÁRIAS DE IMPLANTE SUBCUTÂNEO COM ETONOGESTREL

Pesquisador: LIDIANE NOGUEIRA REBOUÇAS AGUIAR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26418914.5.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Numero do Parecer: 543.743

Data da Relatoria: 27/02/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto visa realizar um diagnóstico situacional quanto ao uso de implante subcutâneo com etonogestrel na perspectiva do conhecimento e satisfação das usuárias e da segurança à saúde. O implante subcutâneo é um método anticoncepcional (MAC) que consiste em uma única haste flexível que, ao ser implantado no tecido subcutâneo da parte interna do antebraço liberam, diariamente, na corrente sanguínea, discreta quantidade de hormônio etonogestrel, com características semelhantes à progesterona, hormônio natural feminino. A pesquisadora elabora as seguintes questões de pesquisa: Qual o nível de conhecimento e de satisfação das usuárias de implante com relação ao método? Quais as repercussões incisionais e clínicas apresentadas por este grupo associadas ao implante? As usuárias de implante possuem indicações ao uso do método, conforme os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais? Há associação entre nível de conhecimento e de satisfação das usuárias de implante, bem como de possíveis repercussões incisionais e clínicas, como idade, escolaridade e procedência da usuária (município e zona rural ou urbana)?

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Realizar um diagnóstico situacional quanto ao uso de implante subcutâneo com etonogestrel na perspectiva do conhecimento e satisfação das usuárias e da segurança à saúde.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)33665-8344

Fax: (85)3223-2003

E-mail: comitep@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 543.743

Objetivos Secundários:

- Avaliar o nível de conhecimento e de satisfação de usuárias de implante subcutâneo com relação ao método;
- Verificar possíveis repercussões incisionais e clínicas associadas ao uso do implante subcutâneo e fatores relacionados;
- Avaliar as indicações ao uso do implante subcutâneo conforme os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais;
- Verificar a existência de associação entre nível de conhecimento e de satisfação das usuárias de implante, bem como de possíveis repercussões incisionais e clínicas com idade, escolaridade e procedência da usuária (município e zona rural ou urbana).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Poderá ocorrer constrangimentos das usuárias, mas o risco será evitado porque as entrevistas ocorrerão em local privativos e serão realizadas pela própria pesquisadora ou enfermeira treinada.

Benefícios: Identificar mulheres que usam implante subcutâneo de etonogestrel de forma adequada, identificar lesões no local e realizar encaminhamento para resolutividade no serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem sua relevância no que se refere à análise do conhecimento, satisfação e segurança de mulheres que utilizam o implante subcutâneo com etonogestrel. Os resultados poderão contribuir para o conhecimento no contexto dos métodos contraceptivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3586-8344 Fax: (85)3223-2003 E-mail: conep@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEAQ



Continuação do Parecer: 543.743

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 27 de Fevereiro de 2014

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Col. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-370

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3323-2903

E-mail: compea@ufc.br