



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e de Saúde (CCBS) - Departamento de Medicina (DMed)

BRUNA BEATRIZ PETROCHELI

**SATISFAÇÃO E PADRÃO DE SANGRAMENTO DE MULHERES
FÉRTEIS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE USUÁRIAS DO
IMPLANTE DE ETONOGESTREL E UMA REFLEXÃO SOBRE A
IMPORTÂNCIA DA INICIAÇÃO CIENTÍFICA NA FORMAÇÃO
MÉDICA DE UMA ESTUDANTE DE MEDICINA**

São Carlos
2025

BRUNA BEATRIZ PETROCHELI

**SATISFAÇÃO E PADRÃO DE SANGRAMENTO DE MULHERES FÉRTEIS EM
SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE USUÁRIAS DO IMPLANTE DE
ETONOGESTREL E UMA ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A IMPORTÂNCIA DA
INICIAÇÃO CIENTÍFICA NA FORMAÇÃO MÉDICA DE UMA ESTUDANTE DE
MEDICINA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentada à Coordenação do
Curso de Graduação em Medicina
da Universidade Federal de São
Carlos, como parte das exigências
para obtenção do título de bacharel
em Medicina

Orientador: Prof. Dr. Michel
Nasser

São Carlos-SP
2025

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, que não mediram esforços para que esse feito se concretizasse, e a cada paciente que cruzou meu caminho nesses seis anos e contribuiu, ainda que na fragilidade do seu momento, que eu me formasse uma profissional melhor.

AGRADECIMENTO

Agradeço aos meus pais, Petrocheli e Terezinha, que não só dedicaram seu tempo e recursos para que essa formação fosse viável, mas também sonharam essa conquista como se fosse de vocês. Obrigada por entenderem a ausência nos momentos de aperto com os estudos e durante o internato, e mesmo assim, se fazerem presentes todos os dias.

Aos meus amigos “de cá”, pelo convívio diário, por dividirem os melhores anos da vida e por serem abrigo nos dias difíceis, em especial, as minhas amigas Raquel e Thais, e ao meu querido grupo de internato, composto por sete mulheres competentes, dedicadas e inspiradoras. Dos grandes presentes dessa graduação. Aos amigos “de lá”, especialmente Camila e Monise, por acreditarem na minha força e competência desde sempre, e por também compreenderem a ausência, mesmo em datas especiais.

A cada professor e preceptor, do primeiro ao último ano, que se dedicou a compartilhar parte do seu conhecimento para que eu me tornasse uma profissional mais completa. Carrego um pouco de cada um comigo.

Aos pacientes, atores principais desse capítulo, com os quais aprendi para além da Medicina, muito sobre a vida. Sem vocês, essa formação não existiria.

E por fim, ao meu orientador de curso, Dr. Michel Nasser, pelo apoio acadêmico, e minha orientadora Dra. Maristela Carbol, pelas oportunidades e inspiração como profissional.

SUMÁRIO

RESUMO.....	06
ABSTRACT.....	07
INTRODUÇÃO.....	08
MATERIAIS E MÉTODOS.....	10
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	13
CONCLUSÕES.....	20
REFLEXÃO.....	21
REFERÊNCIAS.....	24

RESUMO

Diante de um cenário em que mais da metade das gestações no Brasil não são planejadas, sendo esse um problema de saúde pública e, considerando que mulheres em situações de vulnerabilidade estão mais suscetíveis a sofrerem os impactos negativos dessa ocorrência, a adoção de métodos contraceptivos que se adequem à realidade desse grupo é uma forma de evitar que esses números continuem crescendo, além de mitigar complicações que uma possível gravidez de risco possa oferecer. Este projeto objetiva avaliar nível de satisfação e padrão de sangramento das usuárias do implante de etonogestrel em um município do interior do estado de São Paulo. O estudo tem perfil observacional, transversal, descritivo/quantitativo, tendo como população-alvo mulheres férteis em situação de vulnerabilidade em uso desse método pelo menos há 3 meses. A faixa etária mais prevalente foi dos 26-35 anos (39,6%), a cor autorreferida predominantemente foi parda e branca (93%). A maioria das mulheres já usavam algum método contraceptivo antes da inserção do implante (79%), sendo o anticoncepcional oral combinado e a injeção trimestral os mais contemplados. A satisfação com o método foi considerada elevada (64,9% muito satisfeitas), sendo os principais aspectos positivos de destaque a eficácia (71,9%) e a conveniência (64,9%). O padrão de sangramento, entre 3 e 6 meses, foi predominantemente desfavorável (57,2%), com tendência a melhora para um padrão favorável (77,8%) após 12 meses de uso. Assim, o implante de etonogestrel demonstrou-se um método contraceptivo com boa aceitação e vantagens entre mulheres em situação de vulnerabilidade, reforçando os benefícios de sua disponibilidade para esse grupo em questão, e a ampliação do acesso como mais uma opção de método contraceptivo na rede pública de saúde.

Palavras-chave: satisfação, vulnerabilidade em saúde, mulher, implante de etonogestrel, padrão de sangramento.

ABSTRACT

In a context where more than half of pregnancies in Brazil are unplanned—a recognized public health issue—and considering that women in situations of vulnerability are more susceptible to the negative impacts of such events, the adoption of contraceptive methods that align with the realities of this group is an important strategy to prevent further increases in these numbers and to mitigate the complications of a potential high-risk pregnancy. This project aims to evaluate the satisfaction level and bleeding patterns among users of the etonogestrel implant in a municipality in the interior of São Paulo state. The study has an observational, cross-sectional, descriptive/quantitative design and targets women of reproductive age in vulnerable situations who have been using the method for at least three months. The most prevalent age group was 26–35 years (39.6%), and the majority of participants self-identified as mixed race or white (93%). Most women had previously used some form of contraception (79%), with combined oral contraceptives and the quarterly injectable being the most common. Satisfaction with the method was considered high (64.9% reported being very satisfied), with the main positive aspects being its efficacy (71.9%) and convenience (64.9%). Bleeding patterns between 3 and 6 months of use were predominantly unfavorable (57.2%), but tended to improve to a favorable pattern (77.8%) after 12 months. Thus, the etonogestrel implant proved to be a well-accepted contraceptive method with notable advantages among women in vulnerable situations, reinforcing the importance of its availability for this population and the need to expand access to it as a contraceptive option within the public healthcare system.

Keywords: satisfaction, health vulnerability, women, etonogestrel implant, bleeding pattern.

1. INTRODUÇÃO

O termo vulnerabilidade vem ganhando espaço no meio científico e nas políticas públicas de saúde nas últimas décadas, tendo sua definição sido alvo de debates ao longo de todos esses anos, dado sua aplicabilidade em diferentes áreas do conhecimento, como a psicologia, a sociologia e a saúde. O conceito surgiu em meio a epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV), primariamente como algo que se relacionasse à epidemiologia e seus conceitos de grupo e comportamento de risco. No entanto, tal conotação favorecia a estigmatização do portador do vírus, e estudiosos passaram a considerar que, para além da exposição da pessoa ao vírus, aspectos relacionados ao contexto social dela também influenciavam na suscetibilidade à doença, uma vez que se relacionam com a maior ou menor disponibilidade de recursos para que estejam protegidos.¹

Dessa forma, uma pessoa em situação de vulnerabilidade está mais suscetível aos agravos à saúde pelo contexto e situação social em que se encontra, além da falta de acesso à educação, saúde e trabalho. Pode-se citar como exemplo pessoas em situação de rua, trabalhadores do sexo, usuários de álcool e outras drogas, pessoas que moram em zona rural e que não possuem acesso aos serviços de saúde, vítimas de violência doméstica e/ou violência sexual, dentre outros.¹

Assim, pensando em termos de saúde sexual e reprodutiva, mulheres em situação de vulnerabilidade estão mais suscetíveis a uma gravidez não planejada.^{1,2} Isso porque, embora seja algo que ocorra em quase todas as esferas socioeconômicas, é um problema de saúde pública que atinge principalmente países em desenvolvimento, como o Brasil, sendo quatro vezes mais prevalente em adolescentes com idade menor que 19 anos do que em mulheres adultas, mais frequente em mulheres com baixa escolaridade, cinco vezes mais prevalente em populações menos abastadas do que em pessoas de alto nível socioeconômico³, além de aspectos como religião, paridade, status de relacionamento e acesso ou uso inadequado a métodos contraceptivos, fatores que também estão envolvidos na ocorrência de gravidezes não idealizadas entre esses grupos.^{3,4}

Dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, de 2014, apontam que globalmente 44% das gestações foram não planejadas; no Brasil, esse número se eleva para cerca de 55% das gestações. Além disso, os resultados do estudo ainda trouxeram que 25,5% das mulheres preferiam esperar mais para engravidar, e quase 30% não desejavam ter engravidado em nenhum momento de suas vidas.⁵

As consequências pessoais e socioeconômicas das gestações não planejadas são bem conhecidas. Em termos pessoais, há uma piora da qualidade de vida da mulher acometida, considerando que muitas delas, quando jovens, tendem a desistir de seus estudos ou mesmo serem dispensadas de seu emprego, o que dificulta a reinserção no mercado de

trabalho futuramente⁶. Segundo dados de IBGE de 2019, a gravidez é motivo de quase 24% das evasões escolares das mulheres no Brasil. Isso perpetua um ciclo de menor acesso a melhores vagas de emprego, menor renda e conseqüentemente, maior dependência de programas sociais, que pode acarretar em nova gravidez não planejada.⁷

Já em termos socioeconômicos, sabe-se que uma gravidez não planejada se relaciona com uma negligência ao pré-natal, à maiores índices de abortamento, sendo principalmente abortamentos de risco dado o caráter ilegal de acordo com as leis brasileiras, a continuidade do uso de drogas, lícitas ou ilícitas, ao longo da gestação; e tudo isso acarretando maior risco de prematuridade, baixo peso ao nascer, maior incidência de depressão pós-parto, além de menores chances do aleitamento materno.⁸

O acesso a métodos contraceptivos é uma das óticas pelas quais se pode buscar entender os elevados números de gestações não planejadas. O estudo de Wender *et al.* (2022)⁹ buscou avaliar essa relação coletando dados de 1000 mulheres entre 16 e 45 anos de idade que já tivessem ao menos uma gestação. Quando questionadas o porquê de terem engravidado, mesmo não desejando, 34% não faziam uso de nenhum método, enquanto 47% das mulheres disseram que houve falha do método ou foi utilizado de forma incorreta.⁹

Ainda neste estudo, levantou-se a pílula como o método anticoncepcional mais utilizado entre as entrevistadas (31%), o preservativo foi citado por 20% delas, e a laqueadura por 10%. O uso dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC) foram relatados por 9% das mulheres, sendo que esse uso ocorreu entre aquelas do sistema privado de saúde, onde o acesso a esse tipo de método é mais facilitado. O impedimento ao uso dos métodos LARC apontado por 26% delas foi relacionado ao seu elevado custo.⁹ A limitação do uso dos métodos LARC está ligada a indisponibilidade de acesso ao sistema público de saúde, principalmente entre as mulheres vulneráveis, que poderiam se prevenir de forma mais eficaz de uma gestação não planejada.

Os métodos LARC incluem o dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, o sistema intrauterino de liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) e o implante subdérmico liberador de etonogestrel. Possuem duração de, no mínimo 3 anos, no caso do implante, e correspondem a métodos atualmente bastante eficazes, tanto em seu uso ideal como uso típico, mantendo taxas de índice de Pearl menor que 1% ao ano. Por não dependerem de uso diário e de maneira correta pela usuária, contribuem para que essa eficácia seja mantida, independente da motivação ou do comportamento da mulher.¹⁰

Dos métodos LARC disponíveis, o implante subdérmico de etonogestrel apresenta grandes benefícios para mulheres em situação de vulnerabilidade.^{11,12}

O implante subdérmico de etonogestrel é o método de maior eficácia disponível para uso (taxa de falha de 0,05%), sendo até mesmo mais eficaz que a esterilização cirúrgica feminina e masculina. Trata-se de um pequeno dispositivo de plástico com 4 cm de comprimento e 2 mm de espessura, inserido na região subdérmica do braço, liberando

diariamente pequenas taxas de etonogestrel – 3-ketodesogestrel – metabólito ativo do desogestrel ao longo de três anos previstos para seu uso. Por possuir somente progestágeno em sua fórmula a maioria das mulheres são candidatas ao uso deste método.^{1,13}

As vantagens deste método para mulheres em situação de vulnerabilidade se devem pela facilidade de inserção; pela rapidez do procedimento; não necessitar de retornos rotineiros para avaliação; não ser contraindicado quando apresentam elevado risco para infecções sexualmente transmissíveis quando comparado aos DIUs; e além disso poder ser inserido logo após o parto sem risco à saúde do recém-nascido, garantindo prevenção de gravidez imediata considerando que muitas delas não retornam na consulta do puerpério.^{1,14}

No Brasil, o Projeto de Lei número 3032, de 2020, propunha a incorporação do implante subdérmico de etonogestrel no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em diversas situações de vulnerabilidade. A comissão que apurava o projeto na época considerou que em tempos de cortes orçamentários e retração da economia, a implementação dessa medida se tornava dispendiosa e evitável, manifestando o voto pela rejeição do projeto.¹⁵

Mais adiante, a Portaria da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde número 13, de 19 de abril de 2021, incorporou o implante subdérmico de etonogestrel no âmbito do SUS, condicionado à criação de programa específico na prevenção de gravidez não planejada para mulheres em idade fértil: em situação de rua; com HIV/Aids em uso dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento para tuberculose em uso de aminoglicosídeos.¹⁶

Sabendo das poucas situações de vulnerabilidade que contemplam a aquisição do implante pelo SUS, a Secretaria de Saúde do Município, dispondo de uma verba parlamentar estadual para compra dos implantes, ampliou as situações de vulnerabilidade cobrindo uma parcela maior de mulheres férteis vulneráveis que poderiam se beneficiar do método.

Sendo assim, o objetivo primário dessa pesquisa foi avaliar nível de satisfação e padrão de sangramento das mulheres férteis em situação de vulnerabilidade usuárias do implante de etonogestrel, e conseqüentemente também verificar as características demográficas e reprodutivas das mulheres férteis em situação de vulnerabilidade usuárias do implante de etonogestrel, avaliar a satisfação geral e o padrão de sangramento das mulheres férteis em situação de vulnerabilidade usuárias do implante de etonogestrel, bem como avaliar motivos de remoção do implante de etonogestrel, caso tivessem ocorrido.

2. MATERIAIS E METODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa descritiva/analítica. Em cumprimento às Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só foi desenvolvida após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar e mediante assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) pela participante, o qual lhe foi apresentado de forma online pela plataforma Google Forms, imediatamente antes do preenchimento do questionário, de forma que as questões só foram respondidas mediante consentimento próprio em participar da pesquisa. O questionário só foi exibido para aquelas pessoas que concordaram com TCLE ou TALE. O TALE é um termo confeccionado para adolescentes com linguagem acessível à idade, facilitando a compreensão do que será falado e escrito.

A população-alvo foi constituída por mulheres férteis em situação de vulnerabilidade pertencentes às unidades de atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde do município de São Carlos-SP. A inserção dos implantes ocorreu em dois cenários, Hospital Universitário da UFSCar e nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, no período entre maio de 2022 e fevereiro de 2024, no município de São Carlos-SP.

Os implantes de etonogestrel inseridos nestas mulheres foram provenientes de verbas parlamentares municipal e estadual do estado de São Paulo, a partir de um projeto de extensão da Universidade Federal de São Carlos em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos no intuito de prover mais uma opção contraceptiva reversível de longa duração para mulheres em situação de vulnerabilidade, haja visto as repercussões decorrentes de gravidezes entre essas mulheres como gravidezes não planejadas; gravidezes recorrentes com intervalos curtos; complicações maternas, fetais e perinatais pela falta de acompanhamento pré-natal, uso de drogas lícitas e ilícitas, doenças infecciosas e crônicas mal acompanhadas; ausência de amamentação, abandono ou adoção dos recém-nascidos. As situações de vulnerabilidade incluídas para inserção do implante de etonogestrel foram indicadas pela Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos com base no Projeto de Lei número 3032 de 2020¹⁵ que propunha que mulheres nestas situações, atendidas na Rede Pública de Saúde, por meio de instituições diretas ou conveniadas a qualquer título, recebessem gratuitamente o implante de etonogestrel. Desta forma, as situações de vulnerabilidade contempladas foram: moradoras de rua; moradoras de zonas rurais sem acesso facilitado às unidades de saúde; trabalhadoras do sexo; usuárias de álcool e/ou drogas; transtornos mentais; pessoas com deficiências cognitivas; mulheres vivendo com HIV/Aids; adolescentes (até 19 anos completos) com 1 ou mais filhos vivos; vítimas de violência sexual e/ou violência doméstica; mulheres com cadastro no programa de transferência de renda; mulheres multíparas com 3 ou mais partos e; mulheres com comorbidades que apresentam critérios médicos de elegibilidade que contraindicam métodos contraceptivos combinados, não desejam DIU ou outro método legível.

Foram incluídas na amostra todas as mulheres férteis em situação de vulnerabilidade que tiveram o implante de etonogestrel inserido após o 3º mês completo da inserção dentro do período pré-estabelecido, que se disponibilizaram a participar da pesquisa voluntariamente

e que tenham assinado o TCLE ou o TALE. Foram excluídas da amostra as mulheres que estiveram até o 3º mês completo da inserção do implante de etonogestrel, as que não foram localizadas por mais de uma via de contato (telefone pessoal, local do sistema de saúde onde o implante foi inserido ou endereço de residência, dados contidos na ficha de controle de inserção do implante) ou as que não quiseram participar da pesquisa. O tamanho da amostra foi das mulheres localizadas e que quiseram participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio do preenchimento do questionário da pesquisa via internet (WhatsApp) ou presencial, conforme a forma de contato, disponibilidade e condições de aceitabilidade da mulher em participar da pesquisa.

Para a coleta de dados o pesquisador entrou em contato com a mulher por meio das informações contidas nas fichas de controle de inserção do implante de etonogestrel, após autorização do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial (*DGCA*) da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, onde elas estão guardadas em arquivo próprio. Na ficha de controle de inserção do implante constam número de telefone celular e residencial, endereço residencial e unidade de saúde a qual pertencem. A primeira tentativa de contato para convite de participação da pesquisa foi via WhatsApp e se não obtido sucesso foram realizadas tentativas de contato presencial combinado previamente via telefone residencial, endereço residencial ou por meio da unidade de saúde a qual pertencem.

O instrumento desta pesquisa foi composto por um questionário fechado e autoaplicável, desenvolvido na plataforma Google Forms. A primeira parte do questionário se refere às características demográficas e reprodutivas e a segunda parte à satisfação e padrão de sangramento das mulheres férteis em situação de vulnerabilidade usuárias do implante de etonogestrel. O questionário foi elaborado a partir de uma adaptação das questões utilizadas em uma pesquisa de temática e abordagem semelhante.¹⁷

A primeira parte do questionário possui sete questões que contempla idade, cor, escolaridade, estado civil, religião ou culto, paridade, método contraceptivo em uso antes da inserção do implante ou amamentação, com uma única alternativa de resposta. A segunda parte totaliza oito questões, sendo as questões 1 e 2 sobre satisfação geral com o método e o padrão de sangramento com alternativas compostas por escalas lineares do tipo Likert, de 5 pontos (muito satisfeito, um pouco satisfeito, nem satisfeito e nem insatisfeito, um tanto insatisfeito e muito insatisfeito). As questões 3 e 4 são referentes aos aspectos positivos e negativos do método, sendo possível mais de uma resposta. A questão 5 se refere ao padrão de sangramento, sendo as alternativas os tipos de padrões num período de referência de 90 dias (amenorreia: sem sangramento; infrequente: até dois episódios de sangramento; regular: de 3 a 5 episódios de sangramento; frequente: mais de 6 episódios de sangramento e; prolongado: de 14 dias ou mais de sangramento). Esse padrão de sangramento foi desenvolvido por Rodriguez et al. (1976)¹⁸ e é recomendado pela Organização Mundial da Saúde.¹⁹ As questões 6 e 7 são sobre o efeito da redução do sangramento e a mudança na

quantidade de absorventes, sendo cada uma delas com uma única resposta. E, por fim, a questão 8 que se trata dos motivos de remoção do implante, caso isso tenha ocorrido no período da pesquisa.

Todas as respostas ficaram armazenadas em planilha de dados gerada automaticamente pelo Google Forms, no Google Planilhas, e transferidas para planilha de Excel. As respostas foram confidenciais e o anonimato das participantes foi mantido durante toda a pesquisa.

Os resultados para avaliar a satisfação e padrão de sangramento das mulheres férteis foram apresentados em 4 grupos distintos, sendo o grupo A (≥ 3 a < 6 meses); grupo B (≥ 6 a < 9 meses), grupo C (≥ 9 a < 12 meses) e grupo D (≥ 12 meses). A análise estatística dos resultados obtidos foi realizada de forma descritiva, e apresentada em frequências e porcentagens, por meio de tabelas que possibilitam uma leitura analítica dos achados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período do estudo 77 mulheres tiveram o implante de etonogestrel inserido, e a partir da metodologia para localizar essas mulheres e verificar se desejavam participar da pesquisa foram levantadas respostas de 58 mulheres, sendo que uma delas optou por não participar do estudo, totalizando 57 mulheres férteis em situação de vulnerabilidade.

Dentre os dados demográficos e reprodutivos, nota-se que a faixa etária mais prevalente foi a dos 26-35 anos, correspondendo a 39,6% das entrevistadas, assim como em estudo semelhante¹⁷. A cor autorreferida predominantemente foi a parda e a branca, juntas totalizando 93% das mulheres. Em termos de escolaridade, houve predomínio de pessoas que tiveram o ensino médio incompleto (24,6%) e ensino médio completo (35,1%); resultados similares aos obtidos por Brunie *et al.* (2021)¹⁷ que relataram que na Nigéria a maioria das mulheres completaram o ensino médio (46%), enquanto na Zâmbia, a maior parte estudou até o ensino fundamental (54%). Por fim, a maioria das mulheres eram solteiras, evangélicas ou praticantes do catolicismo (Tabela 1).

Quanto à paridade, 77,2% das participantes da pesquisa tinham ao menos um filho, sendo que 7% não relataram sua paridade; tendência semelhante foi obtida no estudo africano de Brunie *et al.* (2021)¹⁷ entre as usuárias do implante. Em contrapartida, foi observada em estudo australiano de Weisberg *et al.* (2014)²⁰ que apenas 40% das mulheres que optaram pela inserção do implante tinham ao menos um filho.

A maioria das mulheres já usavam algum método contraceptivo antes da inserção do implante (78,9%), sendo o anticoncepcional oral combinado (pílula) e a injeção trimestral os mais contemplados, ambos métodos hormonais e que dependem do usuário para terem sua eficácia totalmente atingida, diferentemente do implante de etonogestrel, um método LARC.

As demais entrevistadas (21,1%) não utilizavam nenhum método prévio e optaram pelo implante como método contraceptivo. Resultados semelhantes a esse foram obtidos em estudo de segurança e eficácia do implante de etonogestrel, em que a maioria das participantes também já utilizavam algum método para evitar a gestação (89,8%), sendo que os mais utilizados eram os métodos de barreira (39,1%) e os orais (24,3%).²¹

Tabela 1. Características demográficas e reprodutivas das mulheres férteis em situação de vulnerabilidade usuárias do implante de etonogestrel, no período entre maio de 2022 e fevereiro de 2024, São Carlos-SP.

Tópicos	Total N (%)
Idade	
• ≤ 19 anos	7 (12,3%)
• 20 – 25 anos	14 (24,6%)
• 26 – 35 anos	22 (38,6%)
• 36 – 45 anos	13 (22,8%)
• > 45 anos	1 (1,8%)
Cor autorreferida	
• Branca	26 (45,6%)
• Parda	27 (47,4%)
• Preta	3 (5,3%)
• Amarela	0 (0,0%)
• Indígena	1 (1,8%)
Escolaridade	
• Ensino fundamental incompleto	6 (10,5%)
• Ensino fundamental completo	6 (10,5%)
• Ensino médio incompleto	14 (24,6%)
• Ensino médio completo	20 (35,1%)
• Ensino superior incompleto	5 (8,8%)
• Ensino superior completo	6 (10,5%)
Estado Civil	
• Solteira	24 (42,1%)
• União estável (amigada)	18 (31,6%)
• Casada	13 (22,8%)
• Divorciada	2 (3,5%)
• Viúva	0 (0,0%)
Religião ou Culto	
• Católica	16 (28,1%)
• Evangélica	22 (38,6%)
• Umbandista	5 (8,8%)
• Espírita	0 (0,0%)
• Sem religião	10 (17,5%)
• Outra:	4 (7,0%)
Paridade	
• 0	9 (15,8%)

• 1 - 2	27 (47,4%)
• 3 - 4	15 (26,3%)
• ≥ 5	2 (3,5%)
• Não informaram na ficha cadastral	4 (7,0%)
Método Contraceptivo utilizado antes da inserção do implante	
• Sim	45 (78,9%)
o Pílula	15 (33,3%)
o Pílula só de progestagênio	0 (0,0%)
o Injeção mensal	5 (11,1%)
o Injeção trimestral	18 (40,0%)
o DIU de cobre	3 (6,7%)
o Adesivo	1 (2,2%)
o Diafragma	0 (0,0%)
o Camisinha feminina	1 (2,2%)
o Camisinha masculina	2 (4,4%)
o Anel vaginal	0 (0,0%)
• Não	12 (21,1%)
Total (N)	57 (100%)

Com relação às situações de vulnerabilidade das mulheres com o implante de etonogestrel (Tabela 2), chama a atenção que quase um quinto delas são usuárias de álcool e/ou drogas (19,3%), e quase um quinto referiu ser vítima de algum tipo de violência, sexual ou doméstica (5,3% e 12,3%, respectivamente, totalizando 17,3%). Situação de pobreza e extrema pobreza também estiveram presentes, dentre aquelas com cadastro no programa de transferência de renda (auxílios governamentais) (10,5%).

Importante ressaltar que esse item da ficha cadastral permitia mais de uma condição de vulnerabilidade para selecionar, de modo que os valores somados ultrapassam o número total de mulheres na pesquisa, permitindo observar que é esperado que pessoas em situação de vulnerabilidade estejam sujeitas a mais de uma fragilidade.

Algumas pesquisas na literatura destacam vantagens sobre o uso de implantes de etonogestrel em populações vulneráveis, como as adolescentes, que em nosso estudo correspondeu a cerca de 10% das pacientes, com 1 ou mais filhos. De acordo com essas pesquisas, os implantes são uma excelente escolha para adolescentes, em especial no período pós-parto, contribuindo para diminuição das gestações não planejadas, e por conseguinte, suas consequências pessoais e socioeconômicas.^{23,24}

Nossos resultados mostraram que 19,3% das mulheres usuárias do implante de etonogestrel faziam uso de substâncias como álcool e/ou drogas. Vale ressaltar que para essas mulheres o implante é benéfico, visto que não influenciam na sua farmacocinética, podendo ser usado sem se preocupar com a diminuição da eficácia contraceptiva.²⁵

Outra situação de vulnerabilidade frequentemente encontrada em nossos resultados foi o uso de implante de etonogestrel em mulheres com transtornos mentais (10,5%). De acordo com a revisão de literatura de Jahanfar *et al.* (2024), os autores demonstraram um leve

aumento no risco de desenvolvimento de depressão em mulheres sem transtornos mentais prévios que usavam contraceptivos hormonais, incluindo implantes. No entanto, em mulheres com transtornos mentais prévios, os contraceptivos hormonais demonstraram um efeito protetor contra o desenvolvimento de sintomas depressivos. Avaliar esses efeitos não foi o objetivo do nosso estudo, mas conhecê-los faz nos atentar no seguimento dessas mulheres usuárias do implante.²⁶ Portanto, auxiliar mulheres nessas circunstâncias a prevenir gravidezes não intencionais e, conseqüentemente, mitigar os impactos individuais e coletivos decorrentes, alinha-se perfeitamente com o objetivo da implementação do implante nesses grupos específicos. Esta abordagem visa proporcionar uma proteção contraceptiva mais eficaz e duradoura, contribuindo para o bem-estar pessoal e para a estabilidade socioeconômica dessas mulheres. A utilização do implante não apenas oferece uma solução prática para o controle da natalidade, mas também se apresenta como uma ferramenta potencial para o empoderamento feminino e para a promoção de uma melhor qualidade de vida a longo prazo.

Tabela 2. Situações de vulnerabilidade das mulheres férteis usuárias do implante de etonogestrel, no período entre maio de 2022 e fevereiro de 2024, São Carlos-SP.

Tópicos	Total N (%)
Moradoras de rua	3 (5,3%)
Moradoras de zonas rurais sem acesso facilitado às unidades de saúde	6 (10,5%)
Trabalhadoras do sexo	0 (0,0%)
Usuárias de álcool e/ou drogas	11 (19,3%)
Transtornos mentais	6 (10,5%)
Pessoas com deficiências cognitivas	3 (5,2%)
Mulheres vivendo com HIV/Aids	0 (0,0%)
Adolescentes (até 19 anos completos) com 1 ou mais filhos vivos	6 (10,5%)
Vítimas de violência sexual	3 (5,2%)
Vítimas de violência doméstica	7 (12,3%)
Mulheres com comorbidades que apresentam critérios médicos de elegibilidade que contraindicam métodos contraceptivos combinados, não desejam dispositivo intrauterino ou outro método legível	11 (19,3%)
Mulheres com cadastro no programa de transferência de renda	6 (10,5%)
Mulheres multíparas com 3 ou mais partos	5 (8,8%)
Total (N)	57 (100%)

Nota:

#Várias respostas possíveis.

Quanto à satisfação geral em relação ao método (Tabela 3), a maioria das usuárias do implante declarou-se “muito satisfeita” (64,9%), sendo o nível de satisfação maior naquelas com um ano ou mais de uso. Isso vai ao encontro do que foi demonstrado em um estudo de Brunie *et al.* (2021)¹⁷, o qual também mediu a satisfação das usuárias africanas do implante após 12 meses da inserção e obteve maioria de mulheres “muito satisfeitas” com o

contraceptivo (Nigéria 83%, Zâmbia 73%). Outro estudo comparativo da satisfação de usuárias de implante contraceptivo subdérmico e o sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG) demonstrou essa tendência de aumento da satisfação após 12 meses de uso, que se manteve até o terceiro ano, período de análise do estudo.²⁰

Aspectos positivos que contribuíram com os bons índices de satisfação apontados pelas usuárias foram principalmente eficácia (71,9%), conveniência (64,9%), discricção (54,4%) e durabilidade (50,9%). Sobre aspectos negativos, grande parte das mulheres não tiveram nada negativo para apontar (43,9%), seguido da frequência aumentada de sangramento ou seu prolongamento (28,1%), e os efeitos colaterais (21,1%). No estudo de Brunie *et al.* (2021)¹⁷, para as mulheres nigerianas, eficácia (93%) e conveniência (54%) foram apontadas como aspectos positivos; já entre as mulheres da Zâmbia, a durabilidade (48%) teve maior relevância. Nos dois países desse estudo, a maioria das mulheres não enfatizaram aspectos negativos, no entanto, os distúrbios de sangramento foram referidos em 14% na Nigéria e 21% na Zâmbia e o sangramento aumentado em 8% na Nigéria e 16% na Zâmbia.

A literatura médica demonstra que a eficácia do implante de fato é algo que costuma agradar as usuárias, com taxas de falha que equivalem a menos de 1%; bem como ser conveniente por não requerer ação contínua da usuária e, portanto, aumentando sua adesão.²¹ Já os aspectos negativos envolvem, principalmente, o sangramento irregular e outros efeitos colaterais, sendo o primeiro a principal razão para descontinuação do seu uso.^{23,26}

O padrão de sangramento foi avaliado (Tabela 3) a partir das respostas das usuárias quanto aos padrões infrequente, regular e amenorreia, considerados padrões favoráveis, e aos padrões frequente e prolongado, considerados desfavoráveis; e do número de absorventes que passaram a ser utilizados após a inserção do implante.

Dentre as mulheres que tiveram o implante inserido, a maioria obteve um padrão de sangramento considerado favorável (70,3%). Na análise temporal, entre 3 e 6 meses, houve predomínio de um padrão desfavorável (42,9% com sangramento prolongado e 14,3% com sangramento frequente), com uma tendência de melhora desse padrão após 12 meses de uso (11,1%, respectivamente). Esses dados são corroborados por Mansour *et al.* (2008)²⁷, que demonstraram redução do padrão de sangramento desfavorável após um ano da inserção do implante. Com 3 meses de inserção, 31% das usuárias referiam sangramento prolongado e 12% sangramento frequente, enquanto que em 12 meses esses valores caíram para 17% e 6%, respectivamente.

Na Nigéria, ao final de 12 meses de uso dos três métodos contraceptivos avaliados, incluindo o implante, 69% das mulheres assinalaram padrão de sangramento favorável, considerando “nenhuma mudança” como favorável; enquanto na Zâmbia esse padrão de sangramento atingiu 72%, valores um pouco acima dos nossos que encontramos 58,2% das mulheres com padrão de sangramento satisfatório¹⁷

Houve uma tendência de diminuição no número de absorventes utilizados (63,2%) em nosso estudo, informação que fala a favor dos padrões de sangramento predominantemente infrequente ou de amenorreia. Comparativamente, no estudo de Brunie *et al.* (2021)¹⁷, enquanto as mulheres da Zâmbia relataram majoritariamente uma diminuição (57%) ou não alteração no número de absorventes usados (28%), as mulheres nigerianas não notaram alteração (66%), ou perceberam um aumento no número de absorventes utilizados (20%).

A satisfação geral com o padrão de sangramento atingido em nosso estudo foi “muito satisfeita” para 42,1% das usuárias do implante, e “um pouco satisfeita” para 22,8%, totalizando 64,9% de mulheres satisfeitas com o padrão de sangramento do implante. O efeito de redução do sangramento foi visto como positivo por cerca de metade das usuárias (50,9%). Apenas 3 mulheres (5,3%) disseram ter retirado o implante, sendo que destas, uma relatou desejo de gravidez, outra referiu episódio de acidente vascular cerebral e optou pela retirada, e uma não justificou o motivo. Isso permitiu inferir que o padrão de sangramento, ainda que não favorável para algumas mulheres, não motivou a retirada do implante. Em contrapartida, no estudo africano de 2021¹⁷, o aumento de sangramento foi o motivo da remoção do implante em grande parte das mulheres na Zâmbia (50%) e na Nigéria (36%). Ainda assim, mais da metade das mulheres disseram “muito felizes” com o padrão de sangramento obtido nos dois países (55% e 52%, respectivamente).

Embora em nosso estudo alterações no padrão de sangramento não foi motivo da remoção do implante, na literatura, estudo comparativo entre o implante de etonogestrel e o de levonorgestrel, durante um período de três anos, demonstrou que de fato, alterações no padrão de sangramento são causa frequente de descontinuação desse método, sendo que para o implante de etonogestrel essa descontinuidade foi maior.²⁵

Tabela 3. Satisfação geral e padrão de sangramento das mulheres férteis em situação de vulnerabilidade usuárias do implante de etonogestrel, no período entre maio de 2022 e fevereiro de 2024, São Carlos-SP.

Tópicos	≥3 - <6 meses N (%)	≥6 - <9 meses N (%)	≥9 - <12 meses N (%)	≥12 meses N (%)	Total N (%)
Satisfeito com método					
• Muito satisfeito	6 (42,9%)	5 (71,4%)		26 (72,2%)	37 (64,9%)
• Um pouco satisfeito	6 (42,9%)	1 (14,3%)		5 (13,9%)	12 (21,1%)
• Nem satisfeito nem insatisfeito	2 (14,3%)	0 (0,0%)		1 (2,8%)	3 (5,3%)
• Um tanto insatisfeito	0 (0,0%)	0 (0,0%)		4 (11,1%)	4 (7,0%)
• Muito insatisfeito	0 (0,0%)	1 (14,3%)		0 (0,0%)	1 (1,8%)
Satisfeito com padrão de sangramento					
• Muito satisfeito	4 (28,6%)	5 (71,4%)		15 (41,7%)	24 (42,1%)
• Um pouco satisfeito	4 (28,6%)	1 (14,3%)		8 (22,2%)	13 (22,8%)

• Nem satisfeito nem insatisfeito	2 (14,3%)	0 (0,0%)		4 (11,1%)	6 (10,5%)
• Um tanto insatisfeito	2 (14,3%)	0 (0,0%)		7 (19,4%)	9 (15,8%)
• Muito insatisfeito	2 (14,3%)	1 (14,3%)		2 (5,6%)	5 (8,8%)
Aspectos positivos do uso do método#					
• Eficaz	7 (50,0%)	5 (71,4%)		29 (80,6%)	41 (71,9%)
• Conveniente	10 (71,4%)	5 (71,4%)		22 (61,1%)	37 (64,9%)
• Sangramento menos frequente ou regular	3 (21,4%)	0 (0,0%)		6 (16,7%)	9 (15,8%)
• Sangramento reduzido ou sem sangramento	2 (14,3%)	6 (85,7%)		13 (36,1%)	21 (36,8%)
• Poucos efeitos colaterais	1 (7,1%)	1 (14,3%)		9 (25,0%)	11 (19,3%)
• Duradouro	4 (28,6%)	5 (71,4%)		20 (55,6%)	29 (50,9%)
• Tratou o sangramento pesado (aumentado) ou doloroso	2 (14,3%)	0 (0,0%)		0 (0,0%)	2 (3,5%)
• Discreto	4 (28,6%)	5 (71,4%)		22 (61,1%)	31 (54,4%)
Aspectos negativos do uso do método#					
• Sangramento mais frequente ou prolongado	6 (42,9%)	2 (28,6%)		8 (22,2%)	16 (28,1%)
• Sem sangramento	1 (7,1%)	1 (14,3%)		3 (8,3%)	5 (8,8%)
• Moderados a muitos efeitos colaterais	4 (28,6%)	1 (14,3%)		7 (19,4%)	12 (21,1%)
• Problemas relativos à inserção (ex.: hematoma, inchaço, prurido)	2 (14,3%)	1 (14,3%)		3 (8,3%)	6 (10,5%)
• Duradouro	0 (0,0%)	0 (0,0%)		0 (0,0%)	0 (0,0%)
• Nada de negativo	1 (7,1%)	3 (42,9%)		21 (58,3%)	25 (43,9%)
Padrão de sangramento*					
• Sangramento menos frequente	2 (14,3%)	1 (14,3%)		9 (25,0%)	12 (21,1%)
• Sangramento regular	1 (7,1%)	0 (0,0%)		11 (30,6%)	12 (21,1%)
• Sem sangramento ou amenorreia	3 (21,4%)	5 (71,4%)		8 (22,2%)	16 (28,1%)
• Sangramento mais frequente	2 (14,3%)	0 (0,0%)		4 (11,1%)	6 (10,5%)
• Sangramento prolongado	6 (42,9%)	1 (14,3%)		4 (11,1%)	11 (19,3%)
Efeito da redução do sangramento					
• Efeito positivo	6 (42,9%)	4 (57,1%)		19 (52,8%)	29 (50,9%)
• Sem efeito	3 (21,4%)	2 (28,6%)		9 (25,0%)	14 (24,6%)
• Efeito negativo	5 (35,7%)	1 (14,3%)		8 (22,2%)	14 (24,6%)
Mudança na quantidade de absorventes utilizados\$					
• Mais absorventes	7 (50,0%)	1 (14,3%)		9 (25,0%)	17 (29,8%)
• Mesma quantidade	1 (7,1%)	0 (0,0%)		3 (8,3%)	4 (7,0%)
• Menos absorventes	6 (42,9%)	6 (85,7%)		24 (66,7%)	36 (63,2%)

Precisou retirar o implante					
• Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)		3 (8,33%)	3 (5,3%)
• Não	14 (100%)	7 (100%)		33 (91,7%)	54 (94,7%)

Nota:

#Várias respostas possíveis.

*Padrão de sangramento em 90 dias: sangramento menos frequente (até dois episódios de sangramento); sangramento regular (de 3 a 5 episódios de sangramento); sem sangramento; sangramento mais frequente (mais de 6 episódios de sangramento); sangramento prolongado (de 14 dias ou mais de sangramento).

§Comparação com período anterior ao uso do implante de etonogestrel.

4. CONCLUSÕES

Os dados obtidos permitem concluir que há uma tendência de elevado grau de satisfação geral entre usuárias do implante de etonogestrel. Dentre os aspectos que contribuem para a elevada aprovação do implante, destacam-se a sua elevada eficácia, conveniência, discrição e durabilidade, características intrínsecas dos métodos LARC.

Depreende-se ainda que à medida que se passa mais tempo desde a inserção do implante, a satisfação com o mesmo se eleva. A mesma tendência se aplica em relação ao padrão de sangramento; nos três primeiros meses após a inserção, a maioria das usuárias tende a um padrão de sangramento desfavorável, no entanto, entre aquelas com um ano ou mais de uso do método, o padrão de sangramento obtido foi favorável.

Ainda sobre o padrão de sangramento, a satisfação geral com o sangramento obtido foi para a maioria das mulheres muito satisfatório, poucas mulheres relatam muito insatisfeitas. Mesmo aquelas que não tiveram padrão de sangramento favorável ou não estiveram tão satisfeitas com o método optaram por continuar com o implante, embora se esperasse em vista de outros estudos que o padrão desfavorável fosse um motivo relevante de remoção do implante pelas mulheres.

Considerando a população alvo deste estudo, conclui-se que os métodos LARC, em especial o implante de etonogestrel, possui boa aceitação mesmo entre as mulheres em situação de vulnerabilidade, e que seus benefícios em termos de eficácia e durabilidade se sobressaem aos aspectos negativos, até mesmo em relação a padrões de sangramento desfavoráveis nesse grupo em questão. Nesse sentido, um bom aconselhamento pré-inserção do implante se mostra uma importante forma de aumentar a aceitabilidade do método entre as usuárias, à medida que estejam cientes dos benefícios *versus* o risco de um sangramento desfavorável, e que há tendência de melhora do padrão de sangramento ao longo do tempo de uso.

5. REFLEXÃO

Em 2020 iniciei um novo capítulo da minha vida, uma segunda graduação. Depois da árdua decisão de abandonar o emprego em que atuava na minha área de formação, a Engenharia Civil, para me debruçar sobre os livros de cursinho novamente, após três anos de estudo conquistei meu lugar na Medicina da Universidade Federal de São Carlos. A infelicidade com a minha primeira área de atuação, um sonho antigo e a busca por realização profissional me trouxeram até aqui.

Ainda vislumbrando tudo o que viria pelos próximos anos, em êxtase, de repente fui assolada pela suspensão das aulas por período indeterminado devido a pandemia da COVID-19. Confesso que em meio à angústia acerca das notícias de milhares de mortes e a incerteza do que seria dos próximos meses ou anos, parte de mim visualizou uma grata oportunidade de voltar a compartilhar a intimidade do dia a dia com meus pais, depois de anos estudando e trabalhando longe de casa.

Em meio a esse mar de incertezas, logo a Universidade deu início às atividades de forma remota como forma de adiantar os conteúdos e cumprir parte da carga horária teórica do curso. E como uma boa caloura com grandes expectativas, de repente me vi participando de diversas atividades extracurriculares, tanto para preencher o tempo ocioso que tínhamos no contexto da pandemia, como para ir me familiarizando com colegas, os estudos e os temas da Medicina.

Foram diversas Ligas Acadêmicas abertas para primeiro anistas, até que surgiu a oportunidade de participar de uma Atividade de Extensão nomeada *“Atividades educativas para homens, mulheres ou casais que manifestam desejo pela esterilização cirúrgica”*, organizada pela professora Dra. Maristela Carbol. Tratava-se de uma atividade que integrava de forma obrigatória o processo de esterilização cirúrgica, em que pessoas e/ou casais que quisessem passar pelo procedimento de laqueadura ou vasectomia, deveriam receber orientações de Aconselhamento Reprodutivo e Planejamento Familiar, aprendendo um pouco sobre os demais métodos contraceptivos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Em meio a pandemia, a atividade, antes prática, também precisou ser adaptada de forma remota. Eu e outros colegas passamos algumas semanas estudando os métodos contraceptivos, e esse foi o meu primeiro contato com a área de Ginecologia dentro da Medicina, o que me abriu caminhos para seguir em outras atividades da área, com a qual logo tive grande afinidade desde o início.

Como fruto dessa primeira Atividade de Extensão e em meio a aprovação de uma portaria do Ministério da Saúde que passou a incorporar o Implante de Etonogestrel no SUS voltado para mulheres férteis em situação de vulnerabilidade, a Secretaria de Saúde de São Carlos conseguiu uma verba parlamentar para a compra desses implantes direcionados para

mulheres nesse contexto. Com auxílio da Dra. Maristela Carbol, iniciamos um braço da Atividade de Extensão que viabilizou a implantação desses implantes, por meio de atividades educativas nas Unidades Básicas de Saúde - UBSs de São Carlos voltadas para esse grupo em específico, a partir de rodas de conversa organizadas por nós, estudantes, com a supervisão da professora. Para tal, confeccionamos um pôster educativo com as informações do implante em comparação aos outros métodos contraceptivos disponibilizados, material esse que posteriormente foi até publicado pela editora da UFSCar em uma cartilha intitulada *Método Contraceptivo: faça sua escolha*. Após as rodas de conversa, àquelas interessadas na colocação do implante assinavam um termo de consentimento e já passavam pela triagem, seguindo para a implantação do método naquele mesmo dia. Essa atividade em especial foi muito enriquecedora para minha formação, no sentido de propiciar, junto com as Práticas Profissionais dos primeiros anos da faculdade, minhas primeiras experiências em contato com os pacientes. Aprendi, para muito além da fisiologia menstrual e dos mecanismos de ação de cada um dos métodos contraceptivos, a arte de uma anamnese bem estruturada, da relação médico-paciente, do sigilo médico, e do olhar empático para toda e qualquer pessoa que eu atendesse, em especial nesse caso com pessoas em situação de vulnerabilidade.

Uma vez que os implantes passaram a ser então inseridos nas pacientes, surgiu a proposta de iniciar um estudo em forma de Iniciação Científica, com o objetivo de analisar posteriormente qual a satisfação e o padrão de sangramento que as pacientes usuárias do implante passaram a apresentar. Recebi então o convite da Dra. Maristela para o projeto, e assim iniciei os trabalhos para a produção científica. Fizemos o projeto, e felizmente conseguimos aprovação no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC, com bolsa-auxílio. Pude então, iniciar a coleta dos dados, que ofereceu muitos desafios. Ao mesmo tempo, fui me familiarizando novamente com a escrita científica, a buscar referencial teórico para meu texto, e com os dados em mãos, realizar a análise dos resultados.

A Iniciação Científica teve uma importância ímpar na minha formação, em diversos aspectos. Para além do conhecimento técnico adquirido, poder acompanhar essas mulheres desde as reuniões e triagem nas UBSs, cada uma com suas vulnerabilidades, em seguida acompanhar a inserção do implante, e posteriormente poder visualizar o benefício que um método contraceptivo bem indicado pôde trazer para a vida de cada uma delas, devolvendo o controle sobre seus corpos e defendendo suas preferências reprodutivas foi muito gratificante. Ainda mais, contribuir para um melhor controle de gestações não planejadas e não desejadas, ainda que em escala muito pequena, e assim mitigar as consequências desse feito no âmbito pessoal, profissional, psicológico dessas pacientes. Além disso, a aproximação com o meio científico e familiarização com a escrita, metodologias e a produção desses textos, me permitiram ser mais crítica com os artigos científicos que leio, buscando obter as melhores informações e selecioná-las de acordo com o meu contexto prático. Por fim, a experiência de acompanhar grupos de mulheres, atendê-las, ouvi-las e acolhê-las em suas necessidades

confirmou uma afinidade por todo o universo da Saúde da Mulher que eu já nutria, em suas diversas frentes, e ajudou a guiar minha escolha de especialidade futura.

Hoje, finalizando a escrita desse Trabalho de Conclusão de Curso, e muito próxima de finalizar a graduação, me considero uma pessoa realizada e, assim como há seis anos, cheia de expectativa para enfrentar os próximos desafios que estão por vir nessa nova carreira profissional. Os últimos seis anos se passaram independentemente de onde e do que eu estivesse fazendo. Que bom que escolhi passá-los aqui, nessa Universidade e nesse Curso, fazendo algo que me faz muito feliz.

REFERÊNCIAS

1. Ayres JR de CM, Franca Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
2. Sorpreso IC, Soares-Jr JM, Baracat EC. Mulheres com vulnerabilidade sexual: anticoncepção reversível de longa duração pode ser a solução? Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 37 (9), Set 2015
3. Finer L.B. e Zolna M.R. Unintended Pregnancy in the United States: Incidence and Disparities, 2006. Contraception, 2011; 84,478-485.
4. Chandra-Mouli V, McCarraher DR, Phillips SJ, Williamson NE, Hainsworth G. Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and access. Reprod Health. 2014 Jan 2;11(1):1.
5. Viellas EF, Domingues RM, Dias MA, Gama SG, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Prenatal care in Brazil. Cad Saúde Pública. 2014;30(Suppl 1):S85-S100.
6. Estela ML, Aquino EM, Heilborn ML, Knauth, D, Michel Bozon M., Almeida MC, Araújo J, Menezes G. Adolescência e reprodução no Brasil: A heterogeneidade dos perfis sociais. Cad Saúde Pública. 2003; 19(supl.2), s377-s388.
7. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua : educação, 2019.
8. Joyce TJ, Kaestner R, Korenman S. The effect of pregnancy intention on child development. Demography. 2000 Feb;37(1):83-94.
9. Wender MCO, Machado RB, Politano CA. Influência da utilização de métodos contraceptivos sobre as taxas de gestação não planejada em mulheres brasileiras. Femina. 2022;50(3):134-141.
10. World Health Organization Department of Sexual and Reproductive Health and Research (WHO/SRH) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP), Knowledge SUCCESS. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2022 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2022.
11. Vieira CS, Bahamondes MV, de Souza RM, Brito MB, Rocha Prandini TR, Amaral E, et al. Effect of antiretroviral therapy including lopinavir/ritonavir or efavirenz on etonogestrel-releasing implant pharmacokinetics in HIV-positive women. J Acquir Immune Defic Syndr. 2014;66(4):378-85.
12. Prescott GM, Matthews CM. Long-acting reversible contraception: a review in special populations. Pharmacotherapy. 2014;34(1):46-59.
13. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2011;83(5):397-404

14. Carmo LSMP, Braga GC, Ferriani RA, Quintana SM, Vieira CS. Timing of Etonogestrel-Releasing Implants and Growth of Breastfed Infants. *Obstetrics & Gynecology*. 2017;130(1):100-107. DOI: [10.1097/AOG.0000000000002092](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002092).
15. Projeto de Lei número 3020, de 2020. Dispõe sobre política de proteção às mulheres em situação de vulnerabilidade; pela Rede Pública de Saúde com a utilização do Contraceptivo Reversível de Longa Duração de Etonogestrel, e dá outras providências. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2041888. Acesso em: 28 de fevereiro de 2023.
16. Portaria SCTIE/MS número 13, de 19 de abril de 2021. Torna pública a decisão de incorporar o implante subdérmico de etonogestrel no âmbito do Sistema Único de Saúde para mulheres férteis em algumas condições. Diário oficial da união, seção 1. ISSN 1677-7042. No 74, 22 de abril de 2021. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jspdata=22/04/2021&jornal=515&pagina=235&totalArquivos=244>. Acesso em: 01 de março de 2023
17. Brunie A, Stankevitz K, Nwala AA, Nqumayo M, Chen M, Danna K, Afolabi K, Rademache KH. Expanding long-acting contraceptive options: a prospective cohort study of the hormonal intrauterine device, copper intrauterine device, and implants in Nigeria and Zambia. *Lancet Glob Health*. 2021; 9(10):e1431-e1441. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00318-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00318-1).
18. Rodriguez G, Faundes-Latham A, Atkinson LE. An approach to the analysis of menstrual patterns in the critical evaluation of contraceptives. *Stud Fam Plann*.1976;7(2):42-51. <https://doi.org/10.2307/1964872>.
19. Belsey EM, Machines D, d'Arcangues C. The analysis of vaginal bleeding patterns induced by fertility regulation methods. *Contraception*. 1986;34(3):253-60. [https://doi.org/10.1016/0010-7824\(86\)90006-5](https://doi.org/10.1016/0010-7824(86)90006-5).
20. Weisberg E, Bateson D, McGeechan K, Mohapatra L. A three-year comparative study of continuation rates, bleeding patterns and satisfaction in Australian women using a subdermal contraceptive implant or progestogen releasing-intrauterine system. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2014 Feb;19(1):5-14. DOI: 10.3109/13625187.2013.853034.
21. Darney P, Patel A., Rosen K., Shapiro L.,Kaunitz AM. Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon): results from 11 international clinical trials. *Fertility and Sterility*, [s. l.], p. 1646-53, 2009. DOI [10.1016/j.fertnstert.2008.02.140](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.02.140)
22. Barbieri MM, Juliato CRT, Bahamondes L, Surita FG. ENG-releasing subdermal implants in postpartum teenagers - an open-label trial study protocol. *Reprod Health*. 2020 Jun 23;17(1):100. doi: 10.1186/s12978-020-00952-5. PMID: 32576199; PMCID: PMC7310555.

23. Moray KV, Chaurasia H, Sachin O, Joshi B. A systematic review on clinical effectiveness, side-effect profile and meta-analysis on continuation rate of etonogestrel contraceptive implant. *Reprod Health*. 2021 Jan 6;18(1):4. doi: 10.1186/s12978-020-01054-y. PMID: 33407632; PMCID: PMC7788930.
24. Barbieri MM, Herculano TB, Dantas Silva A, Bahamondes L, Juliato CRT, Surita FG. Acceptability of ENG-releasing subdermal implants among postpartum Brazilian young women during the COVID-19 pandemic. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021 Jul;154(1):106-112. doi: 10.1002/ijgo.13663. Epub 2021 Apr 29. PMID: 33656758; PMCID: PMC9087758.
25. Lazorwitz A, Sheeder J, Teal S. The influence of lifestyle factors on serum etonogestrel concentrations among contraceptive implant users. *Contraception*. 2024 Jul 11:110539. doi: 10.1016/j.contraception.2024.110539. Epub ahead of print. PMID: 39002624.
26. Bahamondes L, Brache V, Meirik O, Ali M, Habib N, Landoulsi S; WHO Study Group on Contraceptive Implants for Women. A 3-year multicentre randomized controlled trial of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants, with non-randomized matched copper-intrauterine device controls. *Hum Reprod*. 2015 Nov;30(11):2527-38. doi: 10.1093/humrep/dev221. Epub 2015 Sep 25. PMID: 26409014.
27. Jahanfar S, Mortazavi J, Lapidow A, Cu C, Al Abosy J, Morris K, Becerra-Mateus JC, Andrenacci P, Badawy M, Steinfeldt M, Maurer O, Jiang B, Ali M. Assessing the impact of contraceptive use on mental health among women of reproductive age - a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024 May 30;24(1):396. doi: 10.1186/s12884-024-06587-9. PMID: 38816797; PMCID: PMC11137968.
28. Mansour D, Korver T, Marintcheva-Petrova M, Fraser IS. The effects of Implanon on menstrual bleeding patterns. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008 Jun;13 Suppl 1:13-28. doi: 10.1080/13625180801959931. PMID: 18330814.