

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA

RAQUEL GONÇALVES DOS SANTOS
TALIASSAQUI

**EXPERIÊNCIAS DE MULHERES NO PÓS-PARTO EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADE USUÁRIAS DO IMPLANTE DE ETONOGESTREL**

São Carlos
2025

RAQUEL GONÇALVES DOS SANTOS
TALIASSAQUI

**EXPERIÊNCIAS DE MULHERES NO PÓS-PARTO EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADE USUÁRIAS DO IMPLANTE DE ETONOGESTREL**

Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Medicina do Centro de Ciências Biológicas e de Saúde da Universidade Federal de São Carlos como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Dra. Simone Milani Brndão

São Carlos
2025

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por sua infinita graça e direção em cada etapa desta minha trajetória.

"Pois tu formaste o meu interior, tu me teceste no ventre de minha mãe. Graças te dou, visto que de modo assombrosamente maravilhoso me formaste; as tuas obras são admiráveis, e a minha alma o sabe muito bem. Os meus ossos não te foram encobertos, quando no oculto fui formado e entretecido como nas profundezas da terra. Os teus olhos viram a minha substância ainda informe, e no teu livro foram escritos todos os meus dias, cada um deles escrito e determinado, quando nem um deles ainda existia." (Salmos 139:13-16).

À minha família, em especial aos meus pais, meu irmão e meu namorado, que foram minha força invisível, me sustentando durante todo o curso para que eu pudesse realizar meus sonhos. Ouvi dizer que "o peso da caneta é mais leve que o da enxada"; pude me preocupar apenas com o peso da caneta, pois suportaram o da enxada por mim. Conseguimos!

RESUMO

Introdução: No Brasil muitas gravidezes não planejadas acontecem no período puerperal, trazendo repercussões danosas as mulheres, crianças e famílias. O uso de um método contraceptivo adequado nesse grupo visa mitigar esse panorama desfavorável. Nesse sentido, os métodos contraceptivos de longa duração (LARC) aparecem como opções bastante satisfatórias em virtude de suas características específicas, em especial o implante subdérmico de etonogestrel. O presente estudo visa avaliar as experiências das mulheres no pós-parto em situação de vulnerabilidade usuárias do implante de etonogestrel de um município do interior do estado de São Paulo. O estudo tem um perfil observacional, transversal, descritivo/quantitativo de mulheres no puerpério que estejam fazendo uso deste método por no mínimo 3 meses.

Como resultado da pesquisa, foi identificada que o perfil social da maioria das participantes se encontravam na faixa etária de 17 a 19 anos (24,1%), parda (41,4%), com ensino médio completo (31%), sendo a maioria solteira (51,7%) e evangélica (27,6%). Em relação a paridade, a maioria expressiva das mulheres já tinha pelo menos 1 filho (93,1%). Em relação as condições de vulnerabilidade, as condições que mais apareceram foram o uso de álcool e/ou drogas (28%), adolescentes com filhos (24%) e transtornos mentais e cognitivos (20%).

Quanto a métodos contraceptivos prévio, concluímos que mais das metades das mulheres já usavam algum método contraceptivo antes do implantes (51,7%), sendo as principais escolhas o anticoncepcional oral e o preservativo masculino. A amamentação também foi algo em comum encontrado entre as participantes do estudo (82,7%), sendo que o tempo variou entre 1 mês e 2 anos e 4 meses.

O implante foi considerado satisfatório pela maioria das participantes (55,2%), sendo a eficácia (65,5%) e a conveniência (34,4%) os principais aspectos positivos referidos por elas. No que tange ao padrão de sangramento, 41,3% referiram padrões considerados favoráveis (infrequente/ regular/ amenorreia). Ainda que o sangramento frequente e prolongado tenha sido a principal queixa (55,1%) e que houve predomínio de sangramento prolongado entre 6 e 24 meses, com tendência a melhora depois desse período, 75% das usuária estavam satisfeitas com padrão de sangramento e quase metade (48,2%) considerou positiva a redução do fluxo menstrual.

Os dados obtidos permitem concluir que há uma tendência de elevado grau de satisfação geral entre as usuárias do implante de etonogestrel, reforçando sua sua eficácia, conveniência e adequação, especialmente em contextos de vulnerabilidade.

Palavras-chave: experiência de vida, vulnerabilidade em saúde, período pós-parto, implante de etonogestrel.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, many unplanned pregnancies occur during the postpartum period, causing harmful consequences for women, children, and families. The use of an appropriate contraceptive method in this group aims to mitigate this unfavorable situation. In this sense, long-acting contraceptive methods (LARC) appear to be quite satisfactory options due to their specific characteristics, especially the etonogestrel subdermal implant. This study aims to evaluate the experiences of vulnerable postpartum women using the etonogestrel implant in a city in the interior of the state of São Paulo. The study has an observational, cross-sectional, descriptive/quantitative profile of postpartum women who have been using this method for at least three months.

The survey revealed that the social profile of most participants was between 17 and 19 years old (24.1%), mixed race (41.4%), high school graduates (31%), and the majority were single (51.7%), and evangelical (27.6%). Regarding parity, the vast majority of women already had at least one child (93.1%). Regarding vulnerability, the most common conditions were alcohol and/or drug use (28%), adolescents with children (24%), and mental and cognitive disorders (20%).

Regarding previous contraceptive methods, we found that more than half of the women were already using some form of contraception before implants (51.7%), with the main choices being oral contraceptives and male condoms. Breastfeeding was also common among study participants (82.7%), with the duration ranging from 1 month to 2 years and 4 months.

The implant was considered satisfactory by most participants (55.2%), with efficacy (65.5%) and convenience (34.4%) being the main positive aspects reported. Regarding bleeding patterns, 41.3% reported patterns considered favorable (infrequent/regular/amenorrhea). Although frequent and prolonged bleeding was the main complaint (55.1%), and prolonged bleeding predominated between 6 and 24 months, with a tendency to improve after this period, 75% of users were satisfied with their bleeding pattern, and almost half (48.2%) considered the reduction in menstrual flow positive.

The data obtained allow us to conclude that there is a trend toward a high level of overall satisfaction among users of the etonogestrel implant, reinforcing its efficacy, convenience, and suitability, especially in vulnerable settings.

Keywords: life experience, health vulnerability, postpartum period, etonogestrel implant.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Seleção dos estudos	4
--	---

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estudos analisados	8
---	---

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	MATERIAIS E MÉTODOS	3
2.1	TIPO DE ESTUDO.....	3
2.2	PERGUNTA DE PESQUISA	3
2.3	ESTRATÉGIA DE BUSCA	3
2.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	3
2.5	COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO DE PESQUISA	4
2.6	ANÁLISE DOS DADOS	4
2.7	SÍNTESE DOS RESULTADOS	5
2.8	AValiação DA QUALIDADE METODOLÓGICA.....	5
3	RESULTADOS	6
4	DISCUSSÃO	13
5	CONCLUSÃO	16
6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	17
	REFERENCES	18

1 INTRODUÇÃO

Na esfera da saúde reprodutiva, a gravidez não planejada encontra-se como um dos problemas mais relevantes de saúde pública, ainda que haja inúmeros métodos contraceptivos disponíveis atualmente¹ e sejam utilizados com frequência como mostra a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, de 2006.² Isso porque, mesmo as mulheres fazendo uso de um método contraceptivo, muitas vezes utilizam métodos de baixa e média eficácia, de curta duração ou de forma inconsistente e/ou descontinuada, é o que mostra o estudo “Nascer Brasil” envolvendo aproximadamente 24 mil parturientes, onde 55,4% delas alegaram ter tido uma gravidez não planejada quando entrevistadas.³

A pesquisa de Borges et al. (2018)⁴ demonstrou que mulheres que tiveram gravidezes não planejadas se mostraram menos propensas a usar métodos contraceptivos de sua preferência no puerpério comparada às mulheres que planejaram suas gestações. Presume-se que essas mulheres estejam sujeitas a vivenciar novamente uma gravidez não intencional após a gestação por persistirem as mesmas situações de vulnerabilidade prévias.⁵ Estudos conduzidos em diferentes contextos mostram que as situações de vulnerabilidade fazem com que as mulheres se protejam menos das gravidezes. São consideradas mulheres em situação vulnerável aquelas de baixa renda e escolaridade, as moradoras de áreas rurais ou regiões isoladas e remotas, as privadas de liberdade, as que vivem com vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou com outras doenças crônicas, como epilepsia, bem como as indígenas, as adolescentes, as usuárias de drogas ilícitas e as portadoras de deficiência física e/ou mental.^{6,7} Segundo Melo et al. (2022)⁸, seu estudo mostrou que os aspectos associados a experimentar uma gravidez não planejada foram a idade, não estar em união estável e não ter planejado a última gravidez.

A vulnerabilidade dessas mulheres repercute em condições de maior risco ou agravos à saúde como: taxas mais elevadas de mortalidade materna, de complicações da gestação ou parto, de risco de prematuridade e baixo peso ao nascer; mortalidade infantil e repetição da gestação, principalmente entre adolescentes; essas condições, muitas vezes estão associadas ao acesso prejudicado aos serviços de saúde, menor aderência ao pré-natal ou início tardio do mesmo.⁹

Essas mulheres, em geral, estão em idade reprodutiva, com vida sexual ativa, são férteis, não querem engravidar, mas apesar disso não utilizam métodos contraceptivos ou usam apenas os de baixa eficácia.⁸ Nesse sentido, garantir o acesso delas aos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC) se constitui como uma alternativa para mitigar a situação de vulnerabilidade em que elas se encontram e por conseguinte, diminuir as chances de uma gravidez não planejada e suas repercussões (FEBRASGO, 2016).¹⁰

Dentro da classe dos métodos LARC enquadram-se o implante subdérmico de etonogestrel, o sistema intraruterino de levonorgestrel e o dispositivo intrauterino (DIU) de cobre.¹ Os métodos LARC apresentam muitos benefícios, dentre eles o fato de serem métodos muito eficazes, apresentando taxa de falha inferior a 1% ao ano (dentre 100 mulheres, menos de 1 engravidaria após um ano de uso do método)¹, não dependerem do comportamento das usuárias¹¹, terem taxa de satisfação e de continuidade acima de 80%¹² e apresentarem o restabelecimento da fertilidade logo após a suspensão do uso.¹³

No entanto, mesmo com essas vantagens, os LARCs permanecem com taxas de uso abaixo do esperado, principalmente entre adolescentes, tanto devido a condições inerentes às mulheres como dos profissionais de saúde.¹⁴ A adesão, satisfação e continuidade do método tem relação elevada com o tipo de aconselhamento contraceptivo que a paciente recebe e quando a decisão é feita por ela.^{14,15,16} Outro fator relevante para aceitação do método é o custo do produto. Isso foi observado por Peipert et al. (2011)¹² quanto os métodos LARC foram

oferecidos gratuitamente e 68% das mulheres optaram por esses métodos em comparação aos métodos de curta duração.

A experiência e o treinamento do profissional com os métodos LARC estão diretamente relacionados a oferecerem e inserirem o método. No estudo realizado com ginecologistas e obstetras da América Latina sobre conhecimento de DIU foi verificado que 10% deles não reconhecem a elevada eficácia dos DIUs, 80% relataram que não oferecem DIU para nulíparas e quase 10% não oferecem para adolescentes.¹⁷

Além do aconselhamento contraceptivo sobre os métodos LARC esclarecendo sobre sua segurança e uma conversa aberta e reflexiva sobre vantagens, desvantagens, eficácia e efeitos colaterais, outras barreiras precisam ser extrapoladas como o custo de alguns dos métodos LARC, sendo o DIU de Cobre o único método acessível para todas as mulheres pelo SUS; e a carência de profissionais de saúde treinados. Para diminuir essa lacuna da experiência dos profissionais os cursos de medicina precisam oferecer treinamento nas técnicas de inserção e remoção dos métodos LARC aos estudantes. E para aqueles que completaram sua formação, as universidades e os serviço de planejamento reprodutivo têm se esforçado em oferecer esse tipo de treinamento, principalmente aos profissionais da atenção primária à saúde.

Dos métodos LARC disponíveis, o implante subdérmico de etonogestrel apresenta grandes benefícios para mulheres em situação de vulnerabilidade.^{18,19} O implante subdérmico de etonogestrel apresenta uma pequena haste de plástico de 4 cm de comprimento e 2 mm de espessura, contendo 68 mg de etonogestrel – 3-ketodesogestrel – metabólito ativo do desogestrel, envolvido em uma membrana de etilenovinilacetato (EVA). A duração dele no corpo da mulher é de 3 anos com um índice de falha muito baixo, de 5 gravidezes em cada 10.000 mulheres. Por possuir somente progestágeno em sua fórmula a maioria das mulheres são candidatas ao uso deste método.¹

As vantagens deste método para essa população 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.^{1,20}

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.²¹ 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.²²

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

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa de caráter descritivo e analítico. A escolha desse delineamento justifica-se pela necessidade de identificar e descrever as experiências das mulheres no pós-parto em situação de vulnerabilidade usuárias do implante de etonogestrel, bem como analisar possíveis associações entre as variáveis sociais e de satisfação com o método.

2.2 PERGUNTA DE PESQUISA

O projeto foi norteada pela seguinte questão: "Como foi a experiência das mulheres no pós-parto em situação de vulnerabilidade usuárias do implante subdérmico de etonogestrel?" A pergunta de pesquisa foi formulada seguindo o modelo PICO (População, Intervenção, Comparação e Resultado), onde:

- P (População): Mulheres no pós parto em situação de vulnerabilidade
- I (Intervenção): Uso do implante subdérmico de etonogestrel
- C (Comparação): Não aplicável
- O (Resultado): Experiências, satisfação, padrão de sangramento e motivos de retirada

2.3 ESTRATÉGIA DE BUSCA

A busca de literatura científica foi realizada nas bases de dados eletrônicas PubMed, Scielo, LILACS e documentos oficiais disponíveis nos sites da Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde do Brasil e entidades de referência em saúde as mulher (como a FEBRASGO). Foram considerados artigos, revisões e documentos publicados nos últimos 20 anos, com ênfase nos estudos mais recentes (a partir de 2010), mas incluindo também publicações clássicas sobre o tema, quando relevantes para a fundamentação teórica. Foram utilizados os descritores e termos em inglês e português, combinados entre si com operadores booleanos AND e OR: (“etonogestrel implant” OR “contraceptive implant” OR “implante de etonogestrel” OR “implante contraceptivo”), (“pospartum” OR “pós-parto”), (“vulnerability” OR “vulnerabilidade”), (“satisfaction” OR “satisfação” OR “experience” OR “experiência”). Além disso, foram incluídos documentos normativos e legislações brasileiras pertinentes ao tema, como a Política Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006), Projeto de Lei n3020/2020 e a Portaria SCTIE/MS n13/2021, por sua relevância no contexto do uso do implante de etonogestrel no âmbito do SUS.

2.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram estabelecidos critérios específicos para selecionar os estudos:

- Critérios de Inclusão: Mulheres no pós-parto em situação de vulnerabilidade, que tiveram suas gestações resolvidas na Maternidade de Santa Casa de São Carlos entre janeiro de 2022 e dezembro de 2023, que tenham inserido o implante de etonogestrel há pelo menos 3 meses completos, provenientes do projeto de extensão da Universidade Federal de São Carlos em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, com idade igual ou superior a 14 anos, independentemente de estarem amamentando ou não e que estejam em situações de vulnerabilidade contempladas pela Secretaria Municipal de Saúde (moradoras de rua, moradoras de zonas rurais sem acesso facilitado, trabalhadoras do sexo, usuárias de álcool e/ou drogas, mulheres com transtornos mentais u deficiências

3
cognitivas, vivendo com HIV/Aids, adolescentes até 19 anos com um ou mais filhos vivos, vítimas de violência sexual ou doméstica, mulheres com comorbidades que contraindiquem métodos contraceptivos combinados). As participantes aceitaram voluntariamente integrar o estudo mediante assinatura do TCLE ou TALE. Mesmo participantes que responderam de forma incompleta o questionário foram incluídas na amostra.

- Critérios de Exclusão: Mulheres em situação de vulnerabilidade que estivessem com menos de 3 meses completos de uso do implante de etonogestrel, que não puderam ser localizadas após múltiplas tentativas de contato (telefone e unidade de saúde), que se recusaram a participar do estudo, mesmo após convite e explicação detalhada da pesquisa.

2.5 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO DE PESQUISA

A coleta de dados foi realizada por meio do preenchimento do questionário da pesquisa em formato Google Forms enviado para o WhatsApp da participante, seja pelo contato telefônico ou de forma presencial, conforme o tipo de contato, disponibilidade e condições de aceitabilidade da mulher em participar da pesquisa.

Para a coleta de dados, após a mediação do funcionário da DGCA, entrei em contato com a mulher por meio das informações contidas nas fichas de controle de inserção do implante de etonogestrel arquivadas no DGCA da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos. 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 realizada via WhatsApp e quando não obtido sucesso foi realizadas tentativas de contato presencial combinado previamente via telefone residencial, endereço residencial ou por meio da unidade de saúde a qual pertencem. No caso das adolescentes, o contato foi realizado primeiramente com os pais e/ou responsáveis, os quais autorizarão a participação delas após confirmação do desejo de participarem da pesquisa. Vale enfatizar que na ficha de controle de inserção do implante de etonogestrel consta contato dos pais e/ou responsáveis no caso de menores de idade.

O instrumento desta pesquisa foi composto por um questionário fechado e auto aplicável, desenvolvido na plataforma Google Forms (ANEXO D). A primeira parte do questionário se refere às características demográficas e reprodutivas e a segunda parte à satisfação e experiências das mulheres no pós-parto 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.²³

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 8 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)²⁴ e é recomendado pela Organização Mundial da Saúde.²⁵ 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, sendo possível mais de uma resposta.

Todas as respostas foram armazenadas em planilha de dados gerada automaticamente pelo Google Forms, no Google Planilhas, e transferidas para planilha de Excel. As respostas são confidenciais e o anonimato das participantes foi mantido durante toda a pesquisa. Os resultados obtidos poderão ser divulgados em eventos,

revistas e/ou trabalhos científicos, mas não serão relacionados aos nomes das participantes. As participantes tiveram acesso aos resultados da pesquisa por meio de folder com dados resumidos que serão enviados para o seu WhatsApp ou e-mail eletrônico, como preferirem.

2.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados do questionário foram organizados em planilhas eletrônicas e analisados de forma descritiva e analítica, com apresentação em frequências absolutas e porcentagens. Posteriormente os resultados foram discutidos de maneira crítica à luz da literatura, buscando identificar padrões, semelhanças, divergências e contribuições para o entendimento das experiências de mulheres no pós-parto em situação de vulnerabilidade usuárias do implante de etonogestrel.

2.7 SÍNTESE DOS RESULTADOS

Os resultados foram sintetizados de forma narrativa, agrupando informações coletadas conforme as principais categorias analisadas: características sociodemográficas, situações de vulnerabilidade, uso prévio de métodos contraceptivos, nível de satisfação com implante de etonogestrel e padrão de sangramento.

2.8 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

A qualidade metodológica da pesquisa foi assegurada por meio da observância das Resoluções n466/2012 e n510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regem as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Além disso, foram adotados procedimentos padronizados de coleta de dados, garantindo uniformidade no preenchimento dos questionários, bem como utilização de instrumentos previamente validados na literatura para avaliação da satisfação no padrão de sangramento.

3 RESULTADOS

No período do estudo 219 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 30 mulheres, sendo que 1 delas optou por não participar do estudo, totalizando 29 mulheres férteis em situação de vulnerabilidade.

Dentre os dados demográficos e reprodutivos, nota-se que a faixa etária mais prevalente foi a dos 17-19 anos, correspondendo a 24,1%. A cor autorreferida predominantemente foi a parda e a branca, juntas totalizando 79,3% das mulheres. Em termos de escolaridade, houve predomínio de pessoas que tiveram o ensino médio completo (31%) e ensino fundamental incompleto (24,1%); 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 (51,7%) e evangélicas (27,6%) (Tabela 1).

Quanto à paridade, 93,1% das participantes da pesquisa tinham ao menos um filho; 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 (51,7%), sendo o anticoncepcional oral combinado (pílula) e o preservativo masculino, ambos métodos que dependem do usuário para terem sua eficácia totalmente atingida, diferentemente do implante de etonogestrel, um método LARC. As demais entrevistadas (48,3%) utilizavam outros métodos prévios como injeção mensal, injeção trimestral e preservativo feminino, 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 no pós-parto em situação de vulnerabilidade usuárias do implante de etonogestrel, São Carlos-SP.

	Tópicos	Total N (%)
Idade	• ≤ 19 anos	12 (41,3%)
	• 20 – 25 anos	5 (17,2%)
	• 26 – 35 anos	6 (20,7%)
	• 36 – 45 anos	6 (20,7%)
	• > 45 anos	0 (0,0%)
	Cor autorreferida	• Branca
• Parda		12 (41,4%)
• Preta		6 (20,7%)
• Amarela		0 (0,0%)
• Indígena		0 (0,0%)
Escolaridade	• Ensino fundamental incompleto	7 (24,1%)

• Ensino fundamental completo	1 (3,4%)
• Ensino médio incompleto	5 (17,2%)
• Ensino médio completo	9 (31%)
• Ensino superior incompleto	3 (10,3%)
• Ensino superior completo	1 (3,4%)
Estado Civil	
• Solteira	15 (51,7%)
• União estável (amigada)	7 (24,1%)
• Casada	5 (17,2%)
• Divorciada	1 (3,4%)
• Viúva	1 (3,4%)
Religião ou Culto	
• Católica	7 (24,1%)
• Evangélica	8 (27,6%)
• Umbandista	3 (10,3%)
• Espírita	1 (3,4%)
• Sem religião	7 (24,1%)
• Outra:	4 (10,5%)
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	15 (51,7%)
○ Pílula	9 (47,4%)
○ Pílula só de progestagênio	0 (0,0%)
○ Injeção mensal	3 (15,8%)
○ Injeção trimestral	1 (5,3%)
○ DIU de cobre	0 (0,0%)
○ Adesivo	0 (0,0%)
○ Diafragma	0 (0,0%)
○ Camisinha feminina	1 (5,3%)
○ Camisinha masculina	5 (26,3%)
○ Anel vaginal	0 (0,0%)
• Não	14 (48,3%)
Total (N)	29 (100%)

Em relação a amamentação pode-se observar um predomínio de mulheres que optaram por amamentar (82,7%), tendo a maioria amamentado por 2 anos (21,7%). Observou-se que dentre mulheres que optaram por amamentar o tempo de amamentação variou de 1 mês (4,3%) até 2 anos e 4 meses (8,6%). Quanto ao retorno da menstruação pós-parto, observou-se um padrão diversificado, com mulheres tendo retorno da menstruação em 1 mês (13%), quanto mulheres que não apresentaram retorno da menstruação (17,3%).

Tabela 2. Características demográficas e reprodutivas das mulheres no pós-parto em situação de vulnerabilidade usuárias do implante de etonogestrel, São Carlos-SP.

	Tópicos	Total N (%)
Tempo de amamentação		
• Não amamentou		3 (13%)
• 1 mês		1 (4,3%)
• 2 meses		1 (4,3%)

• 3 meses	4 (17,3%)
• 5 meses	1 (4,3%)
• 1 ano	2 (8,6%)
• 19 meses	1 (4,3%)
• 23 meses	2 (8,6%)
• 2 anos	5 (21,7%)
• 2 anos e 4 meses	2 (8,6%)
• Não se recorda	1 (4,3%)
Como da menstruação pós-parto	
• 1 mês	3 (13%)
• 5 meses	2 (8,6%)
• 6 meses	2 (8,6%)
• 8 meses	1 (4,3%)
• 9 meses	1 (4,3%)
• 11 meses	1 (4,3%)
• 1 ano	2 (8,6%)
• 1 ano e 2 meses	1 (4,3%)
• 1 ano e 6 meses	1 (4,3%)
• 1 ano e 8 meses	1 (4,3%)
• 2 anos	4 (17,3%)
• Não retornou	4 (17,3%)
Total (N)	23 (100%)

Com relação às situações de vulnerabilidade das mulheres com o implante de etonogestrel (Tabela 3), chama a atenção que quase um terço delas são usuárias de álcool e/ou drogas (28%), e quase um quarto são adolescentes (até 19 anos completos) com 1 ou mais filhos vivos (24%). Situação de transtornos mentais e cognitivas também estiveram presentes na avaliação (12% e 8%, respectivamente, totalizando 20%).

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 corroborando com o nosso estudo. 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 28% 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 (20%). 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 3. Situações de vulnerabilidade das mulheres no pós-parto usuárias do implante de etonogestrel, São Carlos-SP.

Tópicos	Total N (%)
Moradoras de rua	0 (0,0%)
Moradoras de zonas rurais sem acesso facilitado às unidades de saúde	0 (0,0%)
Trabalhadoras do sexo	0 (0,0%)
Usuárias de álcool e/ou drogas	7 (28%)
Transtornos mentais	3 (12%)
Pessoas com deficiências cognitivas	2 (8%)
Mulheres vivendo com HIV/Aids	1 (4%)
Adolescentes (até 19 anos completos) com 1 ou mais filhos vivos	6 (24%)
Vítimas de violência sexual	1 (4%)
Vítimas de violência doméstica	0 (0,0%)
Mulheres com comorbidades que apresentam critérios médicos de elegibilidade que contraindicam métodos contraceptivos combinados, não desejam dispositivo intrauterino ou outro método legível	3 (12%)
Mulheres com cadastro no programa de transferência de renda	0 (0,0%)
Mulheres multíparas com 3 ou mais partos	0 (0,0%)
Condição não especificada	2 (8%)
Total (N)	25 (100%)

Nota:

#Várias respostas possíveis.

Quanto à satisfação geral em relação ao método (Tabela 4), a maioria das usuárias do implante declarou-se “muito satisfeita” (55,2%), sendo o nível de satisfação maior naquelas entre 12 e 24 meses 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 do 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 unicamente a eficácia (65,5%), conveniência (34,4%) em todos os períodos observados. Sobre aspectos negativos, mais das metades das mulheres apontou o sangramento mais frequente e prolongado como principal

aspecto negativo (55,1%), seguido de um pouco mais que um quarto das mulheres que não tiveram nada negativo para apontar (27,5%). Outros efeitos colaterais apareceram em terceiro lugar como aspecto negativo mais notado entre as mulheres participantes do estudo (13,7%). 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 4) 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, um pouco mais de um terço obteve um padrão de sangramento considerado favorável (41,3%). Na análise temporal, entre 6 e 12 meses e entre 12 e 24 meses, houve predomínio de padrão de sangramento prolongado (37,5% 60% respectivamente), com uma tendência de melhora desse padrão após 24 meses de uso em que a maioria das mulheres referiu um padrão de sangramento menos frequente (43,75%). 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 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 satisfatório.¹⁷

Houve uma tendência de aumento no número de absorventes utilizados (57,1%) em nosso estudo, informação que fala contra aos 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 57,2% das usuárias do implante, e “um pouco satisfeita” para 17,8%, totalizando 75% de mulheres de certa forma satisfeitas com o padrão de sangramento do implante. O efeito de redução do sangramento foi visto como positivo por cerca de metade das usuárias (48,2%). Isso permitiu inferir que o padrão de sangramento, ainda que não favorável para algumas mulheres, não gerou um descontentamento quanto ao método.

Tabela 4. Satisfação geral e padrão de sangramento das mulheres no pós-parto em situação de vulnerabilidade usuárias do implante de etonogestrel, São Carlos-SP.

Tópicos	≥ 6 - < 12 meses N (%)	≥ 12 - < 24 meses N (%)	≥ 24 meses N (%)	Total N (%)
Satisfeito com método				
• Muito satisfeito	4 (50%)	4 (80%)	8 (50%)	16 (57,1%)
• Um pouco satisfeito	1 (12,5%)	0 (0,0%)	4 (25%)	5 (17,8%)
• Nem satisfeito nem insatisfeito	1 (12,5%)	0 (0,0%)	2 (12,5%)	3 (10,7%)
• Um tanto insatisfeito	1 (12,5%)	1 (20%)	1 (6,25%)	3 (10,7%)
• Muito insatisfeito	1 (12,5%)	0 (0,0%)	1 (6,25%)	1 (3,5%)
Padrão de sangramento*				
• Sangramento menos frequente	1 (12,5%)	2 (40%)	7 (43,75%)	10 (34,4%)
• Sangramento regular	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (6,25%)	1 (3,4%)
• Sem sangramento ou amenorreia	3 (37,5%)	0 (0,0%)	1 (6,25%)	4 (13,7%)
• Sangramento mais frequente	1 (12,5%)	0 (0,0%)	1 (6,25%)	2 (6,8%)
• Sangramento prolongado	3 (37,5%)	3 (60%)	6 (37,5%)	12 (41,3%)
Satisfeito com padrão de sangramento				
• Muito satisfeito	4 (50%)	0 (0,0%)	5 (31,25%)	9 (31%)
• Um pouco satisfeito	0 (0,0%)	1 (20%)	4 (25%)	5 (17,2%)
• Nem satisfeito nem insatisfeito	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
• Um tanto insatisfeito	2 (25%)	2 (40%)	4 (25%)	8 (27,5%)
• Muito insatisfeito	2 (25%)	2 (40%)	3 (18,75%)	7 (24,1%)
Efeito da alteração do sangramento				
• Efeito positivo	4 (50%)	1 (20%)	7 (43,75%)	12 (41,3%)
• Sem efeito	3 (37,5%)	2 (40%)	3 (18,75%)	8 (27,5%)
• Efeito negativo	1 (12,5%)	2 (40%)	6 (37,5%)	9 (31%)
Aspectos positivos do uso do método#				
• Eficaz	4 (50%)	4 (80%)	11 (68,75%)	19 (65,5%)
• Conveniente	4 (50%)	1 (20%)	5 (31,25%)	10 (34,4%)
• Sangramento menos frequente ou regular	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
• Sangramento reduzido ou sem sangramento	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
• Poucos efeitos colaterais	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
• Duradouro	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
• Tratou o sangramento pesado (aumentado) ou doloroso	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
• Discreto	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Aspectos negativos do uso do método#				
• Sangramento mais frequente ou prolongado	3 (37,5%)	2 (40%)	11 (68,75%)	16 (55,1%)
• Sem sangramento	1 (12,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,4%)
• Moderados a muitos efeitos colaterais	1 (12,5%)	2 (40%)	1 (6,25%)	4 (13,7%)
• Problemas relativos à inserção (ex.: hematoma,	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

inchaço, prurido)				
• Duradouro	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
• Nada de negativo	3 (37,5%)	1 (20%)	4 (25%)	8 (27,5%)
Mudança na quantidade de absorventes utilizados\$				
• Mais absorventes	5 (55,5%)	4 (80%)	7 (43,75%)	16 (57,1%)
• Mesma quantidade	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (12,5%)	2 (7,1%)
• Menos absorventes	4 (44,4%)	1 (20%)	7 (43,75%)	12 (42,8%)

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 CONCLUSÃO

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 e conveniência características intrínsecas dos métodos LARC.

Depreende-se ainda que à medida que se passa mais tempo desde a inserção do implante, a satisfação com ele se eleva. A mesma tendência se aplica em relação ao padrão de sangramento; nos seis primeiros meses após a inserção, a maioria das usuárias tende a um padrão de sangramento desfavorável, no entanto, entre aquelas com 2 anos 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 relataram 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 o implante de etonogestrel, possui boa aceitação entre as mulheres em situação de vulnerabilidade no pós-parto, 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 prévio a 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 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Esta revisão integrativa apresenta algumas limitações que devem ser consideradas ao interpretar os resultados. Primeiramente, existe o risco de viés de publicação, uma vez que estudos com resultados positivos são mais propensos a serem publicados do que aqueles que não apresentam achados significativos.

Outro ponto a ser destacado é a dificuldade de contato com as usuárias do implante de etonogestral devido as suas vulnerabilidades associado a tempo decorrido entre inserção e início do estudo.

REFERENCES

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.jsp?data=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.

26. 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.
27. 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.