



MEDICINA

CAMILA PENA QUEIROZ

**CONTINUIDADE DO USO DE IMPLANTE CONTRACEPTIVO
LIBERADOR DE ETONOGESTREL ENTRE USUÁRIAS DO SUS**

Salvador – BA

2021

CAMILA PENA QUEIROZ

**CONTINUIDADE DO USO DE IMPLANTE CONTRACEPTIVO
LIBERADOR DE ETONOGESTREL ENTRE USUÁRIAS DO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para aprovação parcial no 4º ano de Medicina.

Orientadora: Milena Bastos Brito

Salvador – BA

2021

CAMILA PENA QUEIROZ

**CONTINUIDADE DO USO DE IMPLANTE CONTRACEPTIVO
LIBERADOR DE ETONOGESTREL ENTRE USUÁRIAS DO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para aprovação parcial no 4º ano de Medicina.

Data de aprovação:

Banca Examinadora

Nome do 1º componente da banca
Titulação/Instituição

Nome do 2º componente da banca
Titulação/Instituição

Nome do 3º componente da banca
Titulação/Instituição

RESUMO

INTRODUÇÃO: A gestação não planejada é um problema de saúde pública no Brasil e a redução das suas taxas requer uma abordagem multifatorial. Dentre as alternativas para reduzir esse número, está a ampliação do conhecimento e acesso à métodos contraceptivos de longa ação. A avaliação das taxas de continuidade e motivos de descontinuação do implante contraceptivo liberador de etonogestrel (ENG), método contraceptivo reversível de longa duração com maior eficácia disponível no Brasil, entre o perfil de mulheres usuárias do Sistema único de Saúde (SUS) em Salvador, permite uma melhor análise da viabilidade da sua distribuição pelo sistema público. **OBJETIVOS:** Descrever as taxas de continuidade e motivos de interrupção precoce do uso do implante liberador de ENG entre mulheres usuárias do SUS, no período entre 2015 e agosto de 2018, durante 36 meses. **MÉTODOS:** Trata-se de uma coorte retrospectiva composta por mulheres, acima de 18 anos, atendidas no ambulatório de planejamento familiar do Centro Médico da Bahiana, que fizeram inserção do implante entre 2015 e agosto de 2018. Os dados foram coletados a partir de prontuário e aplicação de questionário com as participantes, via contato telefônico ou presencial. Foi utilizada curva de sobrevivência de Kaplan-Meier para avaliação anual das taxas de descontinuidade e descrição de dados através de média e percentual. **RESULTADOS:** A amostra do estudo foi composta por 62 mulheres. Observou-se taxa de continuidade de 88,7% no primeiro ano, 83,9% no segundo ano e 70,9% no terceiro ano. Entre os motivos de descontinuidade, destacaram-se os efeitos colaterais relacionados ao padrão de sangramento (12,9%) e efeitos colaterais não relacionados ao padrão de sangramento (6,5%). Sangramento frequente foi o padrão de sangramento que mais motivou a interrupção do método (8,1%). **CONCLUSÃO:** Na população estudada, o implante possui altas taxas de continuidade e motivos de interrupção precoce contornáveis e semelhantes a outros métodos contraceptivos. Sua inclusão na gama de contraceptivos oferecidos pelo sistema público pode ser considerada e melhor analisada através de futuros estudos de custo efetividade.

Palavras-chave: Contracepção Reversível de Longo Prazo. Planejamento Familiar. Anticoncepção. Implantes de Medicamento.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Unplanned pregnancy is a public health problem in Brazil and reducing its rates requires a multifactorial approach. Among the alternatives to reduce this number is the expansion of knowledge and access to long-acting contraceptive methods. The assessment of continuity rates and reasons for discontinuation of the etonogestrel-releasing contraceptive implant, a long acting contraceptive method with the highest efficacy available in Brazil, among the profile of female users of the Unified Health System (SUS) in Salvador, allows for a better analysis of the feasibility of its distribution through the public system. **OBJECTIVES:** To describe continuity rates and causes of early interruption of the use of ENG-delivering implants among women using SUS, in the period between 2015 and August 2018, for 36 months. **METHODS:** This is a retrospective cohort of women, over 18 years old, attended at the family planning clinic of the Medical Center of Bahiana, who underwent implant insertion between 2015 and August 2018. Data were collected from medical record and application of a questionnaire with the participants, via telephone or in person. The Kaplan-Meier survival curve was used for annual assessment of discontinuity rates and data description through mean and percentage. **RESULTS:** The study sample consisted of 62 women. There was a continuity rate of 88.7% in the first year, 83.9% in the second year and 70.9% in the third year. Among the reasons for discontinuity, the highlights were effects related to the bleeding pattern (12.9%) and effects not related to the bleeding pattern (6.5%). Frequent bleeding was the bleeding pattern that most motivated the interruption of the method (8.1%). **CONCLUSION:** In the studied population, the implant has high continuity rates and the reasons for early interruption are circumventable and similar to other contraceptive methods. Its inclusion in the range of contraceptives offered by the public system can be considered and better analyzed through future effectiveness studies.

Keywords: Long-Acting Reversible Contraception. Family Planning (Public Health). Contraception. Drug Implants.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS	8
1.1 OBJETIVO GERAL.....	8
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	9
3.1 Gestação não-planejada	9
3.2 Planejamento familiar no Brasil.....	10
3.3 Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração	10
3.4 Implante contraceptivo liberador de etonogestrel	11
4. METODOLOGIA	14
4.1 DESENHO DE ESTUDO.....	14
4.2 LOCAL E PERÍODO	14
4.3 AMOSTRAGEM	14
4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	15
4.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	15
4.4 CÁLCULO AMOSTRAL	15
4.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS	15
4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	15
4.7 OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO	16
4.8 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	17
4.9 ASPECTOS ÉTICOS	17
5. RESULTADOS	18
6. DISCUSSÃO	24
7. CONCLUSÃO	29
APÊNDICE	33
APÊNDICE A – Questionário para coleta de dados.....	33
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido presencial e online	36
ANEXOS.....	37
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP.....	37

1. INTRODUÇÃO

A gestação não planejada é um problema de saúde no Brasil e no mundo, apresentando taxas de incidência de 55,4% no país.¹ Estudos mostram que gestações não planejadas estão relacionadas a uma maior taxa de intercorrências materno-fetais, como abortos inseguros, mortalidade materna e neonatal, ansiedade e depressão-pós parto.² Além de riscos sociais, como baixa escolaridade e desemprego, frequentemente levando mulheres a situações de vulnerabilidade.

Embora a redução do número de gestações não planejadas demande uma abordagem multifatorial, a ampliação do conhecimento e acesso à métodos contraceptivos de longa ação pode contribuir de forma importante na mudança desse cenário. Os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCs, do inglês *Long Acting Reversible Contraceptives*) são representados pelos dispositivos intrauterinos e o implante subdérmico, têm ação contraceptiva de três anos ou mais e possuem taxas de eficácia e continuidade superiores quando comparados aos métodos contraceptivos de curta duração.³

Dentre os LARCs, o implante liberador de etonogestrel (ENG) é um método de progestagênio isolado, que apresenta a menor taxa de falha entre todos os métodos contraceptivos reversíveis e cirúrgicos (0,05%)³, com duração de 3 anos, além de taxa de continuidade maior que 80% em um ano.^{3,4} Apesar dos benefícios, o implante liberador de ENG não é um método disponível pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

Isso posto, a avaliação das suas taxas de continuidade e motivos de descontinuidade entre mulheres usuárias do SUS nos permitirá uma melhor análise da viabilidade da sua distribuição pelo sistema público de saúde, inclusive auxiliando no cálculo posterior de custo-efetividade local.

2. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar taxa de continuidade e motivos de interrupção do uso do implante liberador de etonogestrel entre mulheres usuárias do SUS.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever taxa de continuidade do implante de ENG por ano, durante 3 anos.
- b) Descrever motivos de descontinuidade do implante de ENG.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Gestação não-planejada

A gravidez não planejada é toda gestação que não foi programada pela mulher ou casal, sendo classificada em indesejada, quando ocorre contra o desejo do casal, ou inoportuna, quando acontece em um momento considerado desfavorável. É um problema de saúde pública no mundo, uma vez que possui taxa média mundial elevada, de 40%⁵, e está relacionada à morbimortalidade materno-fetal, vulnerabilidade social e econômica. No Brasil, as taxas alcançam 55,4%¹, percentual superior à média mundial, evidenciando as dimensões desse problema no país.

Esse fenômeno está relacionado às dificuldades de acesso a serviços de saúde e métodos contraceptivos altamente eficazes, pouco conhecimento da população sobre contracepção e sexualidade, além de aspectos culturais, como a violência de gênero, e religiosos⁶. No Brasil, atinge principalmente mulheres pretas ou pardas, não casadas, com idade inferior a 20 anos, de baixa renda familiar e não assistidas por planos de saúde privados.⁶

A ocorrência de uma gestação não planejada afeta a trajetória educacional, profissional e de saúde, bem como as relações interpessoais da mulher, trazendo uma série de agravos à sua saúde e à do bebê.⁷ Mulheres que não planejaram a sua gravidez estão mais propensas a iniciarem tardiamente ou realizarem de forma inadequada o pré-natal, terem bebês com baixo peso^{2,7} e não iniciar ou não continuar a amamentação.^{2,8} Além disso, a gravidez não planejada está relacionada à maiores taxas de depressão perinatal, assim como o desenvolvimento de sintomatologia depressiva a longo prazo.⁹

Vale ainda destacar sua relação com o abortamento. De acordo com a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), realizadas em 2010 e 2016, cerca de 1 em cada 5 mulheres já realizou aborto antes dos 40 anos decorrente de uma gravidez não planejada¹⁰, demonstrando a magnitude e persistência desse evento no Brasil. Assim, além dos danos da gestação em si, é importante considerar, ainda, a morbimortalidade relacionada ao abortamento inseguro.

Desse modo, entende-se que a gravidez não planejada é um problema de saúde pública e seu enfrentamento exige várias abordagens. A promoção de informação e acesso à métodos de alta eficácia e continuidade é uma alternativa no enfrentamento desse problema.

3.2 Planejamento familiar no Brasil

O planejamento familiar consiste na promoção de ações que auxiliam homens e mulheres a planejarem, de forma livre e consciente, a chegada dos filhos, incluindo o acesso a informações sobre sexualidade e contracepção. A Lei do Planejamento Familiar, de 1996, regulamenta o planejamento familiar no Brasil e proporciona ações preventivas para homens e mulheres.

O acesso à informação, técnicas e métodos contraceptivos representa uma importante conquista para as mulheres, possibilitando maior autonomia sobre seu próprio corpo e sobre o que acredita ser melhor para si. O direito de escolher se quer ou não engravidar, e o momento, evidencia a mudança do lugar social ocupado pela mulher atualmente e permite maior igualdade entre homens e mulheres no que tange à desvinculação entre sexo e maternidade, e sexo e compromisso.

Atualmente, o SUS dispõe de uma gama de opções de contraceptivos, porém esses métodos foram instituídos em 1996 e não sofreram alterações, mesmo com os avanços e novas tecnologias que surgiram com o passar dos anos. Os métodos disponíveis pelo SUS são: preservativo masculino e feminino, anticoncepcional oral combinado, anticoncepção injetável mensal e trimestral, DIU de cobre, diafragma, anticoncepção de emergência, minipílula, além dos métodos de caráter definitivo (laqueadura e vasectomia).

Recentemente, foi publicada a Portaria SCTIE/MS Nº 13/2021, que tornou pública a decisão de incorporação do implante subdérmico de etonogestrel como estratégia de prevenção da gravidez não planejada para mulheres: em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de Dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desse modo, observa-se a pouca opção de métodos altamente eficazes e reversíveis SUS, sendo representados apenas pelo dispositivo intrauterino (DIU) de cobre. A maioria dos métodos disponíveis atualmente são métodos de curta duração, dependentes da disciplina e correto manuseio da paciente, e conhecidamente pouco eficazes. Assim, a pouca opção de LARCs desestimula a adesão de mulheres a esse método, sabidamente mais eficazes na prevenção de uma gravidez não planejada.

3.3 Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração

Os contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCs, do inglês *Long Acting Reversible Contraceptives*) são métodos com duração contraceptiva que varia de três a dez anos, e incluem os dispositivos intrauterinos (DIU de cobre e sistema intrauterino de levonorgestrel) e implantes hormonais.¹¹

São contraceptivos que se destacam por manterem sua alta eficácia independente do correto manuseio ou adesão da usuária. Desse modo, além de fornecer contracepção às mulheres em geral, são uma importante opção para grupos vulneráveis, como usuárias de drogas e adolescentes, além de populações especiais como portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Ademais, são caracterizados por baixos índices de falha e altas taxas de continuação^{3,4}, possuindo vantagem sobre os outros métodos reversíveis na prevenção da gravidez.

Apesar disso, no Brasil, os métodos mais utilizados são os reversíveis de curta duração, destacando-se o anticoncepcional oral (34,2%) e preservativos (14,5%), seguido dos métodos definitivos (25,9%). Já o LARC disponibilizado pelo SUS, o DIU de cobre, é o método menos usado (2%) entre as categorias estudadas.¹² As barreiras para seu uso incluem a falta de informação sobre sua eficácia e funcionamento, necessidade de profissionais especializados para sua inserção, além da dificuldade no acesso à exames e consultas para acompanhamento.¹²

O Projeto CHOICE, coorte prospectiva que quebrou a principal barreira de uso dos LARCs: o custo, com o objetivo de avaliar as taxas de satisfação e continuidade entre todos os métodos contraceptivos reversíveis, mostrou que as taxas de continuidade e satisfação são maiores entre as usuárias de LARCs (em todas as faixas etárias), quando comparadas às dos métodos contraceptivos de curta duração (86,2% versus 54,7% e 83,7% versus 52,7%, respectivamente).⁴

O sistema público de saúde brasileiro atualmente oferece apenas uma opção de LARC para as mulheres (DIU de cobre), dificultando, assim, a divulgação de informações e a adesão a esse tipo de método pelas mulheres no país.

O padrão de uso de métodos de curta duração no Brasil, mais passíveis de falha, pode ser apontado como um dos fatores que contribuem para a elevada taxa de gestação não planejada no país. O incentivo a métodos anticoncepcionais reversíveis de ação prolongada pode auxiliar na redução dessa porcentagem.

3.4 Implante contraceptivo liberador de etonogestrel

Os implantes hormonais são dispositivos plásticos colocados na subderme, com liberação contínua de progestagênio. No Brasil, o implante disponível é o que contém etonogestrel, que é um bastonete único, com cerca de 4cm de comprimento por 2mm de espessura, contendo 68 mg de etonogestrel (3-ketodesogestrel), metabólito ativo do desogestrel, envolvido em uma membrana de acetato de etileno vinil (EVA).¹³ Esse dispositivo libera, continuamente, uma pequena quantidade de hormônio, proporcionando efeito anticoncepcional por até três anos. Estudos mais recentes mostram que é possível estender seu uso para até cinco anos, sem relato de gravidezes durante os dois anos adicionais.^{14,15}

Essa ação anticonceptiva ocorre devido à inibição da ovulação, alterações do muco cervical que dificultam a trajetória dos espermatozoides até o óvulo, além de alterações no revestimento endometrial.¹⁶ Após sua remoção, os níveis séricos se tornam indetectáveis antes de uma semana e há ovulação dentro de poucos dias na maioria das mulheres, já sendo possível engravidar.¹⁷

O implante contraceptivo é o método reversível mais eficaz do mundo, com uma taxa de falha de 0,05%.³ Os LARCs, na prática, possuem uma eficácia maior em relação aos métodos de curta duração, por não dependerem da motivação ou manuseio correto da usuária. Entretanto, o implante liberador de etonogestrel mostra superioridade mesmo quando comparado aos outros métodos reversíveis de longa duração, visto que os dispositivos intrauterinos apresentaram taxas de falha com uso típico de 0,6% (DIU de cobre) e 0,2% (sistema intrauterino de levonorgestrel).³ Também mostra vantagem em relação aos métodos contraceptivos cirúrgicos, que são de caráter definitivo, com taxa de falha inferior à esterilização feminina (0,5%) e masculina (0,15%).³

Ademais, a maioria das mulheres é candidata à contracepção com o implante de ENG, podendo ser utilizado em adolescentes, nuligestas, no pós-parto, pós-aborto imediato e em mulheres com comorbidades que possam caracterizar contraindicações aos métodos contendo estrogênios¹⁸. Hipersensibilidade aos componentes do implante, câncer de mama atual e gravidez são as únicas contraindicações absolutas do implante, de acordo com os critérios de elegibilidade médica da Organização Mundial da Saúde (OMS).¹⁹

Quanto aos efeitos colaterais, assim como os demais métodos de progestagênio isolado, o uso do implante pode causar mudanças no padrão de sangramento, sendo esse o principal efeito colateral que motiva a interrupção do método^{11,20,21,22}. Dentre os padrões de sangramento que levam à descontinuação, destacam-se o sangramento intenso durante o período menstrual, sangramento prolongado e spotting.^{20,22} Esses sangramentos, no entanto, geralmente são bem tolerados pelas mulheres, desde que sejam bem orientadas antes da inserção.^{23,24}

Outras causas de interrupção do método incluem o desejo de engravidar e efeitos colaterais não relacionados com a menstruação, predominando ganho de peso, acne, mastalgia, cistos ovarianos, cefaleia e mudanças de humor.^{22,11} Ainda assim, possui boa aceitação e altas taxas de continuidade quando comparado a outros métodos.^{3,4}

Em relação à continuidade, o implante liberador de etonogestrel (IS-ENG) mostrou ótimos resultados mundialmente. No estudo realizado por Arribas-Mir, L. *et al*, foram encontradas taxas de 91% em um ano, 74,7% em 2 anos e 65,1% em dois anos e 9 meses. Além disso, 39,6% recebeu um segundo implante quando o primeiro expirou, revelando uma alta taxa de satisfação.²² Em Salvador, ainda há carência de estudos que avaliem a continuidade e a adaptação ao método entre o perfil de mulheres usuárias do SUS.

Também apresentou bons resultados em relação à continuidade em grupos vulneráveis. Entre adolescentes, as taxas de continuidade do implante em 12, 24 e 32 meses foram de 78%, 50% e 40%, respectivamente²⁵. Ademais, uma pesquisa realizada entre usuárias de drogas da Cracolândia, em São Paulo, demonstrou que o implante liberador de ENG é uma excelente alternativa para evitar uma gravidez não planejada, auxiliando na redução do risco de morbidade gestacional e neonatal e redução no dano social nessa população²⁶.

No Brasil, os empecilhos para ampliação do seu uso incluem a falta de informação sobre sua eficácia e funcionamento, além das barreiras econômicas, haja vista que não é um método amplamente distribuído pelo SUS.

Assim, o IS-ENG mostra resultados excelentes relacionados à eficácia, satisfação e continuidade em outras populações, sendo uma alternativa importante para prevenção de uma gravidez não planejada, mas não está entre os métodos disponíveis no SUS. O estudo pretende analisar o uso do implante entre o perfil de mulheres usuárias do SUS em Salvador e levantar dados que auxiliem na discussão para ampliação da distribuição desse método pelo sistema público de saúde.

4. METODOLOGIA

4.1 DESENHO DE ESTUDO

Coorte retrospectiva, cuja admissão na coorte corresponde a data de início do uso do implante contraceptivo liberador de etonogestrel. A taxa de continuidade do uso (desfecho) em 3 anos foi avaliada.

4.2 LOCAL E PERÍODO

O estudo foi realizado no Centro Médico da Bahiana, na unidade de assistência multiprofissional localizada no bairro de Brotas. A unidade oferece atendimento médico-ambulatorial gratuito à população.

O ambulatório de planejamento familiar foi aberto em 2014, com oferta de todos os métodos contraceptivos de longa ação, de forma gratuita, através de parceria com Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS). Ao longo dos anos, a oferta de implante foi interrompida, pois não houve nova compra pela SMS. No momento, disponibilizamos implantes quando doados pela MSD® para treinamentos de capacitação de médicos. O ambulatório atende, em média, 50 pacientes por mês.

A paciente que opta pela colocação de implante subdérmico, após orientação de todos os métodos indicados para ela, é orientada a realizar beta-hCG ou retornar no período menstrual para inserção do mesmo. A inserção segue as orientações disponíveis em bula²⁷, é realizada por profissional treinado, após adequada assepsia e anestesia local. As pacientes devem retornar após 30-40 dias para reavaliação, e se bem adaptada ao método retornos semestrais. Caso a paciente deseje retirar o implante antes dos 3 anos, procede-se com sua retirada no ambulatório. O estudo foi conduzido em 2021, com análise das pacientes que inseriram implante no referido ambulatório.

4.3 AMOSTRAGEM

A amostra do estudo foi selecionada por conveniência a partir da população do estudo, sendo constituída pelo grupo de mulheres, acima de 18 anos, atendidas no ambulatório de

planejamento familiar do Centro Médico da Bahiana, que optaram por utilizar o implante contraceptivo liberador de etonogestrel, inserido entre 2015 e agosto de 2018.

4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Mulheres atendidas no ambulatório de planejamento familiar do Centro Médico da Bahiana, acima de 18 anos, que optaram por utilizar o implante contraceptivo liberador de etonogestrel, inserido entre 2015 e agosto 2018, e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) via contato telefônico ou presencial.

4.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes as quais não for possível obter contato, não ser possível ter acesso ao prontuário, àquelas com dados faltantes no prontuário ou que por algum outro motivo respondam parcialmente ao questionário.

4.4 CÁLCULO AMOSTRAL

Trata-se de amostra de conveniência, logo, não probabilística. Correspondem à população de interesse 145 mulheres, acima de 18 anos, que fizeram a inserção do implante contraceptivo liberador de etonogestrel no ambulatório de planejamento familiar do Centro Médico da Bahiana no período compreendido entre 2015 e agosto de 2018.

4.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Foi utilizado prontuário eletrônico do Ambulatório Docente-Assistencial da Bahiana para coleta de dados das pacientes. Além disso, foram empregados questionários autoaplicáveis com as participantes, para coleta dos dados adicionais (APÊNDICE A).

4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados no prontuário eletrônico do Ambulatório Docente-Assistencial da Bahiana e a partir da aplicação de questionário com as participantes. Foi

realizada busca ativa dos prontuários, via sistema eletrônico, das usuárias de implante contraceptivo, a partir de 2015 até agosto de 2018. Além disso, foi tentado contato telefônico (através dos números telefônicos encontrados nos prontuários) ou abordagem presencial de forma individualizada para completude dos dados. Após apresentação e assinatura de TCLE (APÊNDICE B), presencial ou via aplicativo de mensagem, as pacientes foram convidadas a responderem o questionário para completude dos dados faltantes no prontuário.

As pacientes contatadas por aplicativo de mensagem que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o TCLE através da obrigatoriedade do aceite para que o questionário seja posteriormente aberto no formulário enviado. Nos casos presenciais, a paciente foi convidada para apresentação da pesquisa enquanto aguardava atendimento para uma consulta de retorno, de rotina, no próprio ambulatório. Essa abordagem ocorreu enquanto ela estava na sala de espera para sua consulta e, caso tenha aceitado, um membro da equipe fez o convite à pesquisa e apresentação do TCLE em sala reservada, e a coleta dos dados na mesma sala de forma individualizada.

4.7 OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis estudadas foram:

a) Dados de identificação: idade (anos), cor/raça (negra, parda, branca, indígena ou amarela), grau de escolaridade (até 2º grau incompleto, 2º grau completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo, pós-graduação), renda familiar (até 2 salários mínimos, 2 a 4 salários mínimos, 4 a 10 salários mínimos, 10 a acima de 20 salários mínimos);

b) Antecedentes médicos: patologias de base;

c) Antecedentes sexuais e reprodutivos: vida sexual (com parceiro fixo, com parceiro eventual, sem atividade sexual), uso de camisinha (sim, não, sem atividade sexual), número de gestações, número de partos, número de gravidezes não planejadas, história de aborto provocado (sim ou não);

d) Dados sobre o implante: tempo de uso do implante, motivo da inserção, ocorrência de gestação durante uso do implante (sim ou não), efeitos colaterais relacionados ao implante, motivos de interrupção do implante.

Os padrões de sangramento foram analisados conforme a seguinte terminologia, no período de referência de 90 dias. Amenorreia: ausência de sangramento durante o período de referência. Sangramento frequente: mais do que 5 episódios de sangramento no período de

referência. Aumento de dias de sangramento: percepção do aumento do número de dias de sangramento no período da menstruação por pelo menos 3 meses, pela paciente. Aumento do volume de sangramento: percepção do aumento do volume de sangramento no período da menstruação por pelo menos 3 meses, pela paciente.

4.8 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada descrição de dados, através de média e percentual. Ainda, foi utilizada curva de sobrevivência de Kaplan-Meier para análise da duração de uso do método. O tempo de sobrevivência foi definido como o tempo passado entre a colocação do implante contraceptivo e a sua retirada. Iremos calcular a sobrevivência durante 3 anos.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

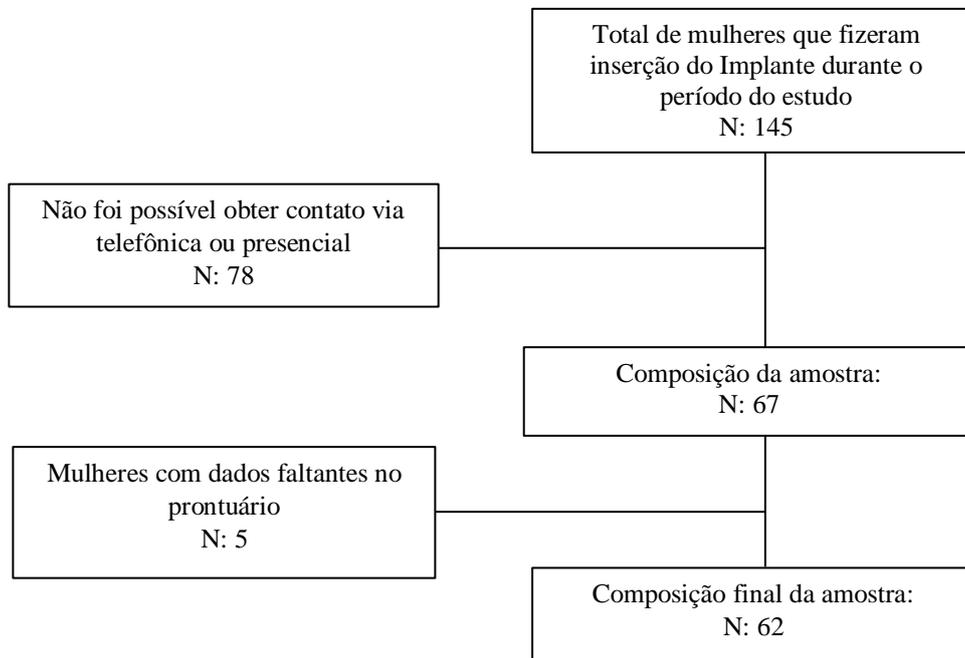
O projeto somente foi inicializado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob CAAE número 44964921.4.0000.5544 (ANEXO A). Os pacientes foram convidados a participar do estudo de maneira voluntária. Durante todo esse período tem o direito de esclarecer dúvidas, o direito de aceitar participar da pesquisa ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou repressão pela sua decisão, podendo recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o Bahiana Saúde. Os pacientes foram informados detalhadamente sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa e terão a garantia do sigilo de suas identidades visando preservar sua imagem não causando prejuízos.

Todos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) elaborado para essa pesquisa em conformidade com as orientações apresentadas na Resolução CNS nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde por se tratar de pesquisa com seres humanos comprometendo-se com os princípios de não-maleficência, não causando danos intencionais; e da beneficência evitando danos previsíveis e foram entregues a todos os participantes que serão entrevistados. Uma vez assinado, foi guardado em via eletrônica ou em envelope devidamente identificado e separado dos demais instrumentos de coleta, assegurando o anonimato dos entrevistados, durante 5 anos.

5. RESULTADOS

Durante o período do estudo, foram identificadas 145 mulheres, acima de 18 anos, que fizeram a inserção do implante contraceptivo no ambulatório de planejamento familiar do Centro Médico da Bahiana. Desse grupo, 78 não foi possível obter contato (via telefônica ou presencial) e 5 tinham dados faltantes no prontuário correspondente às datas de inserção ou retirada do implante, resultando na amostra do presente estudo constituída por 62 mulheres. **(Figura 1).**

Figura 1 – Fluxograma da coleta de dados.



Fonte: Acervo pessoal (2021).

Em relação às características da população, a amostra é composta por mulheres com a idade média de 31,48 anos, variando entre 20 e 53 anos. A maior parte delas se autodeclararam pardas (51,6%), com o 2º grau completo (32,3%) e renda familiar de até 2 salários mínimos (54,8%). **(Tabela 1).**

Tabela 1 - Características das mulheres que fizeram a inserção do implante contraceptivo no ambulatório de planejamento familiar do Centro Médico da Bahiana no período compreendido entre 2015 e agosto de 2018.

Variáveis	N (%)
Cor	
Parda	32 (51,6%)
Negra/preta	21 (33,9%)
Branca	6 (9,7%)
Amarela	3 (4,8%)
Escolaridade	
Até 2º grau incompleto	2 (3,2)
2º grau completo	20 (32,3%)
Ensino superior incompleto	13 (21,0%)
Ensino superior completo	18 (29,0%)
Pós-graduação	9 (14,5%)
Renda familiar	
Até 2 SM	34 (54,8%)
2 a 4 SM	17 (27,4%)
4 a 10 SM	7 (11,3%)
≥10 SM	4 (6,4%)

SM: salário mínimo.

Fonte: Acervo pessoal (2021).

A presença de patologias de base foi identificada em 37,1% (23/62) da população, sendo observado obesidade em 17,7% (11/62), endometriose 8,1% (5/62), hipertensão arterial sistêmica 4,8% (3/62), enxaqueca 3,2% (2/62), miomatose 1,6% (1/62), diabetes mellitus tipo 1 (1/62), asma (1/62), anemia falciforme (1/62), baixo peso (1/62), psoríase (1/62).

Quanto à vida sexual, 46 (74,2%) mulheres relataram vida sexual ativa com parceiro fixo, 6 (9,7%) com parceiro eventual e 10 (16,1%) informaram não ter atividade sexual. Dentre as mulheres com vida sexual ativa, o uso regular de preservativo foi identificado em 25% (13/52).

Nos antecedentes obstétricos, a maior parte das mulheres são primigestas (41,9%) e primíparas (50,0%). O relato de pelo menos uma gravidez não planejada foi identificada em 37,1% (23) das mulheres, dentre as quais 7 (11,3%) relataram duas gestações prévias não planejadas. A ocorrência de pelo menos um abortamento provocado foi relatado em 9,7% (6) da amostra. (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Antecedentes obstétricos das mulheres que fizeram a inserção do implante contraceptivo no ambulatório de planejamento familiar do Centro Médico da Bahiana no período compreendido entre 2015 e agosto de 2018.

Variáveis	N (%)
Número de gestações	
Zero	20 (32,3%)
Uma	26 (41,9%)
Duas	13 (21,0%)
Três	3 (4,8%)
Número de partos	
Zero	22 (35,5%)
Um	31 (50,0%)
Dois	8 (12,9%)
Três	1 (1,6%)
Gestação não-planejada	
Sim	23 (37,1%)
Não	39 (62,9%)
Abortamento provocado	
Sim	6 (9,7%)
Não	56 (90,3%)

Fonte: Acervo pessoal (2021).

O motivo que levou a maioria das mulheres à colocação do implante foi apenas o desejo de anticoncepção (74,2%), seguido do uso para tratamento da endometriose (9,7%) e sangramento menstrual aumentado (9,7%).

Foram mencionados 24 efeitos colaterais relacionados ao uso do implante. Dentre eles, destacam-se os efeitos relacionados ao padrão de sangramento, com relato de sangramento frequente por 43,5% das mulheres, amenorreia por 32,3%, aumento de dias do sangramento menstrual por 21% e aumento do volume do sangramento menstrual por 14,5%. Já em relação aos efeitos não relacionados com o padrão de sangramento, houve predomínio de ganho ponderal (38,7%), seguido de labilidade emocional (22,6%), acne (17,7%) e mastalgia (17,7%). Na população em estudo, 12,9% das mulheres informaram ausência de qualquer sintoma referente ao uso do implante subdérmico. (**Tabela 3**).

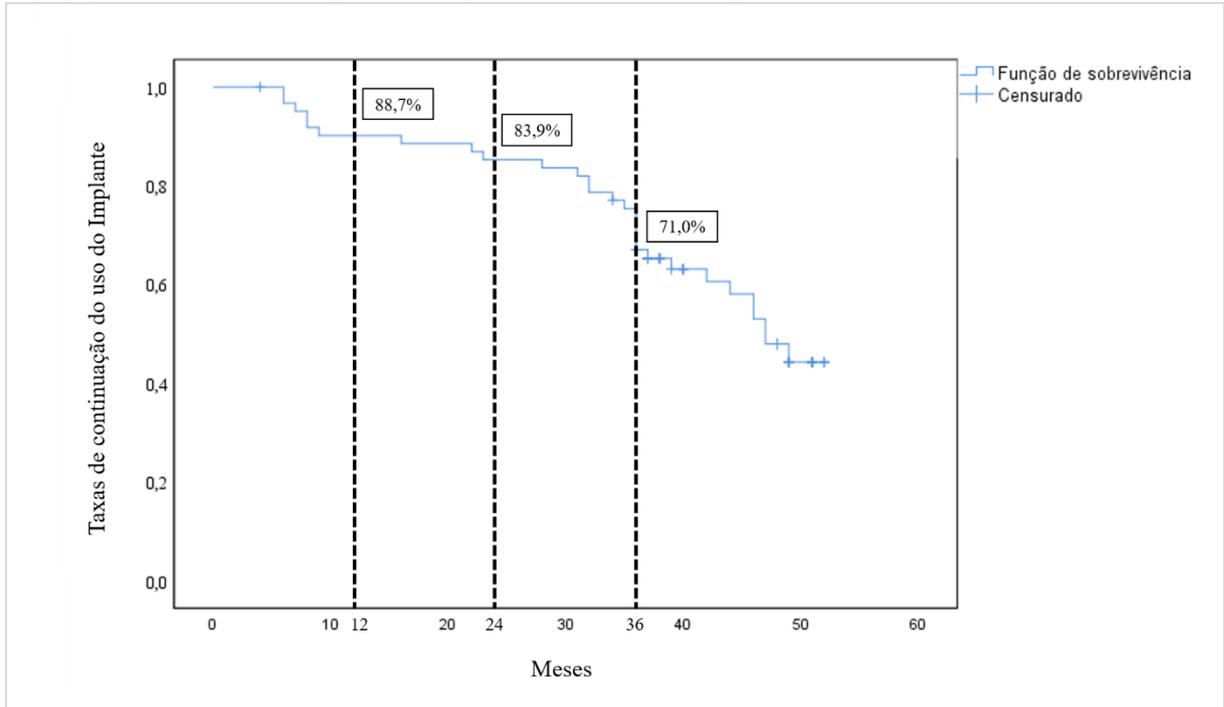
Tabela 3 – Efeitos colaterais relacionados ao uso do Implante em mulheres que fizeram inserção do contraceptivo no ambulatório de planejamento familiar do Centro Médico da Bahiana no período compreendido entre 2015 e agosto de 2018.

Variáveis	N (%)
Efeitos colaterais relacionados ao padrão de sangramento	
Sangramento frequente	27 (43,5%)
Amenorreia	20 (32,3%)
Aumento do número de dias do sangramento menstrual	13 (21,0%)
Aumento do volume do sangramento menstrual	9 (14,5%)
Efeitos colaterais não relacionados ao padrão de sangramento	
Ganho ponderal	24 (38,7%)
Labilidade emocional	14 (22,6%)
Acne	11 (17,7%)
Mastalgia	11 (17,7%)
Cefaleia	9 (14,5%)
Dor em baixo ventre	7 (11,3%)
Tontura	3 (4,8%)
Diminuição da libido	3 (4,8%)
Hirsutismo	2 (3,2%)
Queda de cabelo	2 (3,2%)
Aumento da libido	2 (3,2%)
Fogachos	1 (1,6%)
Dor no braço da inserção	1 (1,6%)
Ressecamento vaginal	1 (1,6%)
Edema	1 (1,6%)
Dispareunia	1 (1,6%)
Candidíase de repetição	1 (1,6%)
Redução da dismenorreia	1 (1,6%)
Redução da labilidade emocional	1 (1,6%)
Sem efeitos colaterais	8 (12,9%)

Fonte: Acervo pessoal (2021).

Quanto à análise da duração de uso do método, houve uma média de tempo de uso de 32 meses (+- 1,16). Das 62 mulheres, 55 (88,7%) ainda estavam com o implante após 1 ano da sua inserção, 52 (83,9%) após 2 anos e 44 (71,0%) aos 3 anos de uso. Dezenove mulheres (30,64%) ainda estavam com o implante após 4 anos de uso. Trinta e uma mulheres (50%) não haviam feito a retirada do implante no momento da coleta de dados (mais de 3 anos de uso). (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 – Curva de sobrevivência de Kaplan-Meier para análise da duração de uso do implante contraceptivo de etonogestrel entre mulheres que fizeram inserção do implante no ambulatório de planejamento familiar do Centro Médico da Bahiana no período compreendido entre 2015 e agosto de 2018.



Fonte: Acervo pessoal (2021).

A retirada do implante foi feita devido o tempo de expiração do método por 25,8% da amostra. O principal motivo de descontinuação foram os efeitos colaterais relacionados com o padrão de sangramento (12,9%), seguido dos efeitos colaterais não relacionados com o padrão de sangramento (6,5%), desejo de engravidar (3,2%) e uma mulher fez retirada devido descoberta de gestação durante uso do implante.

Dentre os efeitos colaterais relacionados ao padrão de sangramento, sangramento frequente foi o que mais motivou a descontinuação do método (8,1%). Já em relação à interrupção por efeitos adversos não relacionados ao padrão de sangramento, destacou-se labilidade emocional (8,1%), acne (4,8%) e diminuição da libido (3,2%). Alguns efeitos foram citados apenas uma vez como motivadores da descontinuação: cefaleia, dismenorreia, aumento ponderal, mastalgia, enfraquecimento do cabelo e ressecamento vaginal. (**Tabela 4**).

Tabela 4 – Motivos de descontinuação do Implante entre mulheres que fizeram a inserção do contraceptivo no ambulatório de planejamento familiar do Centro Médico da Bahiana no período compreendido entre 2015 e agosto de 2018.

Variáveis	N (%)
Efeitos colaterais relacionados ao padrão de sangramento	12 (19,3%)
Sangramento frequente	8 (12,9%)
Aumento do número de dias do sangramento menstrual	2 (3,2%)
Aumento do volume do sangramento menstrual	1 (1,6%)
Amenorreia	1 (1,6%)
Efeitos colaterais não relacionados ao padrão de sangramento	7 (11,3%)
Labilidade emocional	5 (8,1%)
Acne	3 (4,8%)
Diminuição da libido	2 (3,2%)
Cefaleia	1 (1,6%)
Ganho ponderal	1 (1,6%)
Mastalgia	1 (1,6%)
Dismenorreia	1 (1,6%)
Enfraquecimento do cabelo	1 (1,6%)
Ressecamento vaginal	1 (1,6%)
Desejo de engravidar	2 (3,2%)
Gestação durante uso do Implante	1 (1,6%)

As mulheres podiam relatar mais de um motivador para interrupção do implante.

Fonte: Acervo pessoal (2021).

Houve relato de uma gestação durante o uso do implante na amostra estudada, que ocorreu após 2 anos e 5 meses de inserção do método contraceptivo. A retirada foi feita tão logo descoberta a gravidez, com 3 meses de idade gestacional.

6. DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se que o perfil das usuárias do SUS atendidas no ambulatório de planejamento familiar do Centro Médico da Bahiana é composto principalmente por mulheres autodeclaradas pardas (51,6%) ou negras (33,9%), com 2º grau completo (32,2%) ou ensino superior completo (29,0%) e renda familiar de até 2 salários mínimos (54,8%). Tais dados são parcialmente semelhantes aos da PNAD 2003, em que predominou, entre usuários do SUS, o perfil formado por pretos e pardos, de baixa escolaridade e renda²⁸.

No entanto, o grau de escolaridade da amostra foi superior ao encontrado no sistema público de saúde. Uma possível justificativa para esse resultado é que, apesar do presente estudo ter sido realizado em um ambulatório do SUS, o local também atende alunos e trabalhadores da instituição.

A taxa de continuação encontrada em um ano foi alta (88,7%) e semelhante às encontradas na literatura. Uma pesquisa realizada na Espanha, com 356 mulheres, encontrou taxas de continuação de 91,0% em 1 ano.²² Em outros estudos, esse percentual variou entre 69,8%²¹, na cidade de Luton, Inglaterra e 96%²⁰, em estudo realizado na China. Enquanto Trussel, nos Estados Unidos, estimou taxa de 84% em 1 ano.³

Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima taxas de continuidade de 84% em 1 ano relacionadas ao implante contraceptivo, superior às taxas de continuidade anuais das pílulas, anel vaginal e adesivos (67%), contraceptivos injetáveis (56%), DIU de cobre (78%) e sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) (80%).³

Quanto as taxas de continuação encontradas em 2 (83,9%) e 3 anos de uso (71,0%), houve leve superioridade em relação a estudos prévios em outras populações. Os percentuais descritos por Arribas-Mir, L. *et al* foram de 74,7% em 2 anos e 65,1% em dois anos e 9 meses. Vale destacar que tal estudou utilizou o período de 33 meses como referência para uso completo do implante, já que é comum que algumas mulheres solicitem a remoção ou renovação do método antes da expiração “exata” de 3 anos, o que o autor entende que não deve considerado como descontinuação prematura. Já Agrawal *et al* relataram taxas de continuação em 1, 2 e 3 anos de 69,8%, 44,1% e 30,2%, respectivamente, em estudo conduzido na Inglaterra.²¹

As variações nas taxas de continuidade podem ser atribuídas às diferenças socioeconômicas e culturais da amostra do estudo, além da qualidade do aconselhamento e acompanhamento médico. Embora ocorram variações, de modo geral, as taxas do implante são superiores às documentadas de outros métodos reversíveis de contracepção.^{3,4}

A avaliação econômica do NICE (*National Institute for Health e Care Excellence*), da Inglaterra, afirma que o uso do implante contraceptivo, mesmo quando usado por apenas um ano, é mais econômico que a pílula combinada, a minipílula, o adesivo ou o anel vaginal, com uma taxa anual de continuação de 68%.²⁹ Desse modo, a implementação desse método no SUS pode trazer, além dos benefícios contraceptivos, lucro econômico.

Outro dado relevante foi que 31 mulheres (50,0%) não haviam feito a retirada do implante no momento da coleta de dados (mais que 3 anos de uso) e 19 (30,64%) ultrapassaram 4 anos de uso do método. Tais achados mostram a boa aceitabilidade do contraceptivo. Também podem estar relacionados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde para retirada do implante, principalmente no período da pandemia do Covid-19 em que foi realizada a coleta de dados, além da falta de conhecimento sobre o funcionamento do método. Vale destacar que nenhuma gestação foi relatada entre as mulheres que ultrapassaram o período de 3 anos, corroborando estudos recentes que mostram que é possível estender o uso do implante para até 5 anos, com manutenção da sua eficácia contraceptiva.^{14,15}

Em relação aos motivos que levaram à interrupção precoce do método, as mudanças no padrão de sangramento foram os principais motivadores, dados que condizem com a literatura.^{11,20,21,22}

No estudo multicêntrico randomizado realizado com 200 mulheres de Zheng *et al*²⁰, as principais razões para não completar o uso do implante relacionadas aos padrões de sangramento foram, respectivamente: sangramento intenso, sangramento prolongado e *spotting*, resultados semelhantes aos encontrados no presente estudo, com pequena variação que pode ser justificada pelo tamanho da amostra e diferença nas definições utilizadas em cada estudo para os padrões de sangramento. Das 20 mulheres que tiveram amenorreia, apenas uma desistiu, indo de acordo com a aceitabilidade para contracepção sem menstruação descrita por Arribas-Mir, L. *et al* em seu estudo.²²

Desse modo, em concordância com o que diz a literatura, foi observado que o implante, assim como os demais métodos de progestagênio isolado, causam mudanças no padrão de sangramento, sendo esse o principal fator que afeta sua continuação. Estudos mostram que esses sangramentos, porém, geralmente são bem tolerados pelas mulheres, desde que sejam bem orientadas antes da inserção.^{23,24} O aconselhamento convencional de rotina parece ser suficiente para aumentar as taxas de continuidade e satisfação entre as usuárias de LARCs.²⁴ Tal aconselhamento consiste em orientação verbal sobre o mecanismo de ação, segurança, eficácia, efeitos adversos, informações sobre retorno da fertilidade e benefícios não contraceptivos do método escolhido.

Os benefícios não contraceptivos aumentam o apelo do método e devem ser esclarecidos no momento da consulta. Entre eles, o implante liberador de ENG pode ser útil, por exemplo, no tratamento de síndromes de dor pélvica, como dismenorreia.¹¹ No presente estudo, a melhora da dismenorreia foi relatada por uma mulher (1,6%) durante o uso do implante.

Em relação aos efeitos adversos não relacionados ao padrão de sangramento, sete (11,3%) mulheres fizeram a retirada precoce do implante por consequência deles. Dos 24 eventos adversos citados durante o uso do implante, 9 foram motivadores da descontinuação do método: Labilidade emocional (8,1%), acne (4,8%), diminuição da libido (3,2%), além de cefaleia, ganho ponderal, mastalgia, dismenorreia, enfraquecimento do cabelo e ressecamento vaginal, que foram relatados apenas 1 vez (1,6%). Os achados foram semelhantes aos demonstrados em inúmeras pesquisas^{11,22,30}, com pequena variação que pode ser justificada pelo número da amostra e diferenças no processo de aconselhamento das pacientes antes e durante o uso do implante.

De acordo com a literatura, as queixas de cefaléia e mastalgia parecem ser mais frequentes durante as primeiras 6 semanas³⁰, são sintomas bem tolerados e, caso necessário, analgésicos comuns são eficazes.³¹ Já o ganho de peso associado ao uso de implante, é semelhante ao também encontrado no uso de outros métodos anticoncepcionais hormonais e não hormonais.³² No estudo CHOICE, não houve diferença no ganho de peso entre os LARCs (DIU de cobre, SIU-LNG e implante de ENG) durante o primeiro ano de acompanhamento.⁴ Caso haja aumento ponderal, as mulheres devem ser instruídas a mudanças no estilo de vida para tentar contornar a queixa. Quanto ao manejo da acne, pode-se tentar inicialmente o uso de espironolactona de 100 a 200 mg/dia e, caso não houver melhora, 25 mg/dia de acetato de ciproterona, por 15 dias/mês ou durante todo o mês, por cerca de 6 meses.³³

Desse modo, percebe-se que os principais efeitos colaterais são toleráveis, parecem ser mais intensos no período de adaptação do método e há alternativas para administrá-los sem a necessidade da retirada do implante. O acompanhamento médico de qualidade durante uso do método é importante para evitar a interrupção precoce.

Foi relatada uma gravidez durante o período de uso do implante, 2 anos e 5 meses após a inserção, resultando em uma eficácia de 98,4%, resultados bem inferiores aos já bem estabelecidas na literatura (índice de Pearl de 0,05% por 100 mulheres/ano).³ No entanto, tal valor não representa relevância estatística devido ao tamanho amostral do estudo, e a gestação provavelmente corresponde a um evento aleatório.

Quanto à vida sexual das mulheres, o estudo demonstrou que 83,9% possuíam vida sexual ativa e, dentre elas, apenas 25,0% relatou uso regular de preservativo. Assim, mesmo

que 75,0% das mulheres com vida sexual ativa não estivesse utilizando preservativo ou outro método contraceptivo, o implante foi capaz de evitar uma gestação em 98,3% (61/62) da amostra durante seu período de uso, corroborando sua eficácia.

Por outro lado, esse dado nos faz refletir mais uma vez sobre a importância do aconselhamento de qualidade. Embora o implante represente um grande avanço no planejamento familiar, pode motivar a displicência com o uso de preservativos, gerando uma maior disseminação de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Deve-se sempre deixar claro, durante o acompanhamento médico que precede e permeia o uso implante, que ele não protege contra as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e a importância da camisinha.

Jacques *et al* analisaram a influência dos métodos contraceptivos hormonais na disseminação de ISTs. Nesse estudo, demonstrou-se que, entre mulheres diagnosticadas com ISTs, 58% utilizavam métodos hormonais ou dispositivo intrauterino como método contraceptivo, e dessas, 81% relataram fazer uso irregular ou não fazer uso de preservativo, levantando a hipótese de que mulheres que utilizam apenas contraceptivo de barreira contraem menos ISTs do que mulheres que escolhem outros métodos contraceptivos.³⁴ A segurança passada pelos anticoncepcionais da prevenção da gravidez parece reduzir a utilização de métodos contraceptivos de barreira, únicos capazes de prevenir ISTs.

Já no tocante aos antecedentes obstétricos, houve a ocorrência de pelo menos uma gravidez não planejada em 37,1% da amostra, números inferiores aos encontrados na literatura nacional. A pesquisa Nascido no Brasil, desenvolvida pela Fiocruz, estima prevalência de 55,4% de gestações não planejadas no país¹. Uma possível justificativa para essa divergência está no grau de escolaridade elevado encontrado na amostra do presente estudo.

Embora os resultados tenham sido menores que os da pesquisa Nascido, os números obtidos ainda são expressivos, haja vista os efeitos negativos que uma gravidez não intencional tem sobre a saúde materna e do bebê. Dentre as consequências de uma gravidez não planejada, está o abortamento provocado, comumente realizado de forma insegura.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o abortamento inseguro como um procedimento que interrompe a gestação, realizado por pessoas sem as habilidades necessárias e/ou em ambientes que não estejam em conformidade com os padrões sanitários mínimos³⁵. No Brasil, o abortamento só é permitido em casos de risco de vida para a mulher, gravidez resultante de estupro e anencefalia fetal, o que leva um grande número de mulheres à realizarem o procedimento de forma clandestina e insegura.

No presente estudo, a ocorrência de pelo menos um aborto provocado foi identificado em 9,7% das mulheres, resultado semelhante aos encontrados na literatura. Estimativas diretas

de prevalência de abortamento inseguro em estudos com abrangência nacional variam entre 2,3%³⁶ a 16,3%.³⁷ Já a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) de 2010 e 2016, estima que cerca de 1 em cada 5 mulheres já realizou abortamento antes dos 40 anos.¹⁰ Essa variação nos números pode ser explicada pelas diferentes abordagens metodológicas (entrevistas face a face, questionário autoaplicado, método da urna ou *Randomized Response Technique*). Além disso, em função da ilegalidade e do estigma que cercam o aborto, imprecisões ocorrem independentemente do método e técnica utilizados. Vale lembrar que as estimativas de abortamento provocado são comumente subestimadas pelas mesmas razões.

O aborto inseguro está associado à altas taxas de morbimortalidade materna e internações no Brasil, gerando sobrecarga hospitalar e altos custos ao sistema público.³⁸ Segundo dados do Dossiê Aborto, de 2005, considerando-se 238 mil procedimentos/ano, a um custo médio unitário de R\$ 125,00, o gasto anual do SUS é de R\$ 29,7 milhões com internações decorrentes de aborto.³⁹

Assim, entende-se que a gravidez não planejada é um problema de saúde pública no Brasil, havendo necessidade de esforços de prevenção primária e secundária. Primária através do planejamento familiar, incluindo o aumento da oferta de métodos contraceptivos eficazes. E no caso de uma gravidez não intencional, esforços de prevenção secundária para prestar aconselhamento e apoio àquela mulher em situação de vulnerabilidade, evitando a realização do abortamento inseguro.

As limitações do estudo incluem o processo de coleta de dados, já que foram retirados de prontuários já preenchidos por terceiros e questionários respondidos pelas próprias pacientes, logo as informações estão de acordo com a interpretação deles. Ademais, há a possibilidade de viés de memória nas respostas dos questionários, uma vez que muitas pacientes fizeram a inserção do implante há anos e podem não se recordar de detalhes da experiência. O tamanho da amostra foi pequeno, composta por 62 mulheres, atribuída principalmente a dificuldade de contato com as pacientes. Parte dessa dificuldade pois utilizamos os números de telefone cadastrados nos prontuários, assim sendo, muitos sofreram alterações ao longo do tempo. Além do contexto da pandemia da Covid-19 e isolamento social no período da coleta de dados, que dificultou o contato presencial. Desse modo, as generalizações podem não corresponder à realidade.

7. CONCLUSÃO

Na população estudada, as taxas de continuidade foram de 88,7% no primeiro ano, 83,9% no segundo ano e 70,9% no terceiro ano. Já quanto aos motivos de descontinuidade, destacaram-se os efeitos colaterais relacionados ao padrão de sangramento (12,9%) e efeitos colaterais não relacionados ao padrão de sangramento (6,5%).

Portanto, o implante parece estar relacionado à altas taxas de continuidade entre o perfil de usuárias do SUS, e possui motivos de interrupção precoce contornáveis e semelhantes a outros métodos contraceptivos, sendo uma alternativa importante na prevenção da gestação não planejada no Brasil, e redução dos agravos à saúde e gastos associados a esse fenômeno.

A continuação do método depende de fatores socioculturais e aconselhamento de qualidade antes e durante o uso do contraceptivo.

Os empecilhos para ampliação do seu uso incluem a falta de informação, além das barreiras econômicas, já que não é um método amplamente distribuído pelo SUS. Desse modo, sua inclusão na gama de contraceptivos oferecidos pelo sistema público de saúde deve ser considerada e melhor analisada através de estudos futuros de custo-efetividade local.

REFERÊNCIAS

1. Leal, M. do C. Prenatal care in Brazil. *Cad. Saude Publica* 30, S1–S15 (2014).
2. Jessica D, G. H., Michael A, K. & Michelle, J. The Effects of Unintended Pregnancy on Infant, Child, and Parental Health: A Review of the Literature. *Stud. Fam. Plann.* 39, 18–38 (2008).
3. Trussell, J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 83, 397–404 (2011).
4. Secura, G. M., Allsworth, J. E., Madden, T., Mullersman, J. L. & Peipert, J. F. The Contraceptive CHOICE Project: Reducing barriers to long-acting reversible contraception. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 203, 115.e1-115.e7 (2010).
5. Sedgh, G., Singh, S. & Hussain, R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud. Fam. Plann.* 45, 301–314 (2014).
6. Prietsch, S. O. M., González-Chica, D. A., Cesar, J. A. & Mendoza-Sassi, R. A. Gravidez não planejada no extremo sul do Brasil: Prevalência e fatores associados. *Cad. Saude Publica* 27, 1906–1916 (2011).
7. Kost, K. & Lindberg, L. Pregnancy Intentions, Maternal Behaviors, and Infant Health: Investigating Relationships With New Measures and Propensity Score Analysis. *Demography* 52, 83–111 (2015).
8. Taylor, J. S. & Cabral, H. J. Are women with an unintended pregnancy less likely to breastfeed? *J. Fam. Pract.* 51, 431–436 (2002).
9. Abajobir, A. A., Maravilla, J. C., Alati, R. & Najman, J. M. A systematic review and meta-analysis of the association between unintended pregnancy and perinatal depression. *J. Affect. Disord.* 192, 56–63 (2016).
10. Diniz, D., Medeiros, M. & Madeiro, A. National abortion survey 2016. *Cienc. e Saude Coletiva* 22, 653–660 (2017).
11. Espey, E. & Ogburn, T. Long-acting reversible contraceptives: Intrauterine devices and the contraceptive implant. *Obstet. Gynecol.* 117, 705–719 (2011).
12. Trindade, R. E. da, Siqueira, B. B., Paula, T. F. de & Felisbino-Mendes, M. S. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. *Ciênc. Saúde Colet* (2019).
13. Croxatto, H. B. A multicentre efficacy and safety study of the single contraceptive implant Implanon®. *Hum. Reprod.* 14, 976–981 (1999).
14. Ali, M. et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: Comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Hum. Reprod.* 31, 2491–2498 (2016).

15. Colleen McNicholas, Ragini Maddipati, Zhao, Q., Swor, E. & Peipert, J. F. Use of the Etonogestrel Implant and Levonorgestrel Intrauterine Device Beyond the U.S. Food and Drug Administration– Approved Duration. *Physiol. Behav.* 176, 139–148 (2018).
16. Croxatto, H. B. Mechanisms that explain the contraceptive action of progestin implants for women. *Contraception* 65, 21–27 (2002).
17. Darney, P., Patel, A., Rosen, K., Shapiro, L. S. & Kaunitz, A. M. Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon): results from 11 international clinical trials. *Fertil. Steril.* 91, 1646–1653 (2009).
18. Contraception, C. on G. P. L.-A. R. & Working Group. Committee Opinion No. 642: Increasing Access to Contraceptive Implants and Intrauterine Devices to Reduce Unintended Pregnancy. *Obs. Gynecol.* 126, 44–48 (2015).
19. Organização Mundial da Saúde. Planejamento Familiar: Um Manual Global para Profissionais e Serviços de Saúde Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso Métodos Anticoncepcionais Categorias Relativas a Métodos Temporários. 324–334 (2015).
20. Zheng, S. R., Zheng, H. M., Qian, S. Z., Sang, G. W. & Kaper, R. F. A randomized multicenter study comparing the efficacy and bleeding pattern of a single-rod (Implanon®) and a six-capsule (Norplant®) hormonal contraceptive implant. *Contraception* 60, 1–8 (1999).
21. Agrawal, A. & Robinson, C. An assessment of the first 3 years' use of Implanon® in Luton. *J. Fam. Plan. Reprod. Heal. Care* 31, 310–312 (2005).
22. Arribas-Mir, L. et al. Insertion and 3-year follow-up experience of 372 etonogestrel subdermal contraceptive implants by family physicians in Granada, Spain. *Contraception* 80, 457–462 (2009).
23. Rubenstein, J., Rubenstein, P., Barter, J. & Pittrof, R. Counselling styles and their effect on subdermal contraceptive implant continuation rates. *Eur. J. Contracept. Reprod. Heal. Care* 16, 225–228 (2011).
24. Modesto, W., Bahamondes, M. V. & Bahamondes, L. A randomized clinical trial of the effect of intensive versus non-intensive counselling on discontinuation rates due to bleeding disturbances of three long-Acting reversible contraceptives. *Hum. Reprod.* 29, 1393–1399 (2014).
25. Obijuru, L., Bumpus, S., Auinger, P. & Baldwin, C. D. Etonogestrel Implants in Adolescents: Experience, Satisfaction, and Continuation. *J. Adolesc. Heal.* 58, 284–289 (2016).
26. Sakamoto, L. C. et al. Prevenção de gestações não planejadas com implante subdérmico em mulheres da Cracolândia, São Paulo. *Reprod. e Clim.* 30, 102–107 (2015).
27. Ltda, S. I. F. Schering-Plough Indústria Farmacêutica Ltda. Implante 68 mg.

28. Ribeiro, M. C. S. A. et al. Sociodemographic profile and utilization patterns of the public health care system (SUS) – PNAD 2003. *Cien. Saude Colet.* (2006) doi:10.1590/S1413-86702011000200012.
29. National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health. Long-acting reversible contraception: the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (NICE, 2005).
30. Blumenthal, P. D., Gemzell-Danielsson, K. & Marintcheva-Petrova, M. Tolerability and clinical safety of Implanon®. *Eur. J. Contracept. Reprod. Heal. Care* 13, 29–36 (2008).
31. WHO, Johns Hopkins Bloomberg school of public health, U. Please see the Table of Contents for access to the entire publication . Collaborating and Supporting Organizations. (2011).
32. Lm, L. et al. Progestin-only contraceptives : effects on weight (Review). *Cochrane Database Syst. Rev.* 8, 1–83 (2016).
33. Martin, K. A. et al. Evaluation and Treatment of Hirsutism in Premenopausal Women: An Endocrine Society. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 103, 1233–1257 (2018).
34. Jacques, C. M. P., Yonegura, W. H. T. & Sodr , L. K. de A. Influ ncia dos m todos contraceptivos hormonais e dispositivo intrauterino na preven o de infec es sexualmente transmiss veis em mulheres jovens. *Res. Soc. Dev.* 10, e124101018642 (2021).
35. Ganatra, B. et al. From concept to measurement: Operationalizing WHO’s definition of unsafe abortion. Ganatra B, Tun alp  , Johnston HB, Johnson BR, G lmezoglu AM, Temmerman M. From concept to measurement: Operationalizing WHO’s definition of unsafe abortion. Vol. 92, *Bulletin. Bull. World Health Organ.* 92, 155 (2014).
36. Camargo, R. S. et al. Severe maternal morbidity and factors associated with the occurrence of abortion in Brazil. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 112, 88–92 (2011).
37. Massaro, L. T. S. et al. Alcohol misuse among women in Brazil: Recent trends and associations with unprotected sex, early pregnancy, and abortion. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 41, 131–137 (2019).
38. Borsari, C. M. G. et al. O aborto inseguro   um problema de sa de p blica. *Femina* 0–5 (2012).
39. Alaerte Leandro Martins, P., Cardieri Mendon a, L. & An bal Fa ndes Carla Rodrigues Edi o de Texto, C. Aborto – Mortes Preven veis e Evit veis DOSSI . *Rede Fem. Sa de* 48 (2005).

APÊNDICE**APÊNDICE A – Questionário para coleta de dados****USO DO IMPLANTE CONTRACEPTIVO LIBERADOR DE ETONOGESTREL
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Questionário para coleta de dados

1. DATA DE NASCIMENTO: ___ / ___ / _____
2. IDADE: _____ anos
3. COR/RAÇA: Parda Negra Branca Indígena Amarela
4. GRAU DE ESCOLARIDADE:
 Primeiro grau incompleto Primeiro grau completo
 Segundo grau incompleto Segundo grau completo
 Ensino superior incompleto Ensino superior completo
 Pós-graduação
5. RENDA FAMILIAR: Até 2 salários mínimos
 De 2 a 4 salários mínimos De 4 a 10 salários mínimos De 10 a 20 salários mínimos Acima de 20 salários mínimos
6. POSSUI ALGUMA DOENÇA CRÔNICA? (EXEMPLO: PRESSÃO ALTA, DIABETES, LÚPUS, HIV, HTLV):

7. VIDA SEXUAL: Com parceiro fixo Com parceiro eventual Sem atividade sexual
8. FAZ USO DE CAMISINHA? Sim Não Sem atividade sexual
9. NÚMERO DE GRAVIDEZES: _____
10. NÚMERO DE PARTOS: _____

11. NÚMERO DE GRAVIDEZES NÃO PLANEJADAS: _____

12. JÁ TEVE ALGUM ABORTO PROVOCADO? Sim Não

13. FICOU GRÁVIDA DURANTE USO DO IMPLANTE? Sim Não

14. PORQUE FEZ COLOCAÇÃO DO IMPLANTE?

- Para prevenir gravidez
- Endometriose
- Sangramento menstrual aumentado
- Outro. Qual(is)? _____

15. QUAIS EFEITOS COLATERAIS TEVE COM O USO DO IMPLANTE?

- Dor de cabeça
- Acne/espinha
- Mudanças de humor
- Sangramentos fora do período da menstruação (pelo menos 5 vezes em 3 meses)
- Aumento de dias da menstruação (por pelo menos 3 meses)
- Aumento da quantidade de sangue na menstruação (por pelo menos 3 meses)
- Parou de menstruar (por pelo menos 3 meses)
- Tontura
- Dor em baixo ventre
- Ganho de peso
- Dor nos seios
- Não tive efeitos colaterais
- Outros. Qual(is)? _____

16. O QUE TE FEZ RETIRAR O IMPLANTE?

- Desejo de engravidar
- Efeitos colaterais relacionados com a menstruação
- Efeitos colaterais NÃO relacionados com a menstruação

- Tempo de uso de implante expirou
- Outros. Qual(is)? _____
- Não fiz retirada do implante

**CASO TENHA MARCADO EFEITOS COLATERAIS
RELACIONADOS COM A MENSTRUÇÃO NA QUESTÃO
ANTERIOR, QUAL?**

- Aumento do número de dias da menstruação durante 3 meses
- Aumento da quantidade de sangramento no período da menstruação
- Sangrou mais do que 5 vezes em 3 meses
- Não sangrou durante 3 meses
- Outro. Qual(is)? _____

**CASO TENHA MARCADO EFEITOS COLATERAIS NÃO
RELACIONADOS COM A MENSTRUÇÃO NA QUESTÃO
ANTERIOR, QUAL(IS)?**

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido presencial e online



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PRESENCIAL

Nome da pesquisa: Uso do implante contraceptivo liberador de etonogestrel no Sistema Único de Saúde.

Pesquisadora responsável: Dra. Milena Bastos Brito (CRM-BA: 16.478)
 Telefone: (71) 3278-8215 E-mail: milenabrito@bahiana.edu.br
 Endereço: Av. Dom João VI, 275, 1º andar - Brotas CEP: 40290-000

A Sra. está sendo convidada a participar de maneira voluntária de um projeto de pesquisa com objetivo de avaliar taxa de continuidade, grau de satisfação e motivos de interrupção do uso do liberador de etonogestrel entre mulheres usuárias do método no SUS. Em análise prévia do seu prontuário identificamos que a senhora está em uso ou já usou o implante por mais de um ano.

Sua participação será de responder um questionário, com duração média de 5 minutos, sobre alguns dados pessoais (cor da pele autodeclarada, tempo de estudos, profissão, renda familiar, existência de doenças), dados sobre sua vida sexual e reprodutiva (número de gravidezes anteriores, número de partos, número de abortos provocados) e perguntas relacionadas ao implante (motivo de optar pelo implante, ocorrência de algum efeito colateral provocado pelo implante). Além disso, responderá um questionário sobre sua satisfação acerca da contracepção fornecida pelo implante contraceptivo liberador de etonogestrel que será uma escala de 1-5, sendo um discordo completamente e cinco concordo completamente.

Precisaremos ter acesso ao seu prontuário para, se necessário, completar seus dados clínicos.

Os questionários serão realizados de forma individual através de entrevista presencial da parte de um dos pesquisadores para você, diminuindo o possível risco de constrangimento. Caso se emocione e/ou sinta-se desconfortável com alguma pergunta, você poderá parar de responder a qualquer momento, sendo acolhida pelo pesquisador em atendimento.

A Sra. terá oportunidade de esclarecer dúvidas e receber orientações sobre o implante e agendamento de consultas, se necessário. Além disso, o diálogo sobre a satisfação contraceptiva do implante liberador de etonogestrel pode possibilitar um esclarecimento da equipe para situações apresentadas por você.

A sua participação nesta pesquisa não irá gerar nenhum preconceito, discriminação ou vantagens e não afetará os cuidados que você receberá nessa unidade. Não haverá pagamento pela sua participação. Em caso de algum dano comprovadamente causado pela pesquisa, você poderá solicitar indenização. E se houver custos, você será ressarcido.

Os resultados desse estudo podem ser publicados, mas o seu nome ou identificação não serão revelados. Afirmamos manter esses dados em sigilo e anonimato. Os dados coletados serão guardados pelos pesquisadores por um período de cinco anos e após este período serão destruídos em definitivo.

Este termo será assinado em 2 (duas) vias de igual conteúdo e valor, e a Sra. receberá uma das vias assinada pelo pesquisador. Todas as páginas deste termo deverão ser rubricadas, além da assinatura na última.

Quaisquer dúvidas que você tiver em relação à pesquisa ou a sua participação, antes ou depois dessa permissão, serão respondidas pelos organizadores desta pesquisa. Em caso de dúvidas não solucionadas pelos pesquisadores, ou em caso de denúncia, a Sra. deve entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Esse órgão funciona nos seguintes horários: às segundas e terças-feiras, das 8h30 às 17h, e sextas, das 8h30 às 9h30 e das 14h às 17h, e seu telefone e endereço estão no final desse documento.

Assim, este termo está de acordo com a Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, para proteger os direitos dos seres humanos em pesquisas. Qualquer dúvida quanto aos seus direitos como pessoa participante em pesquisas, ou se sentir em situação desagradável, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição para tirar as dúvidas:

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
 Telefone: (71) 2101-1921 | (71) 98383-7127 E-mail: cep@bahiana.edu.br
 Endereço: Av. Dom João VI, nº 274, Brotas, Salvador/BA, CEP: 40.285-001.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, do projeto de pesquisa acima descrito. Li as informações acima, recebi explicações sobre o conteúdo, prejuízos e benefícios do projeto. Assumo a minha participação e compreendo que posso retirar minha permissão a qualquer momento, sem ser punida e sem perder nenhum benefício.

Salvador, ____ de _____ de _____

Assinatura do Pesquisador _____

Assinatura da Voluntária _____

Impressão datiloscópica:



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ONLINE

Nome da pesquisa: Uso do implante contraceptivo liberador de etonogestrel no Sistema Único de Saúde.

Pesquisadora responsável: Dra. Milena Bastos Brito (CRM-BA: 16.478)
 Telefone: (71) 3278-8215 E-mail: milenabrito@bahiana.edu.br
 Endereço: Av. Dom João VI, 275, 1º andar - Brotas CEP: 40290-000

A Sra. está sendo convidada a participar de maneira voluntária de um projeto de pesquisa com objetivo de avaliar taxa de continuidade, grau de satisfação e motivos de interrupção do uso do liberador de etonogestrel entre mulheres usuárias do método no SUS. Em análise prévia do seu prontuário identificamos que a senhora está em uso ou usou o implante por mais de um ano.

Sua participação será de responder um questionário através do Google forms, com duração média de 10 minutos, sobre alguns dados pessoais (cor da pele autodeclarada, tempo de estudos, profissão, estado civil, renda familiar, existência de doenças e uso de medicações para elas), dados sobre sua vida sexual e reprodutiva (número de gravidezes anteriores, número de partos, número de abortos provocados) e perguntas relacionadas ao implante (motivo de optar pelo implante, ocorrência de algum efeito colateral provocado pelo implante). Além disso, responderá um questionário sobre sua satisfação acerca da contracepção fornecida pelo implante contraceptivo liberador de etonogestrel que será uma escala de 1-5, sendo um discordo completamente e cinco concordo completamente.

Precisaremos ter acesso ao seu prontuário para, se necessário, completar seus dados clínicos.

Os questionários serão realizados de forma individual por envio de um link da plataforma Google forms através de aplicativo de mensagem da parte de um dos pesquisadores para você. Caso se emocione e/ou sinta-se desconfortável com alguma pergunta, você poderá parar de responder a qualquer momento, além disso todos os tópicos do questionário terão a opção "não informar", caso a senhora se sinta desconfortável em responder alguma questão específica.

A Sra. terá oportunidade de esclarecer dúvidas e receber orientações sobre o implante e agendamento de consultas, se necessário. Além disso, o diálogo sobre a satisfação contraceptiva do implante liberador de etonogestrel pode possibilitar um esclarecimento da equipe para situações apresentadas por você.

A sua participação nesta pesquisa não irá gerar nenhum preconceito, discriminação ou vantagens e não afetará os cuidados que você receberá nessa unidade. Não haverá pagamento pela sua participação. Em caso de algum dano comprovadamente

causado pela pesquisa, você poderá solicitar indenização. E se houver custos, você será ressarcido.

Os resultados desse estudo podem ser publicados, mas o seu nome ou identificação não serão revelados. Afirmamos manter esses dados em sigilo e anonimato. Os dados coletados serão guardados pelos pesquisadores por um período de cinco anos e após este período serão destruídos em definitivo.

Este termo terá duas vias com o mesmo conteúdo. Uma dessas ficará retida com os pesquisadores, enquanto a outra será de posse da participante. Desse modo a senhora deverá informar seu e-mail para receber uma cópia desse documento.

Quaisquer dúvidas que você tiver em relação à pesquisa ou a sua participação, antes ou depois dessa permissão, serão respondidas pelos organizadores desta pesquisa. Em caso de dúvidas não solucionadas pelos pesquisadores, ou em caso de denúncia, a Sra. deve entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Esse órgão funciona nos seguintes horários: às segundas e terças-feiras, das 8h30 às 17h, e sextas, das 8h30 às 9h30 e das 14h às 17h, e seu telefone e endereço estão no final desse documento.

Assim, este termo está de acordo com a Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, para proteger os direitos dos seres humanos em pesquisas. Qualquer dúvida quanto aos seus direitos como pessoa participante em pesquisas, ou se sentir em situação desagradável, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição para tirar as dúvidas:

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
 Telefone: (71) 2101-1921 | (71) 98383-7127 E-mail: cep@bahiana.edu.br
 Endereço: Av. Dom João VI, nº 274, Brotas, Salvador/BA, CEP: 40.285-001.

Declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, do projeto de pesquisa acima descrito. Li as informações acima, recebi explicações sobre o conteúdo, prejuízos e benefícios do projeto. Assumo a minha participação e compreendo que posso retirar minha permissão a qualquer momento, sem ser punida e sem perder nenhum benefício.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



Continuação do Parecer: 4.743.541

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1892301.pdf	10/05/2021 13:58:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA.pdf	10/05/2021 13:57:59	MILENA BASTOS BRITO	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	10/05/2021 13:57:08	MILENA BASTOS BRITO	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	10/05/2021 13:57:00	MILENA BASTOS BRITO	Aceito
Outros	RESPOSTA_PENDENCIAS.pdf	10/05/2021 13:54:20	MILENA BASTOS BRITO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VIRTUAL.pdf	10/05/2021 13:53:34	MILENA BASTOS BRITO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_presencial.pdf	10/05/2021 13:52:45	MILENA BASTOS BRITO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoInstituicao.pdf	04/03/2021 07:13:15	MILENA BASTOS BRITO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	04/03/2021 07:11:59	MILENA BASTOS BRITO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 29 de Maio de 2021

Assinado por:
Noilton Jorge Dias
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br