

PROTOCOLO DO IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL PARA ATENDIMENTO ÀS MULHERES VULNERÁVEIS

PROJETO : Atendimento às necessidades de planejamento familiar das usuárias de drogas, mulheres em situação de rua, adolescentes de muito alta vulnerabilidade social (IPVS 2010-SEADE) em idade reprodutiva na cidade de São Paulo .

De acordo com a Constituição de 1988 “O planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício deste direito, sendo vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”

Lei 9263/96

Art. 1º: O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º: Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

O oferecimento do IMPLANTE SUBCUTÂNEO DE ETONOGESTREL ocorre no conjunto das orientações sobre métodos contraceptivos disponíveis nas unidades de saúde.

O implante contraceptivo É um pequeno tubo de plástico, de cerca de 4 centímetros de comprimento por 2 milímetros de largura contendo uma progesterona (hormônio), chamada etonogestrel e é colocado debaixo da pele do braço que você não escreve (braço não dominante). Quem realiza a colocação é um médico treinado.

Sua ação é contínua por 3 anos e acontece com a liberação do hormônio etonogestrel para o sangue da mulher, e funciona principalmente de dois modos: impede a ovulação e espessa o muco do colo do útero, o que dificulta a passagem dos espermatozóides para o útero.

Tem uma eficácia superior a 99%, igual ou superior a eficácia da laqueadura tubária (5 gravidezes em 10.000 mulheres que usem o implante).

Vantagens

- É um método prático e de longa duração (3 anos).
- Evita ter que tomar a pílula todos os dias.
- Não interfere com a relação sexual.
- Não interfere com a amamentação.
- Melhora as cólicas menstruais.
- Pode ser usado pelas mulheres que não podem tomar pílulas contendo estrogênio.
- Não diminui a massa óssea (osteoporose).

Desvantagens

- Irregularidades da menstruação. Na maioria dos casos, há sangramento irregular, podendo haver aumento do fluxo menstrual ou ausência de menstruação. Estas alterações são mais comuns no primeiro ano e não têm consequências negativas na saúde da mulher. De cada 100 mulheres, 15 terão sangramento mais frequente.
- Pode ocorrer algumas alterações da pele, dores de cabeça, enjoos, aumento da sensibilidade mamária e variações do humor (semelhantes às que ocorrem com outros métodos contraceptivos como a pílula).
- Podem aparecer cistos benignos nos ovários, que geralmente não necessitam de tratamento.

Inserção do Implante SD de etonogestrel:

O implante pode ser inserido até 5 dias após o início da sua menstruação (para garantir que não há gravidez). Nas puérperas, pode ser colocado imediatamente após o parto a depender do desejo da mulher. É eficaz logo após a colocação.

É colocado na parte interna do braço, debaixo da pele, como se fosse uma injeção. É necessária anestesia no local para inserção do implante. Pode ocorrer alguma dor, algum inchaço ou hematoma pequeno no local da colocação, mas passa rapidamente.

É removido 3 anos após a sua inserção, ou antes, se a seu pedido. Para a remoção do implante, também é preciso ser aplicada a anestesia.

A inserção do IMPLANTE SUBCUTÂNEO é realizada nas UBS com atuação das equipes do Consultório Na Rua, por médicos de família, ginecologistas treinados na aplicação do método e orientados acerca da população alvo. Também é oferecido nas maternidades e na Rede Hospital Dia com profissionais treinados e esclarecidos acerca do projeto.

- 1) População vulnerável definida: mulheres em situação de rua, usuárias de drogas, adolescentes de muito alta vulnerabilidade social.

- Explica-se todos os métodos contraceptivos

2) Fluxo:

A) Mulher opta pelo Implante

- Encaminhar a mulher para inserção do implante para a UBS mais próxima de onde reside.

B) Mulher não deseja o implante: orientar os demais métodos como LAM, preservativo, DIU, progestagênio (VO, IM) e cirúrgico (vasectomia e laqueadura) disponíveis nas UBSs.

3) Momento de inserir o implante SD de etonogestrel

A) Se puérpera:

- Amamenta:
 - Após 28 dias ou no alojamento conjunto (24 a 48 horas pós-parto). O implante será inserido de 24 a 48 horas sempre que se detectar risco de curto intervalo intergestacional.
- Não amamenta: 24-48 após parto ou após 28 dias

B) Se não-puérpera

- Entre 1º - 5º dia do ciclo menstrual se tiver sem método anticoncepcional
- Em uso de método contraceptivo: imediatamente
- Em amenorréia ou além do 5º dia do ciclo menstrual (se há razoável certeza de não gravidez): contracepção de barreira por 7 dias após inserção. É desejável realizar o teste rápido de gravidez de rotina nestes casos antes da inserção do implante sd.
- Pós-aborto: imediatamente após o aborto.

4) Retornos clínicos e avaliação:

- Pós inserção: 1, 3 , 6 e 12 meses. Depois passa a ser semestrais ou anuais a depender do perfil de adesão da paciente. Mulheres com efeitos adversos terão avaliação com intervalo mais curtos.
- Avaliar de forma regular se sangrar mais de 10 dias consecutivos

5) Prioridades

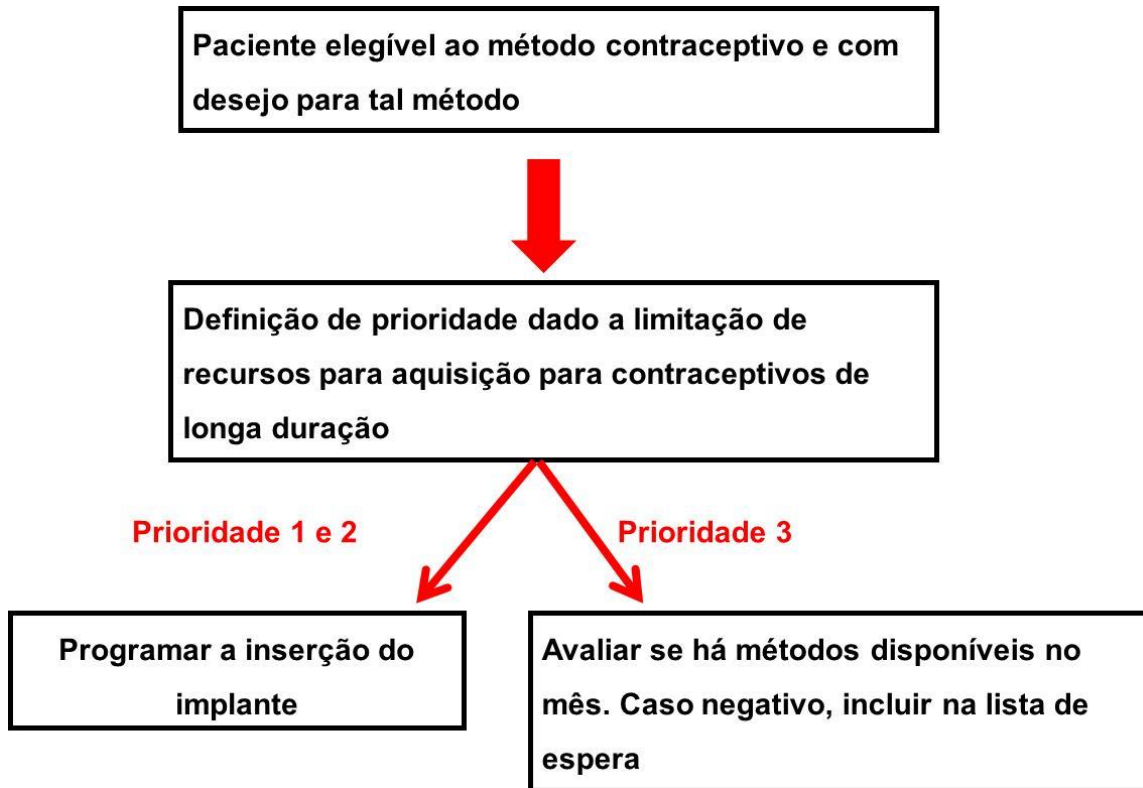
Com o objetivo de definir a utilização de recursos provenientes para o Projeto e obedecer ao exposto na Constituição, foram estabelecidos **PRIORIDADES** para a inserção do Implante SD.

PRIORIDADE

- Usuárias de drogas em idade reprodutiva
- Mulheres em idade reprodutiva em situação de rua
- Adolescentes: de prefeituras regionais com alta taxa de fecundidade

ATENÇÃO: Estas pacientes serão orientadas que há uma escala de prioridade para utilizar estes métodos e que ela será colocada em uma lista de espera para utilizar o implante. Enquanto a paciente permanece na espera ela receberá orientação de outro método anticoncepcional (MAC).

FLUXOGRAMA



6) Seguimento clínico

Visto que a principal intercorrência observada com os métodos contraceptivos que utilizam apenas progestagênios é o sangramento uterino anormal, foram padronizados tipos de sangramentos e condutas:

Padrões de sangramento com contraceptivos apenas de progestagênios - período mínimo de observação para estas definições: 90 dias

AMENORRÉIA: sem sangramento

SANGRAMENTO PROLONGADO: período de sangramento e/ou mancha com duração maior que 14 dias

SANGRAMENTO FREQUENTE: > 5 episódios de sangramento e/ou mancha (não importa a duração)

SANGRAMENTO INFREQUENTE: ≤ 2 episódios de sangramento e/ou mancha (não importa a duração)

SANGRAMENTO NORMAL: 3 a 5 episódios de sangramento e/ou mancha (não importa a duração)

Consideramos padrões de sangramento favoráveis a amenorreia, o sangramento infrequente e o regular. Já o frequente e o prolongado são desfavoráveis.

Orientações dos métodos contraceptivos apenas de progestagênios para queixa de sangramento com padrão desfavorável

1º PASSO: ORIENTAR

- Nos 4 a 6 primeiros meses são comuns irregularidades. Orientar a taxa de amenorréia esperada do método.
- Irregularidade é diferente de falha
- Descartar outras doenças se sangramento com mais de 6 meses ou dispareunia ou dor pélvica associada. Nestes 3 casos, solicitar USTV.

2º PASSO: TRATAMENTO (sempre que for superior a 7 dias de sangramento consecutivo, pode ser oferecido o tratamento)

1º: Usar AINE por 5 dias

2º: Doxícilina 100 mg de 12/12 h por 7 dias

3º: Contraceptivo oral combinado (EE 30 mcg + 150 mcg de Levonorgestrel) por 21 dias.

Fazer 3 ciclos com pausa

4º: Troca de método se paciente desejar

CRITÉRIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDADE DO MÉTODO CONTRACEPTIVO (OMS, 2015)

Categoria 1 – O método pode ser usado sem restrições

Categoria 2 – O método pode ser usado. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados

Categoria 3 – O método não deve ser usado, a menos que o profissional de saúde julgue que a mulher pode usar o método com segurança

Categoria 4 – O método não pode ser usado, pois o risco é inaceitável

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medical eligibility criteria for contraceptive use -- 5th ed. World Health Organization, 2015.
2. Contracepção reversível de longa ação. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2016.
3. Mary A. Ott, Gina S. Sucato and Committee on Adolescence. Contraception for Adolescents DOI: 10.1542/peds.2014-2300. Pediatrics 2014;134:e1257; originally published online September 29, 2014.
4. Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group Committee Opinion. The American College of Obstetricians and Gynecologist. Number 539 • October 2012.
5. Long-acting reversible contraception (update) NICE clinical guideline. Issued: September 2014.
6. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social. 2010. SEADE

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO.
PARA COLOCAÇÃO DE IMPLANTE CONTRACEPTIVO**

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, não serão adotados quaisquer procedimentos discriminatórios no contexto da sua assistência nesta unidade de saúde.

Nome legível do médico/médica: _____

Data/...../.....

Assinatura

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecida. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

“Declaro que concordo com a colocação do IMPLANTE conforme me foi explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Fui esclarecida que a taxa de falha do método é de 1 gravidez a cada 2.000 mulheres com o uso do método. Assim, autorizo a realização do ato indicado nas condições em que me foram explicadas e constam deste documento.”

_____ (local), / / (data)

Nome: _____

Assinatura:

Em caso de incapacidade, assina este documento, o representante legal da paciente.

Nome: _____

Assinatura:

Tabela 1 - Taxa de fecundidade das adolescentes segundo Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e Supervisão Técnica de Saúde (STS) nos anos de 2013 e 2017 no MSP

CRS / STS	2013	2017
CRS CENTRO	21.04	17.77
STS Santa Cecília	16.48	16.21
STS Sé	24.08	18.79
CRS LESTE	32.54	28.74
STS Cidade Tiradentes	36.39	31.14
STS Ermelino Matarazzo	31.28	22.40
STS Guaianases	34.93	31.06
STS Itaim Paulista	34.26	28.96
STS Itaquera	27.48	25.67
STS São Mateus	32.05	28.93
STS São Miguel	34.30	32.25
CRS NORTE	30.04	27.10
STS Casa Verde/Cachoeirinha	33.02	27.50
STS Freguesia/Brasilândia	35.98	32.09
STS Perus	33.38	28.58
STS Pirituba	28.29	25.78
STS Santana/Jaçanã	23.45	22.67
STS Vila Maria/Vila Guilherme	31.21	28.90
CRS OESTE	21.70	17.50
STS Butantã	28.75	23.05
STS Lapa/Pinheiros	12.95	10.89
CRS SUDESTE	21.96	19.19
STS Ipiranga	23.08	20.13
STS Mooca/Aricanduva	19.26	16.96
STS Penha	24.30	21.98
STS Vila Mariana/Jabaquara	17.49	14.62
STS Vila Prudente/Sapopemba	25.15	21.95
CRS SUL	31.72	28.49
STS Campo Limpo	31.01	27.78
STS Capela do Socorro	32.72	30.20
STS M'Boi Mirim	34.13	29.95
STS Parelheiros	34.43	37.34
STS Santo Amaro/Cidade Ademar	28.03	23.29
MSP	28.64	25.32

Fonte: SINASC/Ceinfo/SMS - SP, out 2018

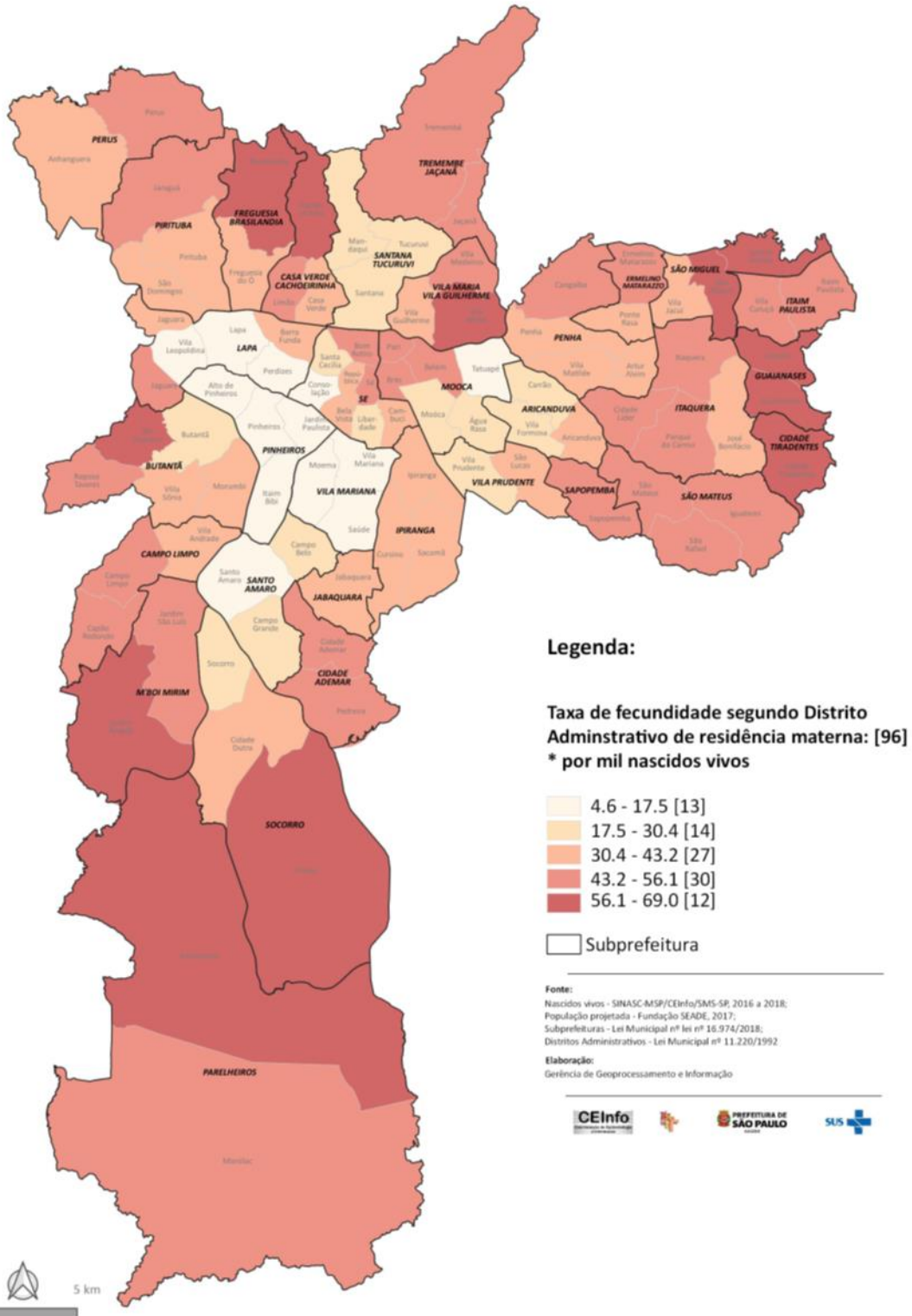
*Por mil adolescentes residentes no MSP - Fundação SEADE - estimativa populacional

Tabela 2 - Total de nascidos vivos (NV), nascidos vivos de mães adolescentes (NVMA) e porcentagem por Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e Supervisão Técnica de Saúde (STS) residentes no MSP nos anos de 2013 e 2017

CRS / STS	2013			2017		
	NV	NVMA	Porcentagem	NV	NVMA	Porcentagem
CRS CENTRO	5115	421	8%	4807	338	7%
Santa Cecília	1812	132	7%	1747	122	7%
Sé	3303	289	9%	3060	216	7%
CRS LESTE	39744	6610	17%	39292	5337	14%
Cidade Tiradentes	3806	753	20%	3710	603	16%
Ermelino Matarazzo	3145	473	15%	2906	308	11%
Guaianases	5050	859	17%	5139	686	13%
Itaim Paulista	6272	1126	18%	6100	856	14%
Itaquera	8182	1152	14%	8233	1002	12%
São Mateus	7111	1194	17%	7079	1003	14%
São Miguel	6178	1053	17%	6125	879	14%
CRS NORTE	34365	4926	14%	33432	4086	12%
Casa Verde/Cachoeirinha	5216	732	14%	4909	555	11%
Freguesia/Brasilândia	6967	1193	17%	6769	964	14%
Perus	2597	458	18%	2597	372	14%
Pirituba	6764	952	14%	6557	813	12%
Santana Jaçanã	8087	971	12%	7949	863	11%
Vila Maria/Vila Guilherme	4734	620	13%	4651	519	11%
CRS OESTE	14215	1130	8%	13749	878	6%
Butantã	7214	829	11%	6546	629	10%
Lapa/Pinheiros	7001	301	4%	7203	249	3%
CRS SUDESTE	35177	3578	10%	34374	2901	8%
Ipiranga	6536	695	11%	6330	572	9%
Mooca/Aricanduva	7938	680	9%	7743	558	7%
Penha	6574	759	12%	6539	623	10%
Vila Mariana/Jabaquara	6677	508	8%	6407	402	6%
Vila Prudente/Sapopemba	7452	936	13%	7355	746	10%
CRS SUL	44096	6735	15%	43473	5681	13%
Campo Limpo	10691	1594	15%	10638	1370	13%
Capela do Socorro	10411	1654	16%	10085	1388	14%
M'Boi Mirim	10123	1700	17%	10119	1412	14%
Parelheiros	2642	479	18%	2868	487	17%
Santo Amaro/Cidade Ademar	10229	1308	13%	9763	1024	10%
MSP	172942	23429	14%	169283	19237	11%

Fonte: SINASC/Ceinfo/SMS - SP, out 2018

TAXA DE FECUNDIDADE* MEDIA NA POPULAÇÃO DE 15 A 19 ANOS SEGUNDO DISTRITO ADMINISTRATIVO DE RESIDÊNCIA MATERNA. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2016 A 2018.



Autores do protocolo:

A.T. Coordenação da Atenção Básica

Maria Cristina Honório dos Santos

Equipe da Saúde da Mulher

Lúcia Helena Azevedo

Sonia Raquel Wippich Coelho

Adalberto Kiochi Aguemí

Carlos Eduardo Pereira Vega