

Susana Prego de Faria<sup>1</sup>; Ana Rita C. Simões<sup>2</sup>; Cláudia Conceição<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Interna de Formação Específica em MGF, UCSP Amarante; <sup>2</sup>Interna de Formação Específica em MGF, USF Amadeo de Souza-Cardoso; <sup>3</sup>Interna de Formação Específica em MGF, UCSP Vila Meã

### Introdução

As atividades de Planeamento Familiar são fundamentais na prática da Medicina Geral e Familiar, devendo, também assegurar o acesso a métodos contraceptivos da escolha do utente, seguros e eficazes. Os métodos de longa duração estão cada vez mais em voga por garantirem uma contraceção de alta eficácia, que não exige a motivação diária da mulher nem interfere com a relação sexual.

O implante hormonal subcutâneo (IHS) é um método que tem vindo a ganhar popularidade entre as mulheres. Tem um prazo de validade de 3 anos mas pode ser removido quando a mulher o desejar. Sendo um método dispendioso e que exige um profissional treinado para a sua colocação/remoção, é fundamental compreender os motivos de escolha deste método, assim como os motivos que levam ao pedido para a retirada do implante antes do término da sua validade.



### Objectivo

Este estudo pretende caracterizar as utentes que colocaram IHS nas Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) Amarante-1 e Unidade de Saúde Familiar (USF) Amadeo de Souza-Cardoso e a sua adaptação a este método contraceptivo.

### Metodologia

**Tipo de estudo:** Observacional, transversal e descritivo.

**Local do estudo:** Centro de Saúde de Amarante

**População e amostra do estudo:** Utentes do sexo feminino, com Médico de Família atribuído, inscritas nas UCSP Amarante-1 e USF Amadeo de Souza-Cardoso, em idade fértil, que colocaram/substituíram o método contraceptivo de IHS, entre 01/01/2012 e 30/04/2016. A amostra corresponde à totalidade da população em estudo.

**Fontes de informação:** Lista de pedidos de IHS à Unidade de Aprovisionamento de Vila Real da ARS Norte, Processo Clínico Informatizado (SClínico) e questionário realizado por via telefónica.

**Processo de recolha de informação:** Utentes contactadas telefonicamente pelas investigadoras (que não fossem as próprias médicas de família), explicação breve do estudo e seus objetivos e solicitada a participação. As que aceitaram participar foram convidadas a responder a um questionário sobre a sua adaptação ao implante. Após consentimento das utentes, foi ainda consultado o processo clínico informatizado (SClínico) de forma a completar os dados necessários.

**Variáveis do estudo:** idade, número de gravidezes, número de filhos, procedimento em estudo (colocação ou substituição), data do procedimento,

método contraceptivo anterior, motivo para a colocação do IHS, remoção do IHS antes da data de término da validade (sim/não) e motivo de remoção (quando aplicável).

**Crítérios de exclusão:** Foram realizadas três tentativas de contacto telefónico ao fim das quais se excluíram as utentes que não atenderam. Excluíram-se também aquelas que apresentavam números de telefone incorretos e/ou desatualizados. Plano de minimização de vieses: Contacto telefónico em diferentes dias da semana e em diferentes horários. Questionário breve realizado no imediato (caso as utentes apresentassem disponibilidade para tal) ou acordada uma data e hora para a sua realização. Para uniformizar critérios inter-observador, as primeiras 10 chamadas foram realizados pelas investigadoras em conjunto, sendo que os restantes seguiram criteriosamente o guião do contacto telefónico.

**Gestão da informação:** Os dados colhidos foram registados numa base de dados em Excel 2013® e a análise estatística foi efetuada no mesmo.

Considerações éticas: O protocolo do estudo foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, que em 22/09/2016 deu o seu parecer favorável.

Gestão da informação: Os dados colhidos foram registados numa base de dados em Excel 2013® e a análise estatística foi efetuada no mesmo.

**Considerações éticas:** O protocolo do estudo foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, que em 22/09/2016 deu o seu parecer favorável.

### Resultados

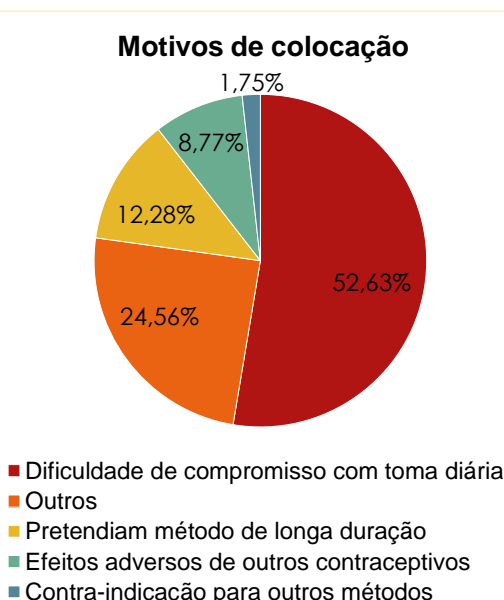
	N	%
População	69	100
Excluídas	26	37,68
Amostra	43	62,32

**Tabela 1** – Dados da população e amostra

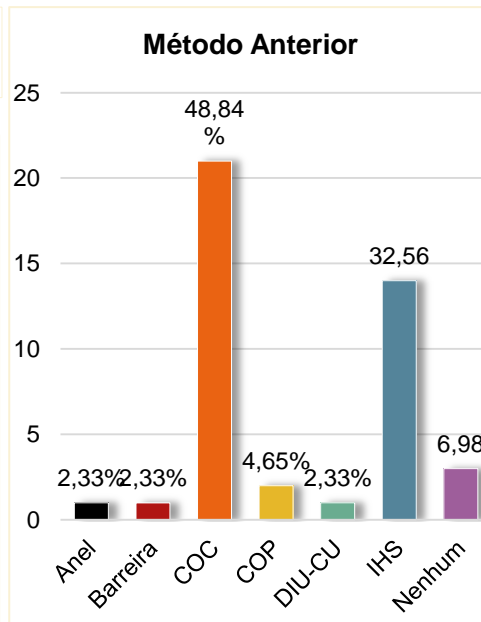
	N
Nº procedimentos	51
Média de idades	27,86
Média de gravidezes	1,16
Média de filhos por mulher	1,02

**Tabela 2** – Nº de procedimentos e caracterização da amostra

57 motivos de colocação de IHS, 14 mulheres referiam dois.

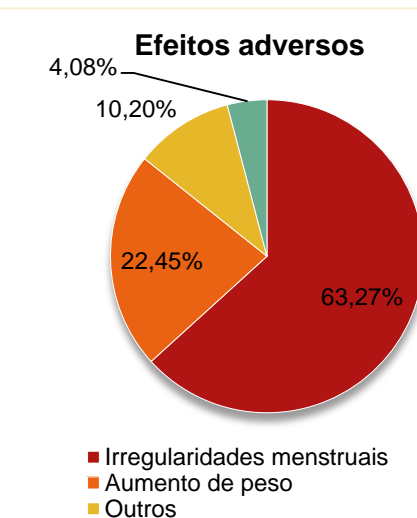


**Gráfico 1** – Motivos totais de colocação de IHS



**Gráfico 2** – Método usado anteriormente à colocação do último HIS

Foram reportados 49 efeitos adversos, em 86,05% (n=37) das mulheres.



**Gráfico 3** – Efeitos adversos reportados pelas mulheres que usavam HIS

Quatro das mulheres (9,30%) retiraram IHS antes do término do prazo de validade, cada uma por um motivo diferente

Idade	Motivo de remoção precoce	Tempo de utilização
19	Irregularidades menstruais	4 meses
26	Aumento de peso	6 meses
36	Pretende engravidar	10 meses
21	Acne + pilosidade facial	12 meses

**Tabela 3** – Motivos de remoção precoce e tempo de utilização

### Discussão e Conclusão

A avaliação da adaptação ao implante hormonal subcutâneo é importante para um melhor conhecimento acerca deste método, assim como para a sua correta indicação.

Os resultados obtidos revelaram que nas 43 mulheres da amostra o motivo mais frequente para a colocação de IHS foi a dificuldade de compromisso diário com outros métodos, nomeadamente COC, sendo que este era o método mais usado previamente ao procedimento (48,84%).

A grande maioria das mulheres (86,05%) reportou efeitos adversos sendo os mais frequentes alterações menstruais e aumento ponderal. Estes efeitos parecem ser na sua maioria bem tolerados, não justificando o pedido de remoção precoce, já que apenas uma minoria (9,30%) a solicitou. O esclarecimento e informação acerca de efeitos adversos é fundamental e deve ser realizado previamente à colocação do IHS, por forma a prevenir a descontinuação precoce e consequentemente evitando gastos desnecessários.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Desde logo o pequeno tamanho amostral leva à necessidade de os resultados serem lidos com alguma ressalva, correndo-se o risco de generalizações abusivas. Além disso, não é sabido até que ponto as mulheres que não se conseguiram contactar representam diferenças em relação à amostra. Estes resultados dizem respeito a uma população de uma região geográfica específica, com as suas inerências próprias, não podendo ser generalizados para a população nacional geral. São necessários mais estudos, de âmbito nacional, que permitam compreender melhor os motivos de colocação/remoção precoce de IHS, garantindo a sua oferta às mulheres adequadas e minimizando custos.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** 1. Direção Geral de Saúde, Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, Lisboa: DGS, 2008. - 67 p. - ed. revista e atualizada; 2. Committee on Gynecologic Practice Long-Acting Reversible Contraception Working Group., Committee Opinion No. 642: Increasing Access to Contraceptive Implants and Intrauterine Devices to Reduce Unintended Pregnancy., Obstet Gynecol. 2015 Oct;126(4):e44-8. doi: 10.1097/AOG.0000000000001106.; 3. <http://www.implanon-usa.com/en/consumer/about-it/insertion-and-removal/index.xhtml>. 4.[http://www.merck.com/product/usa/pi\\_circulars/i/implanon/implanon\\_pi.pdf](http://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/i/implanon/implanon_pi.pdf)