

A importância da contracepção de longo prazo reversível

The importance of long-acting reversible contraception

Ivan Andrade de Araujo Penna¹
Milena Bastos Brito²

Palavras-chave

Contracepção
HIV
Dispositivo intrauterino

Keywords

Contraception
HIV
Intrauterine device

Resumo

A contracepção de longo prazo evoluiu a partir do conhecimento tecnológico da fisiologia reprodutiva. São considerados métodos contraceptivos de longa duração (LARCs) os métodos contraceptivos com mais de três anos de duração, sendo estes: dispositivo intrauterino (DIU), cobre e levonogestrel, e implantes hormonais. Devido à pequena relação entre a motivação da usuária e o uso dos LARCs, estes são considerados o melhor custo-benefício para a ação contraceptiva em populações especiais, tais como: adolescentes, usuárias de drogas ilícitas e mulheres vivendo com vírus da imunodeficiência humana (HIV). Entretanto, mesmo para população feminina em geral a taxa de eficácia dos LARCs é superior à dos métodos de curta duração, o que torna os primeiros uma excelente escolha contraceptiva.

Abstract

Long-term contraception (LARC) evolved from the technological knowledge of reproductive physiology. LARCS are considered contraceptive methods with more than 3 years duration. There is in Brazil, two kind: IUD (copper and levonorgestrel) and hormonal implants. Due to small relationship between the user motivation and the use of LARCs these are considered the best cost-benefit contraceptive option for special populations, such as adolescents, illicit drug users and women living with HIV. However, even for the general female population, LARCs effectiveness rate is higher than that of short-term methods, making this an excellent choice contraceptive.

Estudo realizado no Departamento Materno Infantil da Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.

¹Professor Adjunto de Ginecologia do Departamento Materno Infantil da UFF – Niterói (RJ), Brasil.

²Professora Adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Salvador (BA), Brasil.

Endereço para correspondência: Ivan Andrade de Araujo Penna – Rua Marques do Paraná, 330 – Centro – CEP: 24033-900 – Niterói (RJ), Brasil – E-mail: pennai@terra.com.br

Conflito de interesses: não há.

Introdução

Desde as primeiras populações humanas socializadas, a questão da obtenção do alimento para a comunidade permeou e direcionou o deslocamento e o crescimento desses grupos. O mesmo fato, não literal, tem impacto atual na decisão dos casais no planejamento de suas famílias, isso pode ser observado na comparação entre as taxas de natalidade observadas no início dos anos 1950, em torno de 44/1.000 habitantes, e as atuais, em torno de 14,4/1.000 habitantes¹.

Os conhecimentos adquiridos sobre a fisiologia reprodutiva, no decorrer dos séculos, permitiram grandes avanços no planejamento da gravidez. A determinação do ciclo menstrual, o isolamento de hormônios esteroides e seus receptores e o entendimento da anatomia funcional reprodutiva favoreceram a criação de métodos contraceptivos cada vez mais eficazes e seguros.

O uso de contraceptivos de longo prazo tem como objetivos o planejamento do número de integrantes da família, a programação do período ideal para a gravidez, a prevenção da ocorrência de gravidez de risco, o auxílio no controle da gravidez na adolescência e os efeitos não contraceptivos benéficos sobre outras patologias.

O tema contracepção está presente nas questões políticas de saúde pública: a Lei Federal nº 9.203/96 determina o direito universal do cidadão ao planejamento familiar e culmina com a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 2004. Esta promove o acesso do cidadão, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), aos métodos contraceptivos, de forma a reduzir a mortalidade materna por causas preveníveis.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2006, 81% das mulheres utilizavam algum método para contracepção, sendo que mais de 50% dessas utilizavam métodos de longa duração reversíveis ou irreversíveis¹.

Nos Estados Unidos da América (EUA), quando excluídos dos dados populacionais os métodos de longa duração irreversíveis, o mais comum é a utilização dos contraceptivos injetáveis em 6% das mulheres².

História

A história da contracepção se confunde com a da evolução tecnológica humana. Vários são os relatos na

Antiguidade de métodos comportamentais ou de barreira para evitar a gravidez. Nos papiros de Petri (1850 a.C.) e Ebers (1550 a.C.) encontram-se relatos da introdução de substâncias mágicas na vagina com o intuito de evitar a gravidez. Aristóteles (400 a.C.) indicava o uso de óleo de cedro e unguento de chumbo intravaginal antes da relação para evitar a concepção. Entretanto, todos esses métodos visavam a contracepção em curto prazo, quase sempre apenas durante o ato sexual³.

O primeiro método de longo prazo foi o dispositivo intrauterino (DIU). A ideia do uso de corpo estranho dentro do útero nasceu da observação de que mercadores árabes usavam pedras no útero de camelas para que as mesmas não engravidassem durante a travessia do deserto. O primeiro DIU utilizado em mulheres era composto apenas por seda natural trançada na forma de anel e introduzida no útero. Durante a evolução tecnológica dos DIUs, que ocorreu entre o início do século XX e o final da década de 1960, houve o aparecimento dos DIUs medicados. Os primeiros DIUs medicados utilizavam-se metais como ouro, prata e cobre, substâncias que podiam impedir a fecundação. Ainda nos dias atuais, apesar da existência do DIU com progesterona, o DIU de cobre é o mais utilizado no mundo para a contracepção de longo prazo².

Concomitantemente ao desenvolvimento do DIU várias descobertas no campo da fisiologia reprodutiva indicaram a criação de um controle hormonal da fecundação. A grande questão respondida por Corner e Beard (1934) foi que o fenômeno da ovulação poderia ser inibido com a utilização de progesterona exógena³.

Esse dado permitiu o aparecimento do primeiro anticoncepcional hormonal no início da década de 1960. Inicialmente com altas concentrações de hormônios e de uso por via oral, caminhou progressivamente para a redução das doses e novas vias de administração, como subcutânea, transdérmica e intramuscular. Esses avanços também permitiram a possibilidade da utilização por longos períodos de tempo por meio do efeito de depósito do fármaco.

Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração

Os métodos contraceptivos de longa duração (LARCs) são métodos altamente eficazes, com duração contraceptiva ≥ 3 anos, representados pelos implantes e DIUs.

Além da sua alta eficácia, os LARCs representam excelente custo-benefício: uma pesquisa evidenciou uma redução total de custos com gestação não planejada e contracepção de 288 milhões de dólares/ano⁴. Outro estudo de modelo econômico comparou o custo estimado anual dos contraceptivos nos EUA (métodos reversíveis de curta duração *versus* LARCs), levando-se em consideração as taxas de falha e descontinuidade dos métodos, e concluiu que os LARCs utilizados por mais de dois anos são a opção contraceptiva mais barata, apesar dos altos custos iniciais⁴.

Implantes contraceptivos

Existem dois tipos de implantes, os compostos com levonorgestrel e os com etonogestrel, porém encontra-se disponível para comercialização no Brasil apenas o último. Trata-se de um implante subdérmico único, contendo 68 mg de etonogestrel, que é liberado de forma contínua na corrente sanguínea durante 3 anos⁵.

Age como os demais progestagênios: inibe a ovulação, espessa o muco cervical e torna o endométrio não receptivo. Tem a vantagem, em relação à minipílula, de possuir taxa de anovulação de 99%⁶. Representa o método de mais alta eficácia contraceptiva disponível (índice de Pearl de 0,05%) de longa duração (3 anos), é fácil de usar (independe da ação do médico ou usuária para manter sua eficácia) e é reversível, permitindo a concepção logo que seu uso for interrompido^{7,8}.

Dispositivo intrauterino

No Brasil, estão disponíveis atualmente DIUs medicados com cobre (TCu 380A e multiload Cu 375) e com levonorgestrel (LNG), sendo este último considerado um método hormonal.

O DIU com cobre é altamente eficaz durante, pelo menos, 10 anos, com índice de Pearl variando entre 0,6 e 0,8% no primeiro ano de uso⁹. O principal mecanismo de ação do DIU é diminuir a capacidade de os espermatozoides fertilizarem o óvulo. Além disso, produz uma reação inflamatória no endométrio do tipo corpo estranho⁹.

Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel

Consiste em uma matriz de plástico em forma de T contendo LNG, um progestagênio que é liberado em pequenas doses diárias^{9,10}. Também é um método bastante eficaz, com índice de Pearl de 0,2% no primeiro ano de uso. Suas indicações e contraindicações pertencem às classificações dos progestagênios isolados e DIUs⁷.

Alta incidência de gestações não planejadas

A despeito das inúmeras opções contraceptivas disponíveis atualmente, cerca de metade das gestações não é planejada no mundo¹¹. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as gestações não planejadas estão associadas a complicações materno-fetais, como abortos inseguros, mortalidade materna e neonatal-infantil, e a riscos sociais, como baixa escolaridade, desemprego e invalidez⁷.

Reduzir o número de gravidezes não desejadas poderia evitar 60% das mortes maternas e 57% das mortes infantis⁹.

Sabe-se que gestações indesejadas são mais frequentes em mulheres com idade ≤ 19 anos de idade (4 vezes mais frequentes, quando comparadas com a idade adulta), com baixa escolaridade (quanto menos anos de escolaridade, maior a frequência de gestação não planejada), populações de baixo nível socioeconômico (5 vezes mais frequente, quando comparadas com a população de alto nível socioeconômico) e vulneráveis, para as quais o acesso aos métodos contraceptivos continua a ser uma grande preocupação para corrigir a desigualdade global¹¹.

Populações especiais

Os métodos contraceptivos disponíveis atualmente são bastante eficazes quando utilizados de forma correta. Entretanto, a baixa aderência contribui para o índice de 48% de gestações não planejadas entre usuárias de contracepção¹¹. Uma das principais vantagens dos LARCs em relação aos contraceptivos reversíveis de curta duração é a manutenção da sua alta eficácia, independentemente da motivação da usuária. Devido à facilidade de uso, os LARCs ganharam o apelido “pegue-o e esqueça-o”¹².

A vantagem dos LARCs é a sua baixa taxa de falha por independermos da ação diária da usuária para manter sua eficácia, sendo fortemente recomendados para grupos de baixa adesão, como adolescentes e usuárias de álcool e drogas ilícitas.

Os especialistas em contracepção acreditavam que as altas taxas de gestações não planejadas poderiam ser reduzidas com a ampliação do acesso aos LARCs. Para tanto, conduziu-se o Projeto *CHOICE* de contracepção, uma coorte prospectiva que quebrou a principal barreira de uso dos LARCs: o custo. O objetivo do Projeto *CHOICE* foi avaliar as taxas de satisfação e continuidade entre todos os métodos contraceptivos reversíveis, incluindo os LARCs¹³.

O estudo envolveu 5.529 mulheres residentes na cidade de St. Louis (EUA), das quais 75% optaram por utilizar LARCs; percentual que chamou a atenção dos pesquisadores, porque menos de 5% da população de St. Louis utilizavam LARCs antes do estudo. Os resultados do *CHOICE* foram coincidentes com o pensamento dos especialistas: as taxas de continuidade e satisfação foram maiores entre as usuárias de LARCs, quando comparadas às dos métodos contraceptivos de curta duração (86,2 *versus* 54,7% e 83,7 *versus* 52,7%, respectivamente)¹⁴. É importante observar que a maioria das participantes do Projeto *CHOICE* tinha baixa renda e elevado risco para gestações não planejadas, 41,8% já haviam praticado um aborto.

Apesar de observar-se um decréscimo da fertilidade, no Brasil e no mundo, no grupo de mulheres vulneráveis, como adolescentes e a camada mais pobre da população, tal declínio não acontece (IBGE). A taxa de gestação não planejada nessas populações pode chegar a mais de 90%. Abaixo citaremos a importância dos LARCs para o grupo de mulheres consideradas vulneráveis.

Adolescentes

Gravidez na adolescência (14–19 anos de idade) está correlacionada a complicações materno-fetais, observa-se maior incidência de: parto prematuro, baixo peso ao nascer, mortalidade materna, pré-eclâmpsia, anemia e doenças sexualmente transmissíveis (DST). Além dos riscos físicos, pode gerar também alterações psicológicas, sociais e emocionais para o resto da vida dessa mulher. Ainda, nos casos em que não há aceitação da gestação pelos que convivem com a jovem, pode ocorrer abandono da família ou imposição de abortamento¹⁵.

As taxas de gestação na adolescência mantêm-se bastante elevadas em todo o mundo: 57% mulheres nos EUA; 130% mulheres no México; 174% mulheres no Quênia. Esses dados, associados às altas taxas de aborto reportado nessa faixa etária (30–69%, dependendo da legalidade do aborto no país), demonstram a necessidade de mais informação e melhores programas de planejamento familiar específico para tal população¹⁶.

Os LARCs são métodos bem-aceitos entre as adolescentes e apresentam maiores taxas de continuidade do que os métodos de curta duração⁷. Secura e colaboradores fizeram uma análise do Projeto *CHOICE* no subgrupo das adoles-

centes participantes (n=1.404 mulheres entre 14–19 anos de idade) com o objetivo de analisar as taxas de gestação, partos e abortos induzidos entre as participantes do estudo (em que mais de 70% optaram por utilizar LARCs), comparando com as taxas encontradas na população geral dos EUA (onde menos de 5% são usuárias de LARCs). Os autores demonstraram que as adolescentes participantes do *CHOICE*, onde foram fornecidos métodos contraceptivos sem custo e as jovens foram educadas sobre a contracepção reversível e os benefícios dos LARCs, tiveram taxas de gravidez (34 *versus* 158%), parto (19,7 *versus* 94%) e aborto (9,7 *versus* 41%) muito menores do que as taxas nacionais para adolescentes sexualmente ativas¹⁵. Houve, também, redução de repetição de gravidez na adolescência entre usuárias de LARCs¹⁷.

O estudo realizado por Stevens-Simon et al.¹⁶ observou taxas de gestação subsequente, um ano após o último parto, em um grupo de 373 adolescentes, com uso de implante subdérmico liberador de levonorgestrel, acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) e contraceptivo oral. O resultado foi de 0, 11 e 25%, respectivamente. Assim, os autores concluíram que o uso do implante é o método mais eficaz para aumentar o intervalo intergestacional nas adolescentes (p<0,0001).

Usuárias de drogas ilícitas

O Brasil representa, atualmente, o segundo maior mercado consumidor de crack e cocaína do mundo (20% do consumo mundial), perdendo apenas para os EUA (INPAD/LENAD). O uso de crack se tornou um problema de saúde pública não só em razão do crescente consumo desta droga, mas principalmente pelas consequências de saúde e sociais decorrentes da dependência. A alta taxa de violência sexual (44,5%) e a prática de sexo desprotegido em troca de drogas expõem tais mulheres a gestações não planejadas e não desejadas. Infelizmente, não existem dados sobre o acesso ao serviço de saúde para planejamento reprodutivo entre essas mulheres, mas, levando-se em consideração a baixa prevalência de uso de preservativo entre as mulheres (<20%), certamente teremos uma prevalência de uso de preservativo ainda menor entre as usuárias de crack, o que implica em maior risco de gestação não planejada¹⁸. A maioria dos métodos contraceptivos disponíveis no SUS (preservativo, pílulas e injetáveis) depende da usuária para manter

sua eficácia, podendo, assim, apresentar índices de falhas maiores do que o previsto, devido à típica baixa aderência dessa população. Por outro lado, os LARCs independem da ação da usuária para manter sua eficácia, tornando-se importantes métodos para tais mulheres.

Mulheres convivendo com vírus da imunodeficiência humana

O planejamento de uma gestação em mulheres vivendo com HIV é de extrema importância para a redução de morbimortalidade materna e neonatal, incluído controle da transmissão vertical e redução do número de casos de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)¹⁹.

Diversos são os métodos contraceptivos disponíveis que previnem uma gestação não planejada e as DST. De acordo com a literatura científica, mulheres HIV+ podem utilizar qualquer método contraceptivo⁷. Entretanto, existem preocupações quanto ao uso dos contraceptivos e um potencial aumento de infecções pélvicas, sangramento vaginal e alteração da biodisponibilidade das drogas antirretrovirais (ARV)²⁰.

Os DIUs não devem ser inseridos (categoria 3-OMS) em mulheres com diagnóstico de AIDS (<200 células-T CD4/mm³ e/ou presença de infecção oportunista), pelo risco de infecção pélvica⁷. Entretanto, a continuação do uso dos DIUs nessas mulheres e nas vivendo com HIV sem diagnóstico de AIDS apresenta maior benefício do que risco (catego-

ria 2-OMS)⁷. Não foi demonstrado risco de progressão da doença ou de DST entre as usuárias dos contraceptivos reversíveis, incluindo os LARCs. Em relação à interação medicamentosa, os fármacos que induzem a enzima do citocromo P450 (CYP) podem aumentar a depuração de hormônios sexuais e reduzir a eficácia do contraceptivo. Não há estudo clínico de longo prazo avaliando o uso do LARC hormonal disponível no Brasil, implante de etonogestrel (ENG), em usuárias de terapia antirretroviral (TARV). Contudo, estudo de farmacocinética demonstrou que a administração de efavirenz diminuiu a biodisponibilidade de ENG liberada a partir do implante, podendo alterar sua eficácia contraceptiva. O mesmo estudo, no entanto, evidenciou que a coadministração de lopinavir/ritonavir aumentou a biodisponibilidade de ENG libertado a partir do implante, o que sugere que tal combinação antirretroviral não compromete a eficácia do implante ENG²⁰.

Conclusão

Os LARCs são consequência da evolução dos métodos contraceptivos e representam o melhor custo-benefício para o planejamento familiar geral, em especial no grupo de vulneráveis. Sua utilização deve ser incentivada e, quando necessária, desmistificada, para melhor adesão da paciente.

Leituras suplementares

- Ahluwalia I, Whitehead N, Bensyl D. Pregnancy intention and contraceptive use among adult women. *Matern Child Health J.* 2007;11(4):347-51.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais, 2006. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2006.
- Halbe Trussell J, Henry N, Hassan F, Prezioso A, Law A, Filonenko A. Burden of unintended pregnancy in the United States: potential savings with increased use of long-acting reversible contraception. *Contraception.* 2013; 87(2):154-61.
- Huber J. Pharmacokinetics of Implanon. An integrated analysis. *Contraception.* 1998;58(6 Suppl):855-90S.
- Mäkäräinen L, van Beek A, Tuomivaara L, Asplund B, Coelingh Bennink H. Ovarian function during the use of a single contraceptive implant: Implanon compared with Norplant. *Fertil Steril.* 1998;69(4):714-21.
- World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 2009.
- Mansour D, Gemzell-Danielsson K, Inki P, Jensen JT. Fertility after discontinuation of contraception: a comprehensive review of the literature. *Contraception.* 2011;84(5):465-77.
- World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), INFO Project. Family Planning: A global handbook for providers (2011 Update) [Internet]. Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2011. [cited 2015 Jan 09]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en/index.html
- LB Finer, MR Zolna. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception.* 2011;84:478-485.
- Zieman M, Hatcher RA. Managing contraception on the go. Tiger, GA: Bridging the Gap Foundation; 2012.
- Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(2):115.e1-7.
- Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, Petrosky E, Madden T, Eisenberg D, et al. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol.* 2011;5:1105-13.
- Klein JD, American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics.* 2005;116(1):281-6.

14. Sedgh G, Finer LB, Bankole A, Eilers MA, Singh S. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *J Adolesc Health*. 2015;56(2):223-30.
15. Secura GM, Madden T, McNicholas C, Mullersman J, Buckel CM, Zhao Q, et al. Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. *N Engl J Med*. 2014;371(14):1316-23.
16. Stevens-Simon C, Kelly L, Kulick R. A village would be nice but it takes a long-acting contraceptive to prevent repeat adolescent pregnancies. *Am J Prev Med*. 2001;21(1):60-5.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde a criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
18. United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Report on the global AIDS epidemic; July 2008 [Internet]. [cited 2015 Feb 15]. Available from: http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp
19. Sun M, Peipert JF, Zhao Q, Wilson TE, Weber KM, Sanchez-Keeland L, et al. Trends in contraceptive use among women with human immunodeficiency virus. *Obstet Gynecol*. 2012;4:783-90.
20. Vieira CS, Bahamondes MV, de Souza RM, Brito MB, Rocha Prandini TR, Amaral E, et al. Effect of antiretroviral therapy including lopinavir/ritonavir or efavirenz on etonogestrel-releasing implant pharmacokinetics in HIV-positive women. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;66(4):378.