

Estado da publicação: O preprint foi publicado em outro meio.

DOI do preprint publicado: <https://doi.org/10.1590/2358-2898202614811059p>

# LARC para adolescentes. Considerações sobre a incorporação do implante subdérmico com etonogestrel no Sistema Único de Saúde

Elaine Reis Brandão

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.14486>

Submetido em: 2025-12-09

Postado em: 2025-12-09 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

# saúde

EM DEBATE

ARTIGO DE OPINIÃO | *OPINION ARTICLE*

## **LARC para adolescentes. Considerações sobre a incorporação do implante subdérmico com etonogestrel no Sistema Único de Saúde**

*LARC for adolescents. Considerations on the incorporation of the etonogestrel subdermal implant into the Brazilian Unified Health System*

**Elaine Reis Brandão**

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

[brandao@iesc.ufrj.br](mailto:brandao@iesc.ufrj.br)

<https://orcid.org/0000-0002-3682-6985>

**RESUMO** O artigo aborda o debate público no país sobre a recente incorporação pelo Ministério da Saúde do implante subdérmico com etonogestrel no Sistema Único de Saúde (SUS) para adolescentes de 14 a 17 anos, mediante a portaria SECTICS/MS nº 48, de 08 de julho de 2025, publicada pela Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, após apreciação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). Ressaltam-se algumas dimensões estruturantes a serem consideradas nas políticas públicas de saúde voltadas à adolescência no que tange à educação em sexualidade, em sua matriz compreensiva e dialógica, às desigualdades e discriminações de gênero, à educação antirracista e não violenta, ao combate à violência sexual e de gênero, à garantia dos direitos sociais que permitam a afirmação da justiça reprodutiva entre nossas adolescentes e jovens. O cuidado em saúde no planejamento reprodutivo precisa ir muito além da estrita disponibilização de um método contraceptivo reversível de longa duração hormonal, cuja aceitabilidade e adaptação exigirá atenção à saúde de adolescentes, acompanhamento clínico periódico e respeito às suas decisões quanto a eventual remoção do dispositivo, antes do prazo de três anos.

**PALAVRAS-CHAVE** Planejamento familiar. Contracepção reversível de longo prazo. Gravidez na adolescência. Contracepção hormonal.

**ABSTRACT** *This article addresses the public debate in Brazil regarding the Ministry of Health's recent incorporation of the etonogestrel subdermal implant into the Unified Health System (SUS) for adolescents aged 14 to 17, through SECTICS/MS Ordinance No. 48 of July 8, 2025, published by the Secretariat of Science, Technology, Innovation, and Strategic Health Inputs, after review by the National Commission for the Incorporation of Technologies into the Unified Health System (CONITEC). It highlights some structural dimensions to be considered in public health policies aimed at adolescence: sexuality education, in its comprehensive and dialogical framework, gender inequalities and discrimination, anti-racist and nonviolent education, the fight against sexual and gender-based violence, and the guarantee of social rights that allow the affirmation of reproductive justice among our adolescents and young women. Health care in family planning needs to go far beyond the strict provision of a long-acting reversible hormonal contraceptive method, whose acceptability and adaptation will require attention to the health of adolescents, periodic clinical monitoring and respect for their decisions regarding the eventual removal of the device, before the three-year period.*

**KEYWORDS** *Family planning. Long-acting reversible contraception. Pregnancy in adolescence. Hormonal contraception.*

## Introdução

Há dez anos venho acompanhando o debate público internacional e nacional sobre os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (*long-acting reversible contraception*, LARC). Analisei preliminarmente as consultas públicas feitas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), do Ministério da Saúde, em 2015 (n.º 35 e n.º 36), quando a Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) interpelou a CONITEC para oferta de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC) para jovens mulheres de 15 a 19 anos no Sistema Único de Saúde (SUS). Na ocasião, os dois dispositivos solicitados foram o implante subdérmico com etonogestrel, com duração de três anos, e o sistema intrauterino com levonorgestrel, com duração de cinco anos. O Ministério da Saúde decidiu contrariamente à inclusão destes métodos na rede pública de saúde<sup>1</sup>.

Em seguida, a empresa Schering-Plough Indústria Farmacêutica Ltda solicitou à CONITEC, em abril de 2020, a incorporação do implante subdérmico com etonogestrel para mulheres adultas de 18 a 49 anos no SUS, sendo aberta a consulta pública n.º 01/2021, com a subsequente publicação da portaria SCTIE/MS n.º 13, de 19 de abril de 2021<sup>2</sup>, a qual tornou pública “a decisão de incorporar o implante subdérmico de etonogestrel, condicionada à

criação de programa específico, na prevenção da gravidez não planejada para mulheres em idade fértil: em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS”. Naquele momento (Governo Bolsonaro), a portaria suscitou intensos debates pelo fato do dispositivo não ter sido incorporado de forma universal no SUS, mas de modo seletivo, dirigido a mulheres consideradas “em situação de vulnerabilidade social”, reificando mecanismos de “reprodução estratificada”<sup>3,4,5,6,7</sup>.

Agora, em 2025, duas consultas públicas foram realizadas pela CONITEC (n.º 18 e n.º 37), a primeira por solicitação da empresa Organon Farmacêutica Ltda, em outubro de 2024, para ampliação do uso do implante subdérmico de etonogestrel para contracepção em mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos; e a segunda pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (MS) para inclusão do implante subdérmico de etonogestrel na prevenção da gravidez não planejada em adolescentes de 14 a 17 anos. O resultado de ambas as consultas públicas, discutidas na 142ª Reunião Ordinária da CONITEC, pelo Comitê de Medicamentos, em 02 de julho de 2025, foi favorável à incorporação do implante contraceptivo no SUS para ambos os segmentos, mulheres adultas e adolescentes. As respectivas portarias foram publicadas no Diário Oficial da União, nº 127, quarta-feira, 09 de julho de 2025. Assim, a Portaria SECTICS/MS nº 47, de 08 de julho de 2025 Torna pública a decisão de ampliar o uso, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, do implante contraceptivo subdérmico de etonogestrel para mulheres adultas entre 18 e 49 anos<sup>8</sup>; e a Portaria SECTICS/MS nº 48, de 08 de julho de 2025 Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o implante contraceptivo subdérmico de etonogestrel para adolescentes de 14 a 17 anos<sup>9</sup>. Os relatórios finais de recomendação da CONITEC (n.º 1019 e 1020) versando sobre ambas as decisões podem ser consultados<sup>10,11</sup>.

Em razão do tema da gravidez imprevista ser sempre de importância estratégica na vida das mulheres e pessoas com útero, especialmente de jovens e adolescentes, que têm seu futuro educativo e profissional comprometido, em um país que pune as mesmas com a interdição do aborto seguro, a contracepção ou o planejamento reprodutivo é inegavelmente uma política pública de suma relevância. Nesse sentido, a ampliação da oferta de contraceptivos no SUS é muito bem-vinda considerando o direito das mulheres e pessoas com útero de prevenirem uma gravidez.

A compreensão histórica e sociopolítica do contexto de produção de uma tecnologia, no caso o implante subdérmico hormonal, e seus usos ao longo do tempo são horizontes

importantes para situar do que estamos falando hoje<sup>12,13,14</sup>. As estratégias de governança reprodutiva,<sup>15</sup> nas últimas décadas, têm produzido consensos científicos e fomentado diversos consórcios multilaterais em prol da divulgação dos métodos LARC em continentes como África, Ásia ou América - Central e do Sul<sup>16,17</sup>. Nem sempre a extrema desigualdade social, étnico-racial ou de gênero que estrutura tais sociedades são enfrentadas politicamente, no sentido de se combater a pobreza que vitima sua população. Como no Brasil, a discussão sobre redistribuição de renda e justiça social é espinhosa, sendo mais fácil responsabilizar individualmente as mulheres ou pessoas com útero pobres pelo número de filhos tidos. Assim, as tecnologias contraceptivas transmudam-se em “tecnologias de salvação”<sup>18,6</sup>, com valores e significados que vão se transformando desde o “controle reprodutivo” e suas marcas eugênicas até o fetiche da absoluta liberdade e autonomia reprodutiva, engendradas pela penetração da lógica neoliberal na saúde. A cooptação do ideário de defesa dos direitos humanos (sexuais e reprodutivos) para promoção de tais tecnologias têm sido analisada por diversas investigadoras<sup>19,5</sup>.

Em suma, a tecnologia somente adquire sua função social e simbólica inserida em um contexto específico cujas condições permitam que ela seja conhecida e apropriada por suas usuárias e reivindicada como um direito, e não por imposição de profissionais de saúde ou gestores públicos. Mais do que a inclusão do implante subdérmico hormonal no SUS, preocupa-nos o árduo caminho para sensibilização, treinamento e habilitação da rede pública de serviços; das estratégias de comunicação ou divulgação utilizadas para adesão de potenciais pessoas interessadas, da inclusão concomitante da educação em sexualidade junto a adolescentes e jovens, em sua matriz compreensiva e dialógica. O entusiasmo técnico-científico e político com a recente portaria não deve obscurecer o fato de que tal geração precisa ter acesso a muitos direitos que lhes são negados. Inclusive o direito a ter elementos necessários para construção de escolha contraceptiva e autodeterminação reprodutiva, livre de constrangimentos que emanam de representantes do Estado sob o véu de ampliação do acesso a insumos modernos/estratégicos mas que se revertem, frequentemente, em forma de coerção contraceptiva/reprodutiva<sup>4</sup>.

Nesse sentido, o cuidado dispensado às adolescentes e jovens mulheres ou pessoas com útero precisa ser central nas estratégias de qualificação dos profissionais de saúde e de implementação desta portaria nos municípios e estados da federação. Aqui, considero “cuidado” nos termos de Mol, Poser e Polls<sup>20</sup> e Bellacasa<sup>21</sup>, como uma “intervenção intrinsecamente ética e política” (p.113), uma prática relacional que envolve humanos, suas corporalidades, tecnologias, afetos e direitos.

Em tal perspectiva analítica, o aconselhamento contraceptivo nos encontros entre potenciais usuárias (mulheres, pessoas com útero) e profissionais de saúde (médicas/os, enfermeiras/os, assistentes sociais, técnicas/os de enfermagem, agentes comunitárias de saúde) é essencial para uma escuta atenta, implicada e que crie vínculo entre ambos os lados. Não basta a simples prescrição de um método contraceptivo, uma solução biotecnológica para um problema complexo e eminentemente relacional – o exercício da sexualidade.

A vivência da sexualidade por adolescentes e jovens é permeada pelas hierarquias de gênero, pelo racismo, pela violência sexual, por recusas dos homens ao uso do preservativo externo, que protege de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), pela pressão entre grupos de pares, por coerções e muito pouco diálogo intergeracional, seja no par afetivo-sexual ou nos encontros com profissionais de saúde. Na maioria das vezes, a maternidade chega primeiro que a experiência do prazer sexual com o outro. Sendo assim, longe de supor que um método hormonal de longa duração possa ser a “solução” para tantos dissabores na vivência da sexualidade na adolescência e juventude, essa oportunidade ao alcance da população deve se transformar em momento de acolhimento para escuta empática e respeito aos desafios que se interpõem às mulheres e demais pessoas com útero desde cedo, principalmente aquelas que vivem em condições precárias, em territórios periféricos, zonas rurais, comunidades indígenas e quilombolas. Elas precisam conhecer melhor os efeitos colaterais de um método hormonal que, a despeito do entusiasmo médico e das injunções do mercado farmacêutico, podem fazê-las ter sangramentos, frequentes ou ocasionais, ou outras alterações fisiológicas comumente associadas aos métodos hormonais, além de saber que possivelmente os efeitos adversos sentidos serão tratados também com terapias hormonais.<sup>22</sup>

Sendo um insumo de custo elevado, agora disponível no SUS a mulheres e pessoas com útero de 14 anos a 49 anos, sua inserção precisa ser acompanhada de amplo esclarecimento dos riscos eventuais e potenciais benefícios, de rigoroso acompanhamento clínico nos casos em que a usuária deseja retirá-lo antes do prazo de três anos, por algum motivo, o que certamente desagradará gestores e profissionais de saúde, preocupados com suas metas institucionais e coberturas a alcançar. Vários trabalhos têm sinalizado como os serviços de saúde dificultam a retirada do dispositivo, por demanda da usuária, negligenciando suas queixas ou insistindo na sua continuidade, a despeito dos mal estares relatados.<sup>23,24</sup>

A descontinuidade dos métodos contraceptivos sempre nos aflige pela desproteção para a gravidez. Mas, vários estudos têm trazido o quanto os métodos hormonais provocam mal-estares, cefaleias, ganho de peso, alterações no fluxo menstrual levando muitas jovens a

desistirem de utilizá-lo em razão dos muitos efeitos colaterais, em geral, negligenciados e silenciados pelos profissionais de saúde, que minimizam ou mesmo ignoram suas críticas aos métodos em uso. A validação das experiências corporais das mulheres deve priorizar evidências que consideram suas trajetórias sexuais e reprodutivas, o acúmulo de vivências anteriores relativas ao exercício sexual e à contracepção<sup>25</sup>.

O implante subdérmico com etonogestrel ou qualquer outro método contraceptivo não pode se tornar panaceia aos nossos males decorrentes das desigualdades social, étnico-racial e de gênero que marcam profundamente a sociedade brasileira. Nossas adolescentes precisam de escolas decentes, de oportunidades de profissionalização, de segurança alimentar, de serem protegidas das violações e abusos sexuais que sofrem dentro de casa, nas famílias que deveriam ampará-las, de terem acesso ao aborto legal (e sem serem ameaçadas publicamente), de diversão, cultura e lazer, de poderem construir sonhos e projetos para o futuro, livres de relações abusivas, de feminicídios e de casamentos na infância.<sup>26</sup> Sem tudo isso, não serão felizes, ao contrário, serão subjugadas por terceiros, sofrendo os infortúnios do exercício da sexualidade.

A discussão dos métodos LARC hormonais precisa ser considerada com todo o rigor científico e ético, respeitando-se a autonomia e autodeterminação reprodutiva das adolescentes e jovens. Uma política pública que ampare adolescentes e jovens com útero precisa retomar uma educação compreensiva da sexualidade, desmontada na última década pela retórica da “ideologia de gênero”. Precisa enfrentar a violência sexual que vitima crianças e adolescentes, o racismo obstétrico, que provoca mortes desnecessárias, além de garantir o aborto previsto em lei no SUS. Sem o que chamamos de justiça reprodutiva<sup>27</sup> não será possível garantir um futuro digno às novas gerações.

## Referências

1. Omitida para revisão entre pares.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria SCTIE/MS nº 13, de 19 de abril de 2021. Diário Oficial da União 2021; 22 abr.
3. Cunha CC, Moreira MCN. Dimensões biopolíticas da Portaria nº 13/2021 do Ministério da Saúde: impactos nos direitos e no enfrentamento de estigmas de determinados grupos de mulheres. Cad. Saúde Pública 2021; 37(7): e00124621.
4. Omitida para revisão entre pares.
5. Omitida para revisão entre pares.
6. Omitida para revisão entre pares.
7. Omitida para revisão entre pares.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 47, de 08 de julho de 2025. Diário Oficial da União 2025; 9 jul.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 48, de 08 de julho de 2025. Diário Oficial da União 2025; 9 jul.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Relatório de Recomendação n.º 1019. Implante subdérmico de etonogestrel na prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas entre 18 e 49 anos. Brasília: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, 2025.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Relatório de Recomendação n.º 1020. Implante subdérmico de etonogestrel para contracepção em adolescentes de 14 a 17 anos. Brasília: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, 2025.
12. Watkins ES. From breakthrough to bust. The brief life of Norplant, the contraceptive implant. *Journal of Women's History* 2010; 22(3): 88-111.
13. Watkins ES. The social construction of a contraceptive technology: an investigation of the meanings of Norplant. *Science, Technology, & Human Values* 2011; 36(1): 33-54.
14. Pimentel ACL. et al. A breve vida do Norplant® no Brasil: controvérsias e reações entre ciência, sociedade e Estado. *Ciênc saúde coletiva* 2017; 22(1): 43-52.
15. Morgan LM, Roberts EF. Reproductive governance in Latin America. *Anthropol Med* 2012; 19: 241-53.
16. Bellagio consensus: Recommendations for action to increase access to highly effective, long-acting, reversible contraception. New York: Population Council, 2012.
17. Global consensus statement for expanding contraceptive choice for adolescents and youth to include long-acting reversible contraception. WHO 2015.
18. Biehl J. Descolonizando a saúde planetária. *Horizontes Antropológicos* 2021; 59: 337-59.
19. Hardon A. Contesting contraceptive innovation. *Reinventing the script. Soc Sci Med* 2006; 62: 614-27.
20. Mol A, Moser I, Pols J. Cuidado. Colocando a prática na teoria. *Novos Debates* 2023; 9(1): E9101.
21. Bellacasa MP. O pensamento disruptivo do cuidado. *Anuário Antropológico* 2023; 48(1): 108-33.
22. Guazzelli CA, Politano CA, Nadai MN, Santos Filho EF, Fontes TM, Pontes VB, Machado RB. Manejo do sangramento irregular com os contraceptivos reversíveis de longa ação. Sangramento irregular com os LARCs. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO): 2022.
23. Manzer JL, Bell AV. The limitations of patient-centered care: the case of early long-acting reversible contraception (LARC) removal. *Soc Sci Med* 2022; 292:114632.
24. Higgins JA, Kramer RD, Ryder KM. Provider bias in long-acting reversible contraception (LARC) promotion and removal: perceptions of young adult women. *Am J Public Health* 2016; 106 (11): 1932-37.
25. Downey MM, Arteaga S, Villasenõr E, Gomez AM. More than a destination: contraceptive decision making as a journey. *Women's Health Issues* 2017; 27(5): 539-45.

26. WHO guideline on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in low-and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2025.
27. Ross LJ. Reproductive justice as intersectional feminist activism. *Souls* 2017; 19(3): 286-314.

### **Contribuição**

Elaine Reis Brandão: concepção do trabalho, redação e revisão crítica.

Recebido em: 20/08/2025

Aprovado em: 26/08/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: Os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: processo CNPq/PQ n.º 307789/2022-5

## Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.