

UNIVERSIDADE DE UBERABA
CURSO DE FARMÁCIA

BÁRBARA LANDIM DA SILVA

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU): estudo qualitativo da utilização do DIU

UBERABA – MG

2023

BÁRBARA LANDIM DA SILVA

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU): estudo qualitativo da utilização do DIU

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade de Uberaba
como requisito para a conclusão do Curso
de Farmácia.

Orientador: Renata Frange

UBERABA – MG

2023

BÁRBARA LANDIM DA SILVA

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU): estudo qualitativo da utilização do DIU

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado á Universidade de Uberaba
como requisito para a conclusão do Curso
de Farmácia.

Orientador: Renata Frange

Prof.(a) Renata Cristina da Cunha Frange – Orientadora

Dedico este trabalho para minha mãe Silvia Landim

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades durante o processo.

A minha mãe Sílvia pelo amor, incentivo, apoio incondicional e principalmente por não ter permitido que eu desistisse diante dos obstáculos. Hoje, posso afirmar que toda a sua luta foi válida.

Ao meu pai Izidro pelo suporte oferecido através da figura paterna ao longo de toda minha vida, pelo respeito diante das minhas escolhas e pela paciência de realizar os deveres de casa comigo quando eu ainda era criança. Certamente tudo isso contribuiu para que eu enxergasse nos estudos o caminho para prosperar.

A Universidade de Uberaba, pela oportunidade de fazer o curso.

Aos professores que me acompanharam ao longo do curso de farmácia e que, com empenho, se dedicam à arte de ensinar.

A minha orientadora professora Renata Frange, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos, além da orientação acadêmica e confiança no meu trabalho.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte de minha formação e do meu caminho até aqui: o meu muito obrigado.

“Reze e trabalhe, fazendo de conta que esta vida é um dia de capina com sol quente, que às vezes custa muito a passar, mas sempre passa. E você ainda pode ter muito pedaço bom de alegria... Cada um tem a sua hora e a sua vez: você há de ter a sua.” - João Guimarães Rosa

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo verificar e analisar o perfil das mulheres submetidas à inserção do DIU: objeto sólido de formato variável, altamente efetivo, sendo o contraceptivo reversível mais utilizado e administrado com segurança à maioria das mulheres, incluindo adolescentes e nulíparas. São classificados em dois grupos principais: não medicados/de cobre e medicados/hormonais. O primeiro grupo apresenta como mecanismo de ação a prevenção da fertilização através de reação inflamatória estéril que produz lesão tecidual mínima, a qual age como espermicida. Já os do segundo grupo, denominados de Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel (SIU-LNG) tornam o muco cervical espesso e hostil à penetração do espermatozóide, inibindo a sua motilidade. O estudo mostrou predomínio de mulheres na faixa etária de 20 a 30 anos, solteiras, com escolaridade nível superior completo, sem filhos e dentre as que são mães apresentam apenas 1 filho, usuárias do DIU no período de 1 a 2 anos, optantes pelo método por iniciativa própria, têm como critério prevalente de escolha pelo dispositivo o planejamento familiar, com maior adesão pelo modelo Mirena[®], estão satisfeitas com os resultados oferecidos pelo método e apresentam efeitos colaterais, sendo os mais comuns: acne e ganho de peso. Em contrapartida, verificaram-se baixas porcentagens de mulheres na faixa etária entre 18 e 19 anos, divorciadas, com baixa escolaridade, com filhos e dentre estas as que apresentam 4 filhos ou mais, usuárias do DIU há 5 anos ou mais, optantes pelo método com base em indicação médica, com critério prevalente de escolha secundário ao planejamento familiar, com adesão aos modelos de Diu de prata e cobre, insatisfeitas com o método, sem efeitos colaterais na amostra. Diante disso, conhecer as características das mulheres que escolhem o DIU como método contraceptivo possibilita o desenvolvimento de estratégias específicas para quebrar as barreiras organizacionais e individuais à adesão deste método. O perfil das mulheres do estudo sugere a necessidade de novos protocolos baseados em evidências de forma que os grupos específicos sejam atingidos com exposição e linguagem adequadas dos profissionais de saúde a partir de uma qualificação abrangente com ênfase em grupos relevantes, mas sub-representados. Os resultados indicam a necessidade de mais estudos que possam correlacionar outros aspectos relacionados às mulheres como o estudo da dor, reações adversas e complicações de forma a trazer segurança na oferta e na inserção para ampliar o perfil das mulheres que inserem o DIU.

Palavras-chave: Dispositivo Intrauterino; Mulheres; Método Contraceptivo; Usuárias.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Contraceptivos Intrauterinos disponíveis no Brasil.....	13
Figura 2	Faixa etária das mulheres que utilizam o DIU.....	16
Figura 3	Grau de escolaridade das mulheres que utilizam o DIU	17
Figura 4	Estado civil das usuárias de DIU.....	18
Figura 5	Mulheres que são mães.....	19
Figura 6	Número médio de filhos das mulheres que utilizam o DIU.....	19
Figura 7	Tempo de utilização do DIU.....	20
Figura 8	Escolha do método contraceptivo.....	21
Figura 9	Razões de escolha do DIU como método contraceptivo.....	22
Figura 10	Modelos de DIU utilizados pelas entrevistadas.....	23
Figura 11	Satisfação relacionada ao uso do DIU.....	25
Figura 12	Apresentação de efeitos colaterais ou complicações.....	27
Figura 13	Efeitos colaterais e complicações do DIU.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EUA	Estados Unidos da América
DIU	Dispositivo Intrauterino
BEMFAM	Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SIU - LNG	Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel
LARC	Long- Acting Reversible
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
APS	Atenção Primária à Saúde
SIU	Sistema Intrauterino
OMS	Organização Mundial da Saúde
DIU - LNG	Dispositivo Intrauterino com Levonorgestrel
DIU - Cu	Dispositivo Intrauterino com Cobre
MAC	Método Anticoncepcional

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. MATERIAL E MÉTODO	15
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
4. CONCLUSÃO.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

O Planejamento familiar é um direito de mulheres, homens e casais e está amparado pela Constituição Federal, em seu artigo 226, parágrafo 7º, e pela Lei 9.263, de 1996, que o regulamenta.

Assim, é recurso utilizado para a programação de gravidez de forma consciente e desejada, sendo tema presente à medida que ocorrem avanços na cobertura das ações de atenção à saúde da mulher (PIERRE; CLAPIS, 2010; BRASIL, 1988 -1996).

Desse modo, a anticoncepção corresponde ao uso de técnicas com a finalidade de impedir que o relacionamento sexual resulte em prole indesejada. Reconhecem-se dois grupos principais: os métodos reversíveis tais como: comportamentais, de barreira, Dispositivos intrauterinos, hormonais e de emergência. E os definitivos como a esterilização cirúrgica feminina e a esterilização cirúrgica masculina (FINOTTI, 2015).

Dentre os métodos contraceptivos, destaca-se o Dispositivo Intrauterino (DIU), objeto sólido de formato variável, altamente efetivo, com taxas de gravidez inferiores a 0,4% (ou quatro mulheres a cada mil) no primeiro ano (BRASIL, 2018).

O primeiro relato quanto ao surgimento do Diu inicia-se ainda na Grécia Antiga, no ano de 400 a.C, quando Hipócrates utilizava objetos inseridos na cavidade uterina através de um tubo de chumbo (FINOTTI, 2015).

Contudo, a utilização e estudo do DIU iniciam-se no século XX na Alemanha, em 1909, com a inserção pelo Dr. Richards Richter de anéis feitos de intestino de bichos de seda dentro do útero de mulheres. Posteriormente, o também médico Ernst Gräfenberg substituiu os bichos de seda por anéis feitos de prata, cobre, níquel e zinco como dispositivos mais eficazes. Apesar da boa repercussão, o método foi interrompido devido á toxicidade dos elementos químicos, os quais causavam infecções e até câncer nas usuárias (FINOTTI, 2015).

Em 1963, os Estados Unidos da América (EUA), com o crescimento populacional descontrolado e a necessidade de tratar o tema como questão de saúde pública, criaram o dispositivo Bimberg composto de polietileno, apresentando boa eficácia e utilização de 90%. Sua estrutura era composta por um arco de formato inferior retangular (MISHELL, 1998).

Sucessivamente, vários dispositivos foram criados, como o Dalkon Shields, cuja cauda com múltiplas fibras em junção envoltas por uma capa, foi inserido em mais de 2 milhões de mulheres americanas.

Apesar da alta eficácia de 1,1%, o erro no desenvolvimento de sua estrutura permitia a proliferação de bactérias na cavidade uterina, causando mortes. Assim, teve sua produção suspensa. A partir disso, o grau de confiança nos dispositivos intrauterinos caiu drasticamente. Apenas em 1969, esse cenário foi alterado com a criação do Diu de Cobre, o qual se mostrou seguro e eficaz (FINOTTI, 2015).

No Brasil, a assistência quanto à saúde da mulher se deu por meio de mudanças profundas no século XX, como a crise político-econômica da década de 1960, quando o país acaba por ceder às instituições financeiras internacionais e as pressões dos Estados Unidos da América (EUA) para a criação de uma política demográfica de controle de crescimento populacional. Através disso, houve uma nova interpretação humanística sobre as questões sexuais e reprodutivas. (CARCERERI et al., 2016).

Como resultado, O Instituto Brasileiro de Assistência à Família foi fundado em 1965 (BEMFAM) para a distribuição de anticoncepcionais gratuitamente, mas sem a garantia de acompanhamento médico. Este projeto foi criado com recursos arrecadados por meio de empréstimos internacionais para propagar a ideologia intervencionista, havendo a construção de novos hospitais e clínicas, bem como a formação de novos profissionais de saúde habilitados em procedimentos de esterilização. (CARCERERI et al., 2016)

Uma ideologia centrada na contracepção como mecanismo de controle de natalidade, não foi reconsiderada até 1975. Em 1984, as esferas íntimas, sexuais e reprodutivas no conceito de saúde começam a ser desenhadas com a idealização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), trazendo ações voltadas à conscientização e educação sobre o tema, levando o planejamento reprodutivo como parte das políticas públicas de saúde da mulher. (BRASIL, 1996; CARCERERI et al., 2016).

Este projeto considerado paralelo e partilhado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) proporcionou à mulher acompanhamento médico e ampla disponibilização de medicamentos gratuitos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), incluindo pílulas anticoncepcionais hormonais e outros métodos. (MS, 2002; MS, 2019).

O DIU se apresenta como o contraceptivo reversível mais utilizado e a segunda alternativa de planejamento reprodutivo de longo prazo depois da esterilização (UNITED

NATIONS, 2019). Pode ser administrado com segurança à maioria das mulheres, incluindo adolescentes e nulíparas, além de utilizado após o parto e o aborto espontâneo, tendo uma taxa de uso sustentado de 85% em um ano e efeitos colaterais conhecidos (MORAIS, 2021).

Os DIUs são classificados em dois grupos principais: não medicados/de cobre e medicados/hormonais. O primeiro grupo apresenta como mecanismo de ação a prevenção da fertilização através de reação inflamatória estéril que produz lesão tecidual mínima, a qual age como espermicida. Entre os DIUs de cobre mais usados, são três os mais eficazes: o TCu380A, o TCu-220C e o MLCu-375. Podem ser utilizados dentro da cavidade uterina por até 12 anos (FINOTTI,2015).

Já os do segundo grupo, denominados de Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel (SIU-LNG), representado pelos modelos Mirena® e Kyleena® possuem um reservatório com 52 mg de levonorgestrel, 32 mm de comprimento e libera 20 µg de levonorgestrel por dia através da membrana de controle pelo prazo de 5 anos.

Figura 1 – Contraceptivos Intrauterinos disponíveis no Brasil



Fonte: <https://www.drajulianatribeiro.com.br/>

Os principais mecanismos de ação são: muco cervical espesso e hostil à penetração do espermatozóide, inibindo a sua motilidade no colo, no endométrio e nas tubas uterinas, prevenindo a fertilização. Alta concentração de levonorgestrel no endométrio, impedindo a resposta ao estradiol circulante, forte efeito antiproliferativo no endométrio, além de inibição da atividade mitótica do endométrio e manutenção da produção estrogênica, o que possibilita uma boa lubrificação vaginal (FINOTTI, 2015).

Como contraindicação para a inserção do DIU, tem-se a infecção inflamatória pélvica aguda ou crônica, endometrite, cervicite mucopurulenta, anormalidades uterinas como útero bicornu, septado ou com intensa estenose cervical, câncer de colo uterino e intenso fluxo

menstrual. Como efeito adverso, há a possibilidade do aumento do fluxo menstrual e o aparecimento transitório de cólicas menstruais (BRASIL, 2018).

Levando em consideração o exposto, o presente estudo tem como objetivo identificar os principais efeitos colaterais e a interferência destes na qualidade de vida das pacientes, as complicações após a inserção dos modelos de DIUS disponíveis, além das correlações de fatores como paridade, idade, escolaridade, estado civil e número de filhos.

2. MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo é de natureza longitudinal observacional, tendo como objetivo avaliar a ocorrência de sintomatologias e complicações em mulheres durante o uso dos diversos modelos do DIU.

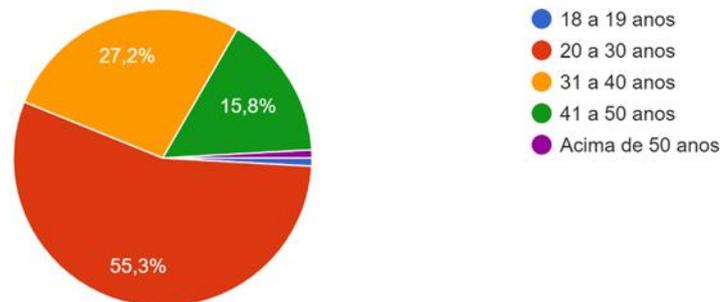
Foi realizado a partir das respostas coletadas por formulário virtual do Google Forms, aplicado entre o período de 23/11/22 a 05/12/22, contando com 114 participantes exclusivamente usuárias dos diversos modelos de Dispositivo Intrauterino.

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

Segundo os resultados obtidos durante a entrevista realizada com mulheres que utilizam o DIU, observou-se que 55,3% apresentam idade entre 20 a 30 anos, já 27,2% estão na faixa etária entre 31 a 40 anos, 15,8% das entrevistadas têm entre 41 a 50 anos, 0,9% tem idade acima de 50 anos e 0,9% entre 18 e 19 anos de idade (figura 2).

Observa-se que a maior incidência de mulheres que estão utilizando o dispositivo intrauterino está na faixa etária dos 20 a 30 anos.

Figura 2 – Faixa etária das mulheres que utilizam o DIU



Tal achado pode ser explicado pelo fato de que o intervalo corresponde ao pico reprodutivo do sexo feminino. Conforme dados encontrados em pesquisa realizada em 2009, a escolha dos LARCs por mulheres jovens está relacionada com gravidez anterior. Como o número de gestações indesejadas nesse grupo é alto, a eficácia dos LARCs atrai essas mulheres enquanto elas tentam evitar a recorrência de gravidez indesejada (BARROS, 2012).

Já a condenação pessoal da atividade sexual na adolescência e início da juventude, aliado a incerteza técnica quanto à prescrição do dispositivo intrauterino por parte de alguns profissionais de saúde impedem a disseminação desse método contraceptivo na faixa etária de 18 a 19 anos, embora sua eficácia e segurança tenham sido estabelecidas. Dessa forma, os baixos índices de uso do DIU nesse grupo, podem ser devido a fatores externos e não a escolha livre e ciente acerca do método contraceptivo (BORGES, 2016).

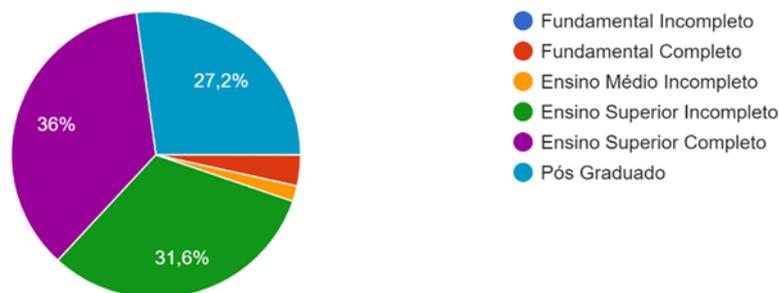
Na amostra, o número de participantes de 31 a 50 anos que utilizam o DIU também diminuiu com o aumento da idade, o que pode estar relacionado à tendência das mulheres mais

velhas de planejarem o número de filhos, escolhendo assim, certos métodos de contracepção, como a esterilização. Segundo estudos representativos do declínio acentuado e do baixo nível da fecundidade no Brasil e México, observou-se que, para os dois países, a prevalência de esterilização neste grupo está relacionada à proximidade do final do seu período reprodutivo. Entre as mulheres na faixa de 35 a 49 anos o percentual chega a quase 80%, sendo indicativo do maior acesso deste grupo a outros tipos de métodos (BARROS, 2012).

Posteriormente, quanto ao grau de escolaridade, tem-se que 36% apresentam Ensino Superior Completo, em contrapartida, 31,6% não terminaram o Ensino Superior. Apenas 27,2% apresentam Pós-graduação, 3,5% Ensino Fundamental Completo e 1,8% têm como grau escolar o Ensino Médio completo. Nenhuma das entrevistadas possui Ensino Fundamental Incompleto (figura 3).

Observa-se que a maior quantidade de usuárias de DIU tem como nível de escolaridade o ensino superior completo.

Figura 3 – Grau de escolaridade das mulheres que utilizam o DIU



Esses dados descrevem que mulheres com maior escolaridade aderem mais a esse método contraceptivo, o que demonstrou um valor acima da média nacional, em que 26,3% da população possuem o ensino médio completo, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios Contínua, realizada pelo IBGE em 2016 (BRASIL, 2019).

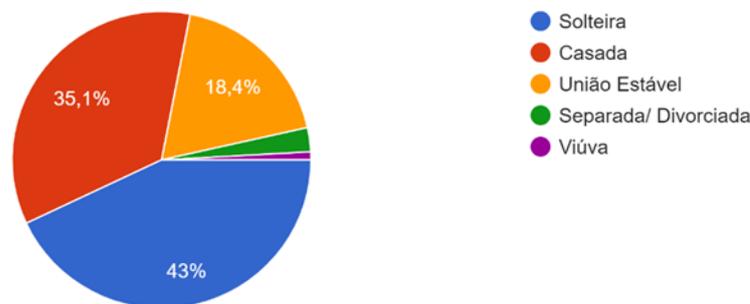
Essa relação pode ter a ver com a facilidade de acesso dessas mulheres à informação sobre os métodos anticoncepcionais e sua diversidade, incluindo os métodos mais inovadores. Por outro lado, mulheres menos instruídas tendem a aceitar o mito sobre o DIU como verdade. Estudos internacionais relataram uma proporção significativa de equívocos sobre dispositivos intrauterinos na APS e sugerem a intervenção direta de aconselhamento especializado na

validação do conhecimento das mulheres sobre o método para aumentar a probabilidade de adesão ao DIU (MORAIS, 2021).

Conforme a pesquisa, 43% das usuárias são solteiras, em contrapartida, 35,1% são casadas e 18,4% vivem em união estável. Tão somente, 2,6% são divorciadas e 0,9% das mulheres viúvas (figura 4).

Observa-se que a maior incidência de mulheres que utilizam o DIU é de solteiras.

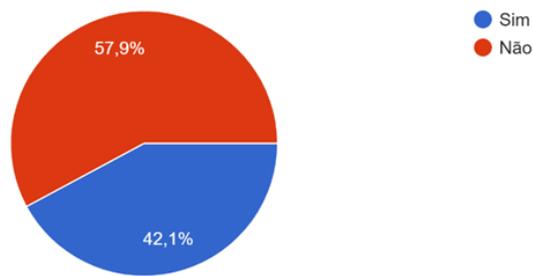
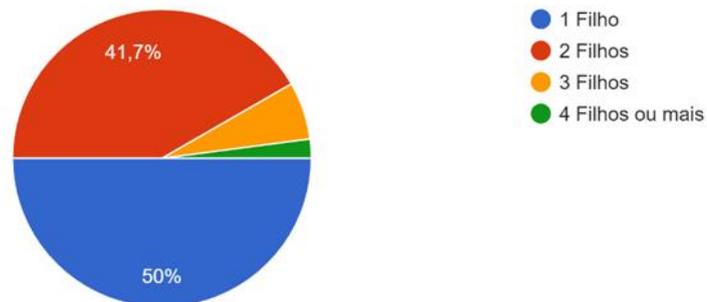
Figura 4 – Estado civil das usuárias de DIU



As informações acerca do estado civil das entrevistadas divergem do consenso da literatura. Segundo estudo publicado em 2009, 86% de 100 mulheres que utilizam esse método são casadas ou têm companheiro permanente (REGIANINI, 2009). Esse é um dos critérios de elegibilidade para o uso do DIU como método contraceptivo desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2007 (HOPKINS, 2007).

Quanto a paridade, 57,9% das entrevistadas não têm filhos, em contrapartida, 42,1% são mães (figura 5). Em relação ao número médio de filhos por mulher, 50% das entrevistadas têm apenas 1 filho, 41,7% 2 filhos. Por outro lado, dentre as usuárias, 6,3% possuem 3 filhos e 2,1% têm 4 filhos ou mais (figura 6).

Observa-se que a maior incidência de mulheres que utilizam o DIU não possui filhos e dentre aquelas que são mães, apenas 1 filho.

Figura 5 – Mulheres que são mães**Figura 6** – Número médio de filhos das mulheres que utilizam o DIU

Diante do exposto, tem-se que as mulheres com filhos são mais propensas a usar LARCs, dentre estas, as com um ou dois filhos têm taxas de adesão ao LARC mais altas em comparação com aquelas com três ou mais. A escolha a longo prazo da contracepção reversível por essas mulheres sem filhos pode refletir a autonomia reprodutiva que conquistaram por meio da educação e da independência financeira, característica de um grupo feminino bem instruído e inserido no mercado de trabalho (MORAIS, 2021).

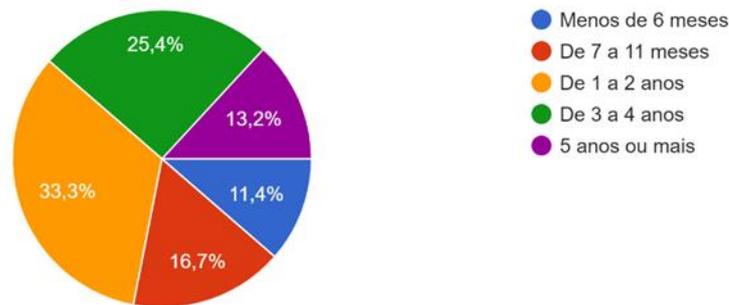
Conforme estudo realizado por Thiery (1983) e Kisnisci (1985), com base em informações obtidas nos históricos ginecológicos das usuárias, 52,5% das pacientes tiveram apenas um filho, confirmando a drástica redução das taxas de fecundidade no Brasil. Em 1950, a média de filhos por mulher era de 6, mas em 2000 caiu para 1,6 filhos por mulher por ano.

Ao analisar o tempo de uso do DIU, 33,3% das mulheres entrevistadas utilizam entre 1 a 2 anos, em quanto 25,4% estão com o dispositivo no período de 3 a 4 anos, já 16,7% usam

entre 7 a 11 meses. Concomitante, 13,2% usam há 5 anos ou mais e 11,4% usam há menos de 6 meses (figura 7).

Observa-se que, dentre as usuárias do Dispositivo Intrauterino, em relação ao tempo de uso, a maior incidência é de 1 a 2 anos.

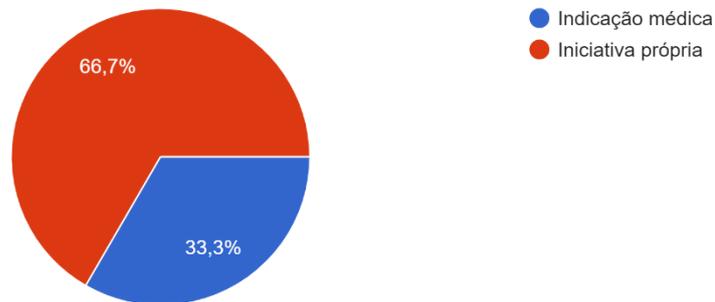
Figura 7 – Tempo de utilização do DIU



Os efeitos do dispositivo, além da contraceção, são benéficos para a maioria das usuárias, visto que reduz o fluxo menstrual ou provoca a amenorreia com o passar dos meses, além de diminuir as cólicas. Os dados encontrados acerca do tempo de utilização do DIU são condizentes com o relatado em estudo de Phillips (2017), no qual das 956 mulheres que colocaram DIU e foram observadas por 5 anos, 57,7% continuaram a usar o DIU por 2 anos, 41,2% aos 3 anos e 32,6% aos 4 anos. Após 5 anos o uso de levonorgestrel ou cobre diminuiu significativamente para 28,1% e 23,8%, respectivamente. A duração média de uso foi de 2,84 anos, e uma diferença nas taxas de persistência entre as usuárias de DIU-LNG e DIU-Cu apareceu em 4 anos, mas não em 5 anos.

Além disso, acerca da escolha do método contraceptivo, 66,7% das mulheres optaram pelo DIU por iniciativa própria, enquanto 33,3% passaram a fazer uso após indicação médica (figura 8).

Diante da observância dessa variável, tem-se a prevalência de mulheres que iniciaram o uso do DIU sem o auxílio de um profissional da saúde.

Figura 8 – Escolha do método contraceptivo

O uso do DIU por iniciativa das pacientes deve-se ao acesso dessas mulheres a internet para conhecer melhor o método ou tirar dúvidas. Embora tal cenário seja positivo por um lado devido ao fácil acesso à informação, deve-se notar que nem todos os sites sobre controle de natalidade são confiáveis. Um estudo norte-americano constatou que a qualidade das informações sobre o DIU disponíveis em sites especializados é inconsistente, com cerca de metade fornecendo informações incorretas, o que pode contribuir para manter o método subutilizado. Contrariamente há evidências de que as intervenções educativas aumentaram a proporção de atitudes positivas sobre o SIU e que as mulheres com conhecimento prévio do método mostraram-se mais interessadas em usá-lo (MADDEN, 2016).

A razão pela qual o uso após indicação médica é apenas de 33,3% pode estar centrada no fato de que se trata de um método estigmatizado, tanto entre mulheres quanto entre profissionais de saúde. Um estudo realizado por Potter (2014), com adolescentes americanas descobriu que a maioria não achava que o DIU era o método adequado para elas. Ou seja, as adolescentes não incluem o DIU na lista de métodos anticoncepcionais indicados para sua faixa etária. No entanto, a OMS considera o DIU seguro para a maioria das mulheres, incluindo as que nunca tiveram gravidez prévia e adolescentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

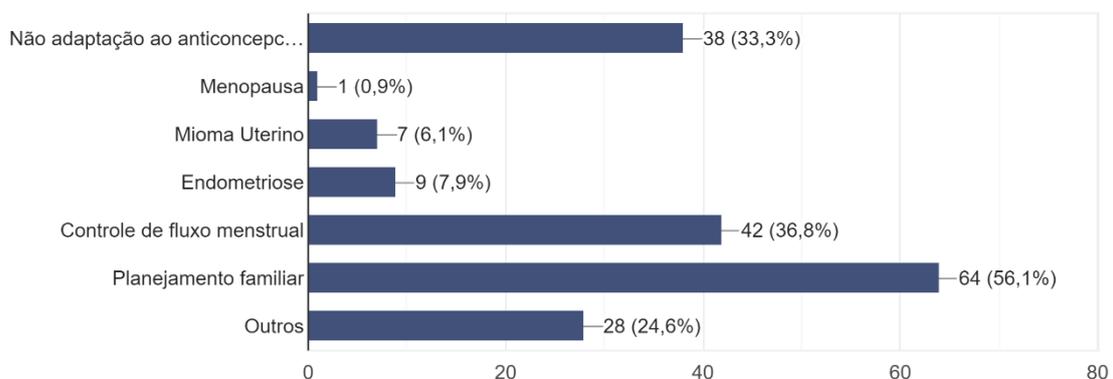
Portanto, esses achados podem refletir barreiras impostas pela assistência à saúde que erroneamente estabelecem a idade mínima de 18 anos como critério para a disponibilização do DIU, acabando por contribuir para a incompreensão entre mulheres, potenciais usuárias e profissionais de saúde (GONZAGA, 2017). Além do fato de muitas mulheres não cogitarem o uso do DIU pelos motivos já citados, existem barreiras à assistência à saúde devido ao desconhecimento dos critérios de indicação e/ou idade. Por exemplo, observações da cidade de Minas Gerais indicam que exames complementares, como hemograma e ultrassom, são

necessários antes da implantação do DIU, os quais não constam nos protocolos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Quando questionadas sobre os motivos que influenciaram na escolha do DIU como método de anticoncepção, 56,1% das entrevistadas referem planejamento familiar, enquanto 36,8% declararam ser devido a controle de fluxo menstrual, 33,3% a não adaptação ao anticoncepcional oral e 24,6% por outros motivos. Antagonicamente, 7,9% das mulheres que responderam á pesquisa, apresentam como razão a endometriose, 6,1% relatam mioma uterino e 0,9% menopausa (figura 9).

Os resultados demonstram a prevalência do planejamento familiar como critério importante para escolha do DIU como método.

Figura 9 – Razões de escolha do DIU como método contraceptivo.



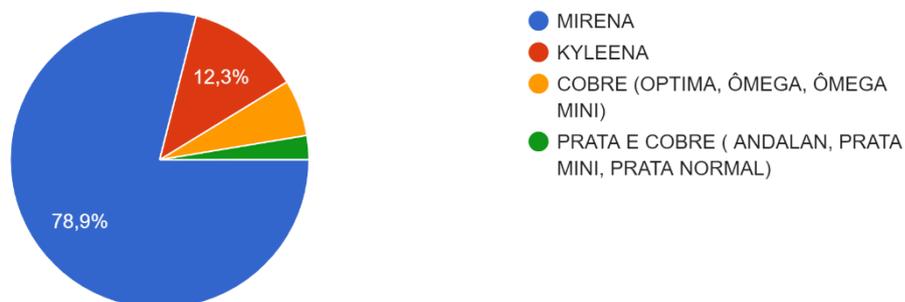
Apesar do planejamento familiar ser o fator predominante para a escolha do DIU, conforme estudo isso se deve apenas a aflição social em relação a criação da prole e o anseio de vivenciarem gestações de risco que podem comprometer a saúde reprodutiva. O principal motivo para adoção do método é na verdade sua segurança para evitar gravidez, evidenciando que este fator é mais importante até mesmo que seus possíveis efeitos colaterais. A facilidade e praticidade do uso do MAC também é o motivo da escolha das mulheres por esse método (SILVA, 2015). Esta conclusão é apoiada por outro estudo, que mostra que a eficácia do MAC é um fator importante que supera os possíveis efeitos colaterais. Os cientistas dizem que

métodos cirúrgicos ou de longo prazo, como dispositivos intrauterinos (DIUs) e injeções, são escolhidos porque evitam os rituais de uso e cirurgia (SILVA, 2015).

Ao analisar o modelo de DIU utilizado pelas 114 mulheres que responderam ao formulário, 78,9% declararam-se usuárias do Mirena®, em contrapartida, 12,3% do Kyleena®. Já as demais, 6,1% inseriram as diversas variações do DIU de Cobre (Óptima, ômega, ômega mini) e 2,6% os modelos do DIU de Prata e Cobre (Andalan, Prata Mini e Prata Normal).

Constatou-se que há maior adesão das participantes pelo Mirena®.

Figura 10 – Modelos de DIU utilizados pelas entrevistadas



A maior adesão pelos DIUs-LNG pode ser explicada da seguinte forma: O American College of Obstetricians and Gynecologists e o National Institute for Health and Care Excellence relataram que o DIU hormonal deve ser a primeira escolha para mulheres que desejam contracepção por ser um método comprovadamente eficaz que não exige manutenção diária (NELSON, 2017 e SCHMIDT, 2015).

O DIU Mirena® tem como principal motivo para a sua alta indicação a redução e o tratamento do volume menstrual em excesso (MURRAY, 2018). Os benefícios também podem ser observados quanto a redução da doença inflamatória pélvica, pois a progesterona contida no aparelho faz com que o muco cervical engrosse, impedindo o acesso dos espermatozoides até o útero (MIRANDA, 2018).

Já o DIU Kyleena®, graças à dose reduzida de levonorgestrel (19,5mg), é o único método intrauterino disponível no Brasil para prevenir sangramento menstrual intenso ou

proteger o endométrio contra terapia hormonal pós-menopausa, além de tratar distúrbios como miomas uterinos, endometriose e adenomiose (PEARSON, 2022; PEREIRA, 2021).

Além disso, tem como vantagem uma inserção mais fácil e menos desconforto para a paciente devido ao tamanho pequeno do dispositivo (GEMZELL-DANIELSSON, 2012). Portanto, é recomendado principalmente para mulheres com canal cervical ou cavidade uterina pequenas, mulheres jovens e nulíparas (PEARSON, 2022). Ao mesmo tempo, é um método com menos efeitos colaterais, causando apenas pequenas alterações no peso da paciente, alterações de humor e um efeito menor na libido (PEREIRA, 2021).

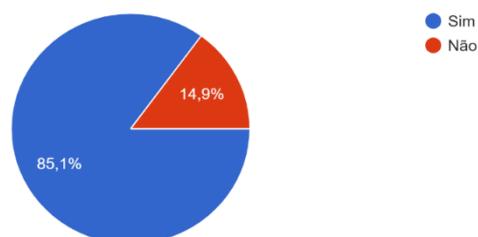
A baixa adesão das entrevistadas pelos modelos de Cobre e Prata + Cobre refere-se aos efeitos colaterais comumente associados ao seu uso: aumento do sangramento e a intensificação de cólicas menstruais. Segundo a World Health Organization (2015), decorrências muito raras incluem a doença inflamatória pélvica e a perfuração da parede uterina. O câncer não foi associado ao seu uso.

Com relação a satisfação geral das entrevistadas, 85,1% expressaram estar satisfeitas com os resultados oferecidos pelo DIU, enquanto 14,9% referiram descontentamento.

Para as pacientes que responderam “NÃO”, as razões para a insatisfação com o método são: Devido a presença dos seguintes efeitos colaterais: acne, dor pélvica, dor de cabeça, oleosidade, ganho de peso, hirsutismo, aumento de cólica menstrual, desconforto durante a relação sexual, fluxo menstrual extremo e recorrente, endometriose, anemia, instabilidade de humor, alteração hormonal.

Verificou-se que as mulheres usuárias do Dispositivo Intrauterino estão em sua maioria satisfeitas.

Figura 11 – Satisfação relacionada ao uso do DIU



Das pacientes que optam pelo DIU, a maioria relata satisfação com o método devido a segurança em relação a contracepção, a durabilidade de 5 anos do dispositivo e por não ser necessário a ingestão de pílulas anticoncepcionais todos os dias (SCHIMIDT, 2015). Além disso, há a possibilidade de retorno rápido da fertilidade com a retirada do DIU (PERRIERA, 2016).

Tal fato corrobora com dados encontrados nos estudos de Holanda (2013), em que 85% das 209 mulheres entrevistadas ficaram satisfeitas com o método. Confirmando sua eficácia e aceitação pelas usuárias devido à sua longa vida útil como mostrado em pesquisa de Steinberg JR (2021), de 1.077 mulheres que usam contracepção reversível, aquelas que usam DIU em detrimento de implante, pílula, adesivo ou anel tiveram menos probabilidade de mudar o método. De todas as entrevistadas, aquelas que estão muito satisfeitas e totalmente confiantes em seu uso correto são as mais propensas a relatar que não têm planos de troca.

Em relação a presença de efeitos colaterais após a inserção, das 114 participantes 75,4% relataram ter apresentado algum evento adverso, enquanto 24,6% inseriu o DIU sem nenhuma reação não pretendida. (figura 12).

Dentre os efeitos relatados pelas usuárias, os principais foram o aumento de acne (47,7%), ganho de peso (31,4%), irregularidade menstrual e queda de cabelo (29,1%). Além disso, o aumento de corrimento vaginal (26,7%), dor pélvica (25,6%) e cólica menstrual (22,1%) também estiveram presentes.

Apenas 16,3% relataram dores de cabeça, 14% referiu outras reações adversas, 12,8% apresentaram dor durante a relação sexual, 10,5% tiveram sangramento anormal e aumento de fluxo. Por fim, cerca de 8,1% das entrevistadas afirmaram infecções e 1,2% perda de peso. (figura 13).

Verificou-se que a grande maioria das usuárias apresentaram efeitos colaterais, sendo os mais comuns: acne e ganho de peso.

Figura 12 – Apresentação de efeitos colaterais ou complicações.

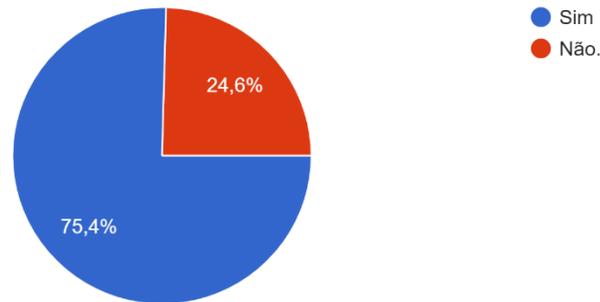
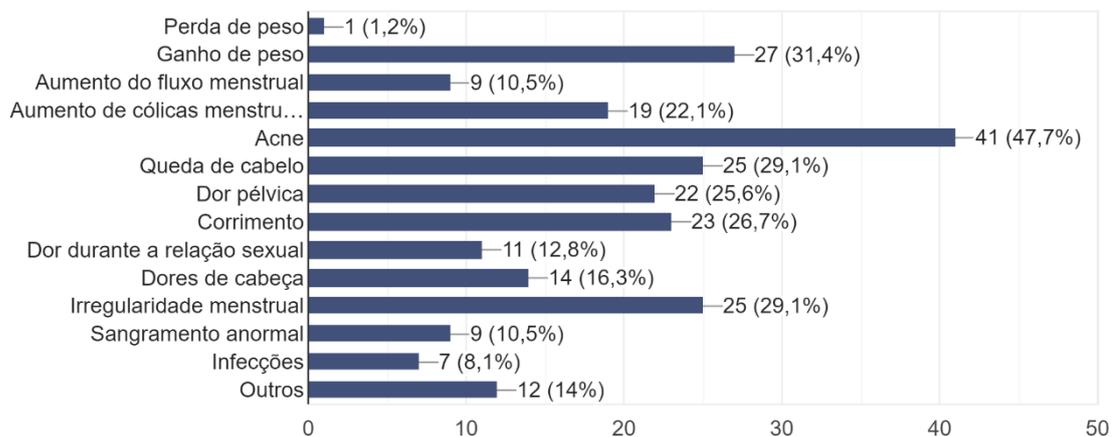


Figura 13 – Efeitos colaterais e complicações do DIU



Diante do exposto, alguns estudos mostraram que mulheres mais velhas com filhos são mais tolerantes aos efeitos do DIU, particularmente sangramento e dor, portanto, as taxas de interrupção devido a esses sintomas são menores nesse grupo. No entanto, nenhum estudo na literatura constatou que as mulheres mais jovens tiveram mais ou menos efeitos colaterais do que as mulheres mais velhas (CORRÊA, 2022).

4. CONCLUSÃO

Mediante a análise da pesquisa realizada, conclui-se que os dispositivos intrauterinos hormonais e não hormonais apresentam características específicas em relação à sua indicação, eficácia, repercussões sistêmicas e principalmente os efeitos colaterais.

Acne, dor de cabeça, oleosidade, ganho de peso, hirsutismo, aumento de cólica menstrual, desconforto durante a relação sexual, fluxo menstrual extremo e recorrente, endometriose, anemia, instabilidade de humor, alteração hormonal e surgimento de doenças inflamatórias pélvicas demonstrou estar intimamente relacionado às principais complicações do método.

Por outro lado, quando é bem indicado e inserido por um profissional qualificado, torna-se um dos métodos com o menor índice de falha no que se refere à gravidez indesejada.

Dessa forma, observa-se que ambos DIU's apresentam prós e contras, cabendo ao médico priorizar para aquela mulher qual dispositivo o benefício supera os malefícios no que tange ao desejo da paciente, podendo ser a contracepção, regulação do ciclo menstrual ou até mesmo o tratamento de patologias.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Danyella da Silva *et al.* Dispositivo Intrauterino na Atenção Primária a Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Paraíba, v. 16, n. 43, p. 2821-2821, 30 maio 2021. Anual. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2821](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2821).

Barros JVS, Wong LLR. Prevalência, conhecimento e tipos de métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres, segundo o tipo de união: um estudo para Brasil e México. XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. São Paulo: ABEP; 2012. <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1950>

Borges ALV, Fujimori E, Kuschnir MCC, Chofakian CBDN, Moraes AJPD, Azevedo GD, et al. ERICA: sexual initiation and contraception in Brazilian adolescents. *Rev saúde públ.* 2016; 50: 15s. <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/114204>

BRASIL. IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua, 2019. Rendimento de todas as fontes 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101709_informativo.pdf

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, PROTOCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA: SAÚDE DAS MULHERES. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 230 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. Manual técnico para profissionais de saúde: DIU com cobre TCu 380A. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. “**Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências**”. Brasília, 12 de janeiro de 1996. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm

CARCERERI, D. R.; SANTOS, E. K. A.; TOGNOLI, H.; OLIVEIRA, M. C.; et al. (Orgs.). **Atenção integral à saúde da mulher: medicina**. 3. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. 120 p.

https://unarus.ufsc.br/atencao_basica/files/2017/10/Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Mulher-ilovepdf-compressed.pdf

FINOTTI, Marta *et al.* Manual de Anticoncepção. São Paulo: **Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)**, 2015.

<https://central3.to.gov.br/arquivo/494569/>

GEMZELL-DANIELSSON, Kristina; SCHELLSCHMIDT, Ilka ;APTER, Dan. A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena. *Fertility and Sterility*, v.97, n.3, p.616-622.e3, 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22222193/>>.

Gonzaga VAS, Borges ALV, Santos OA, Santa Rosa PLF, Gonçalves RFS. Organizational barriers to the availability and insertion of intrauterine devices in Primary Health Care Services. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/6sW3wZNcTJ53586zcsrmv5q/?lang=en&format=pdf>

HOLANDA, A.A.R. et al. Controvérsias acerca do dispositivo intrauterino: uma revisão. *Rev. Femina*, vol. 41, n.3, maio/junho, 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n3/a3812.pdf>

HOPKINS, Johns et al. Planejamento Familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde. 2007. Elaborado pela Organização Mundial de Saúde - Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisas. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304_por.pdf;jsessionid=04C857DD5F89796075A46112ACE71307?sequence=6

Kisnisci H, Champion CB. A study of delta intrauterine devices in Ankara, Turkey. *Int J Gynaecol Obstet*. 1985 Feb;23(1):51-4. doi: 10.1016/0020-7292(85)90011-6. PMID: 2860033. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2860033/>

LOPES, Raquel Rabelo de Sá *et al.* Development and validation of a tool for competence assessment of the insert of the intrauterine device. **Revista Brasileira de Saúde Materno**

Infantil, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 283-295, jun. 2022. Anual. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202200020006>

Madden T, Cortezb S, Kuzemchakb M, Kaphingst KA, Politi MC. Accuracy of information about the intrauterine device on the internet. *Am J Obstet Gynecol*. [Internet]. 2016; 214(4):499.e1–499.e6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00188214>

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)**. Brasília, Distrito Federal, 2019. <https://www.gov.br/conitec/pt-br>

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. Secretaria de Política de Saúde Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar**. Brasília, Distrito Federal, 2002. <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>

MIRANDA, T.; MAGULLES SIMÓ, PAU. Aspectos éticos del uso del DIU Mirena(R) en el tratamiento de la hemorragia menstrual severa. *Cuad. bioét*, p. 159–176, 2018. MURRAY, Catriona ; ROKE, Christine. Who can afford a Mirena® for contraception? *Journal of Primary Health Care*, v.10, n.3, p.201, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31039933/>>.

MISHELL, DR Jr. Intrauterine devices: mechanisms of action, safety, and efficacy. *Contraception*. 1998 Sep;58(3 Suppl):45S-53S; quiz 70S. doi: 10.1016/s0010-7824(98)00082-1. PMID: 9807692. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9807692/>

MORAIS, Ianna Gil de Farias *et al*. Perfil das mulheres submetidas à inserção do dispositivo intrauterino de cobre na Atenção Primária à Saúde de municípios da Paraíba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 16, n. 43, p. 2649-2649, 14 jul. 2021. Anual. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2649](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2649).

MURRAY C., ROKE C. Who can afford a Mirena for contraception? *Journal of Primary Health Care*, vol. 10 n 3 september 2018.

NELSON, Anita L. LNG-IUS 12: a 19.5 levonorgestrel-releasing intrauterine system for prevention of pregnancy for up to five years. *Expert Opinion on Drug Delivery*, v.14, n.9, p.1131–1140, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28696796/>>.

PIERRE, Luzia Aparecida dos Santos *et al.* Family Planning in a Family Health Unit. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 18, n. 6, p. 1161-1168, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692010000600017>.

PEARSON, Suzanne; BOERMA, Clare J; MCNAMEE, Kathleen; *et al.* Long-acting reversible contraceptives: New evidence to support clinical practice. **Australian Journal of General Practice**, v.51, n.4, p.246–252, 2022. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35362008/>>.

PEREIRA, Carmelim; TABATA PERES CARDOSO; ISABELA GERTUDES BATALHÃO. A IMPORTÂNCIA DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU). **Revista Científica**, v.1, n.1, 2021. Disponível em: <<https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/526>>.

PERRIERA, L. K. *et al.* Return of Spontaneous Menses and Fertility After Removal of the Liletta Levonorgestrel Intrauterine System [40]. **Obstetrics & Gynecology**, v. 127, n. Supplement 1, p. 123S124S, maio 2016.

PHILLIPS, S. J. *et al.* Continuation of copper and levonorgestrel intrauterine devices: a retrospective cohort study. **Am J Obstet Gynecol**, v. 217, n. 57, p. e1-6, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5810132/>

Potter J, Rubin SE, Sherman P. Fear of intrauterine contraception among adolescents in New York City. **Contraception**. 2014 May;89(5):446-50. doi: 10.1016/j.contraception.2014.01.011. Epub 2014 Jan 21. PMID: 24560479; PMCID: PMC4141332. Disponível em : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24560479/>

REGIANINI, Heloisa Adas. Perfil das pacientes submetidas à inserção de dispositivo intra-uterino no centro de saúde dos ingleses. 2009. 54 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/119711>

SILVA, Camila Mariana de Araújo; SOUZA, Maria das Dores; SALIMENA, Anna Maria de Oliveira; GOMES, Delmar Teixeira; PAIVA, Carla Cardi Nepomuceno de. **Autonomia ou indução: fatores associados na escolha do método contraceptivo**. 2015. 14 v. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014. Cap.14. Disponível em:

file:///E:/Download/userojs,+artigo+5+Enfermagem+Brasil+v14n4+Anna+Maria+de+Oliveira+Salimena%20(3).pdf. Acesso em: 30 abr. 2023.

SCHMIDT, Elizabeth O.; JAMES, Aimee; CURRAN, K. Michele; et al. Adolescent Experiences With Intrauterine Devices: A Qualitative Study. **Journal of Adolescent Health**, v.57, n.4, p.381–386, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26126950/>>.

Steinberg JR, Turner BE, Weeks BT, Magnani CJ, Wong BO, Rodriguez F, Yee LM, Cullen MR. Analysis of Female Enrollment and Participant Sex by Burden of Disease in US Clinical Trials Between 2000 and 2020. *JAMA Netw Open*. 2021 Jun 1;4(6):e2113749. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.13749. PMID: 34143192; PMCID: PMC8214160.

Thiery M, Laufe L, Parewijck W, van der Pas H, van Kets H, Derom R, Defoort P. Immediate postplacental IUD insertion: a randomized trial of sutured (Lippes Loop and TCu220C) and non-sutured (TCu220C) models. *Contraception*. 1983 Oct;28(4):299-313. doi: 10.1016/0010-7824(83)90032-x. PMID: 6365448. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6365448/>

UNITED NATIONS. Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet, 2019. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf

World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. [Internet]. Geneve; 2015 . Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>