

PREVALÊNCIA DE NULÍPARAS QUE OPTARAM POR DIU NO PERÍODO DE 2014-2017 NA UBS SÃO CRISTÓVÃO EM CASCAVEL/PR

BYLAARDT, Jennifer¹
GRIEP, Rubens²
POSSOBON, Adriano³

RESUMO

O planejamento reprodutivo está cada vez mais disseminado por todo mundo. Com utilização de diversos métodos contraceptivos, visa prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada. Nesse projeto será discutido o método contraceptivo DIU de cobre. Cada vez mais há um aumento na utilização do DIU, visto que é um contraceptivo, seguro, eficaz, não dependente de tomadas diárias, e com poucos efeitos colaterais. Ainda pode ser colocado na Unidade Básica de Saúde, não precisa internar, e é um procedimento rápido.

PALAVRA-CHAVE: contraceptivo, DIU, saúde.

PREVALENCE OF NULLIPAROUS THAT OPTED FOR IUDS IN 2014-2017 PERIOD IN THE BASIC HEALTH UNIT SÃO CRISTÓVÃO IN CASCAVEL/PR

ABSTRACT

Reproductive planning is increasingly disseminated all over the world. With use of various contraceptive methods, aimed at prevention of sexually transmitted diseases and unwanted pregnancy. This project will be discussed the copper IUD contraceptive method. Increasingly there is an increase in the use of the IUD, since it is a contraceptive, safe, effective, non-dependent daily shots, with few side effects. Can still be placed on Basic Health Unit, no need to admit, and it's a quick procedure.

KEYWORDS: contraceptive, IUD, health.

1. INTRODUÇÃO

O planejamento reprodutivo é um conjunto de ações que regula a fecundidade. Juntam pessoas de todas as idades com vida sexual ativa com ou sem parceiros fixos, adultos, jovens e adolescentes. Também aconselha e prepara os que pretendem iniciar a vida sexual. Visa controlar e amparar a geração de um filho. Tais condições de planejamento são orientadas, no Brasil, pela lei nº 9263/1996 (BRASIL, 2016).

O desejo de programar o intervalo entre gestações e decidir o número de filhos que o casal quer ter é o ideal para o planejamento reprodutivo. Com tantos métodos contraceptivos é possível deixar que o casal escolha o melhor e o que atenda às necessidades deles. É importante saber também do desejo de se ter outro filho, dos efeitos adversos de cada método e a facilidade do uso (FREITAS *et al*, 2011).

¹ Aluna de Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: jennifer_bylaardt@hotmail.com

² Orientador. Professor do Centro Universitário FAG. E-mail: rgriep@gmail.com

³ Co-orientador. E-mail: possobon@msn.com

Um dos métodos contraceptivos mais usados no mundo é o dispositivo intrauterino (DIU), principalmente em países emergentes. São mais de 150 milhões de mulheres que usam o DIU (FREITAS *et al*, 2011).

O DIU de cobre dura até 10 anos após sua inserção e pode ser retirado a qualquer momento se apresentar algum problema ou se a mulher desejar outro filho. Sua eficácia é alta, sendo que a cada 100 mulheres a falha é em torno de 0,6 a 0,8 mulheres ao ano. O uso do DIU pode trazer alguns efeitos secundários que devem ser explicados a paciente como: alterações dos ciclos menstruais, aumento da intensidade das cólicas, aumento no volume e dias da menstruação. Não protege contra as DSTs. Porém a recuperação da fertilidade após sua retirada é imediata, não interfere nas relações sexuais, não interage com outras medicações e pode ser usado no período puerperal já que não interfere na quantidade ou qualidade do leite produzido (BRASIL, 2016).

O FDA aprovou uso do DIU de Cobre para mulheres nulíparas, que não eram monogâmicas e as que tinham história prévia de DST já tratadas até o momento da inserção. A citologia cervical pré colocação e screening de infecções do trato genital inferior também foram excluídos do processo para colocação do DIU (FREITAS *et al*, 2011).

Diante do exposto, percebemos a importância de uma anticoncepção adequada, aliadas a um planejamento familiar e informação junto ao paciente. O DIU é uma forma de anticoncepção muito eficaz e de longa duração que pode evitar gravidez indesejada e retorno a fertilidade imediata logo após sua retirada.

Com base nisso se instituiu o seguinte problema: a prevalência de nulíparas que colocaram DIU nos anos 2014-2017 na UBS São Cristóvão. Buscando resolver esse problema objetivou-se demonstrar a prevalência de nulíparas que aderiram o método contraceptivo ao longo dos anos 2014-2017. E de modo específico temos que coletar os dados da UBS São Cristóvão das mulheres que aderiram ao método contraceptivo-DIU. Avaliar a quantidade de nulíparas que colocaram DIU. Comparar os dados obtidos com outras pesquisas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. PLANEJAMENTO FAMILIAR

A cultura do Brasil era considerada familiar e pro-natalista. O incentivo para o aumento de número de filhos por mulher era devido a altas taxas de mortalidade, pela expansão colonial

portuguesa, pela ocupação do território e aumento do mercado interno. O planejamento familiar foi considerado um direito dos cidadãos e casais pelo governo brasileiro após a Conferência Mundial de População de Bucareste de 1974. A primeira ação do estado a oferecer o planejamento familiar foi o Programa de Saúde Materno-infantil lançado em 1977. Entretanto foi considerado um programa limitado por considerar a mulher apenas no âmbito materno (ALVES, 2004).

A procura por métodos contraceptivos se propagou desde 1960, foi nesta época também que diminuiu a média de número de filhos por mulher (ALVES, 2004). Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 2006) em 2006 a taxa de fecundidade era de 1,8 contra 2,3 registrados em 1996 e mais de 4 filhos por mulher na década de 60. Dos nascimentos de 2001 a 2006 apenas 54% foram planejados, 28% eram desejados, porém mais tarde e 18% não queriam ter filhos.

Ainda sobre o planejamento familiar tem-se a lei 9263 publicada em 1996, que garante métodos, acesso igualitário aos cidadãos e técnicas para regulação da fecundidade.

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

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

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade (BRASIL, 1996).

Tabela 1 – Distribuição relativa das mulheres unidas de 15 a 44 anos, segundo o uso de métodos anticoncepcionais e tipo de método por classe econômica. Brasil, PNDS 1996 e 2006.

Ano/método	média-baixa		Alta-média		Total
	Baixa	Média	alta	Total	
1996					
Não usa	35,1	22,8	16,4	13,7	22,1
Esterilização feminina	36,5	39,9	37,6	40,4	38,5
Esterelização					
masculina	0,6	1	3,7	8,5	2,8
Pílula	18,5	24,8	26,5	18,2	23,1
Condom	1,6	4,3	5,5	7,8	4,6
Outros métodos	1,8	2,4	4	3,6	3
Abstinência periódica	2	2,3	2,8	6,1	2,9
Coito interrompido	4	2,6	3,5	1,6	3
Total	100	100	100	100	100
2006					
Não usa	26,3	21,3	16,8	15	18,4
Esterilização feminina	32,3	29,7	25,1	20,2	25,9
Esterelização					
masculina	1	1,8	4,2	13,3	5,1
Pílula	24,1	26,3	30,2	23,9	27,4
Condom	10,3	11,7	12,8	16,4	13

Outros métodos	3,6	6,1	7,7	7,7	7
Abstinência periódica	0,5	1,5	0,9	1	1
Coito interrompido	1,9	1,7	2,2	2,5	2,1
Total	100	100	100	100	100

Fonte: PNDS 1996 e 2006 adaptado pelos autores

Tabela 2 – Distribuição relativa das mulheres unidas de 15 a 44 anos, segundo o uso de métodos anticoncepcionais e tipo de método por anos de estudo. Brasil, PNDS 1996 e 2006.

Ano/método	Nenhum	1-4	5-7	8/mais	Total
		anos	anos		
1996					
Não usa	33,5	26,4	21,4	16	22,1
Esterilização feminina	47,4	41,1	35,6	35,9	38,5
Esterelização					
masculina	0,2	1,6	2,1	4,8	2,8
Pílula	7,7	20	28,4	25,7	23,1
Condom	2,7	2,8	4,6	6,7	4,6
Outros métodos	2	2,4	2,5	4	3
Abstinência periódica	2,2	2	1,9	4,4	2,9
Coito interrompido	4,2	3,3	3,3	2,5	3,1
Total	100	100	100	100	100
2006					
Não usa	22,9	20,1	21,6	16,6	18,4
Esterilização feminina	49,9	39,5	25,2	20,5	25,9
Esterelização					
masculina	0,2	3,2	3,6	6,4	5,1
Pílula	16,4	22,2	27,1	30	27,4
Condom	6	7,2	14,9	14,8	13
Outros métodos	0,4	4,3	6	8,4	7
Abstinência periódica	1,2	0,6	0,3	1,4	1
Coito interrompido	3,1	2,9	1,4	1,9	2,1
Total	100	100	100	100	100

Fonte: PNDS 1996 e 2006 adaptado pelos autores

O governo Federal lançou a “Política Nacional de Planejamento Familiar” em 2007. Tem por finalidade ofertar métodos contraceptivos para homens e mulheres que estão em idade reprodutiva, ainda disponibiliza essa compra em farmácias populares sob baixo custo. Em 2008 ficou por conta do ministério da saúde a compra e distribuição de insumos para estados e municípios (ARMITAGE, 2008).

2.2 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Os métodos contraceptivos são para impedir que alguma relação sexual resulte em gravidez e na transmissão de DSTs. É usada para constituir uma prole programada, como é o desejo dos pais, no planejamento reprodutivo. Esses métodos podem ser classificados de variadas maneiras. Os reversíveis que podem ser: comportamentais, método de barreira, dispositivo intrauterino, hormonais e o de emergência. Já os métodos irreversíveis são esterilização cirúrgica feminina e masculina (FINOTTI, 2015).

A escolha do método é um passo muito importante feita pela paciente. Ela deve ter prioridade em sua escolha, sempre revelando todos os efeitos de cada método. Depois da escolha é preciso verificar as contraindicações que a usuária possa ter, levando em consideração a clínica de cada uma (FINOTTI, 2015).

Em um estudo realizado em 1992 no estado de São Paulo mostrou q 78,8% das entrevistadas tinham vida sexual e destas 62,2% faziam uso de métodos contraceptivos contra 34,8% que não usavam. Os métodos mais utilizados na época da entrevista eram: 42,9% esterilização, 35,3% usavam anticoncepcionais orais, 5,2% preservativos, 4,8% vasectomia, 1,6% DIU e outros métodos menos citados 1,4% (SCHOR *et al*, 2000).

2.2.1 Anticoncepcionais orais

Foi introduzido no mercado em 1960 e desde então os anticoncepcionais se destacam como um dos fármacos mais estudados. Os anticoncepcionais orais combinados são compostos de progestogênio e estrogênio, o principal estrogênio é o etinilestradiol. O índice de Pearl é de 0,2 a 3 em cada 100 mulheres por ano. Elas agem bloqueando a ovulação, impedindo o pico do hormônio luteinizante (LH). É o principal método de ação das pílulas e é chamado de bloqueio gonadotrófico (FINOTTI, 2015).

Os anticoncepcionais são contraindicados em casos de doença tromboembólica prévia, história de tumor que é estrogênio dependente, doença hepática ativa, sangramento uterino anormal de causa desconhecida, gestação, doença vascular coronária ou cerebral, trombofilias, doença valvar cardíaca (FREITAS *et al*, 2011). As complicações cardiovasculares, embora raras, são as que mais preocupam as pacientes que usam esses métodos. Tromboembolismo venoso, infarto miocárdio e acidente vascular cerebral estão entre as complicações mais temida (FINOTTI, 2015).

2.2.2 Anticoncepcionais injetáveis

Os anticoncepcionais injetáveis também podem ser combinados ou só com progestágenos. Apresentam as mesmas contraindicações dos anticoncepcionais orais. Podem ser aplicados mensalmente ou trimestral, via intramuscular. São uma opção para os pacientes que não lembram de tomar todo dia a pílula, boas principalmente para adolescentes, que aceitam bem esse método com maior tempo de continuidade (FREITAS *et al*, 2011). O índice de Pearl varia de 0,3 a 3 mulheres em cada 100 (FINOTTI, 2015).

2.2.3. Anel vaginal

O anel vaginal flexível é de acetato de vinil e tem hormônios combinados como o etinilestradiol e etonogestrel. Deve ser inserido no canal vaginal pela usuária, que ao contato com o epitélio começa o seu efeito. Depois de 3 semanas deve ser retirado para que ocorra sangramento, retornando com um novo anel quando completar 7 dias ou menos (PEREIRA, TAQUETTE, 2005). O índice de Pearl varia de 0,3 a 3 mulheres em cada 100 (FINOTTI, 2015).

2.2.4. Adesivo transdérmico

O adesivo transdérmico libera etinilestradiol e norelgesterona, e deve ser trocado a cada 7 dias. A norelgesterona resulta em levonorgestrel após metabolismo hepático. As concentrações séricas são obtidas logo após colocação. A farmacocinética do adesivo difere do oral pois não há flutuações hormonais, então mesmo que tenha atraso de dois dias ainda há eficácia contraceptiva. Pacientes com mais de 90 Kg podem ter uma redução da eficácia, não sendo recomendado esse método. O adesivo pode ser aplicado no abdome inferior, parte externa do braço ou superior das nádegas, em pele limpa e seca. Usar um adesivo a cada 7 dias, e fazer a troca no mesmo dia da semana da primeira aplicação, pressionar durante 10 segundos para que as bordas fiquem bem adheridas. Usar por 21 dias e ao final esperar 7 dias para que ocorra o sangramento (FREITAS *et al*, 2011).

2.2.5. Implantes subdérmicos

O implante subdérmico contém apenas progestogênio. A taxa de liberação na quinta e sexta semanas é de 60-70 microgramas ao dia e reduz a 25-30mcg/dias no final do terceiro ano de uso. O implante é colocado no tecido subcutâneo, abaixo da pele, na parte interna do braço, com duração de 3 anos. Espessa o muco cervical e dificulta passagem do esperma, também impedem a ovulação em 50% dos ciclos. Boa opção para quem deseja método duradouro, o retorno da fertilidade é de três semanas após retirada do implante. Pode apresentar como efeitos colaterais amenorreia, ciclos irregulares, acne e ganho de peso (PEREIRA, TAQUETTE, 2005).

2.2.6. DIU

O dispositivo intrauterino de cobre (DIU) é eficaz no controle da natalidade, possui duração de até 10 anos. O DIU T Cu 380A é constituído por polietileno coberto com cobre na haste vertical e horizontal, não possuindo látex em sua composição. O DIU é eficaz, de longo prazo, reversível, não é dependente das usuárias como outros métodos, não possui muitos efeitos adversos (GIORDANO. M, GIORDANO. L, PANISSET, 2015). A eficácia é alta, sendo que a cada 100 mulheres a falha é em torno de 0,6 a 0,8 mulheres ao ano (BRASIL, 2016).

O Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel (SIU-LNG) libera 20 µg de levonorgestrel por dia, que estabiliza em torno de 11 µg/dia ao final de 5 anos e tem uma reserva de 52 mg. A circulação no plasma já ocorre em 15 minutos após sua inserção. O tempo para uso de SIU-LNG é em torno de 5 anos. Os principais mecanismos de ação são: um muco cervical espesso e desfavorável ao espermatozoide, que inibe o seu movimento e impede a fertilização, não tem resposta de estradiol circulante devido ao levonorgestrel, e um efeito antiproliferativo do endométrio. Tem uma eficácia alta com índice de Pearl de 0,1 (FINOTTI, 2015).

2.2.7. Método de barreira

O preservativo antigamente era feito de intestino de animais, e só foi produzido em larga escala em 1840, devido à grande produção de látex. Hoje já existem outros materiais como o poliuretano ou elastômeros sintéticos, que transmitem calor do corpo, são finos, não tem cheiro e são transparentes.

Os preservativos de látex ou outros métodos de barreira diminuem o risco de ter alguma doença sexualmente transmissível (BEREK, NOVAK, 2010).

2.2.8. Métodos comportamentais

Esse método tem índices de falha grande, principalmente nos adolescentes. Ajudam na contracepção quando associados a métodos de barreira. Evitar relações sexuais nos dias com possibilidade de ovulação, por isso é preciso conhecer o ciclo menstrual, o que dificulta para os jovens, já que na maioria são ciclos irregulares (FREITAS *et al*, 2011).

O óvulo permanece vivo por 24 horas, já a viabilidade do espermatozoide 5 dias, por isso o período fértil compreende 6 dias em cada ciclo. O casal não pode fazer sexo vaginal nesse período para evitar gravidez. O mecanismo de ação é que evita o encontro desses gametas. Ainda assim mesmo com uma mesma mulher o ciclo pode variar. Também pode usar preservativo ou diafragma, porém são de baixa eficácia e ainda são utilizados no período mais fértil. Existe um dispositivo eletrônico que através de testes bioquímicos ou temperatura podem dizer o período fértil (FINOTTI, 2015).

2.2.9. Esterilização

A esterilização cirúrgica masculina ou feminina, deve ser realizada para casais com prole completa e consciente que este método não é reversível. A vasectomia que pode ser realizada com anestesia local liga o ducto deferente, é eficaz e segura. Não afeta o desempenho sexual e nem o aspecto do sêmen. Já na laqueadura, faz obstrução do lúmen tubário, então impede o encontro dos gametas femininas e masculinos. A localização do procedimento cirúrgico é no istmo. O índice de Pearl é de 0,1 a 0,3 por 100 mulheres ao ano (FREITAS *et al*, 2011).

O número de mulheres que realiza esterilização feminina é baixo antes dos 25, mas a partir dessa idade o número aumenta, 40% nas mulheres de 35-39 anos e até 51% nas mulheres unidas de 45-49 anos (BRASIL, 2006).

2.2.10. Anticoncepção de emergência

A anticoncepção de emergência é um método anticonceptivo que evita a gravidez após a relação sexual, diferente de outros métodos que previnem antes ou durante a relação sexual. É conhecido como a pílula do dia seguinte e utiliza concentrações de hormônios por curto período de tempo após o sexo (BRASIL, 2005). Único que pode ser utilizado depois da relação sexual, como em casos de estupro, não utilização de outros métodos ou falha deles (BASTOS.S, SIQUEIRA.D.M, 2013).

Única contraindicação é para gravidez confirmada, o resto todas as mulheres podem usar o método com segurança, mesmo se tiverem contraindicação ao uso de anticoncepcionais hormonais combinados. E as que tem classificação categoria 2 da Organização Mundial da Saúde são as com antecedentes de AVC, tromboembolismo, enxaqueca severa ou diabetes com complicações vasculares (BRASIL, 2005).

2.3. DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE (DIU)

O dispositivo intrauterino de cobre (DIU) é eficaz no controle da natalidade, possui duração de até 10 anos. O DIU T Cu 380A é constituído por polietileno coberto com cobre na haste vertical e horizontal, não possuindo látex em sua composição. O DIU é eficaz, de longo prazo, reversível, não é dependente das usuárias como outros métodos, não possui muitos efeitos adversos (GIORDANO.M, GIORDANO.L, PANISSET, 2015). A eficácia é alta, sendo que a cada 100 mulheres a falha é em torno de 0,6 a 0,8 mulheres (BRASIL, 2016).

Tabela 3 – Percentual de efetividade (eficácia) e continuidade de diferentes anticoncepcionais durante o primeiro ano de uso do método (OMS1).

Anticoncepcional	Uso perfeito ou correto	Uso habitual ou comum	Uso contínuo (%)
Muito efetivos			
Implante	0,05	0,05	78
Vasectomia	0,1	0,15	100
Sistema intrauterino de LING	0,2	0,2	81
Esterilização feminina	0,5	0,5	100
DIU de cobre	0,6	0,8	78
Efetivos			
Lactação e Amenorréia	0,9	2	(*)
Injetáveis mensais	0,3	3	56

Pílulas combinadas	0,3	3	68
Pílulas progestagênicos	0,3	3	68
Anel vaginal	0,3	3	68
Adesivo	0,3	3	68
Moderadamente efetivos			
Condom masculino	2	16	53
Abstinência períodos férteis	2 a 5	(*)	51
Diafragma com espermicida	6	16	(*)
Pouco efetivo			
Coito interrompido	4	27	42
Espermicida isolado	18	29	

Fonte: FINOTTI, M. Manual de anticoncepção-São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015, adaptado pelos autores.

Ainda não se sabe o mecanismo de ação do DIU de cobre. Mas acredita-se que o cobre faça mudanças bioquímicas e morfológicas no endométrio e muco cervical. Também afeta a subida dos espermatozoides e provoca danos aos óocitos, apesar de não inibir a ovulação (GIORDANO, GIORDANO e PANISSET, 2015).

O DIU pode ser indicado para qualquer mulher que queira um método confiável, reversível, de longo prazo e independente do coito. É indicado principalmente a mulheres que amamentam (já que o uso não interfere nem na qualidade e nem quantidade do leite materno), as que tenham contraindicação de uso do estrogênio, adultos jovens e adolescentes, de preferência as que estão em relação monogâmica mútua e estável, nulíparas com baixo risco de DSTs, mulheres pós-aborto sem complicações e em perimenopausa. Um benefício não contraceptivo ao uso do DIU é que reduz o risco de câncer no endométrio, ainda com um mecanismo não elucidado (FINOTTI, 2015).

Um dos riscos do uso do DIU pode ser perfuração uterina que é uma complicação rara na hora de inserir o DIU, e mais cometidas em paciente pós-parto, com útero anteversofletido, útero retrovertido ou operador inexperiente. Outro risco seria infecções, porém tem relação inversa entre o tempo de inserção do DIU e o risco de infecção, sendo maior nos primeiros 20 dias de colocação do DIU. Quando a paciente se expõe a DSTs no primeiro mês de uso está mais sujeita a doença inflamatória pélvica, não sendo relacionado a colocação do DIU (FINOTTI, 2015).

Existem algumas contraindicações absolutas ao uso do DIU como: gravidez, doença inflamatória pélvica, doença sexualmente transmissível recente ou recorrente, sepse puerperal, logo após aborto séptico, hemorragia vaginal inexplicada, câncer cervical ou de endométrio, doença trofoblástica maligna, alergia ao cobre e alterações anatômicas que distorcem a cavidade uterina. E contraindicações relativas como: sangramento volumoso prolongado, anemia ferropriva e falciforme,

risco aumentado para DSTs, HIV positivo, doença trofoblástica gestacional benigna e 48h a 4 semanas pós-parto (BRASIL, 2016).

Os efeitos secundários do uso do DIU pode ser o aumento do sangramento menstrual e causar escape nos primeiros 3 a 6 meses após inserção. A causa mais frequente de retirada do DIU no primeiro ano é principalmente devido a dismenorreia e grande quantidade de sangramento. Pode ocorrer o deslocamento parcial percebido pelo prolongamento do fio ou pelo parceiro sexual, ou a expulsão do DIU que pode se apresentar com dor pélvica acentuada, cólica e sangramentos (FREITAS *et al*, 2011).

2.4.INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Primeira consulta deve ser feita anamnese e exame físico, além de cultura cervical para *Neisseria gonorrhoeae* e exame para clamídia, sempre orientar os riscos e as alternativas. Deve orientar a paciente para não ter relações sexuais até o dia da inserção do DIU. Para evitar colocar o DIU na gravidez, é indicado a paciente estar menstruada, porém se a paciente estiver usando um método efetivo pode ser inserido em qualquer dia do ciclo (BEREK, NOVAK, 2010).

Para paciente tolerar a dor, pode ser orientada no uso de anti-inflamatório não esteroidal uma hora antes do procedimento (FINOTTI, 2015). A técnica deve ser feita da seguinte forma: expor o colo do útero com espéculo. Limpar com solução bactericida o fórnice e colo da vagina. Medir por meio de uma sonda ou medidor específico a cavidade uterina, que deve ter um mínimo de 6cm, porque se for menor não irá tolerar os DIU disponíveis hoje. Para evitar síncope vasovagal e desconforto pode fazer um bloqueio paracervical com lidocaína 1%(10ml) e atropina (0,5mg). Para evitar perfuração deve prender o colo com um tenáculo e puxar com cuidado para baixo de modo que o ângulo entre o canal cervical e cavidade uterina fique retificadas. Através do canal cervical o DIU que está em seu introdutor é inserido. Para que os braços do T fiquem livres, a bainha externa do introdutor fica retraída e depois é empurrada para dentro de novo, assim consegue elevar o T que está aberto contra o fundo uterino. Os cordões que ficam para fora do óstio cervical externo devem ser cortados até que fique com cerca de 2cm (BEREK, NOVAK, 2010).

Para seguimento deve ter uma consulta após primeira menstruação ou 3 a 6 semanas depois de colocar DIU. Deve então verificar se há infecção, sangramentos, o posicionamento do fio, se está satisfatório ao casal, e reforçar o uso de preservativo. Depois da primeira as consultas devem ser anuais (FINOTTI, 2015).

3. ENCAMINHAMENTO METODOLÓGICO

Pesquisa de caráter descritivo e quantitativo, realizada a partir de prontuário contendo informações de pacientes que colocaram DIU na UBS São Cristóvão no período de 2014 a 2017. Essa pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética do Centro Universitário FAG e aprovada pelo número CAAE 92900418.0.0000.5219.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram colhidos dados de 178 mulheres que inseriram DIU no período de 2014 a 2017 na UBS São Cristóvão. As idades variaram de 17 a 49 anos sendo que a média de idade das pacientes foi de 28,64 anos. Das 329 gestações 60,79% foram partos normais, 31,91% por parto cesárea e 7,29% abortos. A média de filhos por mulher foi de 1,71. O total de nulíparas que colocaram DIU nesse período foi de 17 mulheres. Em 2015 apenas 2 nulíparas inseriram DIU, já em 2016 esse número sobe para 8 e em 2017 cai para 7 nulíparas. A média de idade das nulíparas que inseriram DIU em 2015 foi de 22 anos. Em 2016 a média de idade foi 24,68 anos e em 2017 de 25,45 anos. O total de primigestas foi de 56 mulheres, destas 24 foram partos normais, 31 por partos cesárea e apenas 1 aborto. O total das gestantes que tiveram apenas parto cesárea foi de 50 mulheres.

Os dados do estudo demonstram que houve aumento do número de nulíparas que inseriram DIU de 2015 para 2016, mas com leve queda no ano seguinte. A média de idade das pacientes também subiu ao longo dos anos. Em outro estudo realizado com 1150 pessoas da área médica pode observar que a maioria dos obstetras-ginecologistas (95,8%) relataram o uso de DIU, mas apenas 66,8% consideraram mulheres nulíparas e 43,0% consideraram candidatos apropriados para adolescentes. Mesmo entre obstetras-ginecologistas que lembraram de ter lido uma publicação do Colégio sobre DIU, apenas 78,0% e 45,0% consideraram mulheres nulíparas e adolescentes candidatos adequados, respectivamente. Poucos entrevistados (16,1%) recomendaram o DIU de cobre como contraceção de emergência, e apenas 73,9% concordaram que o DIU de cobre poderia ser usado como contraceptivo de emergência. Um total de 67,3% dos entrevistados concordou que o DIU pode ser inserido imediatamente após um aborto ou aborto espontâneo. Menos (43,5%) concordaram que o DIU pode ser inserido imediatamente no pós-parto, e poucos fornecem esses serviços (11,4% e 7,2%, respectivamente) (LUCHOWSKI *et al*, 2014).

Em estudo recente com 6.106 participantes, incluindo 863 com idades entre 14 e 19 anos. As taxas de continuação contraceptivas reversíveis de ação prolongada em 12 meses foram altas e

similares entre todos os grupos de paridade por idade variando de 82 a 86%. As taxas de continuação do método eram altas e semelhantes em toda a idade e paridade. Por isso, os médicos não devem hesitar em recomendar os métodos a mulheres nulíparas jovens devido ao receio de interrupção precoce. (ABRAHAM, ZHAO e PEIPERT, 2015). Podemos observar que os estudos incluem pacientes mais jovens (acima de 14 anos). No nosso foram inseridos DIU em pacientes acima de 17 anos. Ainda em outra pesquisa com 72 pacientes nulíparas a taxa de continuação de 1 ano de contracepção de DIU de cobre foi de 90% (65/72). A taxa de satisfação do paciente para o DIU foi de 93% em 1 ano. Um aumento na abundância de menstruação é observado em 84% (55/65) dos pacientes, 75% (41/55) dos quais dizem que são pouco ou não incomodados por este sintoma. Um aumento na dismenorreia foi observado em 80% (52/65) dos pacientes (GUICHETEAU *et al*, 2015). O uso de um anticoncepcional eficaz a longo prazo, como o DIU, ajudará a reduzir a alta taxa de gravidezes indesejadas e, portanto, deve ser considerado em todas as mulheres (AOUN *et al*, 2014).

Nesse estudo observou-se que um total de 37,64% das mulheres que inseriram DIU eram nulíparas ou tiveram apenas parto cesárea. Teve uma abrangência maior dessas mulheres já que em um estudo mostrou que aproximadamente 30% dos entrevistados tinham conceitos errôneos sobre a segurança do DIU para mulheres nulíparas, o que significa que eles perceberam o DIU como inseguro, muito inseguro ou indicaram que não sabiam se o DIU era seguro para mulheres nulíparas. Entre os médicos de consultório, 16,7% perceberam o DIU de cobre como muito inseguro ou inseguro, e 13,7% não tinham certeza sobre a segurança do DIU de cobre para as nulíparas (TYLER *et al*, 2012).

Nesse estudo o total de inserções em 2015 foi de 30 pacientes, 2016 foi de 74 e em 2017 66. Houve uma pequena diminuição no último ano comparado, e as médias de idade desses anos foi 28,64 anos. Já em outro estudo a proporção de mulheres usando DIU aumentou entre quase todos os subgrupos (idades, raças, estados conjugais e educacionais, níveis de renda e religiões). Também foram observados aumentos tanto para as mulheres que visitaram um provedor de planejamento familiar no ano anterior quanto para as que não tinham, assim como para as mulheres com paridade e nulíparas. Os maiores níveis de uso foram observados entre mulheres de 25 a 39 anos (FINER, JERMAN e KAVANAUGH, 2012).

Todas as mulheres dessa pesquisa inseriram DIU de cobre, porém em uma pesquisa comparando DIU de cobre com o de levonegestrel mostrou que a taxa de expulsão em momento inicial não variou com o tipo de DIU inserido. Na análise bivariada, múltiplas características incluindo idade, nuliparidade, inserção imediata de pós-aborto e menstruações fortes foram associadas à expulsão. A taxa cumulativa de expulsão foi menor em mulheres nulíparas em comparação com mulheres pardas (8,4 em comparação com 11,4) e maior em mulheres de 14 a 19 anos em comparação com mulheres mais velhas (18,8 em comparação com 9,3). Então, as expulsões

do DIU não aumentaram em mulheres nulíparas. Mais expulsões foram observadas em mulheres de 14 a 19 anos, em comparação com mulheres mais velhas, independentemente da paridade ou do tipo de DIU (MADDEN *et al*, 2014).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho objetivou demonstrar a prevalência de nulíparas que inseriram DIU nos anos 2014-2017 na UBS São Cristóvão. Encontramos um aumento do número de inserções ao longo dos anos, aumentando também as mulheres nulíparas que inseriram DIU de cobre. Comparando a outras pesquisas podemos perceber que o uso de tais métodos vem aumentando, porém, a indicação às mulheres nulíparas, jovens e mulheres que tiveram parto cesárea ainda é restrita em muitos lugares. Em nossa pesquisa esse grupo foi expressivo contando 37,64% do total, ou seja, 67 mulheres.

Conclui-se que o uso do DIU de cobre tem importante aumento na população, é um método seguro, eficaz mesmo se usado em mulheres nulíparas, jovens e mulheres que tiveram parto cesárea. Nessa pesquisa houve aumento significativo do uso, e também uma grande variação de idade (17 a 49 anos), com média de 28,64 anos. Deve ser considerado um método a ser discutido no planejamento reprodutivo, visto que possui menor riscos cardiovasculares, e não possui hormônios que podem interferir na fisiologia da mulher.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, Margaret; ZHAO, QiuHong; PEIPERT, Jeffrey F.. Young Age, Nulliparity, and Continuation of Long-Acting Reversible Contraceptive Methods. **Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 126, n. 4, p.823-829, out. 2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000001036>.

ALVES.J.E.D. Políticas populacionais e direitos reprodutivos: o Choque de civilizações versus progressos civilizatórios. 1^a ed. Campinas: ABEP/UNFPA, 2004.

AOUN, Joelle *et al* Effects of Age, Parity, and Device Type on Complications and Discontinuation of Intrauterine Devices. **Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 123, n. 3, p.585-592, mar. 2014. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/aog.000000000000144>.

ARMITAGE.A. Planejamento familiar no Brasil. 1^a ed. Brasília: editora Ltda, 2008.

BASTOS. S; SIQUEIRA D. M. Avaliação e Acompanhamento da Implantação da Oferta e Distribuição da Contracepção de Emergência nos Municípios do Estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde - Secretaria de estado de saúde de São Paulo, 2013.

BEREK.J.S; NOVAK. J. **Tratado de ginecologia.**14^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2010. pag.399-420.

BRASIL. **Constituição federal de 1988.** Lei nº 9263. Brasília, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm.

BRASIL. Ministério da saúde. **Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. Fecundidade e Intenções Reprodutivas das Mulheres-** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006-** 1^a ed. Brasília Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres,** Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

FINER, Lawrence B.; JERMAN, Jenna; KAVANAUGH, Megan L.. Changes in use of long-acting contraceptive methods in the United States, 2007–2009. **Fertility And Sterility**, [s.l.], v. 98, n. 4, p.893-897, out. 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.06.027>.

FINOTTI, M. **Manual de anticoncepção-** 1^a ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

FREITAS.F *et al* **Rotinas em ginecologia.** 6^a ed. Porto Alegre: editora Artmed, 2011.cap 18,pag.270-289.

GIORDANO. M.V; GIORDANO.L.A ;PANISSET.K.S. **Dispositivo intrauterino de cobre.** Rio de Janeiro. Editora Femina, 2015.

PEREIRA, S.M. TAQUETTE, S.R. **Anticoncepção hormonal na adolescência: novas opções.** Rio de Janeiro: Adolescência e Saude. 2005.

GUICHETEAU, C. *et al* Tolérance du dispositif intra-utérin au cuivre chez les patientes nullipares : étude prospective unicentrique. **Gynécologie Obstétrique & Fertilité**, [s.l.], v. 43, n. 2, p.144-150, fev. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.01.003>.

LUCHOWSKI, Alicia T. *et al* Obstetrician–Gynecologists and contraception: practice and opinions about the use of IUDs in nulliparous women, adolescents and other patient populations. **Contraception**, [s.l.], v. 89, n. 6, p.572-577, jun. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.02.008>.

MADDEN, Tessa *et al* Association of Age and Parity With Intrauterine Device Expulsion. **Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 124, n. 4, p.718-726, out. 2014. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000000475>.

SCHOR, N *et al* Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 377-384, 2000.

TYLER, Crystal P. *et al* Health Care Provider Attitudes and Practices Related to Intrauterine Devices for Nulliparous Women. **Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 119, n. 4, p.762-771, abr. 2012. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0b013e31824aca39>.