



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA SOBRE DIU PARA PROFISSIONAIS DA  
SAÚDE

ANA LUÍZA CAMPELO FORMIGA

João Pessoa- PB

2022

ANA LUÍZA CAMPELO FORMIGA

**CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA SOBRE DIU PARA PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
na Faculdade de Medicina da UFPB como  
requisito básico para a conclusão do Curso de  
Medicina.

Aprovado em: 18/11/22

**BANCA EXAMINADORA**

Danyella da Silva Barreto

Profa. Me. Danyella da Silva Barreto (Orientadora)

Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Aureliana B. da Silva

Prof. Dra. Aureliana Barboza da Silva

Hospital Universitário Lauro Wanderley – UFPB

Gilka Paiva Oliveira Costa

Prof. Dra. Gilka Paiva Oliveira Costa

Hospital Universitário Lauro Wanderley – UFPB

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

F725c Formiga, Ana Luiza Campelo.

Construção de uma cartilha sobre DIU para  
profissionais da saúde / Ana Luiza Campelo Formiga. -  
João Pessoa, 2022.  
31f.

Orientação: Danyella da Silva Barreto.  
TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. Dispositivo intrauterino. 2. DIU. 3. Atenção  
primária. 4. Cartilha. 5. Contracepção. 6. Saúde da  
mulher. I. Barreto, Danyella da Silva. II. Título.

UFPB/CCM

CDU 613.888(043.2)

## AGRADECIMENTOS

Desde o início da graduação, o sentimento de inadequação me acompanhou na medicina. Diversas vezes pensei em mudar de rumo em busca de um lugar que fizesse mais sentido. Chegar ao final do curso, concluir este trabalho e, acima de tudo, encontrar espaços de felicidade genuína e pertencimento dentro da carreira que escolhi não teria sido possível sem o apoio das inúmeras mãos, que me guiaram e sustentaram enquanto eu procurava meu caminho.

Por isso e por tanto mais, agradeço imensamente aos meus pais, Ana Maria e Lucídio, que sempre desejaram a minha felicidade acima de tudo e me apoiaram incondicionalmente. Tudo que sou e que já conquistei devo aos dois seres humanos incríveis que me criaram. Obrigada por serem minha fortaleza e amparo.

À minha orientadora, Danyella Barreto, profissional que admiro profundamente, agradeço pelo acolhimento, confiança, estímulo, ensinamentos e cafés partilhados. Espero algum dia conseguir alcançar parte de sua grandeza e sensibilidade como profissional e ser humano.

À designer gráfica, Alice Pereira Melo, que ilustrou e diagramou a cartilha, por dar forma e embelezar esse projeto feito com tanto carinho.

À minha família, por todas as palavras de estímulo ao longo dos anos e por sempre compreender quando precisei estar ausente nos momentos de confraternização.

Às terapeutas que me acompanharam nessa jornada, Úrsula, que primeiro me proporcionou um espaço para olhar para dentro e buscar me acolher e entender nesse processo desafiador que é adulecer, agradeço por sempre ter acreditado em mim, e a Hortência, que me ajudou a atravessar essa fase final do curso com um pouco mais de tranquilidade.

Aos amigos que fiz na medicina, em especial: Thainá, Gabriela, Janaína, Luiz, Juliana, Adriana, Ana Carolina, Laura, Maxwell, Renata, Arthur e tantos outros que estiveram presentes nos meus dias, agradeço por poder crescer junto com vocês e por me inspirarem a ser sempre melhor. Qualquer desafio se torna mais leve com vocês para dividir.

Aos professores, preceptores e residentes da Universidade Federal da Paraíba que me mostraram que é possível construir uma medicina humana e sensível. Acredito que alguns nem tenham ideia da marca que deixaram em mim, mas espero levar adiante cada aprendizado e retribuir para meus pacientes pelo menos um pouco da grandeza de seus ensinamentos. Deixo aqui um agradecimento especial ao professor Alemão, por ter me ajudado a enxergar

minha própria força dentro do curso, não sei se estaria aqui se não fosse por seu acolhimento e escuta atenta.

À instituição Universidade Federal da Paraíba e ao Hospital Universitário Lauro Wanderley, por me formarem uma profissional que acredita na educação pública, na saúde como direito universal de todas e todos e no Sistema Único de Saúde como caminho para promover cuidado.

Por fim, agradeço a cada paciente com o qual tive a honra de aprender. Mesmo nos dias mais difíceis, poder ouvir, acolher, sorrir ou sofrer junto e me permitir ser tocada por outro ser humano era o que me restituía o brilho nos olhos para continuar na jornada. Descobri que é essa troca que traz sentido à minha escolha e espero nunca perder isso de vista.

# CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA SOBRE DIU PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Ana Luíza Campelo Formiga<sup>1\*</sup>

---

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O DIU de cobre é um método contraceptivo de longa duração, alta eficácia, bom custo benefício e alto grau de satisfação entre as usuárias, distribuído e inserido através do SUS. No entanto, segue sendo subutilizado no Brasil. Entre as barreiras para sua disseminação, estão o baixo conhecimento dos profissionais de saúde e a limitada quantidade de materiais didáticos de consulta rápida com informações confiáveis acerca do método. Diante desse cenário, percebe-se a demanda por um material que contemple as principais dúvidas levantadas pelos profissionais acerca da prática clínica da inserção e manejo do DIU.

**OBJETIVO:** Construir um material educativo, em formato de cartilha voltada para os profissionais da saúde que ofertam, inserem, revisam ou retiram DIU na APS.

**METODOLOGIA:** Trata-se de um trabalho descritivo qualitativo. O conteúdo foi selecionado a partir das dúvidas levantadas pelo grupo de WhatsApp do projeto de extensão “Inserção do DIU na atenção básica: treinamento e ações educativas”, das mensagens individuais enviadas aos coordenadores pelo WhasApp, das dúvidas enviadas via Instagram (@diunaatencaobasica) e do registro de memórias do coordenador do projeto durante os treinamentos, além do aplicativo “MeuDiu”. **RESULTADOS:** O trabalho resultou na produção da versão preliminar da cartilha intitulada “Cartilha sobre DIU para profissionais da saúde”. O processo de construção foi feito com base em artigos de revisão, manuais, protocolos e, nos casos em que não pode ser encontrada resposta satisfatória, buscou-se, como base: experiência profissional e orientações de especialistas em Medicina de Família e Comunidade e Ginecologia e Obstetrícia. A cartilha, composta por 25 páginas, conta com 24 tópicos divididos entre 4 categorias (Critérios de elegibilidade e características do método, Técnica de inserção, acompanhamento pós-inserção e manejo de complicações) e ilustrações didáticas. **DISCUSSÃO:** Médicos que recebem treinamento sobre o DIU são mais propensos a indicar esse método. A reduzida quantidade de materiais técnicos e didáticos contribui para dificultar o treinamento de profissionais que realizam sua inserção e manejo. A maioria dos

protocolos e diretrizes brasileiros encontrados em nossa pesquisa que abordavam as orientações acerca da inserção do DIU continha informações superficiais, com pouca ou nenhuma ilustração, e não respondia a maior parte das dúvidas que apresentamos neste estudo. Além do mais, parte considerável das referências utilizadas para responder às dúvidas abordadas na cartilha foram retiradas de fontes em língua estrangeira, sem versões traduzidas para o português. Com a construção dessa cartilha, objetivou-se contribuir para a redução das barreiras de acesso ao conhecimento e, assim, aumentar a quantidade de profissionais adequadamente capacitados para fornecer o método. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A ampliação do acesso à informação e aos métodos contraceptivos é essencial para o cuidado em saúde de qualidade. A difusão de informação baseada em evidências e treinamento de profissionais são formas de desmistificar o DIU, aumentar sua oferta e garantir seu acesso.

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	7
2. Objetivos .....	9
3. Metodologia .....	10
4. Resultados .....	11
1. Os critérios de elegibilidade e característica do método.....	11
2. Técnica de inserção.....	13
3. Acompanhamento pós-inserção.....	17
4. Manejo de complicações.....	21
5. Discussão .....	24
6. Considerações finais .....	26
7. Referências bibliográficas .....	27



## 1. Introdução

Quando avaliamos os principais problemas enfrentados pela saúde pública no Brasil, é possível perceber que a gravidez indesejada é um cenário comum. De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde (PNDS), realizada no Brasil em 2006, apenas 54% das gestações dos últimos anos foram planejadas (EVANGELISTA et al., 2015). São diversos os fatores que contribuem para esse cenário, merecendo destaque a submissão emocional das mulheres à vontade de seu parceiro de não usar proteção durante o ato sexual e a falta de acesso às informações e aos contraceptivos fornecidos pelo serviço de saúde (PARCERO et al., 2017).

Assistência à contracepção é um importante pilar da assistência integral à saúde. Nesse contexto, a disseminação de métodos contraceptivos é uma necessidade urgente dentro da saúde pública, de forma a propiciar liberdade sexual e reprodutiva às mulheres, garantindo assim o poder de escolha à gestação e à maternidade. Ao evitar as gestações não desejadas, consegue-se ainda diminuir o índice de mortalidade materna, através da indução de queda na incidência de abortos induzidos, os quais são fortemente associados a gestações não planejadas e ao aumento da mortalidade materna devido a complicações do procedimento (DELGADO et al., 2020).

Atualmente, são distribuídos de forma gratuita através do Sistema Único de Saúde (SUS) diversos métodos contraceptivos, que podem ser divididos entre métodos de curta ou longa duração. São considerados métodos contraceptivos de longa duração (LARCs) os métodos com mais de três anos de duração, sendo estes: dispositivo intrauterino de cobre (DIU), dispositivo intrauterino de levonorgestrel (SIU) e implantes hormonais (ANDRADE DE ARAUJO PENNA; BASTOS BRITO, 2015). Desses, apenas o DIU de cobre é distribuído e inserido através do SUS. (RUIVO et al., 2021)

Estudo antigo, datado de 1998, já demonstrava que os LARCs tinham melhor custo-benefício quando comparados aos métodos reversíveis e de curta duração, levando em consideração as taxas de falha e descontinuidade desses últimos (HUBER; WENZL, 1999). Também apresentam benefícios importantes em populações especiais, tais como: adolescentes, usuárias de drogas ilícitas e mulheres vivendo com vírus da imunodeficiência humana (HIV) (ANDRADE DE ARAUJO PENNA; BASTOS BRITO, 2015).

Além disso, mulheres em uso de LARCs ou anticoncepcional injetável apresentam uma maior tendência a continuar utilizando este método até a menopausa do que se submeter, ou submeter seus parceiros, à esterilização cirúrgica, quando comparado com mulheres que usam contraceptivos orais e de curta duração. Desse modo, o uso de LARCS e do DIU é também uma forma de reduzir a realização de procedimentos cirúrgicos e seus riscos agregados (FERREIRA et al., 2016).

Em relação à satisfação com o contraceptivo, um estudo realizado no ano de 2016, em Pernambuco mostrou que 93,2% das usuárias de DIU recomendariam o método para outras mulheres e que não há diferença no grau de satisfação ou descontinuação do método entre nuligestas e mulheres com parto anterior (SCAVUZZI; SOUZA; AMORIM, 2016). Esses dados indicam que o método é uma boa opção contraceptiva para ambos grupos e vai de encontro à crença de alguns profissionais de que nulíparas não são candidatas ao uso de DIU (HARPER et al., 2012).

Nesse contexto, compreende-se a importância do acesso aos LARCS, em especial ao DIU, que é um método reversível, com eficácia em torno de 99,3% (ARAUJO et al., 2007), disponibilizado gratuitamente no SUS e que pode ser inserido por ginecologistas-obstetras (GO's), Médicos de Família e Comunidade (MFC's), clínicos gerais e generalistas (SLYWITCH et al., 2021), como também, por outros profissionais, como enfermeiros.

No entanto, o DIU segue sendo subutilizado alcançando a prevalência de 1,9% no Brasil e 13,7% a nível mundial. (ARAUJO et al., 2007). Além disso, sua disponibilização ainda é concentrada principalmente em hospitais e consultórios de especialistas, apesar da inserção do DIU ser um procedimento realizado com segurança na atenção primária.

Como porta de entrada do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel essencial na garantia de acesso ao direito reprodutivo. A centralização desses serviços na atenção secundária ou terciária constitui uma barreira geográfica e burocrática para o acesso, visto que esses ambientes estão em geral mais distantes fisicamente das mulheres e exigem um maior número de etapas burocráticas para o atendimento, o que estende o tempo de espera para conseguir o contraceptivo. O fornecimento do DIU nas unidades básicas de saúde diminui essa dificuldade, através da oferta nos locais mais próximos e acessíveis para as mulheres (GONZAGA et al., 2017).

Uma revisão sobre o DIU na atenção básica identificou diversos desafios à sua disseminação, tais como a não disponibilização do método no serviço ou no próprio município, a falta de conhecimento dos gestores e serviços de saúde sobre os critérios de

elegibilidade, uso de protocolos sem evidências científicas e a falta de informação da população. Apesar de vários fatores estarem associados, o elemento central, considerado responsável pelas baixas taxas de inserção, foi a falta de conhecimento e treinamento do profissional de saúde (BARRETO et al., 2021).

Percebe-se que a ausência de protocolos na grande maioria dos municípios que disponibilizam o DIU é um dos empecilhos de acesso ao método. Em virtude da dificuldade de acesso a informações confiáveis - que possam trazer maior segurança e auxiliem na tomada de decisões - ocorre um desencontro de informações e de condutas por parte dos profissionais, bem como a criação de mitos em relação ao método. (GONZAGA et al., 2017).

Diante da falta de profissionais capacitados para inserir o DIU na Atenção Primária, o projeto de extensão “Inserção do DIU na atenção básica: treinamento e ações educativas” da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) realiza treinamentos dos residentes, preceptores e médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde. Periodicamente, o projeto realiza treinamento teórico e prático em manequins e, posteriormente, treinamento *in loco* dos profissionais.

Em reuniões de feedback e dentro do programa de educação continuada do projeto, percebeu-se que os profissionais já treinados, ao começarem a inserir sem supervisão, regularmente se deparam com diversas situações que geram dúvidas relacionadas à indicação, técnica de inserção, acompanhamento e manejo de complicações e reações adversas.

Diante disso, percebe-se a demanda por maiores informações acerca da prática clínica da inserção do DIU, para que seja possível fortalecer o programa já criado e garantir a liberdade reprodutiva das usuárias. Assim, esse estudo tem como objetivo a construção de um material didático de consulta rápida e objetiva que contemple as principais dúvidas levantadas pelos profissionais durante e após o treinamento acerca da inserção e manejo do DIU na APS.

## 2. Objetivos

O presente trabalho tem como principal objetivo a construção de um material educativo, em formato de cartilha voltada para os profissionais da saúde que ofertam, inserem, revisam ou retiram DIU na APS.

### 3. Metodologia

Trata-se de um trabalho descritivo de abordagem qualitativa, com finalidade de construir um material didático voltado para profissionais da APS que ofertam, inserem, revisam ou retiram o DIU.

O projeto de extensão da UFPB, em parceria com alguns municípios da região metropolitana de João Pessoa, realiza treinamento para profissionais da saúde que atuam na APS. Após o treinamento teórico e prático, o mesmo projeto, disponibiliza tanto o contato pessoal dos coordenadores quanto o perfil do Instagram (@diunaatencaobasica) para esclarecimento de dúvidas.

Ademais, foi criado um grupo no WhatsApp intitulado "Colaboradores PROBEX DIU" composto por médicos que foram treinados e tornaram-se multiplicadores do treinamento. Atualmente, o grupo é formado por 18 Médicos de Família e Comunidade que atuam em diferentes estados e por residentes de Medicina de Família e Comunidade que atuam na Paraíba. Além desse grupo, regularmente profissionais treinados fazem contato pessoal pelo WhatsApp para tirar dúvidas e saber como proceder frente a algumas situações referentes ao DIU.

O conteúdo da cartilha informativa foi selecionado a partir das dúvidas levantadas pelo grupo de WhatsApp "Colaboradores PROBEX DIU", das mensagens individuais enviadas aos coordenadores pelo WhatsApp, das dúvidas enviadas via Instagram (@diunaatencaobasica) e do registro de memórias do coordenador do projeto durante os treinamentos. Por fim, foram coletadas ainda dúvidas no aplicativo "MeuDiu", nos quais profissionais e usuáries enviam questionamentos sobre o uso do método.

Foram incluídas todas as dúvidas levantadas nas redes sociais citadas e excluídas as questões de conteúdo repetitivo.

As dúvidas foram categorizadas de acordo com as temáticas para facilitar a busca das respostas e organização da cartilha.

Os conteúdos levantados foram pesquisados em artigos de revisão, manuais, protocolos e, nos casos em que não pode ser encontrada resposta satisfatória, buscou-se, como base, a experiência profissional e as orientações de especialistas em Medicina de Família e Comunidade e Ginecologia e Obstetrícia. Para ilustrar a cartilha e torná-la mais dinâmica, foram utilizados figuras e desenhos para ilustrar o conteúdo apresentado.

Foram utilizados dados públicos descritos em redes sociais, cujos autores não foram identificados, e, por isso, não foi necessário submeter o presente trabalho ao Comitê de Ética.

A cartilha terá uma versão preliminar que será apresentada antes da impressão final a profissionais da saúde com expertise na inserção do DIU, a profissionais que atuam na APS e estudantes da área da saúde para análise, sugestão e modificação do texto e imagem.

#### 4. Resultados

As dúvidas levantadas foram subdivididas em quatro categorias temáticas: critérios de elegibilidade e características do método; técnica de inserção; acompanhamento pós inserção e manejo de complicações.

##### 1. Os critérios de elegibilidade e característica do método

###### a. O DIU pode ser considerado um método abortivo?

O principal mecanismo de ação do DIU é a prevenção da fecundação e da formação de embriões saudáveis. (ORTIZ; CROXATTO, 2007). As substâncias liberadas pelo DIU de cobre induzem uma reação inflamatória e citotóxica no ambiente intrauterino que compromete a viabilidade de espermatozoides e ovócitos.(ORTIZ; CROXATTO, 2007)

Enquanto isso, o DIU hormonal atua liberando doses baixas de progesterona localmente, o que provoca alterações no endométrio e espessamento do muco cervical, impedindo a passagem dos espermatozoides pelo colo uterino e dificultando sua motilidade.(DINEHART; LATHI; AGHAJANOVA, 2020)

Dessa forma, não há evidências práticas que confirmem a teoria de que o método de ação dos dispositivos intrauterinos seria a destruição de embriões intrauterinos (ORTIZ; CROXATTO, 2007). Podemos concluir, portanto, que nenhum dos dois dispositivos tem como método a ação abortiva.

No entanto, se o método falhar na mulher que usa DIU, o mesmo deve ser retirado no primeiro trimestre para diminuir o risco de aborto. Quando a fecundação acontece é porque o método falhou.

###### b. Quanto tempo após o parto o DIU pode ser inserido?

O pós-parto é uma janela de oportunidade de inserção do DIU, principalmente para mulheres com baixo acesso aos serviços de saúde. (ARILDO

REGINALDO DE HOLANDA et al., 2013) A inserção nesse momento apresenta menor taxa de complicações, como infecções e perfuração uterina. (MÜLLER; MAGALHÃES; RAMOS, 2004)

Na prática, o DIU costuma ser inserido imediatamente após a expulsão da placenta, nos primeiros 10 minutos após o parto vaginal ou cesárea. Essa conduta é baseada em estudos que demonstram uma menor taxa de expulsão na inserção imediata quando comparada à inserção entre 10 minutos e 72 horas pós-dequitação (MÜLLER; MAGALHÃES; RAMOS, 2004).

Mesmo diante de referências mais recentes sugestivas de que a inserção imediata e até 72 horas cursam com taxas similares de expulsão (EROĞLU et al., 2006; SONALKAR; MODY, 2022), a inserção imediata é o protocolo adotado pela maioria dos serviços de saúde e estudos sobre o tema. Sendo, portanto, importante questionar as pacientes sobre o desejo de DIU na admissão na maternidade ou durante o pré-parto.

Apesar dos inúmeros benefícios, como facilidade de acesso e segurança, é preciso alertar as pacientes de que a inserção do DIU após o parto cursa com maiores índices de expulsão (ARMSTRONG et al., 2022; EROĞLU et al., 2006). Por esse motivo, o acompanhamento pós inserção costuma ser agendado com um intervalo mais próximo.

A realização do procedimento entre a primeira e a sexta semana é desaconselhada devido ao risco aumentado de perfuração uterina (MÜLLER; MAGALHÃES; RAMOS, 2004) por esse motivo, as referências tradicionais orientam inserir apenas depois de 6 semanas do parto. Todavia, um estudo randomizado americano realizado em 2016, demonstrou que a inserção do DIU a partir de 3 semanas após o parto é viável e não resultou em uma taxa maior de perfuração. A antecipação da oferta do método pode ser benéfica para evitar a recorrência de gravidez a curto prazo, visto que a maioria das mulheres retorna atividade sexual antes de 6 semanas (BALDWIN et al., 2016). A orientação da OMS corrobora com esse estudo indicando a inserção a partir de 4 semanas após o parto (ARAUJO et al., 2007)

c. O DIU pode ser inserido na presença de IST?

De acordo com os critérios de elegibilidade para uso do DIU inclusos no Manual de Planejamento Familiar da Organização Mundial de Saúde, doença inflamatória pélvica (DIP) atual, abscesso tubo ovariano, cervicite purulenta e clamídia ou gonorreia atual, independentemente de sintomatologia, são contraindicações para a inserção de DIU. Nesses casos, a inserção deve ser suspensa frente a um corrimento purulento e sinais de DIP e poderá ser realizada a partir de 12 semanas após a finalização do tratamento, com paciente assintomática e exame físico normal (ARAUJO et al., 2007)

Outras doenças sexualmente transmissíveis ou vaginites, como tricomoníase e vaginose bacteriana, não contraindicam a inserção ou continuação do método. (ARAUJO et al., 2007)

Pacientes com AIDS sem uso de antirretroviral ou que não estejam clinicamente bem não devem colocar o DIU. Por outro lado, pacientes infectadas por HIV ou que tenham AIDS e estejam em uso de antirretroviral e bom controle clínico podem realizar a inserção com segurança. Não há necessidade de remover o DIU caso a paciente desenvolva AIDS durante seu uso. (ARAUJO et al., 2007)

## 2. Técnica de inserção

### a. Onde pinçar quando há ectopia?

A ectopia do colo não é contraindicação para inserção do DIU (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2018). Contudo, algum cuidado extra é necessário. A região ectópica deve ser preservada durante o procedimento, de tal forma que o pinçamento ocorra no tecido ao redor.

### b. O que fazer se observar corrimento no exame especular?

Diante da presença de corrimento no momento da inserção do DIU, a história clínica da paciente, o exame físico e as características do corrimento devem ser avaliados. A conduta em relação a inserção ou não do dispositivo vai depender da patologia identificada.

Cerca de 70 a 80% das cervicites são assintomáticas. Contudo, é possível que as pacientes apresentem queixas, como corrimento vaginal, sangramento

intermenstrual ou pós-coito, dispareunia e disúria. No exame físico, achados como colo uterino friável, corrimento mucopurulento e dor à mobilização do colo são indicativos de cervicite. Diante dessas manifestações, o DIU não deve ser inserido. A paciente deve ser adequadamente tratada para infecção e o procedimento adiado. A inserção poderá ser realizada após 12 semanas da finalização do tratamento, regressão completa dos sintomas e exame físico normal. Não há consenso quanto ao momento ideal para a inserção do DIU após o tratamento da cervicite (BARTZ; POCIUS, 2022).

Quando o corrimento visualizado no exame especular tiver características de candidíase, ou seja, apresentar secreção branca grumosa aderida à parede vaginal (CARVALHO et al., 2021), deve-se realizar a limpeza adequada do colo para retirar a secreção, prosseguir com a inserção do DIU e prescrever o tratamento para candidíase.

A presença de secreção vaginal acinzentada homogênea, fina e cremosa, com odor fétido, que piora após a relação sexual e durante o período menstrual é característica de vaginose bacteriana (CARVALHO et al., 2021). Quando identificada, o procedimento deve ser mantido e em seguida prescrito o tratamento (BARTZ; POCIUS, 2022), desde que seja possível diferenciá-la adequadamente da infecção por Clamídia ou Gonococo.

O corrimento típico da tricomoníase é a secreção vaginal amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida, que pode cursar com prurido intenso, edema de vulva, dispareunia e disúria. Ao exame especular, pode-se observar colo com petéquias e “aspecto de framboesa” (CARVALHO et al., 2021). Essa infecção também não impede a inserção seguida de tratamento. Nem sempre esses sintomas conseguem ser diferenciados de cervicite mucopurulenta por Clamídia e Gonococo. Dessa forma, diante de um corrimento purulento, e na impossibilidade de distinguir o agente causador, o procedimento deve ser interrompido e realizado tratamento (BARTZ; POCIUS, 2022).

Quando não for possível diferenciar os sinais e sintomas da paciente de doença inflamatória pélvica, o dispositivo não deve ser inserido, sendo recomendado descartar esse diagnóstico ou aguardar o tratamento e o desaparecimento dos sintomas antes da inserção.



Quando o corrimento visualizado não corresponde a nenhuma dessas características, causas fisiológicas devem ser consideradas. A secreção vaginal fisiológica tem aspecto branco ou transparente, fluido ou espesso, pH entre 3,5 e, na maioria das vezes, é inodora. Não há indicação de tratamento, nem impedimento da inserção do DIU nesses casos (CARVALHO et al., 2021).

c. Qual o produto usar na limpeza do colo do útero?

Após a introdução do espéculo, todo o procedimento deve ser realizado de modo estéril para prevenir infecções. Recomenda-se o uso de luvas e instrumentos esterilizados, além da limpeza do colo do útero, que deve ser realizada com o auxílio da pinça de Cheron e gaze embebida em antisséptico à base de água com iodofórmio ou cloridrato de clorexidina (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2018) 1% solução aquosa. A clorexidina 0,5% solução alcoólica não deve ser utilizada no colo devido a sua ação irritante de mucosas (DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, 2018)

d. O que fazer se o espéculo sai espontaneamente durante o procedimento?

Quando o espéculo sai durante o procedimento com as pinças já no colo, o profissional deve manter as pinças onde estão para evitar laceração e perfuração de parede vaginal. Dessa forma, é possível reintroduzir o mesmo espéculo, permanecendo com as pinças em seu interior, sem necessidade de reposicioná-las posteriormente.

e. Como prevenir e como proceder frente ao surgimento de reações vasovagais no procedimento?

A fim de prevenir a manifestação de reações vasovagais, deve-se evitar manobras bruscas de tração do colo do útero após o pinçamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2018). Também é recomendado que a paciente permaneça em decúbito dorsal por 5-10 minutos após o procedimento e levante lentamente, a fim de observar se há o aparecimento de sintomas.

As reações vasovagais podem ocorrer durante ou após a inserção do DIU e se caracterizam principalmente por pré-síncope, síncope, náusea, palidez, sudorese, hipotensão e bradicardia. A maioria das manifestações são leves e transitórias e desaparecem espontaneamente ou com a simples permanência em decúbito dorsal, durante cerca de 10 minutos. Em alguns casos, o uso da posição de Trendelenburg, compressa fria na cabeça, pescoço ou peito, e uma compressa de álcool sob o nariz para distração e para tratar a náusea podem ser benéficos (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2018; POCIUS; BARTZ, 2022).

f. O que fazer quando a histerometria está acima do esperado?

Uma histerometria acima do comprimento esperado pode ser um sinal de perfuração da parede uterina. Tendo em vista a dificuldade de realizar esse diagnóstico durante o procedimento de inserção do DIU, é importante atentar para outros indícios de perfuração, tais como: perda súbita de resistência uterina, sinais clínicos de lesão visceral ou vascular, como sangramento excessivo ou instabilidade hemodinâmica, e dor pélvica intensa.

Diante da suspeita de perfuração, o procedimento deve ser suspenso e os sinais vitais da paciente devem ser monitorados de acordo com o protocolo de manejo de perfuração uterina (POCIUS; BARTZ, 2022)

Outra possibilidade frente a uma histerometria aumentada é a de estar diante de um útero grande. Não há comprovação de redução de eficácia do DIU de cobre quando ele está mais distante das paredes uterinas, no entanto, algumas referências sugerem essa possibilidade em mulheres com histerometria > 9 cm (POCIUS; BARTZ, 2022).

g. O que fazer quando a histerometria está abaixo do esperado?

Quando a medida da cavidade uterina estiver abaixo de 6 cm, existe a possibilidade do histerômetro não ter atravessado o orifício interno do colo ou não ter chegado ao fundo do útero. Pode-se tentar movimentar suavemente o histerômetro para ultrapassar o colo, desde que com cautela para minimizar o risco de perfurar o miométrio (POCIUS; BARTZ, 2022).

Caso essa técnica falhe ou a histerometria continue abaixo do esperado, é indicada a realização de uma USG para medir a cavidade uterina (POCIUS;

BARTZ, 2022). Pacientes com cavidade uterina pequenas têm maior risco de deslocamento ou migração do DIU. (SHIPP; BROMLEY; BENACERRAF, 2010). Portanto, são candidatas ao uso de dispositivos menores, como o MINI DIU. Esse método é indicado para pacientes com comprimento uterino em torno de 5-8cm. Devido a menor concentração de cobre nesses dispositivos, o tempo de eficácia sofre redução, tendo, em geral, durabilidade de 5 anos.

### 3. Acompanhamento pós-inserção

#### a. Quem usa DIU pode usar coletor menstrual?

A literatura carece de dados mais concretos quanto à segurança do uso concomitante desses dois dispositivos. No entanto, alguns estudos apontam que usuárias de coletor menstrual podem apresentar maiores taxas de expulsão do DIU. Provavelmente devido ao vácuo gerado pelo coletor no canal vaginal. É importante que as mulheres sejam alertadas desse risco e adequadamente orientadas quanto a outras opções para contracepção ou produtos de higiene menstrual. (LONG et al., 2020; SCHNYER et al., 2019a; VAN EIJK et al., 2019)

#### b. Quem usa DIU pode usar absorvente interno?

Como o DIU está no interior do útero, não há contato com o absorvente interno, que fica no canal vaginal. Desse modo, o uso de absorventes internos não eleva os índices de expulsão do dispositivo. (SCHNYER et al., 2019b)

#### c. Quais são os critérios de má implantação do DIU pela Ultrassonografia Transvaginal (USTV)?

Algumas referências mais antigas consideram como parâmetros de posicionamento adequado: a distância do ápice do DIU ao fundo uterino inferior ou igual a 2,5 cm e distância do ápice ao fundo da cavidade uterina inferior ou igual a 5 mm. (ARILDO REGINALDO DE HOLANDA et al., 2013). Atualmente o critério mais aceito e utilizado para definir o DIU como corretamente posicionado é a inserção completa de seu ramo longitudinal na cavidade endometrial, tendo como limites

proximal e distal, respectivamente, o fundo do útero e o orifício interno do colo (VELOSO M et al., 2011).

O DIU é considerado mal posicionado quando não atende a essas condições. É classificado como DIU descendente, quando sua porção distal ultrapassa o orifício cervical interno, de modo que este fica total ou parcialmente localizado no canal cervical; embutido, quando qualquer parte do dispositivo penetra no endométrio; e ectópico/extra uterino, quando ultrapassa a serosa uterina. Destes, o achado mais comum costuma ser a implantação baixa.(VELOSO M et al., 2011)

Se o dispositivo não se encontra na posição habitual, porém não está inserido no colo do útero, nem embutido na parede ou ectópico, não há obrigatoriedade de remover o DIU, pois sua ação provavelmente ainda é eficaz (POCIUS; BARTZ, 2022).

- d. Quando suspender o método contraceptivo que a mulher já está em uso após a inserção do DIU?

Para mulheres que optarem pelo DIU de cobre, não há necessidade de associação de outro método contraceptivo de apoio, uma vez que o dispositivo tem eficácia comprovada imediatamente após a inserção (BARTZ; POCIUS, 2022).

Em contrapartida, o DIU liberador de levonorgestrel pode levar até cerca de 7 dias para atingir a eficácia. Nesse período, é recomendado que outros métodos contraceptivos sejam mantidos, a menos que, pelo menos, uma das condições abaixo seja observada (BARTZ; POCIUS, 2022):

- Última menstruação segura e confiável há menos de cinco dias;
- Administração de contracepção injetável trimestral há menos de 14 semanas;
- Troca de DIU hormonal e remoção de DIU de levonorgestrel terapeuticamente ativo no momento da inserção do novo DIU hormonal.

- e. O que fazer se o fio desapareceu na revisão?

Quando os fios do DIU desaparecem na revisão, deve-se atentar para alguns possíveis cenários (POCIUS; BARTZ, 2022):

- O DIU estar adequadamente posicionado e fio estar no canal cervical;

- O DIU ter sido expelido;
- A ocorrência de perfuração uterina e o DIU migrar para cavidade abdominal;
- A ocorrência de gravidez.

Quando o fio do DIU se encontra no canal cervical, é possível recuperá-lo com o auxílio de uma escova cervical plástica (Citobrush: utilizada para exames citopatológicos do colo) inserida no colo e rotacionada 360° (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2018).

Caso esse método falhe, é necessário excluir a possibilidade de gravidez, através do teste rápido ou beta-HCG. Nesses casos, a realização de uma USG transvaginal também está indicada para avaliar o posicionamento do dispositivo. Quando identificado seu mau posicionamento, o DIU deve ser retirado e um novo pode ser inserido após avaliação do profissional de saúde. Se o DIU for visualizado na cavidade abdominal, conduzir conforme orientação frente a perfurações. (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2018)

f. Quando fazer USTV na revisão?

Atualmente, a USG é considerada a melhor técnica para controle do posicionamento adequado do DIU (VELOSO M et al., 2011). No entanto, não há obrigatoriedade de solicitá-la após a inserção do contraceptivo, nem consenso em relação ao intervalo de tempo mais adequado para sua realização.

Quando disponível, pode ser realizada, após a inserção ou diante da presença de alterações como ausência de fio visível ou mudança de comprimento do fio em relação ao tamanho registrado no momento da inserção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2018)

g. Como retirar o DIU em que o fio não está visível?

Quando o fio não está visível no colo, ele pode ser recuperado com o auxílio de uma escova cervical plástica (Citobrush) inserida no orifício cervical e rotacionada

360° para, assim, proceder com a retirada do dispositivo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2018)

Caso essa técnica falhe e não haja risco de gravidez, uma nova tentativa de puxar o fio pode ser realizada utilizando de pinças como Bozemann, Kelly curva ou jacaré, ou, ainda, pode-se tentar a dilatação do colo com um dilatador Pratt (POCIUS; BARTZ, 2022).

Nos casos em que a paciente não tolera esses procedimentos ou há falha nas tentativas, deve ser solicitado um exame ultrassonográfico ou uma radiografia de pelve para avaliar o posicionamento do DIU. Se confirmada sua presença intrauterina, a retirada pode ser feita com auxílio da USG ou de histeroscopia. Se visualizado na cavidade abdominal, conduzir conforme orientação para perfuração (POCIUS; BARTZ, 2022).

h. Como acompanhar a mulher que colocou o DIU no pós-parto

A inserção do DIU no pós-parto tardio está associada a taxas mais elevadas de expulsão e de posicionamento inadequado, o que pode diminuir a eficácia deste método. Portanto, é essencial acompanhar essas mulheres no período pós-inserção (SONALKAR; MODY, 2022).

A presença ou ausência dos fios do DIU no exame especular não é um indicativo confiável para avaliar a sua posição. (GURNEY et al., 2018). Recomenda-se, então, a realização da ultrassonografia transvaginal de quatro a seis semanas após o parto.

Também pode ser necessário cortar os fios que estejam longos demais ou causando incômodo às mulheres. (CHEN et al., 2010).

Pacientes cujo DIU esteja mal posicionado ou sido expulso podem inserir um novo dispositivo no momento da revisão (SONALKAR; MODY, 2022).

i. O que fazer quando o fio do DIU incomoda o parceiro durante a relação sexual?

Após a inserção, é recomendável que os fios do DIU sejam cortados com uma tesoura curva. Essa técnica garante um corte perpendicular e não em ângulo reto e reduz a probabilidade de desconforto para o parceiro. Também deve-se deixar pelo menos 2 cm de comprimento de fio, pois com o tempo, o fio do DIU geralmente

amolece e este tamanho permite que ele se curve ao redor do colo do útero e se projete em direção ao fórnix vaginal, em vez de ao longo do canal vaginal. (POCIUS; BARTZ, 2022)

Se mesmo assim o fio provocar incômodo durante a relação sexual, ele pode ser introduzido com uma pinça para dentro do colo ou cortado rente ao orifício cervical externo. Quando introduzido no canal, deve-se utilizar a escovinha cervical para puxar o fio durante as revisões do DIU. Quando se opta por cortá-lo, a paciente deve ser informada sobre a potencial necessidade de maior intervenção no momento da remoção, como o uso de pinças ou dilatação do colo (POCIUS; BARTZ, 2022)

#### 4. Manejo de complicações

- a. Quais informações sobre complicações e efeitos colaterais devem ser fornecidas a todas as mulheres?

É essencial conversar com todas as pacientes sobre os efeitos colaterais esperados após o procedimento e referentes ao método escolhido, a fim de tranquilizá-las frente ao desconforto fisiológico da adaptação e permitir a identificação precoce de complicações. A orientação adequada nesta etapa contribui para a satisfação das mulheres com os contraceptivos.

Após a inserção do DIU, todas as mulheres devem ser orientadas quanto aos indícios de possíveis complicações. Alguns dos principais sinais de alarme são: febre, dor abdominal/pélvica intensa, sangramento vaginal aumentado, suspeita de expulsão e corrimento vaginal fétido. Na presença de qualquer um desses sinais, as mulheres devem ser aconselhadas a retornar ou buscar um serviço de urgência (POCIUS; BARTZ, 2022).

A dor abdominal ou pélvica pode ser uma grande queixa das pacientes nesse momento. É importante orientá-las que algum grau de desconforto pode ocorrer nas primeiras semanas após inserção do DIU, independentemente do tipo de dispositivo (POCIUS; BARTZ, 2022).

A intensidade da dor costuma ser leve a moderada e regredir após o procedimento. Mulheres que continuam a apresentar sintomas podem fazer uso de

analgésicos ou AINES. Aquelas que apresentarem piora da dor ou refratariedade à medicação devem ser avaliadas para descartar complicações (POCIUS; BARTZ, 2022).

Outro efeito colateral comum após a inserção, é o sangramento, que decorre, principalmente, do pinçamento do colo do útero. Orientações quanto à intensidade normal desse sangramento também devem ser dadas para todas as mulheres. Nas primeiras semanas, espera-se que o fluxo de sangue seja semelhante ao fluxo menstrual e regrida progressivamente. Sangramentos muito intensos devem ser avaliados (POCIUS; BARTZ, 2022).

Além disso, o tamanho do fio do DIU deixado no colo do útero deve ser anotado em prontuário e informado à paciente. Aquelas que se sentirem confortáveis, devem ser instruídas a realizar o autoexame, através do toque do colo uterino e identificação do fio. Apesar da avaliação do fio não ser a medida mais confiável para confirmar o posicionamento adequado do dispositivo, essa orientação pode servir para estimular o autoconhecimento da mulher e auxiliar na identificação precoce de alterações no tamanho do fio ou sua ausência (BARTZ; POCIUS, 2022).

Quanto aos efeitos colaterais a longo e médio prazo, a maioria das usuárias de DIU de cobre costuma apresentar alterações no ciclo menstrual nos primeiros meses de uso, principalmente aumento de sangramento e cólicas. (ARILDO REGINALDO DE HOLANDA et al., 2013). Contudo, esses quadros costumam ser autolimitados, retornando aos padrões anteriores em até 6 meses de uso do novo dispositivo. Também é fundamental que essa informação seja discutida com as pacientes, dada a sua interferência nas expectativas e satisfação em relação ao método (BARTZ; POCIUS, 2022).

Em relação ao SIU, a liberação hormonal é majoritariamente local, entretanto, doses baixas de progesterona podem estar presentes na circulação sistêmica (NILSSON et al., 1986). Em geral, essas concentrações causam poucos ou nenhum efeito colateral.

Quando presentes, as queixas mais comumente associadas ao seu uso são oligomenorreia, acne, mudança de peso, hirsutismo, dor de cabeça, náusea e alterações de humor (TOIVONEN; LUUKKAINEN; ALLONEN, 1991). Embora não haja evidências de alteração na libido (HIGGINS et al., 2016) ou ganho de peso associado ao método (VICKERY et al., 2013), todas as queixas devem ser validadas e



devidamente orientadas. Os efeitos colaterais hormonais são uma das principais causas de descontinuação desse método (TOIVONEN; LUUKKAINEN; ALLONEN, 1991). Portanto, seu tratamento é uma possibilidade que deve ser discutida com a paciente e avaliada em conjunto, considerando o quanto esses sintomas afetam sua vida e seu grau de satisfação com o método (POCIUS; BARTZ, 2022).

b. O que fazer frente a uma perfuração uterina?

Mulheres com suspeita de perfuração uterina pelo histerômetro ou pelo DIU, devem ter os sinais vitais monitorados por pelo menos 30 minutos, com atenção para taquicardia, hipotensão e síncope (POCIUS; BARTZ, 2022).

Na vigência de sinais vitais instáveis, sangramento intenso, piora significativa da dor ou suspeita de sangramento intraperitoneal, a paciente deve ser transferida para um serviço de emergência, a fim de receber o suporte adequado (LEVY, 2022; POCIUS; BARTZ, 2022)

Na ausência desses achados, quando o DIU ainda não foi implantado, a conduta em relação à perfuração é expectante e a paciente pode ser liberada, com orientações quanto a sinais de alarme, como aumento de dor, febre, distensão abdominal e sangramento (POCIUS; BARTZ, 2022).

Quando a perfuração ocorre logo após a inserção do DIU e a paciente permanece hemodinamicamente estável, é possível tentar remover o dispositivo tracionando seu fio suavemente. Caso ele não saia com facilidade, está indicado o encaminhamento a um serviço de urgência para que a exploração laparoscópica e retirada do dispositivo possa ser realizada (POCIUS; BARTZ, 2022).

Pacientes que sofreram perfuração uterina em uma tentativa inicial de inserção podem realizar o procedimento novamente após 2 a 4 semanas, idealmente com auxílio de ultrassom como guia (POCIUS; BARTZ, 2022).

c. O que fazer com DIU incrustado no miométrio?

O DIU é considerado incrustado quando qualquer uma de suas partes penetra na parede do endométrio. Se essa complicação for visualizada, é necessária a retirada do dispositivo. Quando os fios do DIU estiverem acessíveis pelo canal cervical, a remoção pode ser realizada tracionando-os, como de costume (POCIUS; BARTZ,

2022; VELOSO M et al., 2011) Casos mais complicados requerem avaliação e remoção por histeroscopia (POCIUS; BARTZ, 2022)

d. O que fazer quando ocorre laceração de colo?

As lacerações de colo são mais comuns em mulheres com estenose cervical. Em geral, a conduta frente à laceração é expectante. Lacerações grandes ou cujo sangramento não cessa com compressão podem precisar de sutura (BRADLEY, 2022).

## 5. Discussão

Há comprovação na literatura de que a oferta de DIU por profissionais de diferentes especialidades não é adequadamente baseada em evidências, incluindo GO's e MFC'S (HARPER et al., 2012; WU; GUNDERSEN; PICKLE, 2016). Quando comparados, GO's demonstraram ter maior conhecimento em relação ao DIU, enquanto, MFC's apresentaram mais dúvidas e desejam com maior frequência receber treinamento (HARPER et al., 2012). As principais categorias de dúvidas identificadas foram referentes aos critérios de elegibilidade (SCHUBERT et al., 2015) e às indicações em situações oportunas, como pós-parto e pós-abortamento. MFC's também relataram mais preocupação com complicações (HARPER et al., 2012). Em decorrência dessas lacunas de conhecimento, o método deixa de ser ofertado a muitas mulheres que poderiam se beneficiar de seu uso (SCHUBERT et al., 2015).

Esses dados corroboram com os achados da nossa coleta de dúvidas em que perguntas sobre critérios de elegibilidade e manejo de complicações estiveram presentes. A frequência de questionamentos práticos quanto à técnica de inserção também pode ser um indicativo do desejo de treinamento expresso na literatura.

Além disso, há uma diferença significativa na oferta de DIU entre MFC's e GO's. Menos da metade dos MFC's costumam discutir uso de DIU como opção de método contraceptivo, enquanto 95% dos GO's o fazem (HARPER et al., 2012). Em contrapartida, a diferença em relação à oferta de anticoncepcional oral (ACO) é pequena entre os dois grupos (HARPER et al., 2012) e MFCs apresentaram maior conhecimento em relação aos critérios de

elegibilidade de ACO do que do DIU (WU; GUNDERSEN; PICKLE, 2016). É provável que haja uma associação desses dados com a maior disponibilidade dos ACO's na APS e consequentemente maior familiaridade dos profissionais com esse método (RUIVO et al., 2021).

Uma revisão integrativa, realizada em 2021, avaliou diferentes metodologias de treinamento em relação ao DIU, tais como videoaula com instrução seguida de simulação de inserção, treinamento em bonecos e inserção supervisionada, e atestou que todas demonstraram eficácia para o ganho de habilidades e competências (BARRETO et al., 2021). Também foi visto que médicos que recebem treinamento de habilidades de inserção e orientação sobre o DIU se tornam 4,6 vezes mais propensos a indicá-lo (LEWIS; DARNEY; DE BOCANEGRA, 2013). Com base nesses dados, podemos considerar o treinamento uma importante estratégia para aumentar a oferta e superar os índices de baixo uso desse método.

Outra questão associada à baixa indicação do DIU é a crença de que as mulheres não se interessam pelo método. Um estudo realizado com médicos ginecologistas e generalistas mostrou que cerca de metade desses profissionais pensava desse modo, independente de atuarem no setor público ou privado (LUCHETTI; ROMERO, 2017). No entanto, essa afirmação é refutada por dados da literatura que indicam que, quando o DIU é ofertado mediante aconselhamento adequado, a maioria das mulheres opta por esse método contraceptivo (SECURA et al., 2010).

No Brasil, já existem algumas cartilhas, protocolos e diretrizes abordando as orientações acerca da inserção do DIU voltado para profissionais. Dentre eles, convém citar: Protocolos de serviços/prefeituras; Cartilha Informativa Sobre Indicação e Uso de DIU de Cobre para Contracepção do Ambulatório de Saúde do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, Manual De Planejamento Familiar da OMS, Manual de Anticoncepção da Febrasgo e Manual Técnico para Profissionais DIU de Cobre MS. Outra fonte disponível na internet, é o aplicativo “Meu DIU”, que aborda algumas dúvidas comuns de usuárias e profissionais.

Contudo, a maioria dessas fontes continha informações superficiais, com pouca ou nenhuma ilustração, e não respondia a maior parte das dúvidas que apresentamos neste estudo. Além do mais, parte considerável das referências utilizadas para responder às dúvidas abordadas na cartilha foram retiradas de fontes em língua estrangeira, sem versões traduzidas para o português. Também encontramos divergências entre as fontes da literatura de

diferentes épocas e os protocolos disponíveis, o que aponta para a necessidade de educação continuada para os profissionais de saúde e renovação dos materiais existentes.

A reduzida quantidade de materiais técnicos/didáticos contribui para a dificuldade de treinamento dos profissionais que realizam a inserção e o manejo desse método contraceptivo. A criação e utilização de protocolos específicos permite aumentar a quantidade de profissionais adequadamente capacitados para fornecer o método e reduzir o tempo de espera para seu acesso (GONZAGA et al., 2017).

Com a construção dessa cartilha, objetivou-se contribuir para a redução das barreiras de acesso ao conhecimento, através da elaboração de um material ilustrativo contendo informações atualizadas baseadas em evidências que respondessem a perguntas frequentes referentes ao DIU. Essa tecnologia foi escolhida devido às suas características de baixo custo, fácil veiculação e manuseio, a fim de facilitar a difusão de informação.

Há diversos registros na literatura da efetividade desse tipo de estratégia para educação em saúde (DA CRUZ et al., 2017; NIETSCHE; TEIXEIRA; MEDEIROS, 2014; TEIXEIRA et al., 2019). Entretanto, a literatura ainda carece de estudos sobre construção e validação de materiais educativos direcionados a profissionais, visto que a maioria dos instrumentos avaliados nas fontes encontradas são voltados para pacientes.

## 6. Considerações finais

A ampliação do acesso à informação e aos métodos contraceptivos é essencial para o cuidado em saúde de qualidade. A APS tem um importante papel na garantia do acesso, através da aproximação de métodos de alta eficácia dos usuários. Assegurar essa prática é um meio de fortalecer o SUS, efetivar os princípios da universalidade, integralidade e acessibilidade e promover o direito reprodutivo, pois permite que todas as mulheres tenham direito de decidir sobre questões relacionadas à sua sexualidade e contracepção.

A difusão de informação baseada em evidências e treinamento de profissionais são formas de desmistificar o DIU, aumentar sua oferta e garantir seu acesso. Para tanto, é essencial que haja a continuidade e investimento em estudos de qualidade e construção de materiais do topo da pirâmide de evidências, como revisões sistemáticas e metanálises em

relação ao DIU, visto que a literatura disponível ainda é muito diversificada, carece de fontes atualizadas e apresenta vários pontos de divergência entre os autores.

A fim de reduzir ainda mais as barreiras em relação ao DIU, sugerimos a construção de materiais voltados para usuários e para gestores do sistema de saúde. Para que mais mulheres conheçam e desmistifiquem o método e que gestores compreendam sua importância, contribuindo para criação de políticas em saúde reprodutiva, liberação de verbas, investimento em capacitação dos profissionais e maior disponibilização do DIU e de equipamento para inserção.

## 7. Referências bibliográficas

- ANDRADE DE ARAUJO PENNA, I.; BASTOS BRITO, M. A importância da contracepção de longo prazo reversível. **Femina**, v. 43, n. suppl.1, 2015.
- ARAUJO, F. F. et al. Planejamento familiar, UM MANUAL GLOBAL PARA PROFISSIONAISE SERVIÇOS DE SAÚDE. **Ars cvrandi**, v. 24, n. 8, 2007.
- ARILDO REGINALDO DE HOLANDA, A. et al. Adequação do dispositivo intrauterino pela avaliação ultrassonográfica: inserção pós-parto e pós-abortamento versus inserção durante o ciclo menstrual Adequacy of the device intrauterine by ultrasound evaluation: postpartum and post-abortion insertion vers. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 35, n. 8, p. 373–378, 2013.
- ARMSTRONG, M. A. et al. Association of the Timing of Postpartum Intrauterine Device Insertion and Breastfeeding with Risks of Intrauterine Device Expulsion. **JAMA Network Open**, 2022.
- BALDWIN, M. K. et al. Intrauterine device placement at 3 versus 6 weeks postpartum: A randomized trial. **Contraception**, v. 93, n. 4, 2016.
- BARRETO, D. DA S. et al. Dispositivo Intrauterino na Atenção Primária a Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2821, 30 maio 2021.
- BARTZ, D. A.; POCIUS, K. D. **Intrauterine contraception: Insertion and removal**. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/intrauterine-contraception-insertion-and-removal>>. Acesso em: 20 jul. 2022.
- BRADLEY, L. **Overview of hysteroscopy**. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hysteroscopy>>. Acesso em: 11 set. 2022.

CARVALHO, N. S. DE et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecções que causam corrimento vaginal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. spe1, 2021.

CHEN, B. A. et al. Postplacental or delayed insertion of the levonorgestrel intrauterine device after vaginal delivery: A randomized controlled trial. **Obstetrics and Gynecology**, v. 116, n. 5, 2010.

DA CRUZ, F. O. DE A. M. et al. Validação de aparência de manual educativo para pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia. **Bioscience Journal**, v. 33, n. 6, 2017.

DELGADO, V. G. et al. Gravidez não planejada e os fatores associados à prática do aborto: revisão de literatura / Unplanned pregnancy and factors associated with abortion: a literature review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 12315–12327, 2020.

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. **Rotina operacional de distribuição e uso das soluções de Clorexidina nas Unidades de Saúde. Prefeitura de Rio Preto**, 2018. Disponível em:  
<[http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/148046/ANTISSEPTICOS\\_PADRONIZADO S.>](http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/148046/ANTISSEPTICOS_PADRONIZADO_S.>)

DINEHART, E.; LATHI, R. B.; AGHAJANOVA, L. **Levonorgestrel IUD: is there a long-lasting effect on return to fertility? Journal of Assisted Reproduction and Genetics**, 2020.

EROĞLU, K. et al. Comparison of efficacy and complications of IUD insertion in immediate postplacental/early postpartum period with interval period: 1 year follow-up. **Contraception**, v. 74, n. 5, 2006.

EVANGELISTA, C. B.; BARBIERI, M.; DA SILVA, P. L. N. Gravidez não planejada e fatores associados à participação em programa de planejamento familiar. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, 2015.

FERREIRA, J. M. et al. Uso de contraceptivos reversíveis de longa duração e a relação entre taxas de descontinuidade devido à menopausa e à esterilização de homens e mulheres. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, v. 38, n. 5, p. 210–217, 1 maio 2016.

GONZAGA, V. A. S. et al. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, n. 0, p. 1–8, 2017.

GURNEY, E. P. et al. Six-month expulsion of postplacental copper intrauterine devices placed after vaginal delivery. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 219, n. 2, 2018.

HARPER, C. C. et al. Evidence-based IUD practice: Family physicians and obstetrician-gynecologists. **Family Medicine**, v. 44, n. 9, 2012.

HIGGINS, J. A. et al. **Women's Sexual Function, Satisfaction, and Perceptions after Starting Long-Acting Reversible Contraceptives**. *Obstetrics and Gynecology*. **Anais...**2016.

HUBER, J.; WENZL, R. **Erratum: Pharmacokinetics of Implanon®: An integrated analysis (Contraception (1998) 58 (85S-90S))**. **Contraception**, 1999.

LEVY, B. S. **Uterine perforation during gynecologic procedures**. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/uterine-perforation-during-gynecologic-procedures>>. Acesso em: 7 set. 2022.

LEWIS, C.; DARNEY, P.; DE BOCANEGRA, H. T. Intrauterine contraception: Impact of provider training on participant knowledge and provision. **Contraception**, v. 88, n. 2, 2013.

LONG, J. et al. Menstrual Cup Use and Intrauterine Device Expulsion in a Copper Intrauterine Device Contraceptive Efficacy Trial [OP01-1B]. **Obstetrics & Gynecology**, v. 135, 2020.

LUCHETTI, G.; ROMERO, M. Encuesta regional sobre determinantes de la oferta e inserción del dispositivo intrauterino entre proveedores de salud. **Rev Argent Salud Pública**, v. 8, n. 30, p. 8–12, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Manual Técnico para Profissionais de Saúde: DIU com cobre T Cu 380A. p. 67, 2018.

MÜLLER, A. L. L.; MAGALHÃES, A. DE A.; RAMOS, J. G. L. **Estudo comparativo do uso do dispositivo intra-uterino inserido no pós-parto/pós-cesárea imediatos**. [s.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

NIETSCHE, E. A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P. **Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do (a) enfermeiro (a)**. [s.l.: s.n.].

NILSSON, C. G. et al. Sustained intrauterine release of levonorgestrel over five years. **Fertility and Sterility**, v. 45, n. 6, 1986.

ORTIZ, M. E.; CROXATTO, H. B. **Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system: biological bases of their mechanism of action**. **Contraception**, 2007.

PARCERO, M. S. DE J. et al. Características do relacionamento entre a mulher e seu parceiro na ocorrência de gravidez não planejada. **Rev. baiana enferm**, 2017.

POCIUS, K. D.; BARTZ, D. A. **Intrauterine contraception: Management of side effects and complications**. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/intrauterine-contraception-management-of-side-effects-and-complications?5321>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

RUIVO, A. C. O. et al. Disponibilidade de insumos para o planejamento reprodutivo nos três ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, 2021.

SCAVUZZI, A.; SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Continued compliance and degree of satisfaction in nulligravida and parous women with intrauterine contraceptive devices. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, v. 38, n. 3, p. 132–139, 1 mar. 2016.

SCHNYER, A. N. et al. Do menstrual cups increase risk of IUD expulsion? A survey of self-reported IUD and menstrual hygiene product use in the United States. **European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, v. 24, n. 5, p. 368–372, 3 set. 2019a.

SCHNYER, A. N. et al. Do menstrual cups increase risk of IUD expulsion? A survey of self-reported IUD and menstrual hygiene product use in the United States. **European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, v. 24, n. 5, p. 368–372, 3 set. 2019b.

SCHUBERT, F. D. et al. IUD knowledge and experience among family medicine residents. **Family Medicine**, v. 47, n. 6, 2015.

SECURA, G. M. et al. The Contraceptive CHOICE Project: Reducing barriers to long-acting reversible contraception. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 203, n. 2, 2010.

SHIPP, T. D.; BROMLEY, B.; BENACERRAF, B. R. The width of the uterine cavity is narrower in patients with an embedded Intrauterine Device (IUD) compared to a normally positioned IUD. **Journal of Ultrasound in Medicine**, v. 29, n. 10, 2010.

SLYWITCH, N. C. et al. Comparação entre os dispositivos intrauterinos de cobre e hormonal: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, 2021.

SONALKAR, S.; MODY, S. **Postpartum contraception: Counseling and methods**. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/postpartum-contraception-counseling-and-methods>>. Acesso em: 13 out. 2022.

TEIXEIRA, E. et al. Desenvolvimento participativo de tecnologia educacional em contexto HIV/AIDS. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, n. 1, 2019.



TOIVONEN, J.; LUUKKAINEN, T.; ALLONEN, H. Protective effect of intrauterine release of levonorgestrel on pelvic infection: Three years' comparative experience of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine devices. **Obstetrics and Gynecology**, v. 77, n. 2, 1991.

VAN EIJK, A. M. et al. Menstrual cup use, leakage, acceptability, safety, and availability: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Public Health**, v. 4, n. 8, 2019.

VELOSO M, D. et al. CONTROL ECOGRÁFICO POST INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**, v. 76, n. 1, 2011.

VICKERY, Z. et al. Weight change at 12 months in users of three progestin-only contraceptive methods. **Contraception**, v. 88, n. 4, 2013.

WU, J. P.; GUNDERSEN, D. A.; PICKLE, S. Are the contraceptive recommendations of family medicine educators evidence-based?: A CERA survey. **Family Medicine**, v. 48, n. 5, 2016.