

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE MEDICINA**

RAYANNE TRÓCOLI CARVALHO

**DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) NO
PÓS-PARTO IMEDIATO E
PÓS-ABORTAMENTO: PERFIL
SOCIODEMOGRÁFICO DAS MULHERES
ABORDADAS PARA INSERÇÃO DO DIU DE
COBRE, EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

JOÃO PESSOA

2024

**DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) NO
PÓS-PARTO IMEDIATO E
PÓS-ABORTAMENTO: PERFIL
SOCIODEMOGRÁFICO DAS MULHERES
ABORDADAS PARA INSERÇÃO DO DIU DE
COBRE, EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em Medicina
pela Universidade Federal da Paraíba.

Orientador: Prof. Dr^a. Aureliana Barboza da
Silva

JOÃO PESSOA

2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C331d Carvalho, Rayanne Trocoli.

Dispositivo intrauterino (DIU) no pós-parto imediato e pós-abortamento: perfil sociodemográfico das mulheres abordadas para inserção do DIU de cobre, em um hospital universitário / Rayanne Trocoli Carvalho. - João Pessoa, 2024.

38 f. : il.

Orientação: Aureliana Silva.
TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. Dispositivo Intrauterino. 2. Planejamento Familiar. 3. Período Pós-parto. I. Silva, Aureliana. II. Título.

UFPB/CCM

CDU 615.477.87(043.2)

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) NO
PÓS-PARTO IMEDIATO E PÓS-ABORTAMENTO:
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS MULHERES
ABORDADAS PARA INSERÇÃO DO DIU DE
COBRE, EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em Medicina
pela Universidade Federal da Paraíba.

Aprovado em: 4 / 12 / 2024

BANCA EXAMINADORA

Aureliana Barboza
Prof. Dr^a. Aureliana Barboza da Silva (Orientador)
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Amira Rose Costa Medeiros
Prof. Dr^a. Amira Rose Costa Medeiros
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Márcia Adriana Dias Meirelles Moreira
Prof. Dr^a. Márcia Adriana Dias Meirelles Moreira
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

À Nossa Senhora, que guiou meus passos até aqui.

A Deus, pela força e discernimento.

À minha família, por todo o apoio.

À UFPB e aos professores, por todo o ensino.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer ao meu pai Rômulo e à minha mãe Rita de Cássia, por serem o meu alicerce e os meus maiores exemplos, desde a infância. Se hoje estou aqui, é devido a todo o amor e apoio que recebi deles. Com meu pai, aprendi a ser determinada, disciplinada, justa e alegre. Com minha mãe, aprendi a ser uma mulher e uma médica temente a Deus, devota à Nossa Senhora e gentil, sempre disposta a ajudar o próximo. Devo a eles a pessoa que me tornei.

Agradeço a Deus, por ser a minha rocha. Por me fortalecer a cada dia, especialmente naqueles mais difíceis, permitindo-me chegar até aqui. Agradeço à Nossa Senhora, por guiar os meus passos, sempre me proporcionando tranquilidade e paz acerca das minhas decisões e escolhas.

Agradeço, também, à toda a minha família: pais, irmãos, avós, tios, tias, primos e primas. Em especial aos de casa - meus pais, meus irmãos Rayann, Ryann, Clara e Tuanny e à minha madrastra Mara, que estiveram comigo durante toda a minha trajetória neste curso de Medicina. Todos estes vibraram comigo desde o início, e me apoiaram, mesmo quando estive mais presente na universidade do que em casa ou em reuniões familiares. Essa vitória não seria possível sem eles.

Aos meus avós Luís Humberto Trócoli, Maria da Guia Trócoli, Emmanoel Rocha e Célia de Arújo, devo um agradecimento especial. Tive o privilégio de crescer na presença dos quatro, e de tê-los comigo até hoje. Obrigada por todo o carinho, amor, presença e apoio. Os amo de todo o meu coração.

Agradeço ao meu noivo Antônio, por ser o meu maior incentivador. Por dividir comigo as maiores batalhas que este curso trouxe. Por ser um grande exemplo de médico. Por ser o meu melhor amigo. Sei que, ao lado dele, as batalhas que irão surgir, agora como médica, serão mais facilmente vencidas. Agradeço, também, pela família que ele me deu. À minha sogra Mônica, ao meu sogro Vinícius, à minha cunhada Angélica e ao meu concunhado Édypo, que me acolheram como filha/irmã desde o início. Ao lado deles, compartilho esta grande vitória.

Aos meus amigos e colegas de turma, que estiveram ao meu lado durante toda esta trajetória. Em especial, às minhas amigas Gabriela Porfirio, Livia Furtado e Patrícia Macedo. Com elas, a rotina puxada se tornou mais leve. Com elas, aprendi o valor da amizade, do companheirismo e da confiança. A presença e o exemplo delas me moldaram não só como médica, mas me tornaram uma pessoa melhor. Agradeço pelo apoio diário e incondicional, dentro e fora da universidade.

Por fim, agradeço aos meus professores e a todos os profissionais da Universidade Federal da Paraíba, os quais tive o privilégio de conviver e aprender, ao longo destes quase sete anos. Em especial, agradeço à minha orientadora, Dr^a Aureliana Barboza e à minha banca avaliadora, Dr^a Márcia Adriana e Dr^a Amira Rose. Nelas, me espelho e me inspiro. Obrigada por serem exemplos de médicas humanas, determinadas e com amor à docência e à profissão. Espero ser capaz de repassar ao menos uma pequena fração de todo o ensinamento adquirido graças a vocês.

Obrigada por me tornarem médica pela Universidade Federal da Paraíba.

“A prática da medicina é uma arte, não um comércio, um chamado, não um negócio, um chamado em que seu coração será exercitado igualmente a sua cabeça.”

William Osler

RESUMO

Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo e observacional, realizado em um Hospital Universitário, na Paraíba. Objetivo: delinear aspectos sociodemográficos, obstétricos e ginecológicos, referentes às mulheres abordadas para a inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) no pós-parto imediato, visando aperfeiçoar o planejamento familiar reprodutivo. Método: Foram entrevistadas 219 mulheres, no momento periparto ou pós-parto, com entrevistas padronizadas mediante o uso de fichas de adesão e de não adesão ao DIU, de autoria própria. Os dados foram analisados utilizando o software Jamovi®, versão 2.3.28. Estatística descritiva foi usada para descrever as características maternas como idade, paridade, nível de escolaridade e conhecimento acerca do DIU. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa. O teste Qui-quadrado foi aplicado para avaliar associação entre variáveis qualitativas, sendo adotado o teste Exato de Fisher quando os respectivos pré-requisitos não foram cumpridos. Resultados: O estudo avaliou um total de 219 mulheres, das quais 94 (42,9%) aderiram ao DIU e 125 (57,1%) não aderiram ao método. Houve associação estatisticamente significativa entre a renda familiar e a adesão ao método ($p < 0,001$), o que não foi constatado com as demais variáveis sociodemográficas avaliadas. Houve associação estatisticamente significativa entre a adesão ao DIU e o conhecimento prévio acerca do DIU ($p < 0,001$), o uso prévio do DIU ($p = 0,042$), o tempo de uso de métodos anticoncepcionais ($p = 0,010$) e número de métodos contraceptivos anteriormente conhecidos ($p = 0,006$) ou utilizados ($p < 0,001$). Das noventa e quatro pacientes do grupo da adesão ao DIU, o perfil predominante foi de mulheres com idade entre 15 e 35 anos, possuíam entre 1 e 3 salários mínimos como renda familiar, possuíam Ensino Médio completo, encontravam-se em união estável e eram pardas. Em relação aos dados ginecológicos, o perfil predominante foi de múltiparas, com ciclo menstrual regular, com dismenorreia prévia e sem infecções sexualmente transmissíveis anteriores. Conclusão: A política de planejamento familiar pós-parto traz repercussões importantes na saúde da mulher e da criança, logo, existe a necessidade de uma maior educação quanto a escolha do DIU como método contraceptivo. Novos estudos são necessários para avaliar a continuidade do uso do dispositivo quando inserido em ambiente hospitalar e o impacto de um aconselhamento pré-natal acerca da adesão ao método. Também são necessários novos estudos para elucidar os motivos de aceitação e recusa em grupos específicos, como nulíparas e adolescentes.

Palavras-Chave: Planejamento Familiar. Dispositivo Intrauterino. Período pós-parto.

ABSTRACT

This is a prospective, descriptive and observational study, carried out at a University Hospital in Paraíba. Objective: to outline sociodemographic, obstetric and gynecological aspects of women approached for insertion of the Intrauterine Device (IUD) in the immediate postpartum period, aiming to improve reproductive family planning. Method: 219 women were interviewed, in the peripartum or postpartum period, with standardized interviews using IUD adherence and non-adherence forms. Data were analyzed using Jamovi© software, version 2.3.28. Descriptive statistics were used to describe maternal characteristics such as age, parity, level of education and knowledge about the IUD. Categorical variables were described by absolute and relative frequency. The chi-square test was applied to evaluate the association between qualitative variables, and Fisher's exact test was adopted when the respective prerequisites were not met. Results: The study evaluated a total of 219 women, of whom 94 (42.9%) adhered to the IUD and 125 (57.1%) did not adhere to the method. There was a statistically significant association between family income and adherence to the method ($p < 0.001$), which was not observed with the other sociodemographic variables evaluated. There was a statistically significant association between adherence to the IUD and previous knowledge about the IUD ($p < 0.001$), previous use of the IUD ($p = 0.042$), time of use of contraceptive methods ($p = 0.010$) and number of contraceptive methods previously known ($p = 0.006$) or used ($p < 0.001$). Of the ninety-four patients in the IUD group, the predominant profile was women aged between 15 and 35 years, with a family income of between 1 and 3 minimum wages, who had completed high school, were in a stable relationship, and were brown. Regarding gynecological data, the predominant profile was multiparous women, with a regular menstrual cycle, previous dysmenorrhea, and no previous sexually transmitted infections. Conclusion: The postpartum family planning policy has important repercussions on the health of women and children, and therefore, there is a need for greater education regarding the choice of the IUD as a contraceptive method. New studies are needed to evaluate the continued use of the device when inserted in a hospital environment and the impact of prenatal counseling on adherence to the method. Further studies are also needed to elucidate the reasons for acceptance and refusal in specific groups, such as nulliparous women and adolescents.

Keywords: Family Planning. Intrauterine Device. Postpartum Period.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 01 - Renda familiar x Adesão	24
Tabela 02 - Conhecimento do DIU x Adesão	24
Tabela 03 - Comparação, conhecimento	25
Tabela 04 - Uso prévio DIU X Adesão	25
Tabela 05 - Comparação, uso prévio do DIU	25
Tabela 06 - Número de métodos conhecidos x Adesão	26
Tabela 07 - Número de métodos prévios x Adesão	27
Tabela 08 - Tempo de uso MAC x DIU	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACO	Anticoncepcional Combinado Oral
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CCM	Centro de Ciências Médicas
DIU	Dispositivo Intrauterino
DIU-Cu	Dispositivo Intrauterino de Cobre
FEBRASGO	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
IC	Intervalo de Confiança
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LARC	Contraceptivos Reversíveis de Longa Ação
MAC	Métodos Anticoncepcionais
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Razão de Chances
PB	Paraíba
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

% Porcentagem

© Copyright

() Parênteses

< Menor que

= Igual a(à)

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
3.	METODOLOGIA	18
3.1	Local da Pesquisa	18
3.2	População e Amostra	18
3.3	Critérios de Inclusão	18
3.4	Critérios de Exclusão	18
3.5	Instrumentos para Coleta dos Dados	19
3.5.1	Ficha clínica de adesão ao DIU (Apêndice A)	19
3.5.2	Ficha de não adesão ao DIU (Anexo A)	19
3.6	Procedimentos para Coleta dos Dados	19
3.7	Procedimentos Éticos	19
3.8	Análise dos Dados	19
4.	RESULTADOS	23
4.1	RESULTADOS DESCRITIVOS DO GRUPO DE ADESÃO	23
4.2	RESULTADOS EXCLUSIVOS NÃO ADESÃO	23
4.3	RESULTADOS COMPARATIVOS	23
5.	DISCUSSÃO	28
6.	CONCLUSÃO	31

1. INTRODUÇÃO

A gravidez não planejada é um problema de saúde pública. A taxa média de gestação não planejada em países de baixa, média e alta renda está em torno de 35%. No Brasil, esta encontra-se em cerca de 55,4%, o que implica em um maior risco de morbimortalidade materna e neonatal, além de prejuízo socioeconômico e educacional para a mulher (FEBRASGO, 2022). Embora faça-se necessário abordagens multifatoriais para a redução das taxas dessas gestações, o aumento ao acesso de métodos contraceptivos reversíveis de longa ação (LARC - long-acting reversible contraceptives) pode contribuir de forma expressiva na mudança desse cenário.^{6,8}

Os LARCs são métodos contraceptivos em que o intervalo de administração é igual ou superior a três anos. Desta forma, possuem alta taxa de continuidade do método, com diminuição da taxa de falha associada a fatores como esquecimento ou abandono do uso. Seus principais representantes são os implantes subdérmicos e os dispositivos intrauterinos (DIU - dispositivo intrauterino).^{8,11} Além disso, por não dependerem da usuária, o uso típico e o uso perfeito são equivalentes, o que diminui o risco de falhas associadas aos métodos e torna a opção pelos LARCs a mais segura e eficaz.¹⁷

Ademais, os LARC possuem uma efetividade maior que 99%, além de terem seu efeito contraceptivo revertido de maneira rápida, caso a paciente opte pela interrupção do método ou expresse desejo de gestar. Estudos apontam para taxas de continuidade e de satisfação entre as usuárias de LARCs de 87% em 12 meses e 77% em 24 meses, ao passo que os métodos de curta duração tiveram taxas de continuidade variando entre 38 e 43% em 24 meses.¹⁷ Os LARCs devem ser oferecidos como primeira linha de escolha para todas as mulheres que desejam anticoncepção. Portanto, apresentam-se como métodos de excelente escolha para realização de um adequado planejamento reprodutivo feminino e familiar.

Entretanto, apenas 2% das mulheres brasileiras, que usam contraceptivos, estão em uso de LARC. Muitas são as razões para a baixa adesão a estes métodos no Brasil. Entre eles, pode-se citar a falta de conhecimento das mulheres e famílias acerca do funcionamento e das vantagens dos mesmos. Ademais, a desinformação e a falta de treinamento em inserção e manejo desses métodos, por parte de profissionais de saúde, também contribui para o diminuto uso dos LARC. Outrossim, ressalta-se o fato de que apenas um tipo de LARC, o dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu), está disponível gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS). Todos esses fatores, em conjunto, formam

barreiras para o uso destes métodos contraceptivos.¹¹

Como um método pouco disseminado, o uso do DIU é precedido de mitos e equívocos sobre o seu mecanismo de ação, e, nesse ponto, os profissionais de saúde encontram-se em uma posição única de oferecer cuidado e educação sobre o mesmo.¹⁹ A inserção do DIU pode ser realizada em diversos períodos do ciclo de vida da mulher. No período pós-parto, especialmente dentro das primeiras 48 horas, tem mostrado vantagens à mulher, devido à disponibilidade de um método efetivo e imediato de contracepção já em um contexto de assistência médica, associada a uma menor taxa de efeitos colaterais.²¹

Tendo em vista o papel crucial da educação neste contexto de planejamento familiar, associado ao problema de saúde pública quanto à gravidez não planejada, viu-se no hospital universitário um ideal campo de prática para o incentivo à contracepção de longa duração, através da oferta do DIU para inserção no pós-parto imediato.

Portanto, este trabalho visa traçar um perfil sociodemográfico das pacientes abordadas para a adesão ao método contraceptivo de longa duração, no pós-parto imediato, em um hospital universitário da Paraíba. A finalidade dessa coleta e da análise de dados visa esclarecer alguns dos obstáculos para a não aceitação do método, bem como estabelecer características sociodemográficas que se associam à maior aceitação do DIU para que, desta forma, estratégias de melhor abordagem sobre contracepção possam ser estabelecidas, com finalidade de garantir um maior acesso e informação às políticas de planejamento familiar disponíveis.

2 . FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O DIU de cobre é um dispositivo de plástico em forma de T, de cerca de 3,6 cm em seu maior eixo, coberto com fios de cobre. No Brasil, o uso do DIU representa 1,9% dos métodos utilizados, incluindo a ligadura tubária.¹ Atualmente, existem DIUs com diversas quantidades de cobre, variando de 200-380 mm². Desses, o DIU-Cu T380A é considerado o mais eficaz, com efeito contraceptivo em bula por 10 anos; e é o oferecido no SUS.

Como mecanismo de ação, o cobre presente no DIU-Cu, afeta a motilidade dos espermatozoides, impedindo a sua união com o óvulo. Ademais, o metal age como espermicida dentro do útero, elevando os níveis de íons, prostaglandinas e leucócitos, impedindo o espermatozoide de atravessar o muco cervical ou destruindo-o enquanto atravessa.¹⁶ Além disso, é tóxico para o óvulo, reduzindo o tempo que este permanece adequado para ser fertilizado. A ovulação não é impactada pela presença do cobre. (FEBRASGO, 2022)

Trata-se de método contraceptivo muito efetivo, com índice de Pearl de 0,6 no uso perfeito e 0,8 no uso típico. O índice de Pearl refere-se ao número de gravidezes para cada 100 mulheres no primeiro ano de uso do método anticoncepcional.⁵ Em 10 anos, a efetividade do DIU pode ser comparada à da esterilização tubária, devendo ser sempre uma alternativa à esterilização, principalmente em mulheres jovens e com contraindicações ao procedimento cirúrgico.¹⁷

Ademais, apresenta-se como um método com elevada continuidade após um ano de uso. Estudos apontam para taxas de continuidade, após doze meses, de cerca de 78% para o DIU, comparado a 41% para preservativo masculino, 46% para coito interrompido e 47% para abstinência periódica.²²

O dispositivo intrauterino pode ser inserido em diversos períodos da vida reprodutiva da mulher, desde a adolescência até o fim da menacme. Apresenta como principal contraindicação a gravidez, tendo como pré-requisito à inserção, a certeza de ausência de gestação. É um método seguro e eficaz, sendo categoria 1 para quase todas as situações em que está contraindicada a anticoncepção hormonal, como tabagismo, hipertensão e doença cardiovascular.¹⁷

Sendo inserido no pós-parto, o DIU tem uma restrição quanto ao seu período de inserção: deve ser implantado em até 48 horas após o nascimento ou apenas 4 semanas depois. Esse é um dos principais motivos que aumenta a desistência para a adoção do DIU – dificilmente há o retorno ao hospital após as quatro semanas para a inserção desse método

contraceptivo.

Ademais, vários autores têm documentado um menor desconforto e dor na inserção do DIU logo após a dequitação placentária em comparação com a técnica-padrão, entre 6 e 8 semanas após o parto.⁶ As pacientes parecem estar mais focadas em seus recém-nascidos e distraídas do procedimento, o que parece levar à redução do desconforto durante a inserção do DIU no pós-parto imediato.²² Logo, a inserção do DIU no pós-parto pode diminuir a taxa de desistência e permitir às mulheres a adoção de uma contracepção segura e eficaz, ainda durante a internação.

Um adendo para a importância do planejamento familiar e de métodos efetivos já no pós parto recai sobre o risco de prematuridade e morte neonatal em gravidezes com intervalo inferior a 1 ano, principalmente porque nos grupos de baixa renda foi evidenciado que as gravidezes não intencionais ocorrem antes dos primeiros 12 meses pós-parto. (BRUNSON et al., 2017) As pesquisas nesse sentido também comprovam a maior continuidade do método quando iniciados no pós-parto, apontando também para um melhor custo benefício em questão de saúde pública.¹⁶

Com relação às principais complicações do uso do DIU, a possibilidade de perfuração uterina pode ocorrer em 1-2 para cada 1000 inserções ginecológicas (FEBRASGO, 2014). A infecção é uma das complicações também esperadas, porém os estudos mais recentes não evidenciam infecção ou perfuração quando inseridos após a dequitação placentária (HOY, 2007; SUJNANENDRA, 2014). A ocorrência de perfuração uterina ou transfixação do DIU durante a inserção no pós-parto é pouco provável, uma vez que o útero está mais complacente e de maior tamanho do que o habitual.¹⁸ Ademais, comparado a não usuárias de métodos contraceptivos, o uso de DIU reduz em mais de 80% o risco de uma gestação ectópica.⁸ Mas, havendo falha do DIU, na presença de teste de gestação positivo, é importante descartar gestação ectópica mediante a realização de ultrassonografia transvaginal.⁸

No caso de uma gestação intrauterina, é importante retirar o DIU o mais rápido possível em caso de o fio estar visível. Isso porque a gestação com um DIU na cavidade tem maiores riscos de complicações como aborto espontâneo, parto pré-termo e ruptura prematura das membranas. A retirada do DIU reduz o risco dessas complicações em pelo menos 70%, mas não o elimina completamente.⁶ Não se deve fazer nenhuma tentativa invasiva de retirar o fio do DIU, apenas puxá-lo se este for visível.

As taxas de expulsão do DIU variam com o momento de inserção, de até 5% na inserção padrão (6 a 8 semanas após o parto), 8% se inserido antes da histerorrafia na

cesariana e de 5 a 25% no pós-parto vaginal.⁸ Tendem a ser menores quando o DIU é inserido em menos de 10 minutos após a dequitação placentária.¹⁸

No entanto, apesar da taxa de expulsão relativamente alta para o momento pós-parto, esse modelo de inserção tem apresentado benefícios que superam a desvantagem do risco de expulsão, reforçando ainda que o próprio seguimento clínico da usuária pode detectar precocemente a expulsão, além da educação para usuária sobre sinais e sintomas associados ao possível desfecho. Ademais, uma revisão sistemática da Cochrane publicada em 2014 reuniu nove trabalhos sobre a inserção de DIU pós-parto e mostrou ser tão segura quanto a inserção de intervalo (4-6 semanas após o parto).⁹

Há contraindicações para sua implantação em caso de infecção pós-parto, câncer genital, doença inflamatória pélvica atual, tuberculose pélvica e alterações anatômicas do útero. A instalação da AIDS e a presença de mola hidatiforme correspondem a contra indicações relativas para o uso de DIU. As complicações mais frequentes são a perfuração uterina, cólicas menstruais e gravidez ectópica. A inserção no pós-parto só deve ser evitada em caso de atonia uterina, hemorragia genital e amniorrexe há mais de 12 horas.

Diante das dificuldades na disseminação do uso do dispositivo intrauterino de uma forma mais ampla, as barreiras mais comumente mencionadas por especialistas para o uso dos LARCs foram: custo (63%), seguidos da falta de conhecimento das mulheres sobre a segurança, acessibilidade e expectativas do seu uso, além do baixo treinamento dos profissionais da atenção primária.¹¹ Ademais, um estudo americano prospectivo (Contraceptive CHOICE Project) observou maiores taxas de satisfação e adesão entre as usuárias de LARCs após aconselhamento e orientação.

Em um estudo que avaliou, entre alguns dados, o conhecimento e aceitação ao DIU no pós-parto, ficaram evidenciados como os principais empecilhos para a aceitação ao método os mitos e os preconceitos que o envolviam. Desta forma, apontou-se a importância da orientação precoce durante o pré-natal, não apenas para a ampliação da aceitação, mas também para a continuidade no uso do método. (NAYAK; JAIN, 2017)

Fica, portanto, evidente a importância de uma proposta que atualize médicos e profissionais de saúde sobre o uso dessa contracepção no pós-parto imediato. Afinal, estes são a ponte entre os pacientes e os serviços oferecidos pelo hospital, portanto, são eles que devem esclarecer os procedimentos realizados e, a partir do vínculo criado, propor novas alternativas de tratamento, diagnóstico, e, neste caso, de contracepção. Desta forma, as mulheres que desde o período pré-natal tiverem sido informadas sobre a possibilidade da colocação do DIU, estarão mais abertas à adoção de um método anticoncepcional seguro,

disponível imediatamente e cuja eficácia não depende dela ou do seu parceiro.

A respeito da limitação financeira ao acesso, o Ministério da Saúde emitiu a portaria de número 3.265 em 1º de dezembro de 2017, tratando a respeito da ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa ampliação visa a distribuição pelas instâncias estaduais, municipais e do Distrito Federal às maternidades integrantes do SUS para a anticoncepção no pós-parto ou pós-abortamentos imediatos (PORTARIA MS NO 3.265). A portaria está de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), que visa garantir o direito de acesso ao planejamento familiar no âmbito da atenção integral à saúde, incluindo nesse sentido a ampliação do acesso e da informação sobre os métodos anticoncepcionais.

Em um estudo anterior analisando fatores associados à aceitação do DIU no pós parto, a idade não se relacionou como um fator associado, enquanto que as variáveis que apresentaram valor de significância na associação foram: a paridade, o grau de escolaridade, a não utilização prévia de anticoncepcional e o estado civil.⁴ Já um estudo conduzido entre mulheres jovens do Kênia, mostrou não haver associação entre uso prévio de contracepção e aceitação do uso do dispositivo.²

Em outro estudo avaliando a aceitação da inserção de contracepção que envolve o grupo das LARCs, o nível educacional ou conjugal das mães não influenciou na aceitação. O conhecimento prévio sobre o método também influenciou positivamente com uma chance três vezes maior de aceitação. A menor idade na primeira gestação também se apresentou como um fator positivo para a aceitação. No entanto, quando em análise multivariada, apenas o conhecimento prévio sobre implante foi caracterizado como um fator independente associado à aceitação.²⁰

Desta forma, observa-se que mais pesquisas são necessárias para entender os fatores maternos, demográficos e sociais relacionados à aceitação do dispositivo intrauterino como método contraceptivo no pós-parto, de forma a facilitar e aprimorar a abordagem necessária, por parte dos serviços e profissionais de saúde, acerca do método.

3 . METODOLOGIA

Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo e observacional de avaliação do perfil sociodemográfico das mulheres internadas no período pré-parto na enfermaria obstétrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), entre setembro de 2021 e agosto de 2023.

A variável dependente do estudo foi a aceitação do DIU no pós-parto imediato e as variáveis independentes foram dados maternos e sociodemográficos retirados da ficha clínica para aceitação do DIU, aplicada por um projeto de extensão vigente no hospital universitário, associada a um novo questionário que foi aplicado para as pacientes que negaram o uso do método no pós-parto, contendo informações como: idade, escolaridade, estado civil, uso prévio e/ou conhecimento de outro(s) método(s) anticoncepcional(is) e conhecimentos mais específicos acerca do DIU.

3.1 Local da Pesquisa

Enfermaria obstétrica, 3º andar do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), João Pessoa-PB.

3.2 População e Amostra

A população em estudo foi composta pelas mulheres internadas na enfermaria obstétrica do HULW. A amostra calculada por software com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, a partir de uma população estimada de 120 mulheres levando em consideração a média de mulheres que mensalmente colocam o DIU no contexto do pós-parto no HULW e o tempo da pesquisa, resultou em um espaço amostral de 94 pacientes.

3.3 Critérios de Inclusão

Todas as mulheres abordadas na enfermaria obstétrica que estejam com mais de 36 semanas de gestação, em internação para o parto.

3.4 Critérios de Exclusão

Foram excluídas todas as mulheres que encontravam restrição absoluta ao uso do DIU

no pós-parto, sendo as situações de: delivramento incompleto, sangramento não controlado no pós-parto, 18 horas ou mais de bolsa rota, febre intraparto, corioamnionite ou endometrite e trauma vaginal extenso decorrente do parto natural.

3.5 Instrumentos para Coleta dos Dados

3.5.1 - Ficha clínica de adesão ao DIU (Apêndice A)

3.5.2- Ficha de não adesão ao DIU (Anexo B)

3.6 Procedimentos para Coleta dos Dados

Foram utilizados dados sociodemográficos das fichas clínicas de adesão ao uso do DIU, aplicadas pela extensão intitulada “Dispositivo Intrauterino no Pós-parto Imediato e no Pós abortamento”, com aprovação pelo comitê de ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley, associada à implantação de uma nova ficha, respondida pelas mulheres que recusaram o método. Essas fichas foram preenchidas por estudantes da extensão ou médicos residentes do serviço, no momento da abordagem para oferecimento do DIU.

3.7 Procedimentos Éticos

Fizeram parte da amostra os pacientes que concordaram, ou que seus responsáveis concordaram - caso menor de idade, em participar da pesquisa, mediante informação e esclarecimento. A autorização foi dada através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no início da pesquisa (Anexo 1).

Como se trata de uma pesquisa com seres humanos, o projeto foi submetido anteriormente à análise do Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos do Centro de Ciências Médicas (CCM) da UFPB, de acordo com o que normatiza a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

3.8 Análise dos Dados

A partir destas variáveis, foi construído um banco de dados digital que foi analisado por meio do software Jamovi®, versão 2.3.28.

Estatística descritiva foi usada para descrever as características maternas como idade,

paridade, nível de escolaridade e conhecimento acerca do DIU. Média, mediana, moda e desvio padrão foram usadas para as variáveis contínuas e frequências e proporções para as variáveis categóricas. O valor de $p < 0,05$ foi atribuído como estatisticamente significativo. A normalidade da amostra foi avaliada através do Shapiro-Wilk. O teste T foi aplicado para comparar médias, enquanto o teste qui quadrado para comparar proporções entre os dois grupos de mulheres que aceitaram e recusaram o uso do DIU no pós-parto. O teste exato de Fisher também foi utilizado quando um valor zero foi encontrado. Regressão logística foi aplicada para testar a força de associação entre variáveis demográficas e reprodutivas e primeiro desfecho que será a aceitação do uso. Os fatores significativos foram, então, analisados em análise multivariada para comprovação da associação independente.

4 . RESULTADOS

A pesquisa contou com a participação de 219 mulheres, abordadas para a inserção do DIU no pós-parto imediato. Destas, 94 (42,9%) aderiram ao método contraceptivo, enquanto 125 (57,1%) mulheres não inseriram o dispositivo.

4.1. RESULTADOS DESCRITIVOS DO GRUPO DE ADEÇÃO

No grupo da adesão ao dispositivo intrauterino, dados sociodemográficos como idade, renda, escolaridade, estado civil e cor/raça foram questionados. Dentre as noventa e quatro mulheres, 75 (79,8%) apresentaram idades entre quinze e trinta e cinco anos e 19 (20,2%) acima de trinta e cinco anos. Nenhuma paciente deste grupo possuía idade menor que quinze anos.

No que diz respeito à faixa de renda salarial familiar, 68 (72,3%) mulheres apresentaram renda familiar entre um e três salários mínimos; 18 (19,1%) apresentaram renda familiar menor que um salário mínimo; 07 (7,4%) questionários apresentaram o dado ignorado e 01 (1,1%) mulher apresentou renda familiar superior a três salários mínimos.

Acerca do grau de escolaridade materna, 44 (46,8%) mulheres informaram possuir ensino médio completo; 16 (17%) ensino fundamental incompleto; 15 (16%) ensino superior completo; 10 (10,6%) ensino médio incompleto; 05 (5,3%) ensino superior incompleto e 04 (4,3%) ensino fundamental completo.

Quanto ao estado civil, 46 (48,9%) pacientes encontravam-se em união estável com seu/sua parceiro(a); 27 (28,7%) pacientes encontravam-se casadas e 21 (22,3%) pacientes encontravam-se solteiras. No que se refere à cor/raça, 60 (63,8%) mulheres se autodeclararam pardas; 19 (20,2%) mulheres se autodeclararam brancas; 11 (11,7%) mulheres se autodeclararam negras; 02 (2,1%) mulheres se autodeclararam indígenas e 02 (2,1%) mulheres se autodeclararam asiáticas.

Ademais, as pacientes também foram questionadas a respeito de antecedentes obstétricos e ginecológicos, sendo obtidos dados como paridade, regularidade do ciclo menstrual, presença de dismenorréia prévia, passado de infecção sexualmente conhecida, quantidade de métodos anticoncepcionais conhecidos, tempo de uso anterior de métodos anticoncepcionais, uso prévio do DIU de cobre e conhecimento pregresso a respeito do dispositivo intrauterino.

No que diz respeito à paridade, 67 (71,3%) mulheres não encontravam-se na sua

primeira gestação, ou seja, eram múltiparas; já 27 (28,7%) mulheres eram primíparas, ou seja, aquela gestação era a sua primeira. Quanto à regularidade do ciclo menstrual, 63 (67%) pacientes informaram possuir um ciclo menstrual regular, previamente àquela gestação; já 31 (33%) pacientes informaram possuir um ciclo menstrual irregular.

Em relação à presença de dismenorréia, ou seja, cólica menstrual, 57 (60,6%) mulheres informaram apresentarem o sintoma; 36 (38,3%) mulheres informaram não possuir o sintoma e 01 (1,1%) mulher não informou o dado. No que se refere às infecções sexualmente transmissíveis (IST), 86 (91,5%) pacientes negaram possuir IST pregressa, enquanto 08 (8,5%) pacientes relataram passado de IST. Destas, a infecção sexualmente transmissível mais prevalente foi a sífilis, tendo afetado 04 (4,3%) das pacientes.

No que se refere à quantidade de métodos contraceptivos anteriormente conhecidos, dentre nove opções listadas no formulário, 33 (35,1%) mulheres conheciam todos os nove métodos apresentados; 24 (25,5%) conheciam oito deles; 19 (20,2%) conheciam sete deles; 07 (7,4%) conheciam seis deles; 07 (7,4%) conheciam cinco deles; 02 (2,1%) conheciam dois quatro deles; 01 (1,1%) mulher conhecia três deles e 01 (1,1%) mulher conhecia um dos métodos contraceptivos listados.

No que tange ao número de métodos contraceptivos anteriormente utilizados, dentre nove opções listadas no formulário de pesquisa, 33 (35,1%) mulheres relataram uso pregresso de dois métodos; 25 (26,6%) de três métodos; 15 (16%) de um método; 13 (13,8%) de quatro métodos; 06 (6,4%) de cinco métodos; 02 (2,1%) mulheres negaram uso pregresso de métodos contraceptivos. Os métodos anticoncepcionais mais mencionados foram, respectivamente, o preservativo masculino - 75 vezes, o anticoncepcional combinado oral (ACO) - 73 vezes e os injetáveis - 47 vezes.

Acerca do tempo de uso pregresso de métodos anticoncepcionais (MAC), 23 (24,5%) mulheres relataram uso de MAC por mais de 05 anos; 18 (19,1%) por menos de seis meses; 18 (19,1%) mulheres por um ano; 10 (10,6%) mulheres por três anos; 09 (9,6%) mulheres por dois anos; 06 (6,4%) mulheres por entre seis meses e um ano; 05 (5,3%) mulheres por quatro anos; 03 (3,2%) mulheres por cinco anos; 01 (1,1%) mulher não soube informar o dado e 01 (1,1%) mulher negou uso prévio de algum método contraceptivo.

Quanto ao conhecimento prévio acerca do DIU de cobre, 89 (94,7%) mulheres relataram conhecer o método contraceptivo antes da admissão hospitalar, enquanto 05 (5,3%) relataram não conhecer o dispositivo anteriormente. Já em relação ao uso prévio do dispositivo, 77 (81,9%) mulheres negaram ter utilizado o método contraceptivo anteriormente, enquanto 11 (18,1%) mulheres afirmaram uso prévio do dispositivo.

4.2. RESULTADOS EXCLUSIVOS NÃO ADESAO

Na ficha de não aceitação ao DIU, as cento e vinte e cinco (125) pacientes foram questionadas a respeito do motivo pelo declínio do uso do método, assim como do desejo ou não de gestar novamente. Ademais, foram interrogadas sobre qual método contraceptivo pretendiam utilizar, após a alta hospitalar.

No que diz respeito às justificativas para a não aceitação da inserção do dispositivo intrauterino, o motivo mais citado pelas pacientes foi “medo”, mencionado por 35 (28%) mulheres. As demais razões mais prevalentes, em ordem decrescente, foram: preferência por outro método, insegurança, método ineficaz, desejo de gestar, possível rejeição, método invasivo e incômodo na aplicação. Estas foram citadas, respectivamente, por 26 (20,8%), 12 (9,6%), 8 (6,4%), 6 (4,8%), 4 (3,2%), 4 (3,2%) e 4 (3,2%) mulheres.

Quando questionadas quanto ao desejo de gestar novamente, das 125 pacientes do grupo da não adesão ao DIU, 85 mulheres relataram não desejar engravidar, o que correspondeu a 68% das pacientes. Ademais, 24 (19,2%) mulheres relataram desejar gestar e 16 (12,8%) pacientes não souberam responder.

Em relação aos métodos contraceptivos que pretendiam utilizar após a alta hospitalar, o mais citado foi a laqueadura tubária, nomeada por trinta e nove (39) mulheres, correspondendo a 31,2% das respostas. Os outros métodos mais prevalentes foram o anticoncepcional oral e o injetável mensal/trimestral, nomeados, respectivamente, por 21 (16,8%) e 15 (12%) pacientes. Enquanto isso, 20 (16%) pacientes não possuíam um método de escolha, no momento do questionário. Outrossim, 11 (8,8%) não pretendiam utilizar métodos contraceptivos após a alta hospitalar.

4.3. RESULTADOS COMPARATIVOS

Dentro da análise estatística, as variáveis sociodemográficas e ginecológicas/obstétricas do grupo da adesão e do grupo da não adesão ao dispositivo intrauterino no pós-parto imediato, foram comparadas, em busca da significância estatística para adesão ao método contraceptivo ofertado.

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas, foram equiparados dados referentes à idade, à cor/raça, ao estado civil, à renda familiar e à escolaridade das pacientes abordadas. Destes, apenas a variável de renda familiar apresentou significância estatística, com Testes X^2 e Teste Exato de Fisher com $p < 0.001$ (Tabela 01).

		INSERIU O DIU						
		SIM	NÃO	Total				
RENDA								
IGNORADO	Observado	7	58	65				
	% em coluna	7.4 %	46.4 %	29.7 %				
<1 SALÁRIO MÍNIMO	Observado	18	27	45				
	% em coluna	19.1 %	21.6 %	20.5 %				
1-3 SALÁRIOS MÍNIMOS	Observado	68	37	105				
	% em coluna	72.3 %	29.6 %	47.9 %	Testes χ^2			
>3 SALÁRIOS MÍNIMOS	Observado	1	3	4		Valor	gl	p
	% em coluna	1.1 %	2.4 %	1.8 %	χ^2	48.6	3	< .001
Total	Observado	94	125	219	Teste Exato de Fisher	< .001		
	% em coluna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	N	219		

Tabela 01 - Renda familiar x Adesão

No que diz respeito às variáveis relacionadas ao antecedente obstétrico e ginecológico das pacientes abordadas, foram comparados dados referentes à regularidade do ciclo menstrual, presença de dismenorréia pregressa, paridade, passado de infecção sexualmente transmissível (IST), conhecimento pregresso do dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu), uso prévio do DIU-Cu, número de métodos anticoncepcionais (MAC) conhecidos, número de MAC utilizados anteriormente e tempo de uso de MAC prévios.

Com relação ao conhecimento prévio do DIU-Cu, no grupo da adesão ao dispositivo, 89 (94,7%) mulheres conheciam o método anteriormente. Já no grupo da não adesão, 93 (74,4%) mulheres possuíam conhecimento prévio acerca do DIU-Cu (Tabela 03). Na análise comparativa, esta variável apresentou significância estatística, com $p < 0,001$, OR de 0.163 e IC 95% variando entre 0,0609 - 0,438 (Tabela 03).

INSERIU O DIU		CONHECIA O DIU		Total																
		NÃO	SIM																	
SIM	Observado	5	89	94	Testes χ^2															
	% em linha	5.3 %	94.7 %	100.0 %																
NÃO	Observado	32	93	125	<table><tr><th></th><th>Valor</th><th>gl</th><th>p</th></tr><tr><td>χ^2</td><td>15.7</td><td>1</td><td>< .001</td></tr><tr><td>N</td><td>219</td><td></td><td></td></tr></table>					Valor	gl	p	χ^2	15.7	1	< .001	N	219		
		Valor	gl	p																
χ^2	15.7	1	< .001																	
N	219																			
% em linha	25.6 %	74.4 %	100.0 %																	
Total	Observado	37	182	219																
	% em linha	16.9 %	83.1 %	100.0 %																

Tabela 02 - Conhecimento do DIU x Adesão

Medidas Comparativas

	Valor	Intervalo de Confiança a 95%	
		Lim. Inferior	Superior
Rácio das Chances	0.163	0.0609	0.438

Tabela 03 - Comparação, conhecimento

Quanto ao uso prévio do DIU de cobre, no grupo da adesão ao método, 77 (81,9%) mulheres negaram utilização pregressa do dispositivo, enquanto no grupo da não adesão ao método, 114 (91,2%) mulheres negaram uso prévio do método (Tabela 04). Na análise comparativa entre os grupos, esta variável apresentou significância estatística, com $p = 0.042$, OR de 0,437 e IC (95%) variando entre 0,194 - 0,984 (Tabela 05).

INSERIU O DIU		USO PRÉVIO DO DIU															
		NÃO	SIM	Total													
SIM	Observado	77	17	94	Testes χ^2												
	% em linha	81.9 %	18.1 %	100.0 %													
NÃO	Observado	114	11	125	<table><tr><th>Valor</th><th>gl</th><th>p</th></tr><tr><td>χ^2 4.15</td><td>1</td><td>0.042</td></tr><tr><td>N 219</td><td></td><td></td></tr></table>				Valor	gl	p	χ^2 4.15	1	0.042	N 219		
	Valor	gl	p														
χ^2 4.15	1	0.042															
N 219																	
% em linha	91.2 %	8.8 %	100.0 %														
Total	Observado	191	28	219													
	% em linha	87.2 %	12.8 %	100.0 %													

Tabela 04 - Uso prévio DIU X Adesão

Medidas Comparativas

	Valor	Intervalo de Confiança a 95%	
		Lim. Inferior	Superior
Rácio das Chances	0.437	0.194	0.984

Tabela 05 - Comparação, uso prévio DIU

No que se refere ao número de métodos anticoncepcionais conhecidos anteriormente à pesquisa, em ambos os grupos, a maioria das mulheres relataram conhecer todos os nove métodos listados no formulário. No grupo da adesão, isto foi observado com 33 (35,1%)

mulheres, enquanto no grupo da não adesão, com 37 (29,6%) mulheres. Ademais, no grupo da adesão, não houve pacientes sem conhecimento acerca de nenhum dos métodos listados, enquanto o mesmo foi observado em 01 (0,8%) mulher do grupo da não adesão. Outrossim, no grupo da adesão, observou-se que a chance de adesão ao método cresceu de forma progressiva ao número de métodos contraceptivos conhecidos. Por fim, na análise comparativa, esta variável apresentou significância estatística, com $p = 0,006$ (Tabela 06).

Nº MACS CONHECIDOS	INSERIU O DIU		Total				
	SIM	NÃO					
0	0	1	1				
1	0	5	5				
2	1	14	15				
3	1	9	10				
4	2	2	4				
5	7	3	10				
6	7	12	19				
7	19	21	40				
8	24	21	45				
9	33	37	70				
Total	94	125	219				

Testes χ^2			
	Valor	gl	p
χ^2	23.2	9	0.006
N	219		

Tabela 06 - Número de métodos conhecidos x Adesão

Acerca do número de métodos contraceptivos previamente utilizados pelas pacientes, dentre os nove tipos listados no questionário, o número máximo encontrado foi de cinco métodos diferentes, em ambos os grupos estudados. No grupo da adesão ao DIU-Cu, este dado foi observado em 06 (6,3%) pacientes, enquanto no grupo da não adesão, em 01 (0,8%) mulher. Ademais, no grupo da adesão, a maioria das pacientes relataram uso prévio de dois tipos de métodos contraceptivos, o que correspondeu a um grupo de 33 (35,1%) mulheres. Enquanto isso, no grupo da não adesão, a maioria das mulheres relataram uso prévio de apenas um método anticoncepcional anteriormente à pesquisa, o que correspondeu a um grupo de 52 (41,6%) pacientes. Na análise comparativa, esta variável apresentou significância estatística, com $p < 0,001$ (Tabela 07).

Nº MAC PRÉVIOS	INSERIU O DIU		Total				
	SIM	NÃO					
0	2	10	12				
1	15	52	67				
2	33	34	67				
3	25	20	45	Testes χ^2			
4	13	8	21				
5	6	1	7				
Total	94	125	219				
				Valor	gl	p	
				χ^2	27.3	5	< .001
				N	219		

Tabela 07 - Número de métodos prévios x Adesão

Por fim, no que diz respeito ao tempo de uso pregresso de métodos contraceptivos, em ambos os grupos, a maior parte das pacientes abordadas relatou uso prévio de MACs por mais de cinco anos. No grupo da adesão, este dado foi fornecido por 23 (24,4%) mulheres. Já no grupo da não adesão, o mesmo ocorreu com 36 (28,8%) mulheres. Ademais, no grupo da adesão, apenas 01 (1,1%) mulher relatou nunca ter utilizado algum dos nove métodos contraceptivos listados, enquanto o mesmo foi observado em 11 (8,8%) mulheres do grupo da não adesão ao DIU-Cu. Na análise comparativa entre os grupos, esta variável apresentou significância estatística, com $p = 0,010$ (Tabela 08).

TEMPO USO MAC	INSERIU O DIU		Total				
	SIM	NÃO					
Nunca usou	1	11	12				
<6m	18	5	23				
6m-1a	6	15	21				
1 ano	18	17	35				
2 anos	9	16	25				
3 anos	10	14	24				
4 anos	5	5	10				
5 anos	3	5	8	Testes χ^2			
>5 anos	23	36	59				
Não sabe	1	1	2				
Total	94	125	219				
				Valor	gl	p	
				χ^2	21.6	9	0.010
				N	219		

Tabela 08 - Tempo de uso MAC x DIU

5 . DISCUSSÃO

O planejamento reprodutivo foi um dos principais responsáveis pela maior participação feminina na sociedade e no mercado de trabalho, e é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma ferramenta importante para salvar vidas de mães e de filhos. O seu objetivo primordial é minimizar o número de gestações não planejadas, visto que estas frequentemente apresentam-se como de maior risco para a saúde materno-fetal. Entretanto, a gravidez não planejada ainda é um problema de saúde pública e uma preocupação mundial. No Brasil, estas representam cerca de 55,4% das gestações.¹¹

Dentre as razões para tal cenário, encontram-se a baixa taxa de uso e a falta de conhecimento acerca de métodos contraceptivos de alta eficácia, como os LARCs. O estudo Contraceptive CHOICE foi uma coorte prospectiva que removeu as barreiras de custo, acesso e informação sobre os LARCs para avaliar quais métodos seriam mais escolhidos, assim como seu impacto nos desfechos na saúde feminina. Este estudo aconselhou 9.256 mulheres sobre todos os métodos contraceptivos a serem fornecidos gratuitamente. Destas, 75% das participantes escolheram um LARC. No final do acompanhamento, as usuárias de LARCs tiveram uma baixa taxa de gravidez não planejada, chamando a atenção para o impacto dos LARC na redução destas gestações.¹²

Portanto, ter acesso à informação e à disponibilidade dos métodos contraceptivos ainda em ambiente hospitalar permite que haja uma maior oportunidade de escolha do método. Tais fatos também são corroborados por uma metanálise que apontou que o acesso à informação e orientação acerca dos métodos contraceptivos durante o pós-parto aumentou a adesão de contraceptivos de longa duração (LOPEZ, 2010).

Desta forma, encontra-se na abordagem para inserção do DIU no pós-parto imediato, uma ferramenta educacional ímpar para auxiliar na garantia dos direitos reprodutivos das mulheres, de forma a proporcionar um puerpério e um futuro reprodutivo mais seguros e com menores riscos à mulher e ao recém-nascido. Esta lacuna educacional é corroborada pelos dados apresentados neste trabalho, onde 68% das pacientes abordadas não pretendiam engravidar novamente, mesmo não aderindo ao método ofertado. Ademais, destas, 35,5% não sabiam qual método contraceptivo iriam utilizar após a alta hospitalar, ou não pretendiam utilizar nenhum método contraceptivo.

Ademais, das 219 mulheres estudadas nesta pesquisa, 37 (16,9%) não possuíam conhecimento prévio acerca do DIU de cobre. Após a abordagem educacional pela equipe

do projeto de extensão universitário, apenas 05 (13,5%) pacientes optaram por aderir ao método contraceptivo ofertado. Desta forma, observa-se o potencial que a educação contraceptiva e a reprodução familiar podem desencadear na saúde materna e na saúde pública. Entretanto, pode-se inferir que o impacto seria exponencialmente maior, caso este momento educacional ocorresse durante todo o pré-natal.

Igualmente, estudos realizados no continente africano descreveram que o aconselhamento durante as visitas pré-natais aumentou a conscientização sobre o DIU, e o aconselhamento do casal durante o pré-natal foi significativamente associado ao uso de DIU no pós-parto (KANAKUZE et al., 2020). Uma revisão sistemática concluiu que as intervenções perinatais focadas no aconselhamento pós e pré-natal em ambientes de cuidados de saúde são mais eficazes e o momento do aconselhamento pode ser um fator importante para aumentar a aceitação (ARROWSMITH et al., 2012).

Ademais, devido à extensa diversidade cultural brasileira, o traçado de um perfil sociodemográfico das usuárias do DIU auxiliaria no manejo eficaz e adequado desta abordagem, ainda no pré-natal. Um estudo conduzido na Atenção Primária da Paraíba, entre 2016-2019, apontou que o perfil das mulheres que optaram pela inserção do dispositivo intrauterino se constituía de uma amostra com idade média de 27,4 anos majoritariamente casadas ou em união consensual, com um filho ou mais filhos e ensino médio completo.

Perfil visto também em outros estudos, os quais apontam que o maior acesso à informação sobre a variedade dos métodos contraceptivos atua de modo direto na escolha por um método mais inovador (MORAIS, 2021). Este dado é corroborado pelo presente estudo, onde a maioria das pacientes que aderiram ao dispositivo intrauterino no pós-parto imediato conheciam todos os nove métodos contraceptivos listados no formulário. Este grupo correspondeu a 33 mulheres (35,1% do grupo da adesão). Ademais, a aceitação ao método foi gradativamente menor, nos grupos de pacientes que possuíam conhecimento prévio acerca de uma quantidade menor de métodos anticoncepcionais.

O estado civil também é respaldado pela literatura que aponta relação entre o uso de LARCs e o status do relacionamento, em que mulheres casadas parecem ser mais adeptas a usarem LARCs do que as mulheres solteiras (DE SOUZA BARROS, 2016). Este presente estudo não evidenciou associação entre a adesão ao DIU e os parâmetros de escolaridade e do estado civil. No entanto, o perfil da amostra apontou que a maioria das mulheres possuíam entre quinze e trinta e cinco anos de idade, apresentavam ensino médio completo, estavam em união estável, eram pardas e multíparas, perfil compatível com outros estudos. Com relação à renda familiar, observou-se que houve uma associação estatisticamente

significativa para a inserção do DIU ($p < 0,001$), com 91,4% das mulheres que aderiram ao método apresentando menos que três salários mínimos como renda familiar.

Em relação ao uso de outros métodos anticoncepcionais, no Brasil, em 2019, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, o contraceptivo hormonal oral foi apontado como o método mais usado entre as mulheres em idade reprodutiva, sexualmente ativas.¹³ No entanto, as regiões norte e nordeste apresentaram o maior uso do preservativo masculino. Comparativamente, nosso estudo apontou que, das 214 mulheres entrevistadas, a maioria que aderiu ao DIU havia utilizado previamente o preservativo masculino e o anticoncepcional oral hormonal como métodos. Tal fato pode ser atribuído à facilidade em relação ao uso e ao baixo custo destes.

Este presente estudo também constatou que as (57%) mulheres que não aderiram ao DIU apontaram como principais justificativas para a não aceitação o medo e a preferência por outro método, totalizando, juntas, 48,8% das justificativas. No entanto, a maioria não pretendia engravidar novamente. Isso chama a atenção para o fato de que, mesmo sendo um método ofertado gratuitamente pelo SUS, ainda existem barreiras para a adesão ao DIU de cobre, tais como mitos sobre o funcionamento, dificuldade de seguimento após a inserção, ideia de que se trata de um método hormonal e abortivo, assim como falta de informações sobre seus benefícios.¹¹

6 . CONCLUSÃO

Uma das principais limitações do presente estudo foi não conseguir estimar quantas pacientes apresentavam conhecimentos prévios oriundos das orientações no pré-natal. Outrossim, trata-se de um estudo baseado em uma amostra de uma única instituição, de modo que o panorama quanto às características regionais de adesão ou recusa ao método deve ser ponderado. Novos estudos são necessários para testar o efeito dos aconselhamentos prévios na aceitação ao método, para avaliar o acompanhamento quanto à continuidade do uso do dispositivo e para estimar o panorama do uso do dispositivo com ênfase em nulíparas e adolescentes.

Ademais, a disponibilidade do método de forma gratuita e no pós-parto imediato quebrou barreiras quanto às questões de custo e acessibilidade, devendo ser mantido e ampliado, como política de saúde pública. Um avanço significativo quanto à disseminação do método já foi alcançado, tendo em vista a grande aceitabilidade (42,9%) do método, que deve ser exponencialmente estimulado. A partir disso, e do conhecimento de que a política de planejamento familiar pós-parto traz repercussões importantes na saúde da mulher e da criança, há necessidade de uma maior educação quanto ao método do DIU, foco do estudo. Esta deve ocorrer, de preferência, com aconselhamento durante todo o pré-natal, incluindo a participação do parceiro sempre que possível, para um planejamento familiar eficaz e um futuro reprodutivo seguro.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: MS; 2009.
2. BRONNER, Paul F. **A clinical trial of the Delta-T intrauterine device: immediate postpartum insertion**. Contraception, v. 28, n. 2, p. 135-147, 1983.
3. BRUNSON, Michael R. et al. **Postpartum contraception: initiation and effectiveness in a large universal healthcare system**. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 217, n. 1, p. 55. e1-55. e9, 2017.
4. ELUWA, George IE et al. **Success providing postpartum intrauterine devices in private sector health care facilities in Nigeria: factors associated with uptake**. Global Health: Science and Practice, v. 4, n. 2, p. 276-283, 2016.
5. FEBRASGO. **Manual de Orientação em Anticoncepção**. 2014.
6. KANAKUZE, C.A.; KAYE, D.K.; MUSABIREMA, P. et al. **Factors associated with the uptake of immediate postpartum intrauterine contraceptive devices (PPIUCD) in Rwanda: a mixed methods study**. BMC Pregnancy and Childbirth, v. 20, p. 650, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03337-5>.
7. LIAO, Adolfo. **Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente**. 2. ed. Barueri: Manole, 2020. E-book. p. 495. ISBN 9786555763249. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786555763249/>. Acesso em: 24 nov. 2024.
8. LI, C. et al. **Contraceptive use and the risk of ectopic pregnancy: a multi-center case-control study**. PLoS One, v. 9, n. 12, p. e115031, 2014.
9. LOPEZ, L.M.; BERNHOLC, A.; HUBACHER, D.; STUART, G.; VAN VLIET, H.A.A.M. **Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception**. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 6, p. CD003036, 2015.
10. MACHADO, Rogerio Bonassi et al. **Long-Acting Reversible Contraception**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics, v. 39, n. 6, p. 294-308, 2017.
11. MACHADO, R.B. et al. **Aspectos atuais dos contraceptivos reversíveis de longa ação**. In: Contracepção reversível de longa ação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2022. [Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 1/Comissão Nacional de Anticoncepção].
12. McNICHOLAS, C.; TESSA, M.; SECURA, G.M.; PERPERT, J.F. **The contraceptive CHOICE project round up: what we did and what we learned**. Clinical Obstetrics and Gynecology, v. 57, n. 4, p. 635-643, 2014.
13. MYAT, E.; ARROWSMITH, C.R.H.; AICKEN, A.; MAJEED, A.; SAXENA, S. **Interventions for increasing uptake of copper intrauterine devices: systematic review and meta-analysis**. Contraception, v. 86, n. 6, p. 600-605, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.05.015>.

14. NAYAK, A.K.; JAIN, M.K. **Experience on Awareness, Acceptability, Safety, Efficacy, Complications and Expulsion of Post-partum Intrauterine Contraceptive Device Insertion.** International Journal of Scientific Study, v. 5, n. 1, p. 207-212, 2017.
15. OZGU-ERDINC, A.S.; TASDEMIR, U.G.; UYGUR, D.; AKTULAY, A.; TASDEMIR, N.; GULERMAN, H.C. **Outcome of intrauterine pregnancies with intrauterine device in place and effects of device location on prognosis.** Contraception, v. 89, n. 5, p. 426-430, 2014.
16. ORTIZ-GONZÁLEZ, K.M. et al. **Knowledge and choices of postpartum contraception among pregnant teens.** Puerto Rico Health Sciences Journal, v. 33, n. 3, 2014.
17. PASSOS, E.P.; MARTINS-COSTA, S.H.; MAGALHÃES, J.A. et al. **Rotinas em Ginecologia (Rotinas).** 8. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2023. E-book. p. 676. ISBN 9786558821144. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558821144/>. Acesso em: 01 nov. 2024.
18. RODRIGUEZ, M.I.; EVANS, M.; ESPEY, E. **Advocating for immediate postpartum LARC: increasing access, improving outcomes, and decreasing cost.** Contraception, v. 90, n. 5, p. 468-471, 2014.
19. ROME, E. **Use of long-acting reversible contraceptives to reduce the rate of teen pregnancy.** Cleveland Clinic Journal of Medicine, v. 82, n. 11 Suppl 1, p. S8-S12, 2015.
20. SHABIBY, M.M. et al. **Factors influencing uptake of contraceptive implants in the immediate postpartum period among HIV infected and uninfected women at two Kenyan district hospitals.** BMC Women's Health, v. 15, n. 1, p. 62, 2015.
21. SONALKAR, S.; KAPP, N. **Intrauterine device insertion in the postpartum period: a systematic review.** The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, v. 20, n. 1, p. 4-18, 2015.
22. TRUSSEL, J. **Contraceptive failure in the United States.** Contraception, v. 83, n. 5, p. 397-404, 2011.

**APÊNDICE A – FICHA CLÍNICA DA USUÁRIA
CANDIDATA À ANTICONCEPÇÃO COM DIU**

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA DE ACEITAÇÃO DO DIU Nº: _____			
Data:		Prontuário:	
Profissão:		Idade: () <15 () 15-35 () >35	
Escolaridade:	() Nenhuma () 1º Grau () 2º Grau () Superior		
Estado civil/união:	() Casada () Solteira sem união estável () Solteira com união estável () outra		
Cor/raça:	() Branca () Negra () Parda () Indígena () Asiática		
Natural:			
Renda :	() < 1 salário () 1-3 salários () 3-5 salários () > 5 salários		
Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos			
Menarca:		DUM: ____/____/____	Ciclo menstrual: () Regular () Irregular
Dismenorrea prévia: () Sim () Não			G ____ P ____ A ____
Abortos Espontâneos: ____	Abortos Provocados: ____		Partos: normais ____ cesáreos ____
1º parto há:		Último parto há:	
Aleitamento () sim () não		Última citologia oncótica:	
Já teve alguma IST? () sim () não Qual:			
Alguma Comorbidade: () sim () não Qual:			
Idade da 1ª relação:		Nº de parceiros: durante todo ano ____ últimos 3 meses ____	
Dispareunia prévia: () Sim () Não			
Hábitos/ Costumes			
Tabagismo () Sim () Não	Etilismo diário: () Sim () Não		Drogas: () Sim () Não
Qual droga?			
Conhecimento/Atividades/ Prática			
Conhece algum MAC? () tabelinha () coito interrompido () preservativo masc. () camisinha fem. () DIU () ACO () Injetável () Ligadura tubária () Vasectomia Já conhecia o DIU? Sim () Não ()			

Quais já fez uso? () tabelinha () coito interrompido () preservativo masc. () camisinha fem. () DIU () ACO () Injetável () Ligadura tubária () Vasectomia () Nunca usou nenhum método
Por quanto tempo?
Motivo da desistência do método:

**ANEXO A – FICHA SOCIODEMOGRÁFICA DE
NÃO ACEITAÇÃO DO DIU**

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA DE NÃO ACEITAÇÃO DO DIU N°: _____			
Data:		Prontuário:	
Profissão:		Idade: () <15 () 15-35 () >35	
Escolaridade:	() Nenhuma () 1º Grau () 2º Grau () Superior		
Estado civil/união:	() Casada () Solteira sem união estável () Solteira com união estável () outra		
Cor/raça:	() Branca () Negra () Parda () Indígena () Asiática		
Natural:			
Renda :	() < 1 salário () 1-3 salários () 3-5 salários () > 5 salários		
Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos			
Menarca:		DUM: ____/____/____	Ciclo menstrual: () Regular () Irregular
Dismenorreia prévia: () Sim () Não			G ____ P ____ A ____
Abortos Espontâneos: ____	Abortos Provocados: ____		Partos: normais ____ cesáreos ____
1º parto há:		Último parto há:	
Aleitamento () sim () não		Última citologia oncótica:	
Já teve alguma IST? () sim () não Qual:			
Alguma Comorbidade: () sim () não Qual:			
Idade da 1ª relação:		Nº de parceiros: durante todo ano ____ últimos 3 meses ____	
Dispareunia prévia: () Sim () Não			
Hábitos/ Costumes			
Tabagismo () Sim () Não	Etilismo diário: () Sim () Não		Drogas: () Sim () Não
Qual droga?			
Conhecimento/Atividades/ Prática			
Conhece algum MAC? () tabelinha () coito interrompido () preservativo masc. () camisinha fem. () DIU () ACO () Injetável () Ligadura tubária () Vasectomia Já conhecia o DIU? Sim () Não ()			

Quais já fez uso? ☐ tabelinha ☐ coito interrompido ☐ preservativo masc. ☐ camisinha fem. ☐ DIU ☐ ACO ☐ Injetável ☐ Ligadura tubária ☐ Vasectomia ☐ Nunca usou nenhum método
Por quanto tempo?
Motivo da desistência do método:
Por que não quer o DIU?
Planeja engravidar novamente quando? _____ anos. ☐ não quer mais engravidar.
Qual o método pretende usar?