

Avaliação da dor e seus fatores associados durante a inserção do dispositivo intrauterino na Atenção Primária à Saúde

Pain assessment and its associated factors during insertion of the intrauterine device in Primary Health Care

Evaluación del dolor y sus factores asociados durante la inserción del dispositivo intrauterino en la Atención Primaria de Salud

Danyella da Silva Barreto¹ , Maria Eduarda de Melo Pereira do Rêgo¹ , Alexandre José de Melo Neto¹ , Rafael Dias Gonçalves¹ , Ianna Gil de Farias Morais¹ , Gilka Paiva Oliveira Costa¹ 

¹Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa (PB), Brasil.

Resumo

Introdução: A inserção do dispositivo intrauterino é uma competência esperada para o médico generalista. No entanto, esse método encontra muitas barreiras ao ser inserido nas unidades básicas de saúde, como a falta de treinamento dos profissionais e o medo que as mulheres têm de sentir dor. **Objetivo:** Avaliar a intensidade da dor durante o procedimento de inserção do dispositivo intrauterino realizado por médicos generalistas em unidades básicas de saúde na região metropolitana de João Pessoa e sua associação com fatores sociodemográficos, aspectos clínicos da mulher e formação médica. **Métodos:** Estudo transversal e descritivo, com dados coletados em 16 unidades básicas de saúde nos municípios de Conde, Caaporã, João Pessoa e Sapé, no intervalo de março a outubro de 2019. A coleta de dados foi realizada por entrevista individual com questionário estruturado, e a dor foi graduada pela escala visual analógica. Os dados foram analisados utilizando-se os testes de Mann-Whitney e χ^2 . **Resultados:** Participaram do estudo 139 mulheres com idade mínima de 14 e máxima de 47 anos, cuja média de dor foi de 5,5 para aquelas que estavam menstruadas e de 4,6 para as que não estavam. A dor leve esteve presente em 20,1%, a dor moderada em 38% e dor intensa em 31,7%. Histerometria acima de 7 cm, histórico de uso de anti-inflamatórios na menstruação e de dismenorreia estiveram mais presentes em quem referiu dor intensa ($p < 0,001$). Quanto à qualificação do médico que insere o dispositivo intrauterino, não houve significância estatística na correlação de dor intensa com o fato de ele ser residente ($p = 0,268$), com o tempo de formatura ($p = 0,080$) nem com a dificuldade técnica encontrada ($p = 0,065$). **Conclusões:** A dor foi considerada pela maioria das mulheres como moderada, sendo uma oferta e um procedimento viável de ser ensinado e inserido na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Dispositivos intrauterinos; Dor; Atenção primária à saúde.

Autor correspondente:

Danyella da Silva Barreto

E-mail: dany_barreto@yahoo.com.br

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

CAAE: 09941619.2.0000.8069

TCLE: Se aplica

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Editores associados:

Leonardo Ferreira Fontenelle e Maiara Conzatti

Recebido em: 28/05/2021

Aprovado em: 03/07/2022.

Como citar: Barreto DS, Rêgo MEMP, Melo Neto AJ, Gonçalves RD, Morais IGF, Costa GPO. Avaliação da dor e seus fatores associados durante a inserção do dispositivo intrauterino na atenção primária à saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):3099. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3099](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3099)



Abstract

Introduction: The insertion of the intrauterine device is an expected competence for the general practitioner. However, this method faces many barriers to be inserted in health centers such as the lack of professionals' training and women's fear of feeling pain. **Objective:** To evaluate the intensity of pain during the intrauterine device insertion procedure performed by general practitioners in health centers in the metropolitan region of João Pessoa and its association with sociodemographic factors, clinical aspects of women, and medical training. **Methods:** This is a cross-sectional and descriptive study, based on data collected from 16 health centers in the cities of Conde, Caaporã, João Pessoa, and Sapé (state of Paraíba, Brazil) from March to October 2019. Data collection was carried out by individual interview with a structured questionnaire and pain was rated by the Visual Analog Scale. Data were analyzed using Mann-Whitney Test and Pearson's Chi-square Test. **Results:** The study included 139 women aged between 14 and 47 years, whose mean pain was 5.5 for those who were menstruating and 4.6 for those who were not. Mild pain was present in 20.1%; moderate pain, in 38%; and intense pain, in 31.7%. Hysterometry above 7cm, history of use of anti-inflammatory drugs during menstruation, and dysmenorrhea were more present in those who reported intense pain ($p<0.001$). Regarding the qualification of the physician who inserts the intrauterine device, there was no statistical significance in the correlation of intense pain with being a resident ($p=0.268$), time since graduation ($p=0.080$), or technical difficulty encountered ($p=0.065$). **Conclusions:** Therefore, pain was mostly considered as moderate, and IUD insertion is a feasible offer and procedure to be taught and implemented in Primary Health Care.

Keywords: Intrauterine device; Pain; Primary health care.

Resumen

Introducción: La inserción del dispositivo intrauterino es una competencia esperada por el médico de cabecera. Sin embargo, este método enfrenta muchas barreras para insertarse en las unidades básicas de salud, como la falta de formación de los profesionales y el miedo que tienen las mujeres a sentir dolor. **Objetivo:** Evaluar la intensidad del dolor durante el procedimiento de inserción del dispositivo intrauterino realizado por médicos generales en unidades básicas de salud de la Región Metropolitana João Pessoa y su asociación con factores sociodemográficos, aspectos clínicos de la mujer y formación médica. **Métodos:** Estudio transversal y descriptivo, con base en datos recolectados en 16 unidades básicas de salud en los municipios de Conde, Caaporã, João Pessoa y Sapé en el rango de marzo a octubre de 2019. La recolección de datos se realizó mediante entrevista individual a través de un cuestionario estructurado y el dolor fue graduado por la Escala Visual Analógica. Los datos se analizaron mediante la prueba de Mann Whitney y la prueba de χ^2 . **Resultados:** El estudio incluyó a 139 mujeres entre 14 y 47 años, cuyo dolor medio fue de 5,5 para las que estaban menstruando y de 4,6 para las que no. El dolor leve estuvo presente en el 20,1%, dolor moderado en el 38% y "dolor significativo" en el 31,7%. La histerometría por encima de 7 cm, el antecedente de uso de antiinflamatorios durante la menstruación y la dismenorrea fueron más presentes en las que informaron de "dolor significativo" ($p<0,001$). En cuanto a la calificación del médico que inserta el dispositivo intrauterino, no hubo significación estadística en la correlación del dolor significativo con ser residente ($p=0,268$), con el tiempo desde egreso ($p=0,080$) o con la dificultad técnica encontrada ($p=0,065$). **Conclusión:** Por tanto, el dolor se consideró mayoritariamente como moderado, siendo una oferta y un procedimiento viable para ser enseñado e insertado en la Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: Dispositivos intrauterinos; Dolor; Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

Na América Latina e no Caribe, 38% das gestações resultaram em aborto¹ e, no Brasil, a gravidez não planejada ainda é um problema social que acomete até 65% das mulheres em algumas regiões, apesar das políticas públicas voltadas para a garantia do direito reprodutivo.² A gestação não intencional pode levar à realização de aborto em condições inseguras e à má assistência durante o pré-natal, que são causas importantes de mortalidade materna e duas das prioridades na política nacional de atenção integral à saúde da mulher.³ Por isso, fazem-se tão necessárias as ações de planejamento reprodutivo na garantia de acesso aos diversos métodos contraceptivos, que contemplam vários desejos e necessidades.

O dispositivo intrauterino (DIU) de cobre é disponibilizado no Sistema Único de Saúde (SUS) e tem-se mostrado boa opção contraceptiva diante da falta de fornecimento regular de outros métodos contraceptivos, do esquecimento da pílula, das contraindicações de métodos hormonais e da alta taxa de continuidade, com média de 80% em um ano.⁴ Apesar dos benefícios, em um estudo realizado em três capitais brasileiras, apenas 1,7% das mulheres avaliadas estava utilizando o DIU no momento da entrevista,⁵ e um dos principais fatores encontrados para esse percentual de uso baixo foi a falta de

treinamento dos médicos e enfermeiros, a burocracia/excesso de exames para o procedimento e os mitos/medos que existem com relação ao procedimento e a seu uso regular.⁶

Outro aspecto que dificulta a busca pelo DIU na Atenção Primária à Saúde (APS) é o receio de dor intensa no procedimento,⁷ que pode desencorajar as mulheres a buscar métodos contraceptivos de longa duração. Diante disso, faz-se necessário conhecer as lacunas de conhecimento associadas à dor para melhor aconselhamento e ampliação da oferta na APS. Foram estudados fatores preditores de dor relacionados tanto às mulheres quanto ao tipo de DIU inserido,⁸ mas também é necessário aprofundar a associação com outros fatores relacionados à formação médica e ao local de inserção.

O DIU está entre os métodos contraceptivos que deveriam ser ofertados e inseridos na APS,⁹ no entanto seu procedimento nas unidades básicas de saúde (UBS) é pouco estudado e documentado no Brasil. Perante os medos e mitos das mulheres e dos profissionais de saúde, faz-se necessário fomentar pesquisas que aprofundem o conhecimento sobre os procedimentos de inserção do DIU nas UBS para que sua oferta possa ser desmistificada e ampliada.

Diante do exposto, o presente estudo busca avaliar a intensidade da dor durante o procedimento de inserção do DIU realizado por médicos generalistas em UBS na região metropolitana de João Pessoa, bem como sua associação com fatores sociodemográficos, aspectos clínicos da mulher e formação médica.

MÉTODOS

Estudo transversal, exploratório e descritivo, realizado com dados coletados em 16 UBS nos municípios de Conde, Caaporã, João Pessoa e Sapé, no intervalo de março a outubro de 2019, referentes ao procedimento de colocação de DIU.

A população do estudo constitui-se de todas as mulheres que colocaram DIU nessas UBS no período supramencionado, com idade reprodutiva entre dez e 49 anos, não havendo cálculo amostral prévio dessa população. Esta foi composta de 139 mulheres, com critérios de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴ para o uso de DIU e que aceitaram participar da pesquisa. Pacientes com déficit cognitivo, doenças psiquiátricas graves, alterações ou sequelas neurológicas que prejudicassem a coleta de informações não foram selecionadas para a pesquisa.

As 16 UBS selecionadas para o treinamento da equipe e a realização da pesquisa não foram definidas de forma probabilística, e foram escolhidas prioritariamente por terem residentes de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) ou médicos vinculados ao Programa Mais Médicos (PMM) de municípios que manifestaram o interesse de realizar treinamento de suas equipes para a inserção do DIU. O treinamento foi realizado por professores e preceptores da residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Universidade Federal da Paraíba/PB em parceria com os municípios.

Depois do treinamento, a equipe começava a ofertar o procedimento, e as mulheres interessadas passavam por consulta preliminar para avaliação clínica e esclarecimento sobre o método e a pesquisa. Diante da manutenção do interesse pela mulher, era agendada uma data para a realização do procedimento, quando ela então passava por nova avaliação para afastar a possibilidade de gravidez (por meio da presença de menstruação ou teste de gravidez), esclarecer dúvidas, assinar o termo de ciência quanto aos efeitos adversos e aos riscos do método e o termo de consentimento livre e esclarecido da pesquisa. Depois ela era avaliada clinicamente e logo em seguida era feita a inserção do DIU.

A coleta de dados foi efetuada por entrevista individual, com questionário estruturado e não validado, aplicado, logo após a inserção do DIU, por um dos componentes da equipe envolvida no procedimento:

médicos, enfermeiros ou estudantes. Coletaram-se dados como idade, paridade, estado civil, escolaridade, participação na renda familiar, ciclo menstrual, histórico de dismenorreia, uso de anti-inflamatórios para as mulheres, dor, entre outros. Além disso, foram coletados dados sobre o profissional que realizou o procedimento, como informações de sua formação médica e as dificuldades relatadas por ele, para serem correlacionados com a dor referida pela mulher.

Os dados dos formulários preenchidos nas entrevistas foram digitados pelos estudantes vinculados à pesquisa, registrados e organizados em planilha Excel com posterior exportação para análise estatística no *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0.0. Foi feita inicialmente análise da frequência dos dados de cada questão em busca de respostas anômalas. Quando eram encontradas respostas destoantes, os formulários da entrevista eram consultados para a revisão dos dados.

Após essa fase de verificação de dados, procedeu-se ao preparo das variáveis para análise. As questões dicotômicas foram utilizadas conforme a coleta de dados, não havendo necessidade de modificação.

Essa avaliação de dor na inserção do DIU foi realizada por intermédio da escala visual analógica (EVA) de dor. Para fins de análise e classificação, esta variável produziu outras duas. Na primeira, foi construída uma variável ordinal para dor na qual se considerou ausência de dor (0), dor leve (1–3), dor moderada (4–6) e dor intensa (≥ 7). Na segunda, de caráter dicotômico, foi adotado o escore de dor ≥ 7 (alto escore de dor) ou < 7 (baixo escore de dor). O valor 7 foi escolhido com base na pesquisa realizada em 2018, na qual o valor foi estabelecido por ser considerado clinicamente significativo.¹⁰

A análise estatística foi feita de forma descritiva, com observação da frequência e medidas de tendência central (média, moda e mediana), bem como análise inferencial, utilizando os testes χ^2 e Mann-Whitney. Para tanto, a variável dicotômica sobre dor intensa foi considerada como variável de desfecho, e as demais foram tomadas como preditoras para a busca de associações.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e aprovado conforme Parecer nº 3.239.798. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e foram informados de que poderiam retirar seu nome em qualquer momento. As informações coletadas ficaram sob sigilo e anonimato. Os dados anonimizados estarão disponíveis mediante solicitação à autora correspondente e apresentação de projeto de pesquisa com aprovação no comitê de ética. A população não participou do planejamento nem da condução da pesquisa. O trabalho não obteve financiamento externo.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Participaram 139 mulheres, com idade entre 14 e 47 anos e média de 26 anos, entre as quais 80 (57,6%) eram provenientes da capital e 59 (42,4%) da zona metropolitana de João Pessoa, 98 (70%) estavam em relacionamentos estáveis e 82 (59,7%) tinham ao menos Ensino Médio, 74 (54%) contribuíam para a renda familiar e 122 (87,8%) tinham um ou mais filhos.

Foi feita uma análise do perfil das mulheres e o escore de dor, mas não houve correlação estatística entre dor intensa e diversas características analisadas, como procedência ($p=0,536$), estado civil ($p=0,429$), escolaridade ($p=0,636$), contribuição na renda familiar ($p=0,645$) e nuliparidade ($p=0,368$) (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil das mulheres participantes da pesquisa e associação com dor intensa.

	Total (n=139) Mediana ou n (%)	Dor intensa – SIM (n=44) Mediana ou n (%)	Dor intensa – NÃO (n=95) Mediana ou n (%)	p-valor
Idade (anos)	26,0	26,0	26,0	0,822 ¹
Procedência				
Capital	80 (57,6)	27 (61,4)	53 (55,8)	0,536 ²
Região metropolitana	59 (42,4)	17 (38,6)	42 (44,2)	
Estado Civil				
Em relacionamento	98 (70,5)	33 (75)	65 (68,4)	0,429 ²
Não relacionamento	41 (29,5)	11 (25)	30 (31,6)	
Escolaridade				
Até Ensino Médio incompleto	56 (40,3)	19 (43,2)	37 (38,9)	0,636 ²
Ao menos Ensino Médio completo	83 (59,7)	25 (56,8)	58 (61,1)	
Renda Familiar				
Contribui	75 (54,0)	25 (56,8)	50 (52,6)	0,645 ²
Dependente	64 (46,0)	19 (43,2)	45 (47,4)	
Paridade				
Nulíparas	17 (12,2)	7 (15,9)	10 (10,5)	0,368 ²
1 ou mais filhos	122 (87,8)	37 (84,1)	85 (89,5)	
Histerometria				
<7,5cm	71 (51,1)	13 (29,5)	58 (61,1)	0,001²
≥7,5cm	68 (48,9)	31 (70,5)	37 (38,9)	
Histórico de Dismenorreia				
Sim	82 (59)	35 (79,5)	47 (49,5)	0,001²
Não	57 (41)	9 (20,5)	48 (50,5)	
Histórico de Uso de AINE durante a Menstruação				
Sim	18 (12,9)	12 (27,3)	6 (6,3)	0,001²
Não	121 (87,1)	32 (70,7)	89 (93,7)	
Histórico de Uso de Analgésico durante a Menstruação				
Sim	28 (20,1)	13 (29,5)	15 (15,8)	0,060 ²
Não	111 (79,9)	31 (70,5)	80 (84,2)	
Menstruada				
Sim	15 (10,8)	6 (13,6)	9 (9,5)	0,462 ²
Não	124 (89,2)	38 (86,4)	86 (90,5)	

¹Teste de Mann-Whitney; teste χ^2 (Pearson).

A dor variou de 0 a 10 e esteve presente na maioria das pacientes, mas 13 (9,4%) não relataram nenhuma expressão de dor (Figura 1). No dia da inserção do DIU, apenas 15 (10,8%) mulheres estavam menstruadas. O escore médio de dor foi de 5,5 nas pacientes menstruadas e de 4,6 nas pacientes que não estavam menstruadas, o que a classifica como moderada, estando presente o nível de dor intensa em 44 (31,7%) mulheres. Não houve diferença estatística no escore de dor entre estar menstruada ou não durante o procedimento.

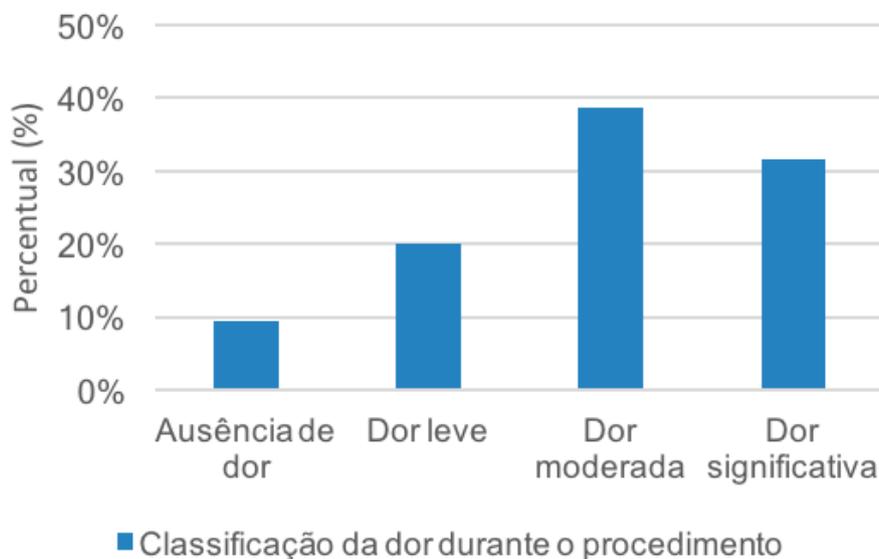


Figura 1. Análise descritiva da intensidade da dor segundo escala visual analógica.

Aspectos clínicos

Na descrição das características clínicas das mulheres, encontraram-se aspectos que se correlacionaram com a presença de dor. A média da histerometria foi de 7,4 cm e, em 68 (48,9%) participantes, a medição foi maior ou igual a 7,5 cm. Dessa forma, a mulher com dor intensa está mais associada (1,8 vezes) a histerometria acima de 7,5 cm do que quando comparada ao grupo sem dor ($p=0,001$).

O histórico de dismenorreia esteve presente em 82 (59%) mulheres. Neste grupo, evidenciou-se correlação entre dor intensa e histórico positivo de dismenorreia ($p=0,001$). O grupo de dor intensa esteve 1,6 vez mais associado a mulheres com dismenorreia em comparação ao grupo sem dor. Das mulheres que utilizaram anti-inflamatório não hormonal (AINE) nos últimos três ciclos menstruais, o grupo com dor intensa esteve 4,5 vezes mais associado ao uso de AINE durante a menstruação quando comparado ao grupo sem dor ($p=0,001$). Quando avaliado o uso de analgésicos durante a menstruação, a significância estatística não se manteve ($p=0,060$), no entanto o grupo de dor intensa esteve mais associado às mulheres que usaram analgésico durante a menstruação.

Características dos médicos que inseriram o dispositivo intrauterino

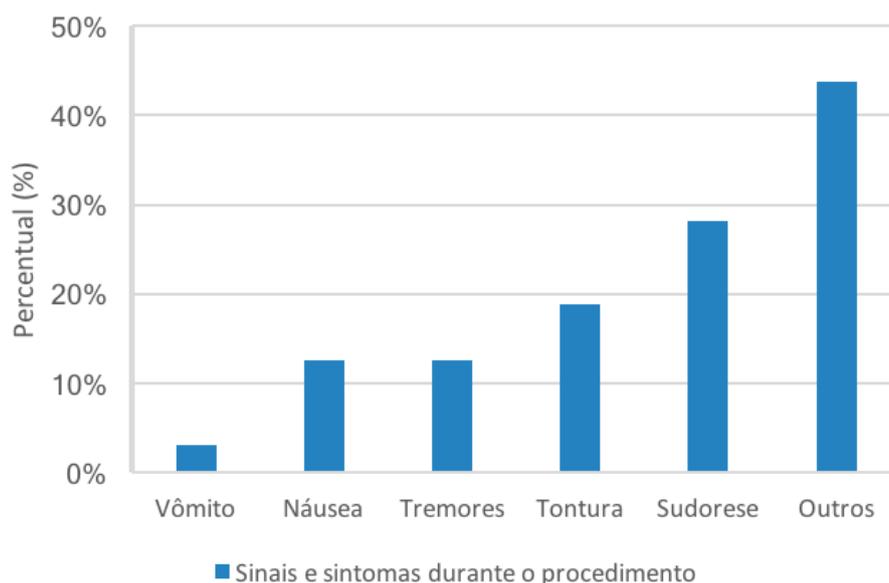
Os RMFC inseriram 60 (43,2%) DIU, e os demais, grupo formado por especialistas em MFC ou médicos generalistas, realizaram 79 (56,8%) procedimentos (Tabela 2). Entre os médicos, 72 (51,8%) atuavam na profissão havia dois anos ou mais e 34 (24,8%) relataram dificuldade técnica no momento do procedimento.

Analisando os dados que correspondem à qualificação do médico que insere o DIU, não houve significância estatística na correlação de dor intensa com o fato de ser RMFC ($p=0,268$), com o tempo de formatura ($p=0,080$) nem com a dificuldade técnica encontrada (0,065). A média de dor das mulheres com as quais os médicos relataram dificuldade foi de 6,1 e a das mulheres com as quais não houve dificuldade relatada pelos profissionais foi de 5. Não houve correlação entre dor intensa e dificuldade técnica ($p=0,065$).

Tabela 2. Perfil dos médicos participantes da pesquisa e correlação com dor intensa.

	Total (n=139) (%)	Dor intensa – SIM (n=44) (%)	Dor intensa – NÃO (n=95) (%)	p-valor
Médicos Participantes				
Médico Residente				
Sim	60 (43,2)	22 (50,0)	38 (40)	0,268 ²
Não	79 (56,8)	22 (50,0)	57 (60)	
Tempo de Formatura				
Até 2 anos	67 (48,2)	26 (59,1)	41 (41,2)	0,080 ²
>2 anos	75 (51,8)	18 (40,9)	54 (56,8)	
Dificuldade Técnica				
Sim	34 (24,8)	15 (34,9)	19 (20,2)	0,065 ²
Não	103 (75,2)	28 (65,1)	75 (79,8)	

Além dos sintomas de dor, outras queixas foram investigadas na tentativa de ter uma visão mais ampla sobre os efeitos adversos imediatos durante a inserção, e esses sintomas desagradáveis foram relatados por 32 (21,05%) mulheres (Figura 2). Entre eles, as pacientes referiram náusea, vômito, tontura, sudorese e tremor. Como sintomatologia mais prevalente, nove (28%) tiveram sudorese e seis (19%) tontura. Foram ainda investigados palidez ou desmaio, mas não houve nenhum relato desses sintomas.

**Figura 2.** Sinais e sintomas, exceto dor, durante o procedimento.

DISCUSSÃO

As mulheres tinham idade média de 26 anos, e a maioria era primípara. As nulíparas foram em pequeno número, tanto pela menor procura¹¹ quanto pelas possíveis informações equivocadas dos MFC quanto à segurança do DIU em nulíparas.¹²

A média do escore de dor durante a inserção de DIU foi de 4,6 nas pacientes que não estavam menstruadas, o que classifica a média de dor como moderada. Na literatura, em relato de procedimento executado em clínica de planejamento reprodutivo, a dor foi de 4, também considerada moderada. Existe aí uma semelhança entre a dor referida em ambulatório de atenção secundária e na atenção primária, caso do atual estudo.^{10,13}

A avaliação da dor durante procedimentos ginecológicos tem variado de acordo com aspectos mais subjetivos, como a ansiedade antes do procedimento e o tempo entre o procedimento e a avaliação da dor,^{10,13} não havendo, contudo, relação entre menstruação e facilidade para inserir o DIU. No entanto, é comum na prática clínica profissionais se recusarem a inserir o DIU em mulheres que não estejam menstruadas, alegando maior dificuldade e dor durante o procedimento. Na análise do presente estudo, a maioria das mulheres não estava menstruada e, entre elas, a média de dor foi compatível com dor moderada, não se encontrando, portanto, associação entre dor e estar menstruada no momento do procedimento. O resultado encontrado é compatível com outro estudo que avaliou preditores de dor e dificuldade, e não houve correlação desses aspectos com a história menstrual.¹³ Dessa forma, a ausência de menstruação não pode ser um impeditivo para inserir o DIU e ampliar o acesso a ele na APS.

A paridade tem surgido na literatura, assim como a dismenorreia, como importante fator de risco para o aumento de dificuldade durante a inserção do DIU, maiores taxas de expulsão e maior dor durante o procedimento.^{12,14,15} Níveis mais elevados de dor estiveram presentes em mulheres com menor paridade ou ausência de parto vaginal e em procedimentos tecnicamente mais difíceis, mas, quando se realizou análise multivariada, a paridade não teve força estatística, permanecendo apenas a associação com ansiedade e dor antecipatória.¹⁶ Nos resultados desta pesquisa, não houve associação entre dor e nuliparidade quando comparadas estas mulheres àquelas com um ou mais filhos.

Foi possível identificar que existe uma associação entre dismenorreia e dor intensa durante o procedimento de inserção do DIU na UBS, pois a dismenorreia tem sido apontada na literatura como um dos principais fatores predisponentes a dor intensa nas inserções realizadas na atenção secundária, sejam as mulheres multíparas ou nulíparas.^{17,18}

O uso recorrente de AINE no período menstrual está relacionado a dor intensa durante a inserção do DIU. Mulheres que usam mais AINE, em geral, são mulheres que sentem mais dor durante a menstruação e provavelmente têm dismenorreia de difícil controle com analgésicos. Logo, é fundamental questionar durante o rastreio das mulheres aptas a colocar o DIU sobre o uso recorrente de anti-inflamatórios nos ciclos menstruais e, com base nisso, estabelecer seu maior risco de dor intensa durante o procedimento.

Até o momento não há evidências concretas que sustentem o uso de métodos de analgesia facilitadores da inserção. Algumas formulações de lidocaína, trinitrato de glicerina (gel), ibuprofeno, naproxeno e tramadol foram efetivas na redução de dor, mas em grupos específicos de mulheres.¹⁹⁻²³ Sendo assim, o suporte à dor disponibilizado poderá ser oferecido tanto em ambulatório da rede especializada como na APS, não podendo constituir uma barreira para ampliar o acesso nas UBS.

O tamanho médio do útero foi de 7,4 cm, e a histerometria acima da média esteve associada a maior dor durante a inserção do dispositivo. No entanto, esse resultado contrasta com a literatura, na qual o comprimento uterino menor que a mediana (6,4 cm) foi associado a inserção difícil. Com isso, as dificuldades na inserção diminuíram a cada milímetro crescente no comprimento total do útero, mas somente a dismenorreia foi fator preditor.^{10,13}

Em referência aos profissionais, não houve correlação relevante entre o escore de dor e ter residência médica ou o tempo de formado. Isso gera debate acerca da viabilidade de inserção do DIU pelo médico generalista e por profissionais em tempos distintos de formação, sendo esse procedimento

na APS um método viável para médicos residentes recém-formados, independentemente da residência, desde que eles sejam bem supervisionados no treinamento.

A presente pesquisa não encontrou correlação entre dificuldade técnica e dor intensa. Para alguns estudiosos, a dificuldade técnica durante a inserção do DIU tem sido avaliada como fator de risco para casos de dor intensa tanto em nulíparas quanto em múltiparas,¹⁶ mas em análise multivariada apenas a ansiedade e a previsão antecipada de dor tiveram poder estatístico.¹⁰

Por fim, os dados encontrados na APS, quando comparados aos resultados de consultórios especializados, refletem a viabilidade da oferta do método nos ambulatórios da APS. A oferta nesse nível de atenção favorece o acesso das mulheres aos métodos contraceptivos de longa duração, uma vez que existem limitações na assistência à atenção secundária, como verificado em investigações realizadas em ambulatório de ginecologia, nas quais foi relatado que apenas 16,1% das adolescentes interessadas em inserir o DIU retornaram ao ambulatório e 56,7% referiram não retorno por barreiras sociais.^{24,25}

O estudo tem como limitações a escolha não probabilística das UBS que participaram da pesquisa, já que a coleta foi restrita a alguns municípios da Paraíba, e a ausência de variáveis como ansiedade pré-inserção relatada na literatura como fator preditor de dor. Ademais, quem realizou o procedimento também participou da coleta e há poucas variáveis sobre os médicos que permitam fazer uma correlação mais detalhada. Apesar disso, diante das limitações metodológicas do nosso estudo e da ausência de cálculos da magnitude das associações encontradas, entendemos que novas investigações são necessários, com maior rigor metodológico para a confirmação e a caracterização das associações aqui encontradas.

CONCLUSÕES

A dor foi considerada moderada pela maioria das mulheres e esteve associada a história prévia de dismenorrea, ao uso de AINES durante a menstruação e à histerometria acima de 7,5 centímetros. Não houve correlação entre dor intensa e o ciclo menstrual ou nuliparidade, nem sequer associação com o fato de o médico ter residência médica, com seu tempo de formação ou sua dificuldade para inserir o dispositivo.

Concluimos, por fim, que estes são achados que reforçam a exequibilidade da inserção do DIU na APS, além de debatermos um aspecto temido pelas mulheres, que é a dor durante o procedimento. Definir os fatores preditores de dor na inserção de DIU é tarefa importante para qualificarmos o treinamento dos profissionais de APS e, conseqüentemente, ampliarmos o acesso das mulheres ao DIU.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

DSB: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. MEMPR: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação. AJMN: Conceituação, Análise Formal, Escrita – Revisão e Edição. RDG: Conceituação, Curadoria de Dados, Escrita – Primeira Redação. IGFM: Conceituação, Curadoria de Dados, Escrita – Revisão e Edição. GPOC: Análise Formal, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Singh S, Sedgh G, Hussain R. Unintended pregnancy: worldwide levels, trends and outcomes. *Stud Fam Plann* 2010;41(4):241-50. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2010.00250.x>
2. Prietsch SOM, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública* 2011;27(10):1906-16. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000004>
3. Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2004;70(2):89-96. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2004.03.009>
5. Borges ALV, Araújo KS, Santos OA, Gonçalves RFS, Fujimori E, Divino EA. Conhecimento e interesse em usar o dispositivo intrauterino entre mulheres usuárias de unidades de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2020;28:e3232. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3140.3232>
6. Gonzaga VAS, Borges ALV, Santos AO, Rosa PLFS, Gonçalves RFS. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2017;51:e03270. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016046803270>
7. Potter J, Rubin SE, Sherman P. Fear of intrauterine contraception among adolescents in New York City. *Contraception* 2014;89(5):446-50. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.01.011>
8. Wiebe ER. A comparison of the insertion pain associated with three different types of intrauterine device. *Obst Gynecol Int J* 2014;129(2):172. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.11.004>
1. Brasil. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
2. Dina B, Peipert LJ, Zhao Q, Peipert JF. Anticipated pain as a predictor of discomfort with intrauterine device placement. *Am J Obstet Gynecol* 2018;218(2):236.e1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.10.017>
3. Callegari LS, Parisi SM, Schwarz EB. Perceptions of intrauterine contraception among women seeking primary care. *Contraception* 2013;88(2):269-74. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.02.004>
4. Tyler CP, Whiteman MK, Zapata LB, Curtis KM, Hillis SD, Marchbanks PA. Health care provider attitudes and practices related to intrauterine devices for nulliparous women. *Obstet Gynecol* 2012;119(4):762-71. <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e31824aca39>
5. Kaislasuo J, Heikinheimo O, Lähteenmäki P, Suhonen S. Predicting painful or difficult intrauterine device insertion in nulligravid women. *Obstet Gynecol* 2014;124:345-53. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000362>
6. Miranda A, Almendra R, Feliciano E, Ricardo C, Nápoles S, Nogueira CS. Fatores associados à percepção de ansiedade e dor na colocação do Sistema Intrauterino com Levonorgestrel. *Acta Obstet Ginecol Port* 2018;12(4):268-6.
7. Hubacher D. Copper intrauterine device use by nulliparous women: review of side effects. *Contraception* 2007;75(Suppl 6):S8-11. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2006.12.005>
8. Allen RH, Carey MS, Raker C, Goyal V, Matteson K. A prospective cohort study of pain with intrauterine device insertion among women with and without vaginal deliveries. *J Obstet Gynaecol* 2014;34(3):263-7. <https://doi.org/10.3109/01443615.2013.868424>
9. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: from pathophysiology to pharmacological treatments and management strategies. *Expert Opin on Pharmacother* 2008;9(15):2661-72. <https://doi.org/10.1517/14656566.9.15.2661>
10. Vincent K, Warnaby C, Stagg CJ, Moore J, Kennedy S, Tracey I. Dysmenorrhoea is associated with central changes in otherwise healthy women. *Pain* 2011;152(9):1966-75. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.03.029>
1. Hubacher D, Reyes V, Lillo S, Zepeda A, Chen PL, Croxatto H. Pain from copper intrauterine device insertion: Randomized trial of prophylactic ibuprofen. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195(5):1272-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.08.022>
11. Abbas AM, Ragab E, Abd Ellah NH, Sabra A, Ali SS, Mohamed A, et al. Effect of topical glyceryl trinitrate cream on pain perception during intrauterine device insertion in multiparous women: A randomized double-blinded placebo-controlled study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2019;48:715-8. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2019.03.007>
9. Conti JA, Lerma K, Schneyer R, Hastings CV, Blumenthal PD, Shaw KA. Self-Administered vaginal lidocaine gel for pain management with intrauterine device insertion: a blinded, randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2018;1(1):1e1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.11.1085>
10. Zapata LB, Jatlaoui TC, Marchbanks PA, Curtis KM. Medications to ease intrauterine device insertion: a systematic review. *Contraception* 2016;94(6):739-59. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.06.014>
11. Allen RH, Bartz D, Grimes DA, Hubacher D, O'Brien P. Interventions for pain with intrauterine device insertion. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD007373. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007373.pub2>
12. Davis SA, Braykov NP, Lathrop E, Haddad LB. Familiarity with long-acting reversible contraceptives among obstetrics and gynecology, family medicine, and pediatrics residents: results of a 2015 national survey and implications for contraceptive provision for adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2018;31(1):40-4. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2017.09.007>
13. Gama ALH, Costa GPO, Herculano TB, Cabral RP, Ventura FAMF. Recorrência de gravidez em mulheres jovens que tiveram acesso a contracepção de alta eficácia. *Adolesc Saude* 2018;15(3):101-10.
14. Costa GPO, Cabral RP, Herculano TB, Costa GPO. Adolescent pregnancy: high risk of recurrence despite access to intrauterine devices. *BMJ Sex Reprod Health* 2018;44(2):149-50. <https://doi.org/10.1136/bmjsex-2017-101787>