



**BAHIANA**  
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**  
**CURSO DE MEDICINA**

**VITÓRIA PATURY ROCHA**

**RELAÇÃO ENTRE TAMANHO UTERINO E DIU DE COBRE: PERCENTUAL  
DE MULHERES NÃO CONTEMPLADAS COM A INSERÇÃO**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**SALVADOR - BA**

**2023**

**VITÓRIA PATURY ROCHA**

**RELAÇÃO ENTRE TAMANHO UTERINO E DIU DE COBRE: PERCENTUAL  
DE MULHERES NÃO CONTEMPLADAS COM A INSERÇÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para aprovação no quarto ano do curso.

Orientador(a): Andrea Queiroz Vilas Boas

**SALVADOR - BA**

**2023**

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, minha família e amigos por todo apoio nessa etapa.

À minha orientadora profa. Andrea Queiroz Vilas Boas e à profa. Alcina Marta de Souza Andrade por toda ajuda e dedicação.

## RESUMO

A relação entre o tamanho do útero e do dispositivo intrauterino é essencial para boa continuação do método contraceptivo, visando evitar efeitos colaterais, como sangramento excessivo e cólica intensa, e auxiliando no planejamento familiar prevenindo gravidez indesejada. O objetivo desse trabalho é estimar o percentual de mulheres que não inseriram o DIU T de cobre por possuírem tamanho uterino menor que o necessário, além de comparar o uso de anticoncepcionais orais com a histerometria e analisar o número de nulíparas que busca pelo método contraceptivo. Foram avaliados prontuários de 360 mulheres entre 18 e 45 anos em uma maternidade de referência em Salvador – Bahia, analisando variáveis como: idade, paridade, uso de anticoncepcional, estado civil, características da menstruação, preventivo ginecológico e histerometria (através do histerômetro, do orifício externo ao colo uterino). O estudo mostrou que apenas 5% do total de mulheres não conseguiu inserir o dispositivo, nas quais a histerometria média foi de 5,2 centímetros, enquanto a histerometria média das mulheres que foram contempladas com a inserção do DIU T de cobre foi de 7,9 centímetros, média encontrada também nas mulheres que utilizavam anticoncepcional oral. Já dentre as mulheres que utilizavam anticoncepcional injetável (mensal ou trimestral), o tamanho uterino médio foi de 7,4 centímetros, sendo que 75% das mulheres que não inseriram o DIU faziam uso desse método. A maioria das mulheres apresentaram entre 26 e 35 anos e apresentavam cólica menstrual previamente. Com isso, é possível concluir que a diferença do tamanho uterino entre as mulheres contempladas e não contempladas foi de, em média, 2,7 centímetros, número relevante, principalmente no que se refere à interação do dispositivo dentro da cavidade uterina, visto que dispositivos maiores (como o DIU T de cobre) apresentam maiores chances de expulsão, sangramento, cólicas e gestações não desejadas. Além disso, evidencia-se cada vez mulheres mais jovens e com média baixa de filhos buscando métodos de longa duração.

**Palavras-chave:** dispositivo intrauterino; histerometria; DIU de cobre; tamanho uterino.

## **ABSTRACT**

The relationship between uterine size and the intrauterine device is essential for the successful continuation of the contraceptive method, aiming to avoid side effects such as excessive bleeding and intense cramping, and assisting in family planning to prevent unwanted pregnancies. The objective of this study is to estimate the percentage of women who did not insert the copper T IUD due to having a uterine size smaller than necessary, as well as to compare the use of oral contraceptives with hysteroscopy and analyze the number of nulliparous women seeking the contraceptive method. Medical records of 360 women aged 18 to 45 were evaluated at a reference maternity hospital in Salvador, Bahia, analyzing variables such as age, parity, contraceptive use, marital status, menstrual characteristics, gynecological screening, and hysteroscopy (using a hysteroscope, from the external orifice to the uterine cervix). The study showed that only 5% of the total number of women could not insert the device, with an average hysteroscopy measurement of 5.2 centimeters, while the average hysteroscopy measurement for women who were successful in inserting the copper T IUD was 7.9 centimeters, a measurement also found in women using oral contraceptives. Among women using injectable contraceptives (monthly or quarterly), the average uterine size was 7.4 centimeters, with 75% of women who did not insert the IUD using this method. Most women were between 26 and 35 years old and had experienced menstrual cramps before. Therefore, it is possible to conclude that the difference in uterine size between women who were successful and those who were not was, on average, 2.7 centimeters, a relevant number, especially concerning the interaction of the device within the uterine cavity, as larger devices (such as the copper T IUD) have a higher risk of expulsion, bleeding, cramps, and unwanted pregnancies. Additionally, there is an increasing trend of younger women with a lower average number of children seeking long-term contraceptive methods.

**Key words:** Intrauterine device; hysteroscopy; Copper IUD; uterine size.

## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>3</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>5</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>9</b>
<b>3 OBJETIVO</b> .....	<b>12</b>
3.1 Primário.....	12
3.2 Secundários .....	12
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>13</b>
4.1 DESENHO DO ESTUDO .....	13
4.2 Local e período do estudo:.....	13
4.3 População do estudo.....	13
4.4 Critérios de inclusão.....	13
4.5 Critérios de exclusão.....	14
4.6 Amostra do estudo .....	14
4.7 Instrumento de coleta.....	14
4.8 Variáveis do estudo:.....	14
4.9 Plano de análise.....	15
4.10 Considerações éticas .....	16
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>17</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>21</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	<b>25</b>
<b>8 REFERÊNCIAS</b> .....	<b>26</b>
<b>9 ANEXO 1</b> .....	<b>29</b>
<b>10 ANEXO 2</b> .....	<b>31</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, o planejamento familiar e reprodutivo foi adotado por diversas famílias em todo o mundo. No Brasil, a implantação da PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher) foi determinante para a autonomia e saúde reprodutiva das mulheres (1). Diante disso, o SUS, através da lei nº 8.080, passou a seguir práticas determinadas pela ANVISA e iniciou a distribuição gratuita de alguns métodos anticoncepcionais reversíveis – pílulas com doses variadas de hormônio (anticoncepcional oral - ACO); preservativos feminino e masculino; diafragma; contraceptivos de emergência (pílula do dia seguinte); injeções hormonais mensais ou trimestrais e dispositivo intrauterino (DIU) de cobre (1).

Dentre os métodos existentes, os DIUs são definidos como contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC), nos quais possuem três anos ou mais de durabilidade (2) e possuem grande importância para conter a “epidemia” da gravidez indesejada (3), pois apresentam a maior eficácia quando comparados a outros métodos reversíveis (4), além de um ótimo custo-benefício a longo prazo (2). Ademais, por serem dispositivos implantados na cavidade uterina, os DIUs possuem ação local, se tornando mais atrativos pois reprimem a ocorrência de efeitos sistêmicos (5), diferente do que ocorre com os ACOs.

O DIU T de cobre, disponível nos postos de saúde e maternidades brasileiras, representa o LARC mais utilizado em todo o mundo (2), apesar de ainda ser pouco utilizado em países da América Latina (6). O DIU T de cobre tem vida útil de 10 anos e uso médio de 36 meses (4) e sua ação é baseada na liberação de íons de cobre que impedem a fertilização do espermatozoide no óvulo, sem pausar a menstruação e ovulação (7)(8).

Desde a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, já se notou um aumento do uso de anticoncepcionais no Brasil, quando comparado ao ano de 1996 (9). Apesar do aumento da procura e do desejo por parte das mulheres, o tamanho uterino pode ser um obstáculo na inserção do DIU T de cobre, visto que o dispositivo possui uma largura de 32mm e 36mm de comprimento (8), sendo maior que a maioria dos úteros, de acordo com pesquisas e evidências clínicas (3),

podendo causar desconfortos à paciente, como sangramentos anormais e anemia, cólicas e até penetrar na parede uterina. Isso pode provocar uma descontinuação do método por parte da usuária, deslocamento (rotação de até 180º) ou expulsão involuntária, gerando uma gravidez indesejada (3–5).

Devido a essa descontinuação precoce, a histerometria deve ser feita antes da inserção dos DIUs em geral através da ultrassonografia (USG) transvaginal ou do histerômetro, a fim de evitar complicações e gestações não planejadas, principalmente em mulheres nulíparas, nas quais dois terços apresentaram o tamanho da cavidade uterina menor que 24.4mm, de acordo com estudos com USG 2D (3). Por isso, um percentual de mulheres é impossibilitado de adotar aos dispositivos intrauterinos, principalmente pelo SUS, onde somente há um tipo disponível.

É importante enfatizar, portando, que o planejamento familiar é uma realidade na vida de grande parte dos brasileiros. Apesar da alta eficácia e grande disponibilidade no SUS, uma parcela de mulheres é impossibilitada de realizar a inserção do DIU T de cobre por não atingirem o tamanho uterino necessário, recorrendo a outros métodos com maior taxa de falha, aumentando a chance de uma gravidez indesejada. Esse problema traz à tona a necessidade de implantação e distribuição gratuita pelo SUS de outros LARCs, principalmente DIUs hormonais e não-hormonais.



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Dados epidemiológicos demonstraram que, em 2010, 41% das gravidezes ocorridas no mundo foram não intencionais (10,11). Esse dado evidencia a necessidade de um planejamento familiar e autonomia reprodutiva das mulheres, além da liberdade feminina, educação para guiar as possibilidades e respeito às escolhas maternas e paternas, conceitos que se originaram dentro do movimento feminista (10), principal responsável pelos direitos das mulheres na atualidade.

Após a disseminação desses conceitos pelo mundo, grandes conferências foram consideradas cruciais no avanço dos direitos reprodutivos, como o Plano de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994, e da 4ª Conferência Internacional sobre a Mulher, de Beijing, em 1995 (10). No Brasil, a Lei Federal nº 9.263/96, responsável pelo direito universal ao planejamento familiar (12), junto com a PNAISM (Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher) criada em 1983 (1,2), garantiu o direito ao acesso gratuito pelo SUS, através da Lei nº 8.080, aos métodos contraceptivos reversíveis e não reversíveis (1,10), que reduzem o número de abortos inseguros e da morbimortalidade materna em gravidezes não planejadas (6).

No que se refere aos métodos não reversíveis, a esterilização cirúrgica feminina e masculina (laqueadura e vasectomia), atualizada recentemente e altera a lei nº 9.263 (12), autoriza a realização do procedimento em indivíduos acima de 21 anos ou sem idade mínima para quem tem, pelo menos, 2 filhos vivos e sem a necessidade da autorização do cônjuge (13), e está disponível gratuitamente pelo SUS. Os reversíveis são subdivididos em curta ou longa duração, nos quais os de curta duração disponíveis pelo SUS são: anticoncepcional oral (ACO) de uso diário com diferentes dosagens de hormônios, podendo atingir 99% de eficácia quando usado corretamente; injeção hormonal, administrada a cada 3 meses ou mensalmente por um profissional habilitado e com 91-94% de eficácia; pílula do dia seguinte (de emergência), que pode reduzir em 75% as chances de gravidez (14), e os métodos de barreira: preservativo feminino ou masculino e diafragma (1).

Dentre os métodos reversíveis de longa duração (LARCs), que duram no mínimo 3 anos (2), o Dispositivo Intrauterino de cobre é aplicado gratuitamente nos ambulatorios do SUS (1,6), e atualmente no serviço público de saúde também está sendo feita a inserção do implante de etonogestrel em mulheres em situação de vulnerabilidade. O DIU foi o primeiro LARC da história, originando-se através da colocação de pedras no útero de camelas pelos árabes para evitar a gravidez durante o percurso, e posteriormente surge o primeiro DIU inserido em mulheres, feito de seda natural em formato anelar. Na década de 1960, surgiram os DIUs com metais como ouro, prata, e cobre (2).

O DIU utilizado na rede pública, especificamente, é o DIU TCU 380A, único método não hormonal reversível de longa duração disponível, com taxas de falha semelhantes à esterilização feminina (entre 0,5% e 0,8%) (2,6). Seu mecanismo de ação consiste em dificultar a fertilização, provocando alterações na motilidade e viabilidade dos espermatozoides na chegada ao útero através de dois colares de cobre nos braços da estrutura em formato de T. Porém, novos estudos mostraram aumento na inflamação de células do colo uterino com uso de DIU de cobre, evidenciando alterações tanto no esperma, quanto no oócito (8). Seu uso médio é de 36 meses, com vida útil de 10 anos (4), mas estudos mostraram eficácia em mais de 15 anos de uso (8), além de não possuir efeitos sistêmicos por ter ação local no útero (5).

Mesmo com sua alta eficácia, segurança, reversibilidade e não possuir hormônios, o DIU TCU380A é subutilizado na América do Sul, incluindo o Brasil, pois, de acordo com a última PNDS (Política Nacional de Demografia e Saúde) de 2006, 81% das mulheres utilizavam algum método contraceptivo, no qual apenas 1,5% utilizavam DIU (2,6). Atualmente, a procura pelo DIU TCU380A aumentou, principalmente por, habitualmente, não causar alterações na menstruação e ovulação (8).

Por causa do tamanho do dispositivo de cobre e o tamanho uterino da paciente, a aplicação incorreta ou incompatível pode provocar uma descontinuação precoce, causada por dor que ocorre mais em adolescentes e mulheres nulíparas, sendo comum entre 40-50% nos primeiros 6-12 meses, nas quais muitas vezes recorrem a métodos não tão eficazes, dificilmente retornando a usar os LARCs e desencorajando outras mulheres a usarem o

método (3). Além disso, durante a menstruação ocorrem alterações no tamanho e formato uterino, com as contrações rítmicas que diminuem o tamanho transversal (5). Como na saúde pública do Brasil há apenas o DIU T de cobre disponível, uma parte das mulheres que procuram o serviço de saúde não possuem êxito com a colocação.

Uma alternativa para esse problema já está sendo usada na Europa e consiste em um DIU sem o formato tradicional de T, retirando os braços transversos, podendo ser encaixado em qualquer formato e tamanho uterino, reduzindo significativamente a taxa de expulsão e de descontinuação, chamado de GyneFix® (3,5). Com isso, nota-se o atraso do Brasil, que ainda exige a exclusividade do médico para a inserção em alguns locais, ausência de protocolos simples e de educação por parte dos profissionais e da população (6).

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 PRIMÁRIO**

Estimar o percentual de mulheres que não são contempladas com o DIU T de cobre em um ambulatório do SUS por apresentarem o tamanho uterino menor que o devido.

#### **3.2 SECUNDÁRIOS**

Comparar o uso contínuo de anticoncepcional oral e tamanho uterino.

Verificar a demanda de mulheres nulíparas que procuram a inserção do DIU em uma maternidade de referência.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 DESENHO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo.

### **4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO:**

Maternidade Terciária de Referência Estadual José Maria de Magalhães Netto em Salvador - Bahia, que possui 243 leitos contratados, nos quais 100% são ofertados pelo SUS, especificamente no ambulatório especializado em inserção de dispositivos intrauterinos (DIU) de cobre. O ambulatório, totalmente assistido pelo SUS, foi inaugurado em 2006 e realiza consulta pré-natal, acompanhamento de bebês prematuros e inserção do DIU de cobre. O atendimento para colocação do DIU de cobre contempla em média 20 mulheres por semana, totalizando 80 mulheres por mês, incluindo puérperas encaminhadas da Maternidade José Maria de Magalhães Netto e mulheres primíparas ou multíparas, pós-parto e pós-aborto, que procuram o serviço de saúde. Os prontuários analisados foram do período de 2015 a 2021.

### **4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO**

Todas as mulheres com vida sexual ativa que procuram o ambulatório especializado em DIU da Maternidade José Maria de Magalhães Netto em Salvador – Bahia.

### **4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Foram incluídas todas as mulheres entre 18 e 45 anos, mesmo aquelas que estejam em período pós-parto ou pós-aborto, lactantes ou contraindicadas para métodos hormonais.

#### 4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Gestantes ou mulheres com suspeita de gravidez, DIP ativa, neoplasias malignas de útero ou colo uterino, malformação uterina congênita e sangramento uterino de origem desconhecida.

#### 4.6 AMOSTRA DO ESTUDO

Foi utilizada uma amostra de conveniência estimada em 360 participantes, divididas em 40 participantes por mês, composta por mulheres elegíveis para a inserção do dispositivo intrauterino de cobre atendidas em ambulatório da maternidade José Maria de Magalhães Netto de 2015 a 2021 do SUS de Salvador – Bahia.

#### 4.7 INSTRUMENTO DE COLETA

A coleta de dados foi realizada a partir dos dados em prontuário eletrônico do sistema SOUL MV da Maternidade José Maria de Magalhães Netto, através do instrumento de coleta – Anexo 1, onde foram observados o uso de anticoncepcional (considerando tempo de uso em meses e o tipo de anticoncepcional – oral, injetável, diafragma ou outros); idade em anos; estado civil (solteira, casada, divorciada, em união estável e viúva); quantidade de partos, tipo de parto (vaginal ou cesárea) e tempo em relação ao último parto em meses; realização de preventivo ginecológico e tempo em meses do último exame, se houver; histerometria em centímetros, analisada através do histerômetro; duração do ciclo menstrual em dias, intensidade da cólica menstrual (forte, média ou fraca) e intensidade do sangramento menstrual (forte, médio ou fraco), se houver.

#### 4.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO:

Dentre as variáveis a serem estudadas, tem-se:

- Idade (anos)
- Estado civil (solteira, casada, divorciada, em união estável e viúva)

- Paridade (quantidade); Tipo de parto (cesariana ou vaginal); Tempo em relação ao último parto (em meses).
- Uso de anticoncepcional (sim, não); Tipo de anticoncepcional (oral, injetável, diafragma, outros); Tempo de uso do anticoncepcional (em meses).
- Preventivo ginecológico (sim, não); Se sim, há quanto tempo realizou o último preventivo ginecológico (em meses)
- Histerometria (comprimento em centímetros) analisada através do histerômetro, medindo do fundo uterino ao orifício externo do colo
- Menstruação (sim, não); Duração do ciclo (em dias); Cólica menstrual (sim, não); Intensidade da cólica menstrual, se houver (fraca, média, forte); Intensidade do sangramento menstrual (fraco, médio, forte)

#### 4.9 PLANO DE ANÁLISE

As variáveis categóricas foram expressas em frequência absolutas e relativas (percentagens) e as quantitativas em média e desvio padrão ou medianas e intervalo interquartil (IIQ), de acordo com os pressupostos de normalidade que será verificado utilizando o teste de Kolmogorov- Smirnov. Para verificação de diferenças estatisticamente significantes das variáveis categóricas, foi utilizado o teste de Qui- Quadrado e Exato de Fischer e para as quantitativas o teste de t de Students ou teste de Mann Whitney de acordo com a distribuição da variável. Foi considerada a diferença estatisticamente significativa aquelas que o valor de  $p < 0,05$ .

O armazenamento e análise estatística dos dados coletados foram realizados no software Statistical Package for Social Sciences, versão 22.0 para Windows (SPSS inc, Chicago,II). Os dados obtidos do estudo em questão foram utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, nos quais serão armazenados no computador do pesquisador, protegidos por login e senha, por um período de 05 anos. Após esse período, os dados serão permanentemente excluídos do computador e da lixeira eletrônica, assim como os documentos impressos serão incinerados.

#### 4.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado através do CAAE 65694622.1.0000.5544 no dia 8 de fevereiro de 2023, atendendo aos requisitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e sendo garantido o direito à privacidade e confiabilidade através do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD). No projeto de pesquisa, garantiu-se que a privacidade do paciente foi respeitada, isto é, seu nome, qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo, foi mantido em sigilo e, devido a impossibilidade de obtenção do TCLE das participantes e pelo fato do projeto ter se dado por meio de revisão de prontuários. Os pesquisadores se comprometeram a preservar o anonimato de todos os participantes da pesquisa. Não houve nenhum tipo de custo para os participantes envolvidos, no qual foi bancado pelos pesquisadores.



## 5 RESULTADOS

Analisando as características das pacientes do estudo (Tabela 1), a porcentagem de mulheres que não faziam uso de algum tipo de anticoncepcional hormonal (oral ou injetável) foi maior (49,1%) que a porcentagem de mulheres que não faziam uso de contraceptivos hormonais (40,2%). A maioria das mulheres (46,9%) menstruava e apresentava cólicas menstruais (53,3%), porém apenas 16,9% confirmaram já ter realizado o exame preventivo ginecológico e 13,3% relataram sangramento menstrual intenso.

Em relação ao total das pacientes entrevistadas, havia informações ausentes no prontuário de 10,5% sobre uso de anticoncepcionais hormonais, 12,7% sobre menstruação, 82,5% sobre realização do preventivo ginecológico e 23,6% sobre a graduação do sangramento menstrual.

Sobre as faixas etárias das pacientes analisadas em idade fértil (Tabela 1), de 18 a 45 anos, a maioria das mulheres apresentaram entre 26 e 35 anos (46,6%), seguido por mulheres entre 18 e 25 anos (32,2%) e entre 36 e 45 anos (21,1%).

**Tabela 1** – Características gerais das mulheres atendidas no ambulatório especializado em inserção de DIU na Maternidade José Maria de Magalhães Netto em Salvador – Bahia.

Características gerais (n=360)	SIM	NÃO
<b>Uso de anticoncepcional</b>	145 (40,2%)	177 (49,1%)
<b>Menstruação</b>	169 (46,9%)	145 (40,2%)
<b>Cólica</b>	192 (53,3%)	103 (28,6%)
<b>Preventivo ginecológico</b>	61 (16,9%)	2 (0,5%)
<b>Sangramento intenso</b>	48 (13,3%)	227 (63%)
<b>Faixa etária*</b>		
<b>18 a 25</b>	116 (32,2%)	
<b>26 a 35</b>	168 (46,6%)	
<b>36 a 45</b>	76 (21,1%)	

\*Variável apresentada em distribuição percentual

Dentre as 360 mulheres avaliadas durante o período do estudo, 5,0% não foram contempladas com o DIU T de cobre em um ambulatório do SUS por apresentarem o tamanho uterino menor que o devido. Entre as nulíparas (1,8%), todas realizaram a inserção do DIU T de cobre (Tabela 2).

Quando comparamos as mulheres que inseriram o dispositivo intrauterino e as que não inseriram, temos que o comprimento uterino, em centímetros, apresentou maior média nas mulheres que realizaram a inserção do DIU ( $7,9 \pm 1,0$ ) enquanto, mulheres que não foram contempladas com o DIU T de cobre apresentaram média de  $5,2 \pm 0,6$ , com diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Sobre o preventivo ginecológico, nota-se que a porcentagem de mulheres que realizaram o exame preventivo há menos de 6 meses foi maior em mulheres que inseriram o DIU T de cobre do que a porcentagem de mulheres que não inseriram o dispositivo (Tabela 2).

**Tabela 2-** Comparação das características clínicas de mulheres atendidas no ambulatório especializado em DIU da Maternidade José Maria de Magalhães Netto em Salvador – Bahia.

Variáveis	Mulheres que realizaram a inserção do DIU (n=342)	Mulheres que não realizaram a inserção do DIU (n=18)	Valor de p
<b>Faixa etária, n(%)</b>			
18 a 25 anos	110 (32,2)	06 (33,3)	0,892
26 a 35 anos	159 (46,5)	09 (50,0)	
36 a 45 anos	73 (21,3)	03 (16,7)	
<b>Estado civil, n(%)</b>			
Solteira	297 (86,8)	16 (88,9)	1,000*
Casada	45 (13,2)	02 (11,1)	
<b>Uso de Anticoncepcional, n(%)</b>			
Não	168 (55,1)	09 (52,9)	0,863
Sim	137 (44,9)	08 (47,1)	
<b>Tipo de Anticoncepcional, n(%)</b>			
Anticoncepcional oral	58 (42,3)	01 (12,5)	0,008
Anticoncepcional injetável	78 (56,9)	06 (75,0)	
Uso combinado	01 (0,7)	01 (12,5)	
<b>Preventivo ginecológico, n(%)</b>			
Não	02 (3,5)	00 (0,0)	1,000*
Sim	55 (96,5)	06 (100,0)	
<b>Último preventivo (meses), n(%)</b>			

Até 6 meses	13 (24,1)	01 (16,7)	
Entre 7 e 12 meses	26 (48,3)	03 (50,0)	0,910
Acima de 12 meses	15 (27,8)	02 (33,3)	
<b>Comprimento em Cm,</b>			
média ± desvio padrão	7,9±1,0	5,2±0,6	<0,001*
<b>Menstruação, n(%)</b>			
Não	137 (46,1)	08 (47,1)	0,940
Sim	160 (53,9)	09 (52,9)	
<b>Presença de cólica, n(%)</b>			
Não	96 (34,3)	07 (46,7)	0,327
Sim	184 (65,7)	08 (53,3)	
<b>Intensidade da cólica, n(%)</b>			
Fraca	113 (61,4)	06 (54,5)	
Média	53 (28,8)	04 (36,4)	0,866
Forte	18 (9,8)	01 (9,1)	
<b>Intensidade do sangramento, n(%)</b>			
Fraco	90 (34,5)	04 (28,6)	
Médio	125 (47,9)	08 (57,1)	0,796
Forte	46 (17,6)	02 (14,3)	

Teste Qui-quadrado; \*Teste *Exato de Fisher*; \*Teste *T Independente*.

Em relação às características gestacionais das mulheres que fizeram e não fizeram a inserção do DIU de cobre, destaca-se a maior mediana de partos e de cesarianas no grupo de mulheres que não fizeram inserção de DIU, apesar dessas diferenças não serem estatisticamente significantes (Tabela 3).

**Tabela 3-** Comparação das variáveis gestacionais de mulheres atendidas no ambulatório especializado em DIU da Maternidade José Maria de Magalhães Netto em Salvador – Bahia.

<b>Variáveis</b>	Mulheres que realizaram a inserção do DIU (n=342)	Mulheres que não realizaram a inserção do DIU (n=18)	Valor de p
<b>Gestação</b> , mediana (quartis)	2,0 (1,0 – 2,25)	2,0 (1,0 - 3,0)	0,601
<b>Parto</b> , mediana (quartis)	1,0 (1,0 – 2,0)	2,0 (1,0 - 2,0)	0,450
<b>Aborto</b> , mediana (quartis)	00 (0,0 – 0,0)	0,0 (0,0 - 1,0)	0,755
<b>Nº de partos (via de parto)</b> , mediana (quartis)			
Vaginal	1,0 (1,0 – 2,0)	1,0 (1,0 – 2,5)	0,600
Cesário	1,0 (1,0 – 2,0)	2,0 (1,0 – 2,0)	0,082
<b>Último parto (meses)</b> , mediana (quartis)	4,0 (2,0 – 24,0)	3,0 (2,0 – 27,0)	0,393

Teste *Mann Whitney*.

O comprimento uterino em centímetros foi comparado entre os grupos de mulheres que faziam uso de anticoncepcional oral e mulheres que faziam uso de anticoncepcional injetável, apresentando diferença estatisticamente significativa ( $p$ -valor=0,010), evidenciando que mulheres que usavam anticoncepcional oral apresentaram maior média ( $7,9\pm 1,0$ ). Dentre as 18 mulheres não contempladas com a inserção do DIU por possuírem o útero menor que o devido, 66,7% faziam uso de anticoncepcional injetável (Tabela 4).

**Tabela 4-** Comparação do tamanho uterino de mulheres que usam e não usam anticoncepcional oral atendidas no ambulatório especializado em DIU da Maternidade José Maria de Magalhães Netto em Salvador – Bahia.

Variáveis	Mulheres que usam Anticoncepcional oral (n=59)	Mulheres que usam anticoncepcional injetável (n=84)	Valor de p
<b>Comprimento em Cm,</b> média $\pm$ desvio padrão	7,9 $\pm$ 1,0	7,4 $\pm$ 1,1	0,010

Teste *T Independente*.

O comprimento uterino em centímetros foi comparado entre os grupos de mulheres que faziam uso de anticoncepcional oral e mulheres que faziam uso de anticoncepcional injetável, nos quais apresentaram diferença significativa, evidenciando que mulheres que usam anticoncepcional oral apresentou maior média ( $7,9\pm 1,0$ ), com  $p=0,010$ .

Com relação às condições clínicas, 12 mulheres retiraram o DIU voluntariamente por apresentarem o DIU fora de situ, 3 apresentaram histórico de gravidez ectópica e 1 expulsão prévia do DIU. Com relação às mulheres que não inseriram o DIU por outras razões, 4 apresentaram estenose de OI durante a realização da histerometria, 1 apresentou desconforto durante o exame e 1 apresentou útero volumoso (maior que 20cm).

## 6 DISCUSSÃO

No que se refere às características gerais das pacientes analisadas, a maioria (49,1%) não fazia uso de anticoncepcionais hormonais e as porcentagens das mulheres que menstruavam e as que não menstruavam apresentou valor próximo, visto que o estudo foi realizado no ambulatório de uma maternidade de alto risco, no qual havia mulheres que ainda estavam no puerpério ou amamentando e por isso estavam em busca de um método não-hormonal. Ademais, o ambulatório é voltado para pacientes da maternidade, explicando o baixo número de nulíparas (1,8%).

Sabe-se que o DIU T de cobre aumenta o fluxo e a cólica menstrual, efeitos relacionados com dispositivos maiores (4) e possivelmente pela liberação excessiva de prostaglandinas na cavidade endometrial (15), sendo estas as principais causas de descontinuação do método (3,16), ocorrendo voluntariamente em aproximadamente 10% a 13% das mulheres no primeiro ano de uso (8). Nesse estudo, mais da metade das mulheres analisadas afirmaram ter cólicas menstruais e aproximadamente 13% afirmaram ter fluxo menstrual intenso, condições que podem se agravar após a inserção do dispositivo. Além disso, 3,3% das pacientes estudadas já haviam retirado o dispositivo voluntariamente por essas razões. Diante disso, se faz pertinente o uso de DIUs menores, visto que dispositivos menores estão menos associados à essas condições (5).

O preventivo ginecológico, também chamado de Papanicolau, é um exame realizado para rastrear câncer de colo uterino, o qual tem forte relação com o HPV (papilomavirus humano). De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, é recomendado realizar este exame a partir dos 25 anos em mulheres com vida sexual ativa, sendo anualmente nos dois primeiros anos e posteriormente a cada três anos, em caso de exame negativo (17). O que foi possível notar, porém, foi que apenas 16,9% do total de mulheres do estudo afirmou já ter realizado o exame, enquanto os outros 83,1% nunca fez, não se recorda ou não consta no prontuário essa informação, evidenciando um descaso no que se refere a importância do exame tanto das pacientes quanto da equipe assistencial.

Sabe-se que a The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o uso de contraceptivos intrauterinos para mulheres jovens por apresentarem mais benefícios do que risco (5). No tocante à faixa etária do estudo, a maioria, incluindo as nulíparas, estava entre 26 e 35 anos, faixa que inclui a média de idade das mulheres em idade fértil que buscam por um método contraceptivo no setor público ou privado, respectivamente 29,2 e 35 (18), o que também é similar à encontrada em outros estudos (3,19). Nessa faixa etária, em 1999, se encontrava o maior número de mulheres em uso de contraceptivos orais (20), evidenciando uma procura ascendente pelos LARCs por mulheres mais jovens.

A histerometria realizada no ambulatório especializado do SUS é feita com o histerômetro, instrumento inserido através do canal cervical até o fundo uterino e então feita a sua medição do orifício externo do colo ao fundo do útero, possibilitando encontrar valores, em centímetros, do comprimento uterino. Com relação ao grupo de mulheres que não foram contempladas com a inserção do dispositivo intrauterino T de cobre, apesar de representarem apenas 5% do total estudado, o comprimento uterino (em média 5,2 centímetros) se mostrou diferente e estatisticamente significativo quando comparado com o tamanho uterino das mulheres contempladas com a inserção (em média 7,9 centímetros). Dentre as nulíparas, nas quais todas realizaram a inserção do DIU, a histerometria média foi de 8 centímetros.

Desta forma, por abranger desde o orifício externo do colo, as medidas apresentadas nesse estudo não são passíveis de comparação com outros estudos encontrados, visto que tais estudos comparam o tamanho uterino através do ultrassom, que mede do orifício interno ao fundo uterino, enquanto outro estudo encontrado apesar de fazer a medição por histerômetro também faz a medição do orifício interno ao fundo uterino. Estes estudos evidenciaram, então, comprimento endometrial médio de nulíparas entre 2,2 e 3,7 centímetros (3,21) e de 3,8 em mulheres que já pariram (21). Quando medido através do histerômetro, a média do comprimento endometrial em nulíparas foi de 3,8 centímetros, enquanto em mulheres que pariram no mínimo uma vez foi de 4,25 centímetros (21).

Além disso, esse estudo mostrou que aproximadamente 3,8% das mulheres que inseriram o DIU T de cobre, nas quais apresentaram média de 7,8 centímetros de histerometria, procuraram o serviço de saúde para realizar a retirada voluntária do dispositivo por apresentarem sangramento intenso, efeito colateral que ocorre quanto maior for o dispositivo inserido, aumentando o fluxo em 40% a 84% das mulheres, de acordo com estudos realizados (4). Esse efeito, em pacientes com comprimento endometrial pequeno em relação ao dispositivo, é mais evidente, podendo causar perfuração, rotação do dispositivo e expulsão do mesmo (3,5,16,19).

Já em relação ao uso de anticoncepcionais nesse estudo, 16,3% usavam ACO e 23,3% usavam contraceptivos injetáveis, sendo que aproximadamente 66,7% das mulheres que não inseriram o dispositivo usavam contraceptivos injetáveis de dose mensal ou trimestral. O acetato de medroxiprogesterona, conhecido como Contracep e Depo-Provera, e o enantato de noretisterona com valerato de estradiol, conhecidos como Mesigyna e Noregyna, foram os injetáveis mais usados entre as mulheres desse estudo, compatível com os injetáveis mais utilizados por mulheres brasileiras (22). Dentre os efeitos colaterais do acetato de medroxiprogesterona, tem-se amenorréia, irregularidade no ciclo menstrual e redução da densidade óssea em alguns casos (23) Entretanto, não foram encontrados estudos que avaliassem a relação entre esses contraceptivos e o tamanho uterino.

No que se refere a paridade, destaca-se a média de 1 a 2 partos por mulher até a procura por um LARC, número próximo à taxa de fecundidade em 2015 (1,7 filhos por mulher) (24) e divergente da taxa em 2000 (2,39 filhos por mulher), evidenciando uma maior procura pelos serviços de planejamento familiar e busca por métodos contraceptivos no Brasil. Nota-se, porém, que a média de partos de mulheres que não inseriram o dispositivo é maior (2 partos) quando comparadas às mulheres que inseriram o dispositivo (1 parto), contrariando estudos que indicam tamanhos uterinos maiores em múltiparas (5,21). O número de partos vaginais e cesarianas nesse estudo foi equivalente, apesar do Brasil ser o segundo país no ranking de realização de cesáreas, com taxas de mais de 50% em 2016, sendo a maioria no setor privado. Desse modo, por contemplar pacientes de alto risco no setor público, o número de cesarianas

por mulher foi mais elevado do que no setor público geral, aproximadamente 43%, enquanto no setor privado esse número ultrapassava os 87% em 2014 (25).

Como limitações do estudo, tem-se que este foi realizado em um ambulatório de inserção de DIU de uma maternidade de referência para gestações de alto risco do SUS, gerando um viés de seleção que interfere no tipo de parto, quantidade de partos prévios, uso prévio de anticoncepcionais e busca por métodos não hormonais. Além disso, por fazer parte do serviço público de saúde, não foi possível realizar a medição do colo uterino através de métodos mais avançados, como ultrassons 2D e 3D, por não estarem disponíveis no serviço de saúde em questão. Não foram encontrados, porém, outros estudos que comparavam as variáveis desse estudo na região nordeste do país, evidenciando a importância do presente estudo, principalmente para garantir o melhor método contraceptivo para cada mulher, visando reduzir o máximo de gestações não planejadas.



## **7 CONCLUSÃO**

O estudo evidenciou uma maior busca por métodos de longa duração por mulheres mais jovens. Além disso, o tamanho uterino das mulheres que inseriram o DIU foi significativamente maior quando comparado ao tamanho das mulheres que não inseriram o dispositivo (diferença média de 2,7 centímetros), nas quais mais da metade utilizavam contraceptivos hormonais injetáveis de uso mensal ou trimestral.

## 8 REFERÊNCIAS

1. Figueiredo R, Mayer De Castro F<sup>o</sup> J, Kalckmann S. Os desafios do trabalho na atenção básica Planejamento Familiar e Reprodutivo na Atenção Básica do Município de São Paulo: direito constitucional respeitado? Family and reproductive planning in primary care of city of São Paulo: constitutional right respected?
2. Penna IBM. A importância da contracepção de longo prazo reversível.
3. Wildemeersch D, Hasskamp T, Nolte K, Jandi S, Pett A, Linden S, et al. A multicenter study assessing uterine cavity width in over 400 nulliparous women seeking IUD insertion using 2D and 3D sonography. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 1<sup>o</sup> de novembro de 2016;206:232–8.
4. Wildemeersch D, Goldstuck ND, Hasskamp T. Intrauterine systems: a frameless future? Vol. 13, Expert Opinion on Drug Delivery. Taylor and Francis Ltd; 2016. p. 911–8.
5. Wildemeersch D. Intrauterine contraceptives that do not fit well contribute to early discontinuation. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. abril de 2011;16(2):135–41.
6. Gonzaga VAS, Borges ALV, dos Santos OA, Rosa PLFS, Gonçalves RFS. Organizational barriers to the availability and insertion of intrauterine devices in Primary Health Care Services. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2017;51.
7. Festin MPR. Overview of modern contraception. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. julho de 2020;66:4–14.
8. Hsia J, Creinin M. Intrauterine Contraception. *Semin Reprod Med*. 4 de março de 2016;34(03):175–82.
9. Brandão ER. Long-acting reversible contraception methods in the Brazilian Unified National Health System: The debate on women's (in)discipline. *Ciencia e Saude Coletiva*. 1<sup>o</sup> de março de 2019;24(3):875–9.
10. Dias AC da S, Ferreira SL, Gusmão MEN, Marques GCM. INFLUENCE OF THE SOCIODEMOGRAPHIC AND REPRODUCTIVE CHARACTERISTICS ON REPRODUCTIVE AUTONOMY AMONG WOMEN. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2021;30.
11. Upadhyay UD, Dworkin SL, Weitz TA, Foster DG. Development and validation of a reproductive autonomy scale. *Stud Fam Plann*. 2014;45(1):19–41.

12. Brasil. LEI Nº 9.263 D 12 DJD 1996. C da RF do B [Internet]. BDSF. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.
13. Presidência da república. LEI Nº 14.443, DE 2 DE SETEMBRO DE 2022.
14. Colquitt CW, Martin TS. Contraceptive Methods. *J Pharm Pract.* 8 de fevereiro de 2017;30(1):130–5.
15. Godfrey EM, Folger SG, Jeng G, Jamieson DJ, Curtis KM. Treatment of bleeding irregularities in women with copper-containing IUDs: A systematic review. Vol. 87, *Contraception.* 2013. p. 549–66.
16. Fadiloglu S, Dilbaz B, Fadiloglu E, Dilbaz S. Relationship between copper IUD complications and ultrasonographic findings. *Arch Gynecol Obstet.* 1º de abril de 2018;297(4):989–96.
17. Fischer ACP, Fischer EAP, Vaz FB, Hoffmann J. Analysis of the Excess of Papanicolaou Tests in Brazil from 2006 to 2015. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia.* 1º de janeiro de 2022;44(1):40–6.
18. Prado DS, Santos DL. [Contraception in users of the public and private sectors of health]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* julho de 2011;33(7):143–9.
19. Bahamondes MV, Monteiro I, Canteiro R, Fernandes ADS, Bahamondes L. Length of the endometrial cavity and intrauterine contraceptive device expulsion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 2011;113(1):50–3.
20. Olinto MTA, Galvão LW. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. *Rev Saude Publica.* fevereiro de 1999;33(1):64–72.
21. Guillermo Bahamondes L. AVALIAÇÃO DO COMPRIMENTO DA CAVIDADE UTERINA POR MEIO DA HISTEROMETRIA E ULTRASSOM EM MULHERES NULIGESTAS E COM GESTAÇÃO PRÉVIA Dissertação de Mestrado. 2009.
22. Farias MR, Leite SN, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Bertoldi AD, et al. Use of and access to oral and injectable contraceptives in Brazil. *Rev Saude Publica.* 2016;50.
23. Regidor PA. Clinical relevance in present day hormonal contraception. *Horm Mol Biol Clin Investig.* 28 de janeiro de 2019;37(1).

24. IBGE | Brasil em síntese | população | taxas de fecundidade total. Disponível em: <<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>>.
25. Oliveira C de F, Bortoli MC de, Setti C, Luquine Júnior CD, Toma TS. Apoio contínuo na assistência ao parto para redução das cirurgias cesarianas: síntese de evidências para políticas. Cien Saude Colet. fevereiro de 2022;27(2):427–39.

## 9 ANEXO 1

### Ficha de coleta

1) Registro geral da paciente

Número do prontuário: \_\_\_\_\_

Iniciais: \_\_\_\_\_

2) Identificação:

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Estado civil: ( ) Casada ( ) Solteira ( ) Divorciada ( ) União  
estável ( ) Viúva

3) Uso de anticoncepcional hormonal:

( ) SIM ( ) NÃO

Se sim, qual:

( ) Oral ( ) Injetável ( ) Diafragma ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Faz uso combinado:

( ) SIM ( ) NÃO

4) Paridade:

Gestação ( ) Parto ( ) Aborto ( ) Gravidez ectópica prévia ( )

Tipo de parto: ( ) Cesária ( ) Vaginal

Se sim, tempo do último parto: \_\_\_\_\_ meses

5) Preventivo ginecológico:

Já realizou o exame: ( ) SIM ( ) NÃO

Se sim, quantas vezes: \_\_\_\_\_ vezes

Há quanto tempo realizou o último exame: \_\_\_\_\_ meses

6) Histerometria:

Comprimento: \_\_\_\_\_ cm

7) Menstruação:

SIM       NÃO

Duração do ciclo: \_\_\_\_\_ dias

Tem cólica:  SIM     NÃO

Se sim, intensidade:  FRACA     MÉDIA     FORTE

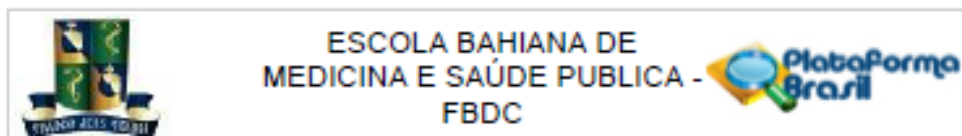
Sangramento:  FRACO     MÉDIO     FORTE

8) Condições clínicas:

DIP ativa     Anemia     IST's     Alergia ao cobre

HIV     Suspeita de gravidez     Menorreia de causa desconhecida     Neoplasia maligna do colo ou corpo uterino

## 10 ANEXO 2



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** RELAÇÃO ENTRE TAMANHO UTERINO E DIU DE COBRE: PERCENTUAL DE MULHERES NÃO CONTEMPLADAS COM A INSERÇÃO.

**Pesquisador:** andrea queiroz vias boas

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 65694622.1.0000.5544

**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.883.181

#### Apresentação do Projeto:

O planejamento familiar e reprodutivo se tomou uma realidade das famílias brasileiras nas últimas décadas. Por conta disso, o SUS implementou políticas públicas que visam garantir o acesso a diferentes métodos contraceptivos, como preservativos, pílulas com doses variadas de hormônio, diafragma, injetáveis, contraceptivos de emergência e dispositivo intrauterino T de cobre. Apesar de ser eficaz e de longa duração, parte das mulheres elegíveis para a inserção do DIU não são contempladas por possuírem um tamanho uterino menor do que o mínimo necessário para a colocação, medido através do histerômetro. Diante desse impeditivo, essas mulheres recorrem a métodos menos eficazes e com tempo de duração mais curto, o que pode gerar uma gravidez não planejada.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

-Estimar o percentual de mulheres que não são contempladas com o DIU T de cobre em um ambulatório do SUS por apresentarem o tamanho uterino menor que o devido.

##### Objetivos Secundários:

-Comparar o uso contínuo de anticoncepcional oral e tamanho uterino.

-Verificar a demanda de mulheres nullparas que procuram a inserção do DIU em uma maternidade

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274  
Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Protocolo: 5.003.101

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo as pesquisadoras:

**Riscos:**

Esta pesquisa não trará danos físicos ou psicológico para as participantes, assim como constrangimento ou exposição, visto que não haverá contato presencial e os pesquisadores se comprometem a garantir o anonimato das informações e dos participantes. Para minimizar os riscos de vazamento de dados, será realizada uma coleta rigorosa, com a utilização de uma categorização alfanumérica, afim de garantir o sigilo na identificação dos participantes.

**Benefícios:**

Esta pesquisa buscará mostrar a importância da realização da histerometria antes da inserção do DIU de cobre, visando evitar deslocamento, rotação e expulsão do mesmo por incompatibilidade do tamanho uterino e do dispositivo, e conseqüentemente, evitando dor, sangramentos inesperados e gravidez indesejada. Além disso, evidenciará a necessidade de implantação de dispositivos uterinos mais avançados na rede pública.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- Local da Pesquisa: Maternidade Terciária de Referência Estadual José Maria de Magalhães Netto em Salvador - Bahia, especificamente no ambulatório especializado em inserção de dispositivos Intrauterinos (DIU) de cobre.

- População/Amostra: O atendimento para colocação do DIU de cobre contempla em média 20 mulheres por semana, totalizando 80 mulheres por mês, incluindo puerperas encaminhadas da Maternidade José Maria de Magalhães Netto e mulheres primíparas ou multiparas, pós-parto e pós-aborto, que procuram o serviço de saúde. Os prontuários serão analisados do período de 2015 a 2021. A população estudada serão todas as mulheres com vida sexual ativa que procuram o ambulatório especializado em DIU da Maternidade José Maria de Magalhães Netto em Salvador – Bahia.

- A coleta de dados será realizada a partir dos dados em prontuário eletrônico do sistema SOUL MV da Maternidade José Maria de Magalhães Netto, onde serão observados o uso de anticoncepcional (considerando tempo de uso em meses e o tipo de anticoncepcional – oral, injetável, diafragma ou DIU); idade em anos; quantidade de partos, tipo de parto (vaginal ou cesárea) e tempo em relação ao último parto em meses; realização de preventivo ginecológico e tempo em meses do último exame, se houver; histerometria em centímetros, analisada através do histerômetro; duração do ciclo menstrual em dias, intensidade da cólica menstrual (forte, média ou

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

CEP: 40.285-001

UF: BA Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: [cepe@bahiana.edu.br](mailto:cepe@bahiana.edu.br)





Continuação do Parecer: 5.003.101

fraca) e Intensidade do sangramento menstrual (forte, médio ou fraco), se houver.

-Critério de Inclusão:

Serão incluídas todas as mulheres entre 18 e 45 anos, mesmo aquelas que estejam em período pós-parto ou pós-aborto, lactantes ou contraindicadas para métodos hormonais.

-Critério de Exclusão:

Gestantes ou mulheres com suspeita de gravidez, DIP ativa, neoplasias malignas de útero ou colo uterino, malformação uterina congênita e sangramento uterino de origem desconhecida.

Os dados obtidos do estudo em questão serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, nos quais serão armazenados no computador do pesquisador, protegidos por login e senha, por um período de 05 anos. Após esse período, os dados serão permanentemente excluídos do computador e da lixeira eletrônica, assim como os documentos impressos serão incinerados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

-Folha de rosto: devidamente preenchida e com assinatura digital do responsável Institucional;

-Cronograma: discrimina as fases da pesquisa com início da coleta previsto para abril/2023.

-Orçamento: apresentado no valor de R\$ 733,00, informando a fonte financiadora;

-TCLE: solicita dispensa.

-Carta de anuência: anexada e assinada pelo diretor geral da Instituição

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após a reanálise bioética do protocolo de pesquisa, com base na resolução 466/12 do CNS e documentos afins, sanadas as pendências descritas no parecer consubstanciado numero 5.834.257 referentes ao cronograma, riscos e carta de anuência, consideramos aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2049600.pdf	03/01/2023 16:26:52		Aceito



Continuação do Parecer: 5.003.101

Outros	CORRECAO_DE_PENDENCIAS.pdf	03/01/2023 16:24:59	andrea quelroz vilas boas	Aceito
Outros	Cartadeanuencia_compressed.pdf	03/01/2023 16:21:46	andrea quelroz vilas boas	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA2.pdf	03/01/2023 16:16:03	andrea quelroz vilas boas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCCORRIGIDOF2.pdf	03/01/2023 16:15:46	andrea quelroz vilas boas	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	01/12/2022 20:09:45	andrea quelroz vilas boas	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	TERMO_DO_PESQUISADOR_RESPO NSAVEL.pdf	01/12/2022 19:56:23	andrea quelroz vilas boas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	SOLICITACAODEDISPENSADOTCLE.p df	01/12/2022 19:55:42	andrea quelroz vilas boas	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	01/12/2022 19:46:20	andrea quelroz vilas boas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 08 de Fevereiro de 2023

---

Assinado por:  
Nilton Jorge Dias  
(Coordenador(a))