

**JULIANA MOREIRA**

**PERFIL DAS USUÁRIAS DO SISTEMA INTRAUTERINO  
LIBERADOR DE LEVONORGESTREL (SIU-LNG)  
E ACEITABILIDADE DO MÉTODO  
EM FLORIANÓPOLIS (SC)**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a conclusão  
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
2004**

**JULIANA MOREIRA**

**PERFIL DAS USUÁRIAS DO SISTEMA INTRAUTERINO  
LIBERADOR DE LEVONORGESTREL (SIU-LNG)  
E ACEITABILIDADE DO MÉTODO  
EM FLORIANÓPOLIS (SC)**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a conclusão  
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Ernani Lange de S. Thiago  
Orientador: Dr Ubiratan Cunha Barbosa  
Co-orientador: Dra Roxana Knobel**

**Florianópolis  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
2004**

Moreira, Juliana.

*Perfil das usuárias do sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-Lng) e aceitabilidade do método em Florianópolis.* / Juliana Moreira – Florianópolis, 2004.

54 p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Satisfação do usuário. 2. Anticoncepção. 3. Amenorréia. I. Título.

*“Dedico este trabalho a todos os pacientes  
que, mesmo em condições desfavoráveis,  
auxiliam em nossa aprendizagem.”*

## AGRADECIMENTOS

*À **DEUS**, constantemente em nossas vidas.*

*Aos meus **PAIS**, Flávio e Rosângela Moreira, meus melhores amigos, que com sua sabedoria, ensinaram-me a ter força e determinação nos momentos de dificuldade e dúvida e que, juntamente com meus **IRMÃOS**, Jorge e Marcos Moreira, nunca me faltaram amor e dedicação incondicionais.*

*Aos inúmeros **PACIENTES**, que nos fizeram deparar constantemente com a beleza e a fragilidade da vida humana, auxiliando em nossa formação não só como profissionais, mas como “Médicos de homens e de almas”.*

*Ao professor Dr. **UBIRATAN CUNHA BARBOSA**, orientador e amigo, sempre presente não só na realização deste trabalho, mas fazendo parte da minha realização como médica. É um constante exemplo de dedicação à medicina, pela seriedade e destreza com que lida com os diversos aspectos dessa profissão.*

*À minha co-orientadora Dra **ROXANA KNOBEL**, pelo carinho com que forneceu seus valiosos conselhos e orientações para elaboração deste trabalho.*

*Aos **MÉDICOS DOCENTES** vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina, que conseguiram nos colocar em contato com a verdadeira arte da Medicina, conciliando a teoria à prática, ensinando-nos a aprender e respeitar os nossos pacientes, a **ESTES**, meu sincero agradecimento.*

*Um agradecimento especial e com muito carinho aos **PROFESSORES** Edelson Flavio Morato e Oswaldo Vitorino de Oliveira, que juntamente com os alunos, através das monitorias de Imunologia e Infectologia, pude não só orientar o conhecimento, mas valorizar as relações humanas.*

*A todos os **FUNCIONÁRIOS e EQUIPE DE SAÚDE** do Hospital Universitário e de outros estabelecimentos em que pude aprimorar meus conhecimentos (Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, Governador Celso Ramos, Nereu Ramos e Posto de Saúde Saco Grande).*

*Às equipes do **NARTAD – HU, CENTRO DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS (CIT – SC) e SC TRANSPLANTES**, nos quais pude estagiar e complementar de maneira*

*imprescindível minha formação acadêmica, além de fazer grandes amigos pela estreita convivência que tivemos.*

*Ao **CRISTIANO NOVOTNY** por todo carinho e dedicação, e por ser o maior exemplo de que o verdadeiro amor realmente une duas almas.*

*Aos meus **COLEGAS DE TURMA**, que juntos nesses seis anos de graduação, pudemos compartilhar diversos momentos, de maravilhosos a difíceis. Festas, plantões, trabalhos, provas e tantos outros compromissos acadêmicos, são momentos diversos com marcantes recordações de cada um, enriquecendo nossa história de vida.*

*Aos meus **AMIGOS**, pelo apoio e confiança sempre presentes em minha vida. Com especial carinho e amor, à Maria Carolina Barbosa e Cristina Schreiber, prova concreta que a verdadeira amizade suplanta a distância e não esmorece com o tempo.*

# SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....</b>	<b>vi</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>vii</b>
<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>viii</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>iv</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>x</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>7</b>
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>8</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>10</b>
<b>4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS.....</b>	<b>10</b>
<b>4.2 PERFIL CLÍNICO DAS USUÁRIAS DO SIU-LNG.....</b>	<b>11</b>
<b>4.3 CARACTERÍSTICAS PRÉ-INserÇÃO DO SIU-NG.....</b>	<b>16</b>
<b>4.4 CARACTERÍSTICAS PÓS-INserÇÃO DO SIU-LNG.....</b>	<b>20</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>6. CONCLUSÕES.....</b>	<b>43</b>
<b>NORMAS ADOTADAS.....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>51</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- **ACO:** Anticoncepcional Oral
- **Lng:** Levonorgestrel
- **SIU-Lng:** Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel
- **SM:** Salário-mínimo
- **FDA:** Food and Drug Administration
- **S/S:** sinais e sintomas
- **EC:** efeitos colaterais



## LISTA DE TABELAS

- **TABELA 1:** Características socioeconômicas (n = 83).
- **TABELA 2:** Índice de Massa Corpórea (IMC) (n = 83).
- **TABELA 3:** Antecedentes obstétricos (n = 83).
- **TABELA 4:** Ginecopatias e medicações de uso regular (n = 83).
- **TABELA 5:** Padrão menstrual PRÉ-inserção do SIU-Lng (n = 83)
- **TABELA 6:** Método contraceptivo anterior.
- **TABELA 7:** Razão da mudança de método contraceptivo.
- **TABELA 8:** Padrão menstrual atingido PÓS-inserção do SIU-Lng (n = 83).
- **TABELA 9:** Padrões de sangramento conforme o tempo de uso do SIU-Lng(n=83).
- **TABELA 10:** Efeitos colaterais/reações adversas após inserção do SIU-Lng.
- **TABELA 11:** Aspectos sobre a vida sexual e a opinião do parceiro (n = 83).
- **TABELA 12:** Grau de satisfação com SIU-Lng em relação ao método anterior.
- **TABELA 13:** Notas dadas pelas pacientes em relação ao uso do SIU-Lng.
- **TABELA 14:** Motivos alegados para a retirada do SIU-Lng (n = 8).

## LISTA DE FIGURAS

- **FIGURA 1:** Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-Lng).
- **FIGURA 2:** Antecedentes obstétricos (paridade).
- **FIGURA 3:** Ginecopatias.
- **FIGURA 4:** Medicações de uso regular.
- **FIGURA 5:** Padrão menstrual PRÉ-inserção do SIU-Lng.
- **FIGURA 6:** Método contraceptivo anteriormente utilizado.
- **FIGURA 7:** Efeitos colaterais ocorridos com o método anterior (n = 35).
- **FIGURA 8:** Razões da adoção do SIU-Lng como método contraceptivo.
- **FIGURA 9:** Meio pelo qual ficou sabendo do método.
- **FIGURA 10:** Padrão menstrual PÓS-inserção do SIU-Lng.
- **FIGURA 11:** Padrões de sangramento após inserção do SIU-Lng (valores absolutos).
- **FIGURA 12:** Padrões de sangramento após inserção do SIU-Lng: agrupamento de qualquer diminuição no sangramento (amenorréia, sangramento mínimo e sangramento diminuído).
- **FIGURA 13:** Questões aplicadas às pacientes referentes à condição clínica amenorréia.
- **FIGURA 14:** Reações adversas ao SIU-Lng.
- **FIGURA 15:** Questões aplicadas às pacientes (n = 83) referentes à: arrependimento, sentir-se segura, pretensão de renovar e se recomendaria o método para alguém.
- **FIGURA 16:** Vantagens do SIU-Lng na visão das pacientes.
- **FIGURA 17:** Desvantagens do SIU-Lng na visão das pacientes.
- **FIGURA 18:** Grau de satisfação com o SIU-Lng em relação ao método anterior.
- **FIGURA 19:** Grau de satisfação com SIU-Lng em relação aos métodos anteriores de maior frequência: ACO e DIU não hormonal.
- **FIGURA 20:** Notas dadas pelas pacientes (0 a 10) em relação ao uso do SIU-Lng, em números absolutos.
- **FIGURA 21:** Notas dadas ao uso do SIU-Lng (0 a 10), em números absolutos, pelas entrevistadas com tempo < 6 meses de uso e com ≥ 6 meses de uso do contraceptivo.

- **FIGURA 22:** Notas dadas ao uso de SIU-Lng (0 a 10), em números absolutos, pelas entrevistadas com tempo < 1 ano de uso e com  $\geq 1$  ano de uso do contraceptivo.

## RESUMO

Foi realizada uma pesquisa clínica, observacional e descritiva, do tipo Estudo de Casos através da aplicação de questionários a usuárias do sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-Lng) na cidade de Florianópolis (SC). Os objetivos pretendidos foram avaliar o perfil socioeconômico, características clínicas pré e pós-inserção, perspectivas e aceitabilidade das pacientes que implantaram o método. Foram entrevistadas 83 usuárias, sendo que sete haviam retirado o método. As usuárias do SIU-Lng apresentavam como características predominantes uma faixa etária 30-39 anos (50,6%), casadas (71,1%), com formação superior (78,3%) e trabalho remunerado (78,3%) (área da saúde – 26,1%), renda familiar 10-19 SM (40,9%), sendo primi ou secundíparas (77,1%). O método anteriormente mais utilizado foi o anticoncepcional oral (49,4%), sendo as principais razões de mudança a necessidade de disciplina e efeitos colaterais ocorridos. Os principais motivos para escolha do SIU-Lng foram anticoncepção eficaz, a não necessidade de disciplina e para obter amenorréia. 92,8% de pacientes atingiram diminuição do sangramento menstrual prévio. 36,2% reportaram amenorréia e 26,5% ficaram com um sangramento mínimo. Tiveram como principal efeito colateral os sangramentos irregulares (47,4%). As principais vantagens atribuídas foram a contracepção eficaz, a não necessidade de disciplina e a diminuição do sangramento. Como desvantagens, o desconforto na colocação e os sangramentos irregulares. Declararam-se muito mais satisfeitas e mais satisfeitas (78,3%) com o método atual, e remeteram nota 9,0 ao contraceptivo. Como conclusões, foi verificado que a quase totalidade de pacientes atinge diminuição do sangramento menstrual prévio e sentem-se muito mais satisfeitas com o SIU-Lng.

## SUMMARY

A clinical, descriptive and observational research (Case Study) was performed through an interview with questionnaire to Levonorgestrel Releasing Intrauterine System (Lng-IUS) users, in Florianópolis (SC). The aim was analyze socioeconomic profile, pre and post-insertion characteristics, perspectives and acceptability with the method. 83 users were interviewed, and seven women had left the method. The majority of the patients were age between 30-39 years (50,6%), married (71,1%), third degree (schooling) (78,3%), working outside home (78,3%) (health area – 26,1%), minimum salary between 10-19, and primi or secundiparous. The most frequent previous contraceptive was de oral contraceptive pill (49,4%), and the principal change reasons were the necessity of discipline and collateral effects. The main reasons to select Lng-IUS as a contraceptive choice, were high efficacy, plasticity and the possibility of amenorrhea. Overall, 92,8% of users had arrived reduction of the previous menstrual bleeding pattern; 36,2% had reported amenorrhea and 26,5% a minimum bleeding. The principal collateral effect was irregular bleeding (47,4%). The efficacy contraceptive, plasticity and reduction of bleeding were considered the principal advantages. The disadvantages: discomfort in insertion and irregular bleeding. The majority (78,3%) was much more or more satisfied, and verify 9 as a mark in evaluation of the method. Conclusions: the almost totality of users reach the reduction of previous menstrual bleeding pattern, and the satisfaction with the Lng-IUS is high.

# 1. INTRODUÇÃO

Mulheres que desejam uma anticoncepção segura e eficaz<sup>1,2</sup>, possuem atualmente mais opções do que há alguns anos, em decorrência da ampla gama de métodos contraceptivos que têm surgido no mercado mundial<sup>3-8</sup>. A maioria destes métodos combina a elevada eficácia prevista dos anticoncepcionais orais (ACO), com a característica de uma ação em longo prazo<sup>9</sup>, eliminando a necessidade do uso diário, promovendo maior comodidade e segurança às usuárias, porém mantendo a reversibilidade após a suspensão do uso.

Contudo, cada opção precisa ser estudada cuidadosamente de acordo com as características clínicas e psicosociais/culturais, além do estilo de vida, de cada casal em particular, a fim de adequar o método com as reais necessidades e anseios. Após a valorização do sexo-prazer e da sua diferenciação do sexo-reprodução, há maior preocupação também com aspectos relativos à sexualidade influenciados ou não pelos métodos contraceptivos.

Genericamente, as classes contraceptivas hormonais que surgiram mais recentemente no mercado (além das novas formulações para ACOs) incluem: implantes hormonais subdérmicos, adesivos hormonais (transdérmicos), injetáveis mensais, anel vaginal e o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-Lng), método em estudo nesta pesquisa<sup>9,10,11,12</sup>. O SIU-Lng possui como vantagens adicionais sobre a maioria destes outros métodos, uma ação principalmente local, uso não aparente (intrauterino) e o fato de ser o método que proporciona maior longevidade em sua ação contraceptiva desde sua inserção: no mínimo cinco anos<sup>13,14</sup>.

O SIU-Lng em estudo neste trabalho, Mirena<sup>®</sup>, foi desenvolvido na Finlândia (Leiras Oy) em 1990 e tem sido comercializado em diversos países europeus desde 1997, como um método contraceptivo<sup>15</sup>. O produto atualmente possui ampla disponibilidade em diversos países no mundo, inclusive na América Latina. É usado há mais de dez anos na Europa<sup>15</sup>, e obteve aprovação pelo *Food and Drug Administration (FDA)*<sup>16,17</sup>, EUA, em dezembro de 2000, estando disponível no mercado americano desde fevereiro de 2001. No Brasil, obteve aprovação e introdução em nosso mercado a partir de 2000.

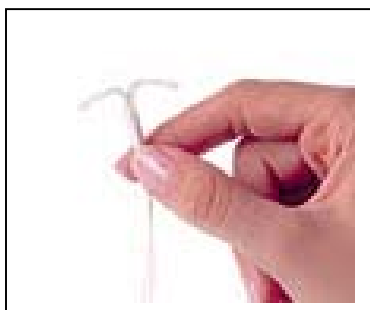
O Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel (SIU-Lng), é um método com efeito “endo-contraceptivo”, logo também chamado de endoceptivo<sup>®</sup>, pois baseia-se nos efeitos

locais da liberação em baixa dosagem de um progestágeno, o levonorgestrel (Lng) dentro da cavidade uterina<sup>18</sup>. É chamado também de “DIU (dispositivo intrauterino) medicado” ou “DIU Hormonal”, pois consegue associar as vantagens dos contraceptivos hormonais (alta eficácia e reversibilidade) com as vantagens dos DIUs (ação intrauterina, única aplicação e longa duração). Diferentemente do que ocorre com os contraceptivos orais, cuja eficácia pode ser comprometida pelo uso incorreto do método, a eficácia do SIU-Lng não sofre influência da aderência ao tratamento por parte da usuária<sup>4</sup>.

Mesmo sendo considerado um contraceptivo hormonal e relacionado como um *sistema* intrauterino, é possível encontrar na literatura sua classificação também na categoria dos DIUs (Dispositivos intrauterinos), como integrante dos DIUs não inertes<sup>19</sup>.

A progesterona é o esteróide natural secretado pelos ovários (corpo lúteo), supra-renal e placenta, possuindo um largo espectro de efeitos no organismo. O levonorgestrel trata-se de um progestágeno sintético pertencente à classe química dos Derivados da testosterona (*19-nortestosterona*), mais especificadamente dos Gonanos (2ª geração)<sup>20</sup>.

O SIU-LNG - Mirena® (Figura 1), consiste de uma pequena e simples estrutura plástica (polietileno), em forma de "T", impregnada de sulfato de bário para torná-lo visível aos Raios-X. Apresenta em seu corpo vertical (32 mm de comprimento), um cilindro com uma mistura de polidimetilsiloxano e levonorgestrel (52 mg). Este cilindro está envolto por uma membrana também de polidimetilsiloxano que regula a liberação de levonorgestrel, apresentando uma taxa inicial de liberação de 20 µg/24h<sup>21</sup>. O Lng liberado na cavidade uterina é então rapidamente absorvido pela rede capilar da camada basal, resultando em concentrações altas do hormônio no endométrio (faixa: 470-1500 ng/g de peso úmido de tecido) nas semanas que seguem a inserção<sup>22</sup>.



**FIGURA 1 – Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-Lng).**

Estudos clínicos sugerem ainda que as concentrações se mantêm por até 78-84 meses após a inserção do endoceptivo<sup>12</sup>. Porém, a aprovação em nos EUA (assim como no Brasil), é para uso por cinco anos<sup>16</sup>.

É um contraceptivo altamente confiável, com controle de fertilidade comparável à esterilização feminina, com vantagens em ser reversível, de uso simples e cômodo<sup>23-25</sup>. Provoca também, além da melhora da dismenorréia, uma diminuição significativa tanto da quantidade como da duração do sangramento menstrual (algumas usuárias chegando a ficar amenorreicas)<sup>26,27</sup>. Portanto, também útil em diversas situações patológicas, como nas diversas causas de menorragia<sup>28-34</sup>, em ginecopatias como a endometriose<sup>35-39</sup>, adenomiose<sup>40,41</sup> e a miomatose<sup>42</sup>. Há relatos como coadjuvante no tratamento da hiperplasia e carcinoma endometrial<sup>43,44</sup>, e como protetor endometrial em terapias com tamoxifeno<sup>45,46</sup>. Possui finalidade de uso também como integrante e protetor endometrial na Terapia de Reposição Hormonal (TRH) estrogênica<sup>44-53</sup>. É inclusive relatado em diversos estudos, como alternativa para indicações terapêuticas de histerectomia<sup>54-58</sup>. Os sangramentos irregulares, efeito colateral mais freqüentemente citado na literatura mundial, são mais comuns até os primeiros seis meses após a inserção, diminuindo gradativamente com o tempo<sup>26,27,59</sup>.

Sucintamente, são descritas como principais propriedades relacionadas ao SIU-Lng<sup>3,4,9</sup>:

- requer apenas uma inserção, para 5 anos consecutivos de contracepção eficaz;
- não contém estrogênios em sua composição;
- pelos mecanismos de ação local do levonorgestrel, está bem menos sujeito a provocar efeitos sistêmicos hormonais ou ocorrer interações medicamentosas;
- libera as menores doses de progestágeno na circulação sanguínea, quando comparado a outros contraceptivos hormonais de ação sistêmica;
- é reversível, mesmo sendo tão ou mais eficaz que os métodos contraceptivos definitivos (cirúrgicos);
- procedimento que pode ser realizado com inserção ambulatorial, quando comparado à laqueadura tubária cuja cirurgia costuma requerer hospitalização;
- discricção e conforto à usuária: método bastante discreto durante o uso; não causa transtornos estéticos (cicatrizes ou marcas); não requer uso ou intervalos periódicos para utilização;
- indicado para o tratamento da menorragia idiopática e na prevenção da hiperplasia endometrial durante a terapia de reposição estrogênica;



- pode proporcionar benefícios terapêuticos adicionais sobre: anemia secundária à menorragia, dismenorréia, miomas, adenomiose, endometriose, etc.

O mecanismo de ação contraceptiva tem como principais atribuições (combinação de fatores)<sup>3,4,9,23</sup>: espessamento do muco cervical, que afeta motilidade e função espermática. Promove também inibição da motilidade e alterações do fluxo das tubas uterinas. Provoca localmente também uma reação de corpo estranho endometrial, proporcionando um ambiente inóspito para os espermatozoides. Alguma inibição da ovulação ocorre com níveis locais mais altos do levonorgestrel no primeiro ano de uso.

Ainda sobre os efeitos no endométrio<sup>60-65</sup>, a liberação intra-uterina de Lng suprime o crescimento endometrial. Depois de apenas algumas semanas de ação intra-uterina, as glândulas do endométrio se atrofiam, o estroma cresce e sofre alterações decíduais, a mucosa torna-se delgada e o epitélio torna-se inativo – descrito como “epitélio cilíndrico-cúbico, monoestratificado e sem mitose”. Dentre as alterações vasculares descritas estão o espessamento das paredes arteriais, a supressão das arteríolas espiraladas e trombozes capilares. Como resultado da supressão da mucosa causada pela liberação local do hormônio, o endométrio se torna insensível ao estrogênio. Acredita-se que se deva aos altos níveis locais de progestogênio sobre os receptores estrogênicos endometriais. Assim, a diminuição gradual da espessura endometrial e a conversão do endométrio funcional em atrofico, resistente à estimulação estrogênica, é perceptível através da diminuição gradual da perda de sangue menstrual que ocorre durante os primeiros meses. Apesar da função ovariana normal, ocorre oligomenorréia.

Este método não pode ser considerado abortivo<sup>66</sup>, como demonstram os resultados de um estudo no qual foi avaliada a atividade coriônica em mulheres com DIUs inertes (Alça de Lippes), DIUs do tipo T de cobre e SIU-Lng. Enquanto aquelas mulheres com DIUs inertes apresentam níveis de gonadotrofina coriônica ( $\beta$ -HCG) semelhantes aos níveis daquelas mulheres do grupo controle expostas à concepção (o que sugere falha na implantação), a incidência de atividade coriônica inicial nas mulheres com DIUs do tipo T de cobre ou SIU-Lng foi muito pequena ou inexistente, respectivamente, sugerindo que a fertilização havia sido evitada<sup>(Mon)</sup>.

A fertilidade é rapidamente restaurada após a descontinuação<sup>3,4</sup>. O endométrio retorna ao seu estado normal e são restaurados os ciclos menstruais. Como a função ovulatória não é interrompida, a concepção já é possível no primeiro ciclo após a retirada. Oito em dez

mulheres engravidam no primeiro ano pós-remoção<sup>9</sup>. O SIU-Lng tem uma taxa cumulativa de falha de 0,71 em 100 mulheres<sup>21</sup> e o *índice de Pearl* em 0.14<sup>9</sup>.

Para o conforto de algumas pacientes, principalmente nulíparas, alguns clínicos preconizam, adequando a cada situação<sup>3,4,9</sup>: bloqueio cervical e paracervical, uso de Misoprostol para o preparo do colo e até a utilização de sedação leve.

Quanto às reações adversas, a grande maioria das usuárias experimenta alterações do padrão menstrual (sangramento escasso) e *spotting*, com uma progressiva redução do volume de sangramento durante os primeiros 3-6 meses. Em algumas mulheres no primeiro mês podem ocorrer sangramentos praticamente diários. Porém, pelo efeito endometrial, a duração e quantidade da perda menstrual sanguínea e a dismenorréia tendem a diminuir significativamente. Cerca de 20% até taxas de 60%<sup>3,4,9</sup> das usuárias passam a ter amenorréia.. Não há diminuição dos níveis séricos de estrogênio, eliminando chances de induzir à osteoporose.

Uma parte das usuárias pode experimentar sintomas transitórios que incluem principalmente<sup>3,4,9</sup>: lombalgia, aumento da sensibilidade mamária, cefaléias, náuseas, edema, acne e outras afecções cutâneas, aumento da secreção vaginal. Quando ocorrem, tipicamente revertem em poucos meses, cerca de 3 a 6 meses. Algumas usuárias de ACO após passar a adotar o SIU-Lng podem sofrer de afecções cutâneas como a acne, cefaléias relacionadas à menstruação e alterações do humor, tais sintomas refletem o retorno da ovulação. Há também possibilidade de desenvolvimento de cistos ovarianos funcionais, a exemplo do que ocorre com outros métodos contraceptivos que contêm apenas progestogêneos. Outros efeitos adversos são raros.

É possível encontrar também outros efeitos na literatura<sup>68-72</sup>, mesmo que muito raros, relacionados a situações em que o SIU-Lng foi prejudicial, tais como gravidez ectópica, dermatose (Rosácea), migração tubária, entre outros.

A satisfação com o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel depende muito do quanto ela está preparada sobre as expectativas dos desvios menstruais<sup>73</sup>. Recomenda-se esclarecer a possibilidade de sangramentos irregulares por 3-6 meses ou mesmo a possibilidade da amenorréia, que para muitas mulheres pode constituir-se num bem-estar. Porém em algumas pacientes a ausência da menstruação pode ser preocupante, partindo para conflitos psicológicos. Um bom aconselhamento sobre este e demais aspectos relacionados ao

método são determinantes para o sucesso do uso em cada paciente, aumentando as taxas de aceitação e continuidade do contraceptivo.

Após revisão da literatura, verificou-se que não havia muitos estudos que tratassem especificamente sobre a experiência e a opinião da paciente pós-inserção deste sistema. Propusemos então um trabalho que levasse em conta apenas as declarações das usuárias, independentes de análises ou interpretações médicas. Interessa-nos também caracterizar experiências com uma população compatível com a realidade local, obtendo-se um melhor entendimento dos anseios e o que realmente ocorre após a implantação do SIU-Lng. Estes dados assim servirão para melhor orientar usuárias nas suas futuras opções de métodos contraceptivos.

## **2. OBJETIVO**

Avaliar o perfil socioeconômico, características clínicas pré e pós-inserção, perspectivas e aceitabilidade das usuárias que implantaram o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-Lng), na cidade de Florianópolis (SC).

### 3. MÉTODO

Pesquisa clínica, observacional e descritiva, do tipo Estudo de Casos, caracterizando um desenho de montagem invertida e sem controle, através da aplicação de questionários estruturados com caráter quantitativo e qualitativo a pacientes usuárias do sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-Lng) - Mirena<sup>®</sup>, na cidade de Florianópolis (SC).

A Revisão Bibliográfica, desenvolvimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Protocolo de Pesquisa/Questionário, com respectivos testes pilotos, além da criação de um banco de dados no software *Microsoft Access*<sup>®</sup> 2000, para posterior inserção das informações contidas nos questionários, corresponderam ao período de outubro de 2003 a março de 2004.

Foi obtido o maior número de pacientes possível, já que não existe um cadastro geral disponível das usuárias de Mirena<sup>®</sup> em Florianópolis (produto apenas disponível na rede privada), impossibilitando a realização de um censo. Desta forma, os dados foram obtidos através de um relatório, devidamente autorizado pela instituição (*vide Apêndices*), com uma listagem de pacientes de Florianópolis (apenas com nome e telefone de contato), que adquiriram o contraceptivo Mirena<sup>®</sup> através da *MEDEX - Distribuidora de Medicamentos* (um dos maiores fornecedores do produto em Florianópolis).

O consentimento livre e esclarecido (*vide Apêndices*) das usuárias do SIU-Lng (Mirena<sup>®</sup>) foi obtido via contato telefônico. O aplicador (pesquisador principal), além da leitura do mesmo, estava apto para esclarecimento de quaisquer dúvidas quanto à natureza da pesquisa e suas implicações. Salientou-se também às pacientes entrevistadas, a sua não identificação na folha de respostas e o sigilo das informações obtidas, assim como a possibilidade de deixar de responder a qualquer pergunta e da liberdade da paciente de poder desistir a qualquer momento da pesquisa.

Logo após a aceitação em participar do estudo (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), foi então aplicado o questionário estruturado (*vide Apêndices*), também via telefônica, de caráter quantitativo e qualitativo. Foram solicitados dados caracterizando os perfis socioeconômicos e clínicos pré-implantação sobre cada paciente. Também foram aplicadas vinte (20) questões, com o intuito de nortear aspectos clínicos pós-implantação do

SIU-LNG, além de avaliar perspectivas e aceitabilidade dessas usuárias. Os cálculos dos IMC (Índice de Massa Corpórea) se basearam na fórmula: peso / (altura<sup>2</sup>). Em algumas perguntas havia possibilidade em optar por mais de uma alternativa de resposta ou nenhuma, o que justifica algumas diferenças no número total de respostas, em relação ao total de usuárias. Tabelas e figuras que não foram consideradas relevantes para o enfoque desta pesquisa, encontram-se em anexo no item Apêndices.

Todos os questionários foram realizados pelo mesmo aplicador (autor principal deste trabalho) com o intuito de minimizar interferências e discrepâncias na metodologia da coleta dos dados.

Este estudo sofreu também avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), cumprindo os termos das resoluções 196/96 e 251/97 e 292/99 do Conselho Nacional de Saúde.

De um total de 107 cadastros de usuárias de Mirena<sup>®</sup> obtidos, em 83 (77,6%) foi possível localizar estas pacientes através da listagem obtida (com o nome da paciente que obteve seu Mirena<sup>®</sup> através desta instituição e o contato telefônico, únicas informações disponíveis). Logo, foram excluídas 24 (22,4%) pacientes, tendo-se como critérios: pacientes não localizadas após tentativas de contato telefônico, pacientes não mais residentes em Florianópolis e pacientes que haviam adquirido o produto, porém ainda não o haviam implantado.

Destas 83 usuárias em que foi possível o contato telefônico, houve 100% de aceitabilidade em participar da pesquisa e houve 100% de respostas obtidas, ou seja, nenhuma paciente negou-se a responder quaisquer das perguntas, perfazendo assim o total da casuística deste estudo (n = 83).

A compilação de dados e análise estatística foi realizada através dos *softwares* Epi Info versão 3.01 e *Microsoft Access*<sup>®</sup> 2000. Por se tratar de um trabalho somente descritivo, optou-se por expressar as freqüências em valores absolutos e percentuais, média, desvio-padrão e moda. Quando foi realizada comparação de grupos, foram utilizados os testes do  $\chi^2$  ou o exato de Fisher. Para comparação de médias, optou-se *pelo t-student*. Os resultados de “p” foram apresentados por extenso para valores significantes no nível de 95% (p < 0,05).

## 4. RESULTADOS

### 4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

**TABELA1** – Características socioeconômicas (n = 83).

CARACTERÍSTICAS		N	%
Idade (em anos)	15-19	1	1,2
	20-29	19	22,9
	30-39	42	50,6
	40-49	20	24,1
	50-59	1	1,2
<i>Idade Média (em anos): 34,6 ± 6,9</i>		<i>Mediana: 34</i>	<i>Moda: 30</i>
Estado Marital	Casada	59	71,1
	Em união	8	9,6
	Solteira	10	12,1
	Divorciada/Separada	5	6,0
	Viúva	1	1,2
Nível de Escolaridade	I Grau ( <i>Completo e incompleto</i> )	4	4,8
	II Grau ( <i>Completo e incompleto</i> )	14	16,9
	III Grau ( <i>Completo e incompleto</i> )	65	78,3
	<i>Pós/Mestrado/Doutorado</i>	10	12,0
Atividade	Estuda	5	6,0
	Trabalha	58	69,9
	Estuda e Trabalha	7	8,4
	Do lar	13	15,7
Profissão	Pedagoga/professora	10	15,4
	Microempresária/empresária	8	12,3
	Área da Saúde	17	26,1
	<i>Médica</i>	7	10,8
	<i>Dentista</i>	3	4,6
	<i>Enfermeira</i>	3	4,6
	<i>Farmacêutica</i>	2	3,1
	<i>Nutricionista</i>	1	1,5
	<i>Técnica enfermagem</i>	1	1,5
	Outros*	30	46,2
Renda Familiar (em salários-mínimos)	< 6	4	4,8
	6 – 9	20	24,1
	10 – 19	34	40,9
	20 – 29	12	14,5
	≥ 30	13	15,7

\* Advogada, Comerciante, Área da Informática, Psicóloga, Construção civil, Assistente social, Secretária, Artista plástica, Bancária, Autônoma, Recursos humanos, Fotógrafa.

**FONTE:** Dados obtidos após entrevistas a usuárias do SIU-Lng da cidade de Florianópolis – 2004.

## 4.2 PERFIL CLÍNICO DAS USUÁRIAS DO SIU-LNG

**TABELA 2 – Índice de Massa Corpórea (IMC) (n = 83).**

	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
IMC*	Magreza Graus I, II e III ( <i>&lt; 16-18,49</i> )	4	4,8
	Eutrofia ( <i>18,5-24,99</i> )	66	79,5
	Pré-obesidade ( <i>25-29,99</i> )	11	13,3
	Obesidade Graus I, II e III ( <i>30 a &gt; 40</i> )	2	2,4

\*IMC (Índice de Massa Corpórea): WHO, 1997.

IMC médio:  $22,1 \pm 2,85$       Mediana: 21,5      Moda: 21,5

**FONTE:** Dados obtidos após entrevistas a usuárias do SIU-Lng da cidade de Florianópolis – 2004.

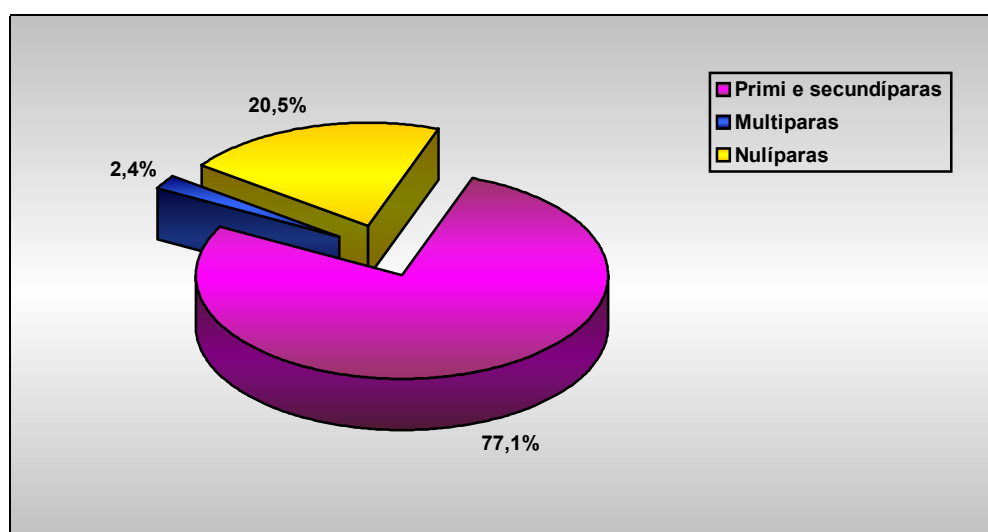


**TABELA 3 – Antecedentes obstétricos (n = 83).**

CARACTERÍSTICAS	N	%
Nulíparas	17	20,5
Primi ou secundíparas	64	77,1
Multíparas	2	2,4

Média de Partos (n = 106):  $1,6 \pm 0,7$       Mediana: 2      Moda: 2

**FONTE:** Dados obtidos após entrevistas a usuárias do SIU-Lng da cidade de Florianópolis – 2004.



**FIGURA 2 – Antecedentes obstétricos (paridade).**

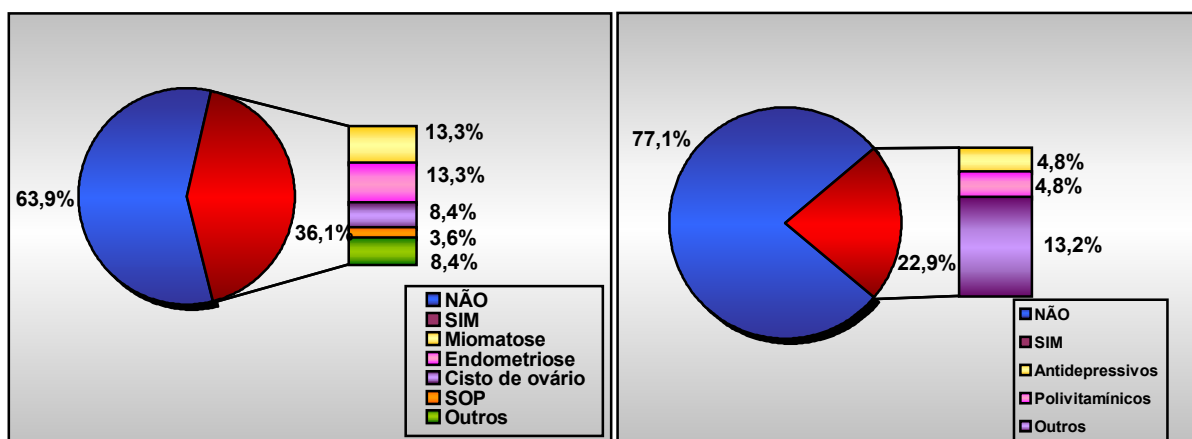
**TABELA 4** – Ginecopatias e medicações de uso regular (n = 83).

CARACTERÍSTICAS		N	%
Ginecopatias	Sim	30	36,1
	<i>Miomatose uterina</i>	11	13,3
	<i>Endometriose</i>	11	13,3
	<i>Cistos de ovário</i>	7	8,4
	<i>Síndrome dos Ovários Policísticos</i>	3	3,6
	<i>Outros*</i>	7	8,4
	Não	53	63,9
Medicações de uso regular	Sim	19	22,9
	<i>Antidepressivos/Ansiolíticos</i>	4	4,8
	<i>Suplemento vitamínico/mineral</i>	4	4,8
	<i>Tiroxina</i>	2	2,4
	<i>Antiepilépticos</i>	2	2,4
	<i>Antihipertensivos</i>	2	2,4
	<i>Hipolipemiantes</i>	2	2,4
	<i>Outros**</i>	3	3,6
	Não	64	77,1

\* Alterações do colo uterino, Adenomiose, Insuficiência corpo lúteo, Polipose uterina.

\*\* Anfetamínicos, Antiacneicos, Antiandrogênicos.

**FONTE:** Dados obtidos após entrevistas a usuárias do SIU-Lng da cidade de Florianópolis – 2004.



SOP – Síndrome dos ovários policísticos.

**FIGURA 3** – Ginecopatias.

**FIGURA 4** – Medicações de uso regular.

**TABELA 5 – Padrão menstrual PRÉ-inserção do SIU-Lng (n = 83)**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Padrão menstrual pré-inserção</b>		
<b>Intervalos (em dias)</b>		
<i>Irregulares</i>	18	22,8
<i>Regulares 20-25</i>	17	21,5
<i>Regulares 26-30</i>	40	50,6
<i>Regulares 31-35</i>	4	5,1
<b>Duração (em dias)</b>		
<i>1-2</i>	2	2,5
<i>3-5</i>	42	53,2
<i>6-10</i>	28	35,4
<i>≥ 10</i>	7	8,9
<b>Quantidade</b>		
<i>Amenorréia*</i>	4	4,8
<i>Pouca</i>	11	13,3
<i>Normal</i>	29	34,9
<i>Intensa</i>	39	47,0
<b>Sintomas menstruais e pré-menstruais</b>		
Não (Nenhum)	25	31,6
Sim	54	68,4
<i>Dismenorréia</i>	40	50,6
<i>Retenção hídrica</i>	24	30,4
<i>Mastalgia</i>	27	34,2
<i>Irritabilidade/Ansiedade</i>	43	54,4
<i>Depressão/Labilidade</i>	22	27,8
<i>Cefaléia</i>	19	24,0
<i>Outros**</i>	13	16,5

\* Pacientes já amenorreicas antes da inserção: uma paciente por uso contínuo de ACO, uma por uso de injetável trimestral e duas por amenorréia pós-parto.

\*\* Insônia, Acne, Lombalgia e Dor em membros inferiores.

**FONTE:** Dados obtidos após entrevistas a usuárias de SIU-Lng da cidade de Florianópolis – 2004.

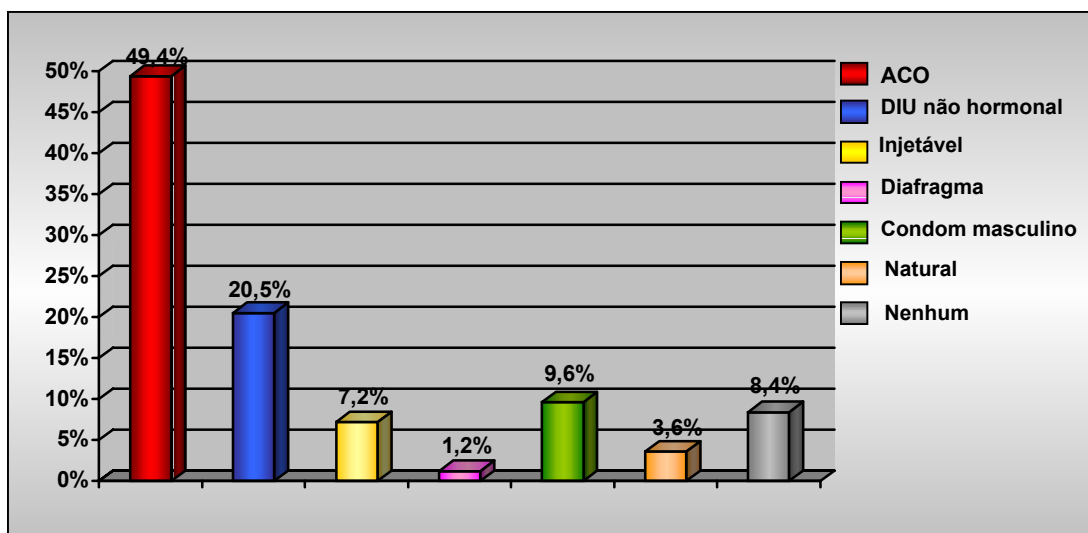


### 4.3 CARACTERÍSTICAS PRÉ-INSERÇÃO DO SIU-LNG

**TABELA 6 - Método contraceptivo anterior.**

MÉTODO	N	%
ACO	41	49,4
DIU não hormonal	17	20,5
Injetável (mensal/trimestral)	6	7,2
Diafragma	1	1,2
Condom masculino	8	9,6
Natural	3	3,6
Nenhum	7	8,4
	<b>83</b>	<b>100</b>

FONTE: Dados obtidos após entrevistas a usuárias de SIU-Lng da cidade de Florianópolis – 2004.



**FIGURA 6 – Método contraceptivo anteriormente utilizado.**

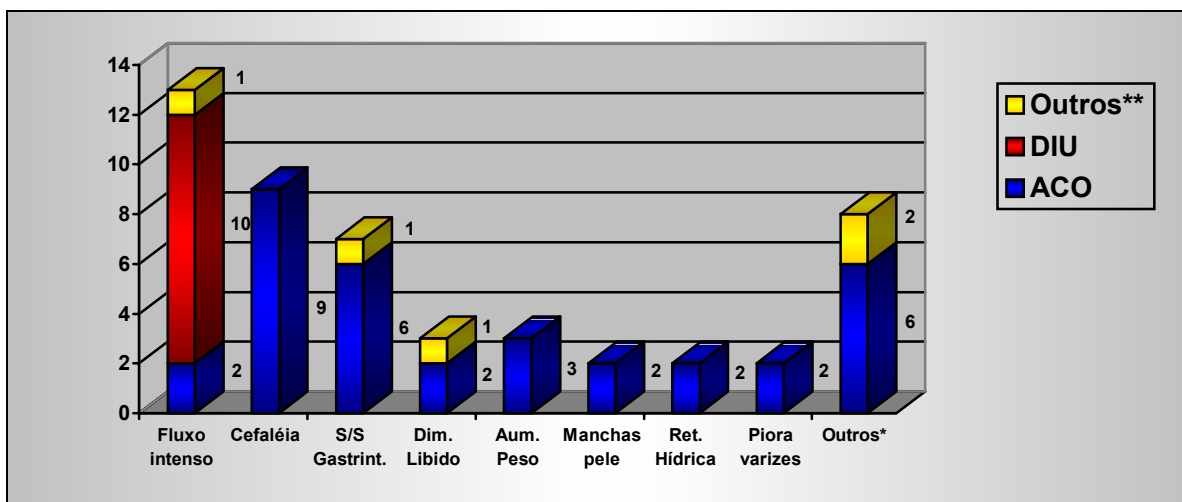
**TABELA 7 – Razão da mudança de método contraceptivo.**

RAZÃO DA MUDANÇA	N	%
Necessidade de disciplina	38	30,4
Efeitos colaterais	35	28,0
S/S pré e menstruais não melhoraram/pioraram	24	19,2
Falha do método	6	4,8
Insegurança com a ação contraceptiva	7	5,6
Insegurança com efeitos sistêmicos	7	5,6
Outros*	8	6,4
	<b>125</b>	<b>100</b>

S/S: sinais e sintomas.

\* Sugestão do médico, Custo, Necessidade de inovação, Poder associar amamentação.

**FONTE:** Dados obtidos após entrevistas usuárias do SIU-Lng da cidade de Florianópolis – 2004.

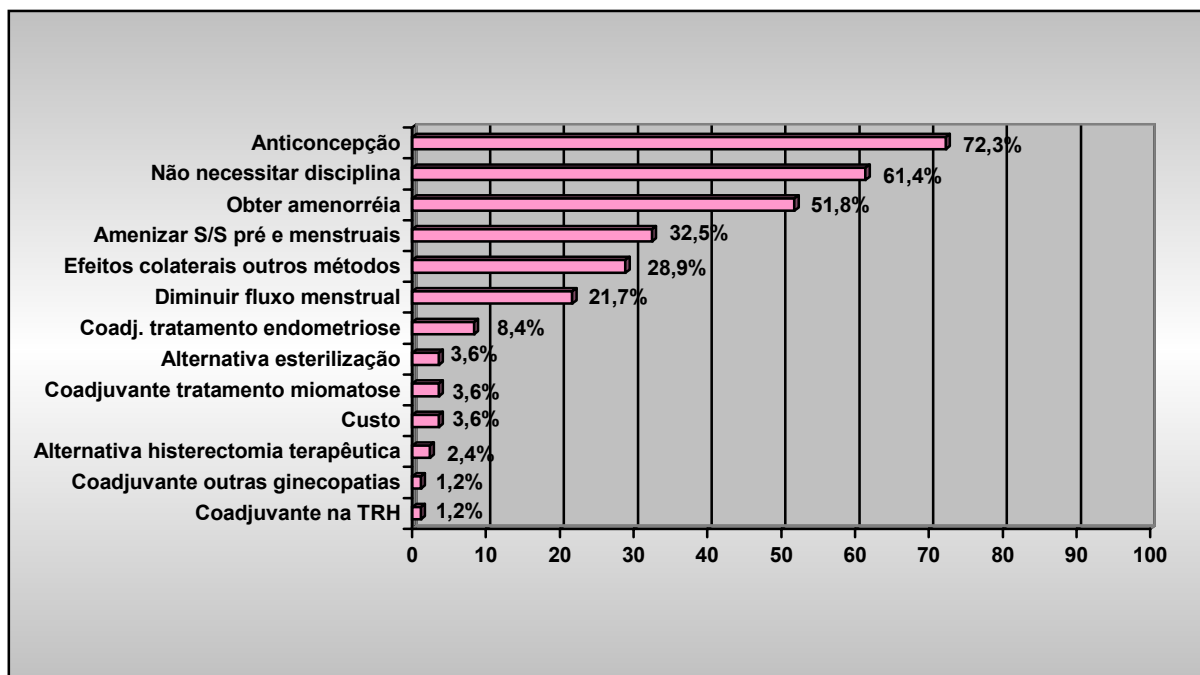


S/S- sinais e sintomas; Gastrint.- gastrintestinais; Dim.- diminuição; Aum.- aumento; Ret.- retenção.

\* Outros (efeitos colaterais método anterior): predisposição à vaginose, anemia, mal estar, acne, alterações ovarianas, alterações de humor, *spotting*/alterações de sangramento.

\*\* Outros (método anterior): injetável (mensal/trimestral), diafragma, condom masculino.

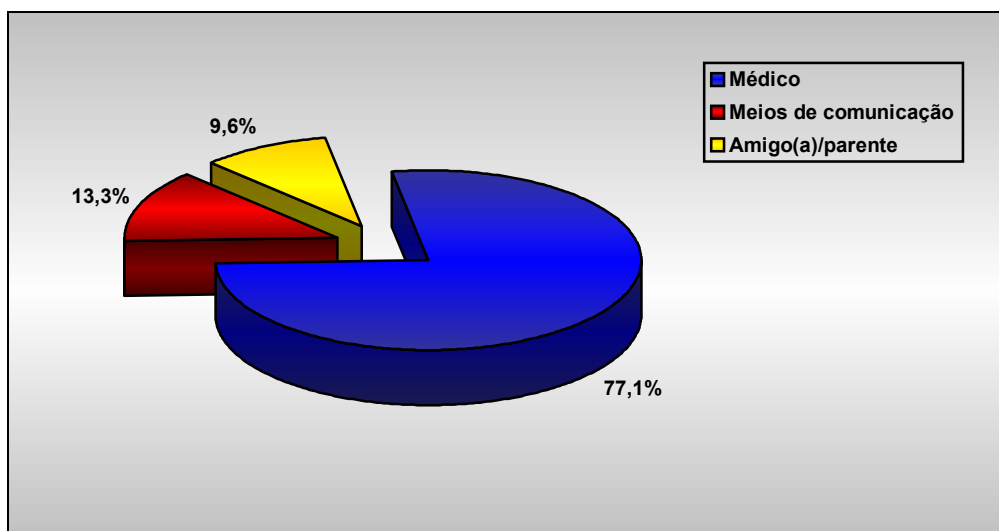
**FIGURA 7 – Efeitos colaterais ocorridos com o método anterior (n = 35).**



\* 83 usuárias entrevistadas, porém com uma a múltiplas razões de escolha.

Coadj.- coadjuvante; TRH- terapia de reposição hormonal.

**FIGURA 8 – Razões da adoção do SIU-Lng como método contraceptivo.**



**FIGURA 9 – Meio pelo qual ficou sabendo do método.**

#### **4.4 CARACTERÍSTICAS PÓS-INSERÇÃO DO SIU-LNG**



**TABELA 8** – Padrão menstrual atingido PÓS-inserção do SIU-Lng (n = 83).

CARACTERÍSTICAS	N	%
<b>Padrão menstrual pós-inserção</b>		
<b>Intervalos (em dias) (n = 53)*</b>		
• <b>REGULARES</b>	<b>21</b>	<b>39,6</b>
<i>Regulares 20-25</i>	4	7,5
<i>Regulares 26-30</i>	15	28,3
<i>Regulares 31-35</i>	2	3,8
• <b>IRREGULARES</b>	<b>32</b>	<b>60,4</b>
<i>Irregulares &lt; 1 mês</i>	2	3,8
<i>Irregulares 1 2 meses</i>	9	17,0
<i>Irregulares 2 3 meses</i>	11	20,7
<i>Irregulares 3 4 meses</i>	9	17,0
<i>Irregulares ≥ 6 meses</i>	1	1,9
<b>Duração (em dias) (n = 53)*</b>		
1-2	25	47,2
3-5	10	18,9
6-10	10	18,9
≥ 10	8	15,0
<b>Quantidade (n = 83)</b>		
<i>Amenorréia**</i>	30	36,1
<i>Diminuiu</i>	51	61,5
sangue vivo	9	17,6
“borra-de-café”***	40	78,5
“após urinar”***	2	3,9
<i>Inalterada</i>	1	1,2
<i>Aumentou</i>	1	1,2

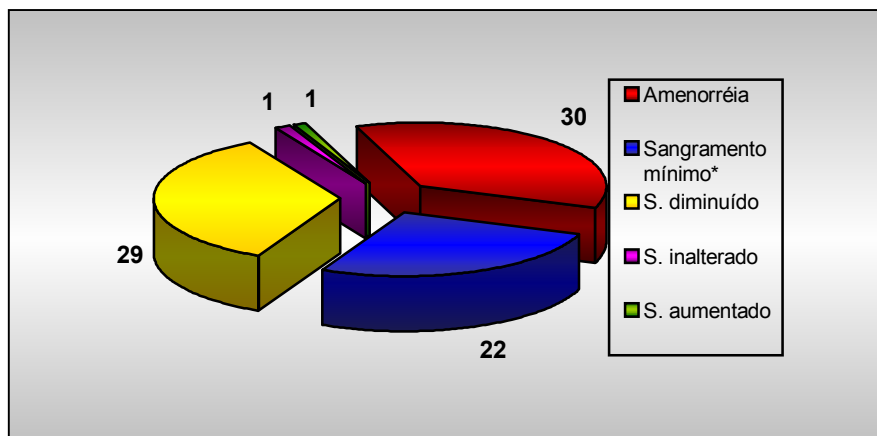
\* Não incluindo o total de usuárias amenorreicas (n = 30).

\*\* Incluindo as 4 pacientes que já estavam amenorreicas antes da inserção do SIU-Lng.

\*\*\* Aspecto do sangramento informado pelas pacientes: em “borra-de-café” ou notado apenas “após urinar”.

**FONTE:** Dados obtidos após entrevistas a usuárias do SIU-Lng da cidade de Florianópolis - 2004.

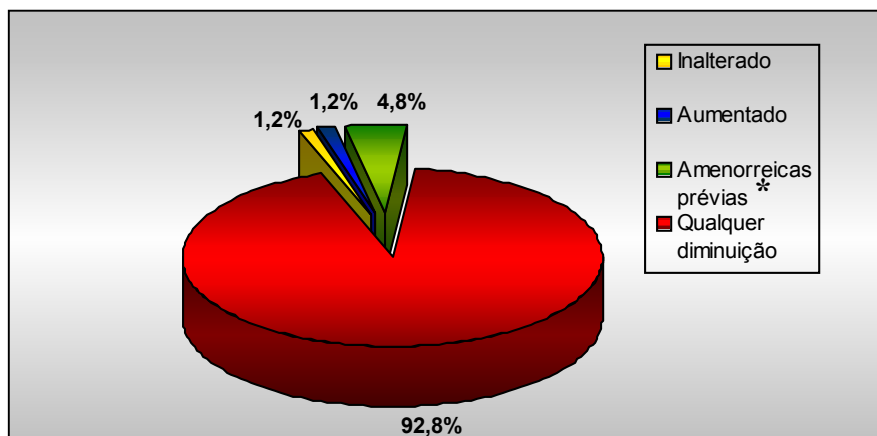




S. - sangramento .

\* Padronizado como: sangramento discreto (aspecto tipo “borra-de-café” ou notado apenas “após urinar”), que dure apenas de 1-2dias, com intervalo menstrual  $\geq$  1 mês.

**FIGURA 11 – Padrões de sangramento após inserção do SIU-Lng (valores absolutos).**



\* Pacientes que já estavam amenorreicas antes da inserção do SIU-Lng.

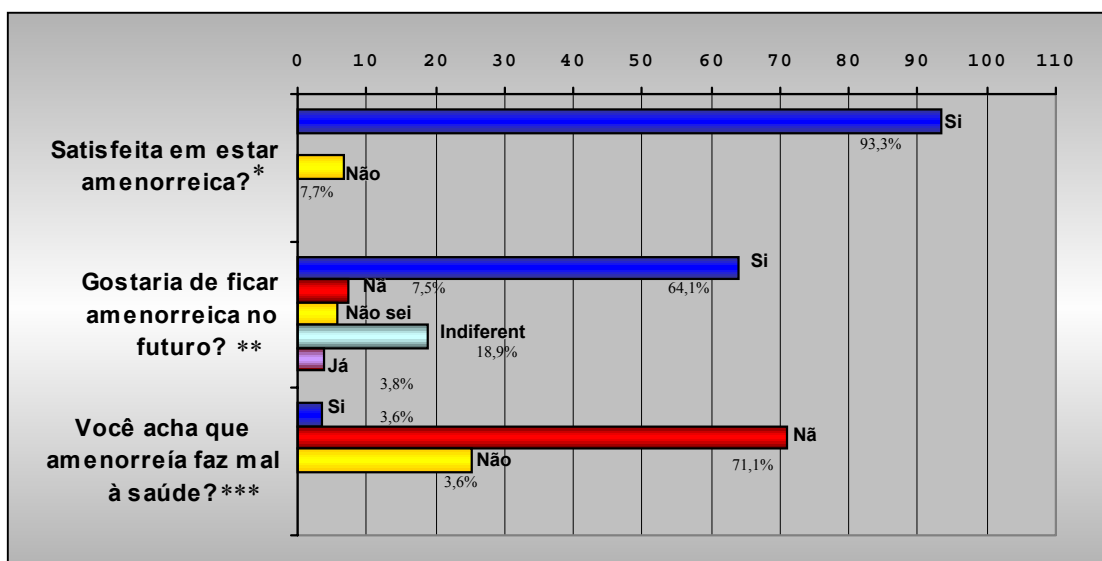
**FIGURA 12 – Padrões de sangramento após inserção do SIU-Lng: agrupamento de qualquer diminuição no sangramento (amenorréia, sangramento mínimo e sangramento diminuído).**

**TABELA 9** - Padrões de sangramento conforme o tempo de uso do SIU-Lng  
(n = 83).

CARACTERÍSTICAS	< 6 meses *	≥ 6 meses	< 1 ano **	≥ 1 ano
	N	N	N	N
Amenorréia	2	28	14	16
Sangramento Mínimo	5	17	8	14
Sangramento Diminuído	13	16	22	7
Sangramento Semelhante	1	0	1	0
Sangramento Aumentado	0	1	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>62</b>	<b>46</b>	<b>37</b>

\* [p = 0,2133]    \*\*[p = 0,0916]

**FONTE:** Dados obtidos após entrevistas a usuárias do SIU-Lng da cidade de Florianópolis – 2004.



\* Apenas para pacientes amenorreicas.

\*\* Apenas para pacientes não amenorreicas.

\*\*\* Para ambas as pacientes (as amenorreicas e as não).

**FIGURA 13 – Questões aplicadas às pacientes referentes à condição clínica amenorréia.**

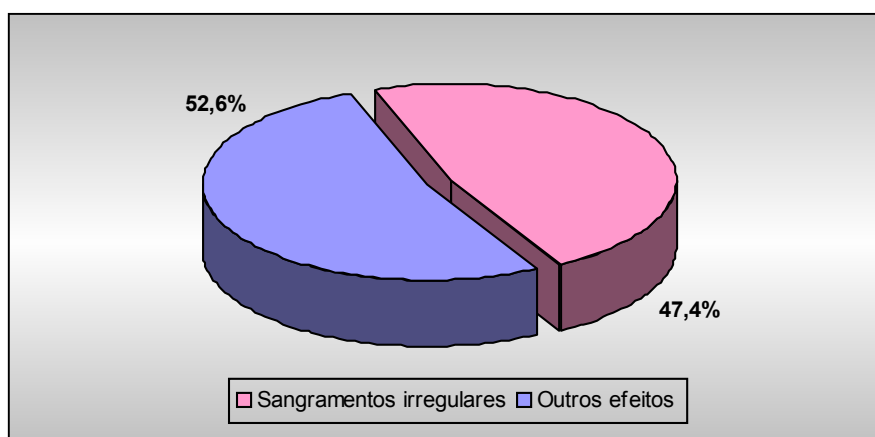
**TABELA 10 – Efeitos colaterais/reações adversas após inserção do SIU-Lng.**

<b>EVENTO CLÍNICO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Duração média (em meses)</b>
Spotting/sangramentos irregulares	45	47,4	3,7 ± 3,0 (Min 1, Max 15)
Dismenorréia	12	12,6	3,6 ± 3,4 (Min 1, Max 13)
Secreção vaginal aumentada	7	7,4	11,2 ± 6,9 (Min 3, Max 19)
Acne/outras afecções cutâneas	7	7,4	8,9 ± 6,5 (Min 2, Max 18)
Ganho de peso	4	4,2	17,8 ± 7,8 (Min 9, Max 28)
Mastalgia	5	5,2	5,8 ± 6,1 (Min 1, Max 16)
Cefaléia	5	5,2	7,4 ± 4,3 (Min 2, Max 12)
Edema	1	1,1	22
Cistos ovarianos	4	4,2	5,0 ± 2,9 (Min 1, Max 8)
Alterações do humor	3	3,1	4,7 ± 3,2 (Min 1, Max 7)
Diminuição lubrificação vaginal	1	1,1	4
Diminuição da libido	1	1,1	8
<b>TOTAL</b>	<b>95*</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Min- mínimo. Max- máximo.

\* 61 usuárias entrevistadas relataram de um a múltiplos efeitos colaterais.

**FONTE:** Dados obtidos após entrevistas a usuárias do SIU-Lng da cidade de Florianópolis – 2004.

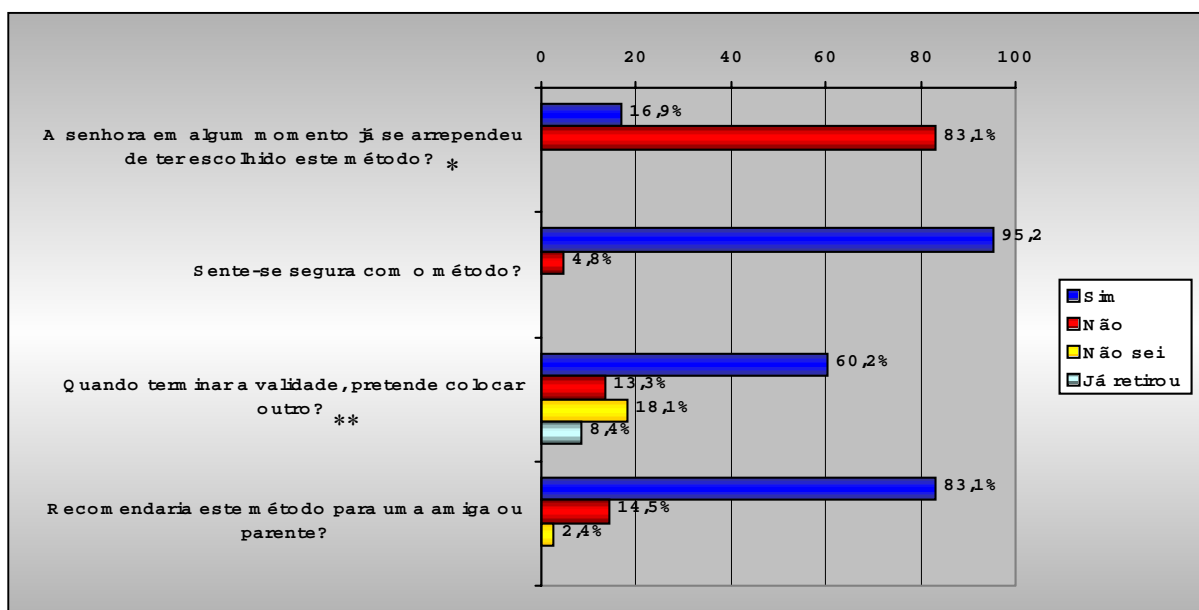


**FIGURA 14 – Reações adversas ao SIU-Lng.**

**TABELA 11** – Aspectos sobre a vida sexual e a opinião do parceiro (n = 83).

CARACTERÍSTICAS		N	%
Vida Sexual	<i>Melhora</i>	31	37,4
	<i>Inalterada</i>	45	54,2
	<i>Piora</i>	4	4,8
	<i>Sem vida sexual ativa</i>	3	3,6
	<i>Não quer opinar</i>	0	0,0
Opinião do Parceiro	<i>Bom</i>	43	51,8
	<i>Regular</i>	9	10,8
	<i>Ruim</i>	2	2,4
	<i>Indiferente</i>	21	25,3
	<i>Não sabe</i>	2	2,4
	<i>Não possui</i>	6	7,3

**FONTE:** Dados obtidos após entrevistas a usuárias do SIU-Lng da cidade de Florianópolis – 2004.

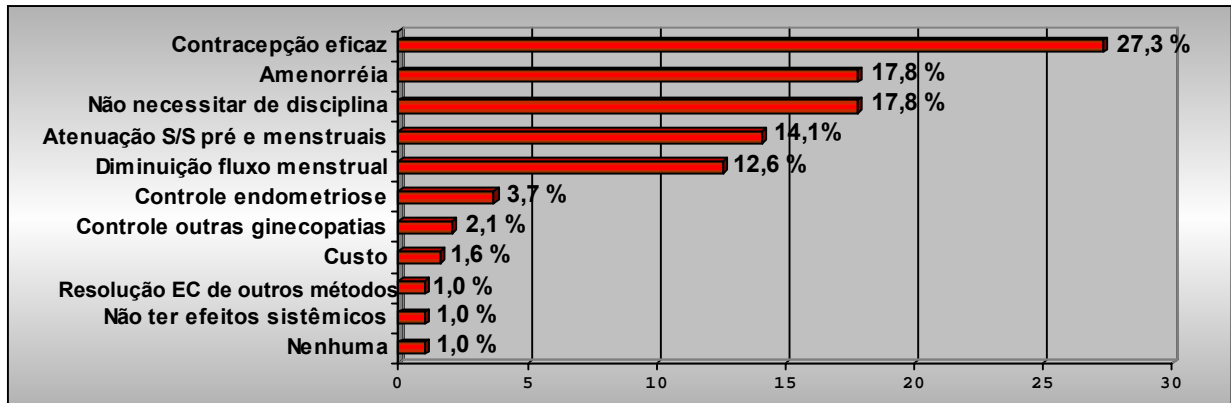


\* Motivos de arrependimento relatados (n=14): outros efeitos colaterais (n=7), sangramentos irregulares (n=6) e outros (n=1).

\*\* Motivos para não renovar o método (n=15): desejo de engravidar (n=9), parceiro fará esterilização irreversível.

**FIGURA 15 – Questões aplicadas às pacientes (n = 83) referentes à: arrependimento, sentir-se segura, pretensão de renovar e se recomendaria o método para alguém.**

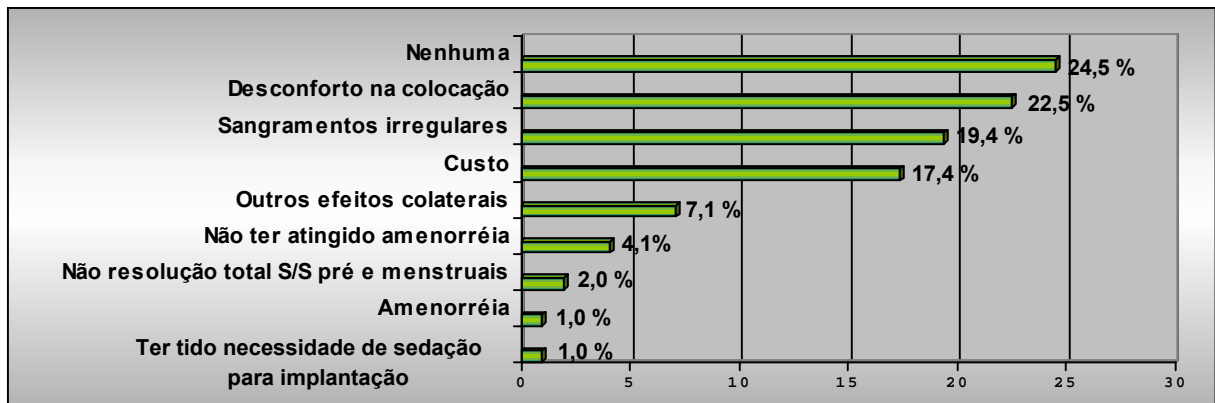




S/S – Sinais e sintomas. EC – Efeitos colaterais

\* 83 usuárias entrevistadas, com uma a múltiplas respostas sobre as vantagens.

**FIGURA 16 – Vantagens do SIU-Lng na visão das pacientes.**



S/S – Sinais e sintomas.

\* 83 usuárias entrevistadas, com uma a múltiplas respostas sobre as desvantagens.

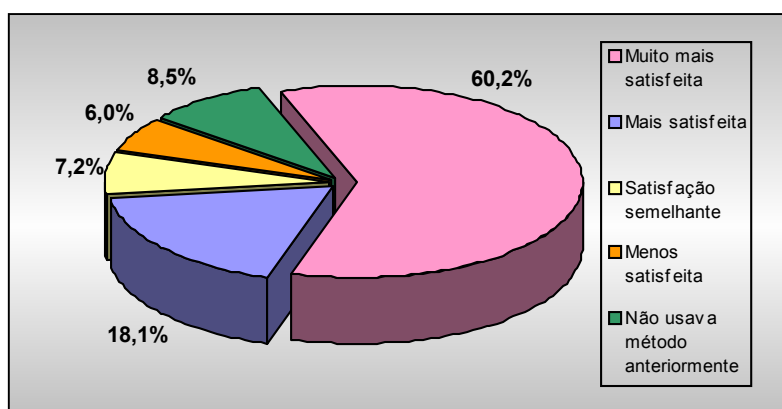
**FIGURA 17 – Desvantagens do SIU-Lng na visão das pacientes.**

**TABELA 12 – Grau de satisfação com SIU-Lng em relação ao método anterior.**

<b>GRAU DE SATISFAÇÃO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muito mais satisfeita	50	60,2
Mais satisfeita	15	18,1
Satisfação semelhante	6	7,2
Menos satisfeita	5	6,0
Não usava método anteriormente	7	8,5
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

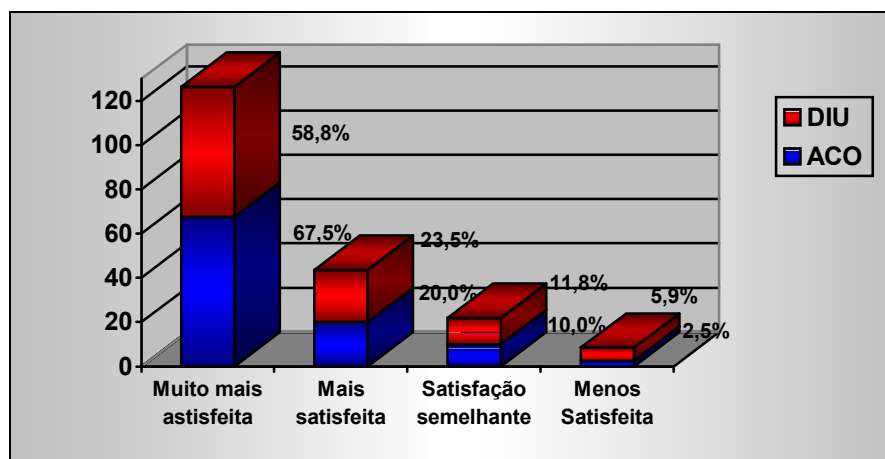
[ p = 0,0256]

FONTE: Dados obtidos após entrevistas a usuárias de SIU-Lng da cidade de Florianópolis – 2004.



[ p = 0,0256]

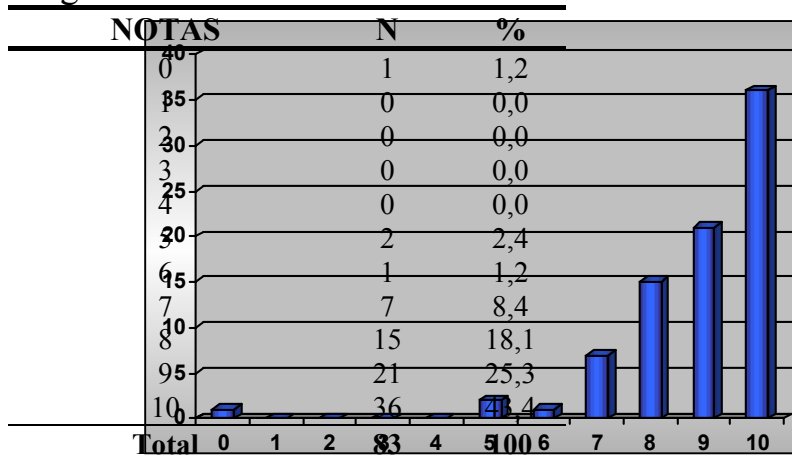
**FIGURA 18 – Grau de satisfação com o SIU-Lng em relação ao método anterior.**



[ p = 0,0911]

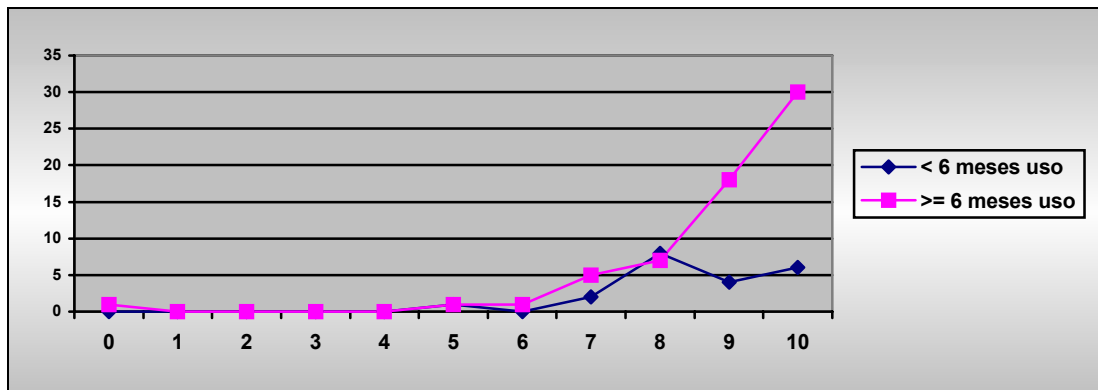
**FIGURA 19 – Grau de satisfação com SIU-Lng em relação aos métodos anteriores de maior frequência: ACO e DIU não hormonal.**

**TABELA 13** – Notas dadas pelas pacientes em relação ao uso do SIU-Lng.

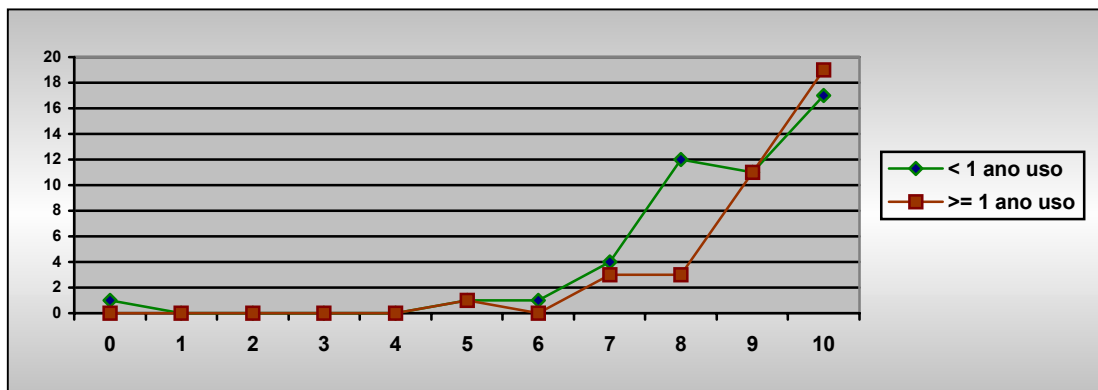


**FONTE:** Dados obtidos após entrevistas realizadas a usuárias de SIU-Lng da cidade de Florianópolis – 2004.

**FIGURA 20-** Notas dadas pelas pacientes (0 a 10) em relação ao uso do SIU-Lng, em números absolutos.



**FIGURA 21** – Notas dadas ao uso do SIU-Lng (0 a 10), em números absolutos, pelas entrevistadas com tempo < 6 meses de uso e com ≥ 6 meses de uso do contraceptivo. [p < 0,0001]



**FIGURA 22** – Notas dadas ao uso de SIU-Lng (0 a 10), em números absolutos, pelas entrevistadas com tempo < 1 ano de uso e com ≥ 1 ano de uso do contraceptivo. [p < 0,0001]

**TABELA 14** – Motivos alegados para a retirada do SIU-Lng (n = 7).

<b>MOTIVOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Desejo de engravidar	1	12,5
Problemas de sangramento/Irregularidade/ <i>Spotting</i>	4	50,0
Outros efeitos colaterais/reações adversas	2	25,0
Mal posicionamento/risco expulsão	1	12,5
	<b>8*</b>	<b>100</b>

\* 7 pacientes entrevistas haviam retirado o método, com declaração de um ou mais motivos.

**FONTE:** Dados obtidos após entrevistas a usuárias de SIU-Lng da cidade de Florianópolis - 2004.

## 5. Discussão

Aproximadamente 55,4% das mulheres com idade entre 15 e 49 anos no Brasil fazem uso de algum método anticonceptivo. Deste total, a taxa de esterilização feminina corresponde a 27,3% (ocupando o 1º lugar), o uso de ACO 15,8%, condom 4,3% e demais métodos 8,0%<sup>74</sup>. Das pessoas vivendo em união e com dois filhos vivos, 90% das mulheres e 88% dos homens não queriam uma outra gravidez<sup>74</sup>. Daqueles com um filho, 50% não desejavam aumentar sua prole. A taxa nacional de fecundidade é de 2,5 filhos por mulher<sup>74</sup>, podendo-se inferir que as gestações não planejadas tendem a ser bastante comuns nesse panorama. Estimativas indicam ainda que nos países em desenvolvimento, entre os quais se incluem os da América Latina e Caribe, 36% das 182 milhões de gestações anuais ocorridas não foram planejadas e 20% delas terminaram em aborto<sup>74</sup>. Estes dados implicitamente traduzem a necessidade dos casais em obter um adequado e seguro controle contraceptivo, principalmente quando são relevantes as precoces e altas taxas de esterilização feminina<sup>75,76</sup> no Brasil.

Quando discutimos anticoncepção estamos falando de tecnologia, saúde e qualidade de vida, direitos e, fundamentalmente, de práticas sociais da vida cotidiana, as quais se passam no âmbito da intimidade da relação sexual entre homens e mulheres. A contracepção é um instrumento básico na vivência dos direitos reprodutivos.

Nascimento e cols.<sup>59</sup> num estudo realizado em Campinas (Brasil) em 2002, avaliaram perspectivas a respeito dos padrões menstruais depois de dois anos de uso do SIU-Lng. Um total de 105 mulheres foi avaliado, com idade predominante entre 20-39 anos. Considerando nossa casuística de 83 usuárias, mais de 70% está compreendida na faixa etária entre 20-39 anos, sendo dados semelhantes ao estudo citado<sup>59</sup> (Tabela 1). Ronnerdag e cols.<sup>15</sup> obtiveram também em seu estudo (prospectivo de 12 anos de uso do SIU-Lng), pacientes com idade preponderante entre 22 e 38 anos (com média de 32,7). Quanto ao **estado marital**, a grande maioria das usuárias era casada (71,1%), também compatível com dados encontrados na literatura<sup>59</sup> (Tabela 1).

Referindo-se ao aspecto **nível de escolaridade**, 78,3% das pacientes declararam-se com formação de III Grau, altamente contrastante com a média nacional, que corresponde a um índice menor que 4% de brasileiros com nível terciário<sup>59</sup> (Tabela 1).

Em relação às **atividades** desenvolvidas, 78,3% tinham trabalho remunerado e em menor proporção declarou-se Do lar (Tabela 1). Quanto à **profissão**, as de maior frequência foram: pedagoga/professora (15,4%), microempresária/empresária (12,3%) e médica (10,8%). E ao analisar as profissões relatadas, nota-se ainda predominância de pacientes da área da saúde, englobando um quarto (26,1%) do total (Tabela 1). Não foram encontrados na literatura pesquisada dados compatíveis com esta predominância de usuárias trabalhadoras na área da saúde, talvez caracterizando uma peculiaridade local.

Cerca de metade (40,9%) das pacientes possuíam **renda familiar** entre 10-19 salários mínimos (SM), seguida pela categoria 6-9 SM (24,1%). As categorias 20-29 e  $\geq 30$  SM apresentaram percentuais semelhantes, com 14,5% e 15,7%, respectivamente. A Tabela 1 apresenta em números absolutos e percentuais estas características (Tabela 1).

Como esperado, encontrou-se um nível de escolaridade e econômico superior ao da população geral<sup>59</sup>, já que se trata de um método com custo inicial moderado e não disponível na rede pública de saúde.

Ao analisar o **IMC** (índice de massa corpórea), observou-se cerca de 80% de pacientes *Eutróficas* (IMC 18,5-24,99), refletindo pacientes sem um fator de risco importante e determinante em diversas doenças metabólicas: a obesidade. Tratando-se de métodos hormonais, por menor que sejam os efeitos sistêmicos, não ter este fator de risco permite maior segurança com o uso. (Tabela 2).

A Tabela 3 e a Figura 2 descrevem algumas características dos **antecedentes obstétricos** destas pacientes. As primíparas e secundíparas se fazem maioria, perfazendo 77,1% (64/83) das pacientes. Sabe-se da possibilidade de maior desconforto na inserção do método em nulíparas<sup>3,4,21,77</sup>, porém foi encontrado um baixo percentual de usuárias que nunca pariram (20,5%).

Do total de entrevistadas, cerca de um terço declararam apresentar algum tipo de **ginecopia**, sendo as de relato mais freqüente, nesta ordem: miomatose uterina (13,3%; n = 11), endometriose (também com 13,3%), cisto de ovário (8,4%; n = 7) e síndrome dos ovários policísticos, com 3,6% (n = 3) das usuárias (Tabela 4 e Figura 3). Há na literatura diversos estudos<sup>36-39,42</sup> apontando o uso do SIU-Lng como um coadjuvante terapêutico nestas diversas

patologias apresentadas. Mesmo que a paciente não tenha implantado o método com esta finalidade, o possível alívio ou controle da comorbidade pode também, ao melhorar o bem-estar e aspectos da saúde da paciente, aumentar seu grau de satisfação com o método.

Já referente ao uso regular de alguma **medicação**, pouco mais de vinte por cento das usuárias preenchiem esse quesito, e dentre as classes de medicações mais utilizadas, respectivamente foram: antidepressivos/ansiolíticos e suplemento vitamínico/mineral, ambos sendo relatados por 4,8% das pacientes (Tabela 4 e Figura 4). Aqui se justifica também o uso do SIU-Lng, já que há muito pouca interação medicamentosa quando se compara com outros métodos sistêmicos<sup>3,4,9</sup>.

Quanto ao **padrão menstrual pré-colocação**, constatou-se que 4 (4,8%) pacientes já estavam amenorreicas antes da implantação, todas por condições medicamentosa-induzidas ou fisiológicas (uma paciente por uso contínuo de ACO, uma por uso de injetável trimestral e duas por amenorréia pós parto).

Glasier e cols. formularam um estudo internacional (Contraception 2003<sup>78</sup>) sobre amenorréia associada com contracepção e sua aceitabilidade por parte das usuárias. É indicado que a maioria das mulheres, particularmente as de países desenvolvidos, consideravam na década de 1980, amenorréia induzida por métodos contraceptivos como algo inaceitável. Realizaram um estudo através da aplicação de questionários a 1001 mulheres atendidas em clínicas de planejamento familiar em diversos centros de países como a China, África do Sul, Nigéria e Escócia. A maioria das participantes declarou possuir ciclos regulares com intervalo de 26-35 dias, com duração menstrual de 4 a 7 dias. Metade das mulheres reportaram possuir um fluxo menstrual normal.

Observou-se em todos os aspectos a seguir relatados, referentes ao padrão menstrual constatado em nossa pesquisa (Tabela 5 e Figura 5), cerca de metade das entrevistadas com: intervalos regulares de 26-30 dias (50,6%), duração de 3-5 dias (53,2%) e em 47,0%, na opinião da usuária, com fluxo menstrual Intenso. Com exceção da quantidade do fluxo menstrual, os dados se assemelham ao do estudo supracitado<sup>78</sup>. Já era esperado também um número elevado de pacientes com fluxo menstrual intenso, já que há a expectativa do SIU-Lng em diminuir o fluxo menstrual<sup>21,26,27,59</sup>.

Apenas quase um terço das usuárias não apresentava nenhum sintoma menstrual ou pré-menstrual. Entre as sintomatologias relatadas por cerca de 70% das usuárias, metade delas

sofria de irritabilidade/ansiedade e dismenorréia. (Tabela 5 e Figura 5). O fato de haver grande maioria de usuárias com sintomatologia menstrual e pré-menstrual, também reflete que, possivelmente, a escolha do método levou em conta o alívio destes sintomas.

As **datas de inserção do SIU-Lng** encontradas variaram em um período correspondente a Março/2000 até março/2004. Quanto ao período de utilização do produto até a retirada ou até a data da entrevista, variou entre um mês até 50 meses (4anos e 2 meses) de uso, com média de  $12,4 \pm 9,8$  meses (mediana = 11 meses). Ou seja, as pacientes apresentavam em média um ano de uso do método.

Quando questionadas sobre o **método contraceptivo anteriormente** utilizado, as respostas mais freqüentes foram o Anticoncepcional oral (ACO) (49,4%) e o DIU (não hormonal) (20,5%) (Tabela 6 e Figura 6). Como já mencionado, os ACOs ocupam segundo lugar na média nacional do uso de métodos contraceptivos<sup>74</sup>, só perdendo para a laqueadura tubária, logo já era prevista uma taxa predominante deste método.

Referente à **razão da mudança**, ou seja, por que abandonaram o método contraceptivo anterior, as usuárias entrevistadas relataram como seus principais motivos: necessidade de disciplina (30,4%), efeitos colaterais oferecidos por outros métodos (28,0%) e sinais e sintomas menstruais e pré-menstruais que não melhoraram/pioraram com o método anterior (19,2%) (Tabela 7). Em todas estas razões de mudança, o SIU-Lng se mostra uma boa opção<sup>3,4,9</sup>.

E entre estes efeitos colaterais proporcionados por outros contraceptivos, os mais frequentes foram, nesta ordem: o fluxo menstrual intenso proporcionado, cefaléia, sinais e sintomas gastrintestinais e diminuição da libido. Considerando isoladamente o efeito colateral Fluxo intenso, o método mais associado a ele foi o DIU não hormonal. Considerando de maneira global os efeitos colaterais, o método mais correlacionado foi o ACO. Tais afirmações podem ser mais bem visualizadas na Figura 7.

Anticoncepção, pela praticidade (não necessitar de disciplina) e longedidade contraceptiva, além de para obter amenorréia, foram os principais motivos declarados por mais da metade das usuárias em relação à pergunta: **Por que escolheu utilizar este método?**. Ou seja, por que as usuárias passaram a adotar o SIU-Lng como seu método contraceptivo (Figura 8).

O médico foi definitivamente o meio pelo qual a grande maioria das pacientes tomou conhecimento da existência do SIU-Lng. (Figura 9).



De maneira geral, vários estudos indicam taxas alcançadas de amenorréia entre usuárias do SIU-Lng com valor médio de 20-30%<sup>21,26,27</sup>. Porém num estudo sueco prospectivo<sup>15</sup>, multicêntrico na Europa, com avaliação do uso contínuo do SIU-Lng por 12 anos, caracterizando efeitos na saúde pelo uso prolongado, foram registradas taxas de 60% de amenorréia, 12% de infrequentes e escassos sangramentos e 28% de ciclos regulares com sangramentos discretos.

Em relação ao **padrão menstrual** atingido após inserção do SIU-Lng (Tabela 8 e Figura 10), até a data da entrevista ou até a data da retirada (que, como já citado, foi registrado um período máximo de uso em nosso estudo por 50 meses), constatou-se 36,1% (30/83) de usuárias amenorreicas. Este valor encontrando está dentro de percentagens já encontradas na literatura, porém acima da média geral prevista<sup>3,4,9</sup>. Destas pacientes, observou-se que passaram a ter amenorréia com um mínimo de zero mês (ou seja, logo após a inserção) e o máximo de 8 meses após a implantação do método, com média de  $2,8 \pm 2,0$  meses (mediana de 3 meses).

Entre as que ainda apresentavam algum padrão menstrual (63,9%; n = 53) (Tabela 8), em 26,5% (n = 22) constatou-se um perfil classificado pelos autores deste estudo como SANGRAMENTO MÍNIMO, padronizado como: pacientes que mantêm um sangramento diminuído, discreto (aspecto tipo “borra-de-café” ou notado apenas “após urinar”), que dure apenas de 1-2 dias, com intervalo menstrual  $\geq$  a 1 mês (incluindo os regulares e os irregulares) (Figura 11).

Considerando os padrões de sangramento pós-implantação do SIU-LNG, obteve-se então em números: amenorreicas (n = 30; 36,1%), *sangramento mínimo* (n = 22; 26,5%), sangramento diminuído (n = 29; 34,9%), sangramento inalterado (n = 1; 1,2%) e sangramento aumentado (n = 1; 1,2%), mais bem visualizados na Figura 11.

Considerando o total de pacientes com qualquer diminuição do padrão de sangramento ao que anteriormente possuíam, perfaz 92,8% (Figura 12).

Ou seja, as pacientes passaram a apresentar em sua quase totalidade uma diminuição da perda menstrual ao que antes possuíam. Destas, pouco mais de um terço tornaram-se amenorreicas, e, com um sangramento mínimo, muito discreto, perfaz um quarto da casuística estudada.

Estes padrões ainda foram subdivididos em dois grandes grupos: a) pacientes com  $< 6$  meses e com  $\geq 6$  meses de uso e b) pacientes com  $< 1$  ano e com  $\geq 1$  ano de uso do método.

Não foi constatada uma diferença significativa tanto no primeiro grupo ( $p = 0,2133$ ) como no segundo ( $p = 0,0916$ ) (Tabelas 9). É plausível que não foi possível obter significância estatística em decorrência do número limitado de pacientes desta casuística ( $n = 83$ ).

Glasier e cols (Contraception 2003<sup>78</sup>), relatam em seu estudo internacional da aceitabilidade da amenorréia induzida pela contracepção que, na África do sul, mais da metade das participantes reportaram não gostar de ter períodos menstruais, tendo como principal motivo alegado “ser um inconveniente”. A taxa de não aceitação para o conceito de amenorréia induzida por contraceptivos foi um pouco superior entre mulheres negras, que alegavam principalmente a possibilidade de eliminação de “sangue ruim” e por tratar-se de “algo natural”. Mais da metade da população de Edinburg consideraria adotar um método em que ausentasse a menstruação. Na China, tal fato foi declarado por um terço das entrevistadas.

Num estudo em que, em parte analisava satisfação com o SIU-Lng, verificou-se que mais de 90% das usuárias estavam satisfeitas, independente do padrão menstrual que passaram a apresentar após a inserção<sup>59</sup>.

Quando as pacientes amenorreicas (36,1% do total) foram interrogadas com **Satisfeita em não mais menstruar?**, a quase totalidade (93,3%) declarou-se satisfeita e 7,7% eram indiferentes a esta condição (Figura 13). Isto demonstra a grande aceitabilidade da amenorréia por parte das usuárias que estavam usufruindo desta condição induzida pelo SIU-Lng, já que nenhuma revelou estar insatisfeita.

As pacientes não amenorreicas (que persistiam com algum padrão menstrual após a inserção), quando perguntado se **Gostaria de não mais menstruar no futuro?**, houve 64,1% de respostas SIM, 18,9% eram INDIFERENTES, 7,5% de respostas NÃO, 5,7% NÃO SEI e 3,8% JÁ RETIROU, tal qual ilustrado na Figura 13. Entre as que alegaram o desejo de não entrar em amenorréia com o método no futuro, pode representar ou uma inadequada informação recebida pré-inserção desta possibilidade, ou então, mesmo sabendo previamente desta probabilidade, em virtude de recorrência a outros motivos por ter escolhido o método, sabem da condição, mas se puderem optar, não entrarão em amenorréia.

E para ambos os tipos de paciente (as amenorreicas e as não) foi ainda perguntado **Você acha que ficar sem menstruar pode fazer algum mal à saúde?**, sendo obtido como respostas: 71,1% NÃO, 25,3% NÃO SEI e apenas 3,6% de respostas SIM (Figura 13). Mesmo sendo pequena a quantidade de usuárias que acham que amenorréia faça mal à saúde,

surpreende que tenham adotado o método, muito provavelmente podendo refletir desinformação pré-inserção. Quase um terço não tem certeza deste tema, que ainda causa polêmica no meio científico<sup>78-81</sup>, logo também podendo refletir o fato de que até sabiam da possibilidade de virem a ficar amenorreicas no futuro, porém por inúmeras outras razões, a necessidade em querer optar pelo método suplantavam esta dúvida.

No já mencionado estudo sueco prospectivo e multicêntrico europeu<sup>15</sup>, com avaliação do uso contínuo do SIU-Lng por 12 anos, caracterizando efeitos na saúde pelo uso prolongado, concluíram como seguro e efetivo o uso do método. Atribuíram principalmente como vantagens a melhora/alívio em problemas menstruais, e para as mulheres que estavam no final de seus anos reprodutivos, o oferecimento de uma conveniente transição para a menopausa sem o desconforto das irregularidades menstruais. Nenhuma gravidez foi reportada. Apenas um caso de expulsão parcial e um caso de DIP (Doença inflamatória Pélvica). A grande maioria, 70% das usuárias, declarou nenhum problema de saúde durante estes 12 anos. Ocorreu também um aumento das taxas de hemoglobina em 1,35 g/dl. Sete mulheres que se tornaram menopáusicas durante o *follow-up* iniciaram reposição estrogênica e mantiveram o SIU-Lng *in situ*.

As pacientes que apresentaram **reações adversas/efeitos colaterais** (n = 61, 73,5% do total), tiveram como queixa mais freqüente os sangramentos irregulares/*spotting* (47,4%; n=45), com média de permanência do efeito durante o uso até cerca de  $3,7 \pm 3,0$  meses (com variabilidade de 1 até 15 meses), compatível com o tempo médio já reportado na literatura<sup>3,4,9,21</sup>. Esta e as demais reações estão relacionados na Tabela 10, em números percentuais e absolutos, com a respectiva duração em meses do efeito, durante o período de uso do SIU-Lng. Porém referente ao período de permanência da ocorrência do efeito, a maioria apresenta um tempo médio superior ao previsto na literatura (3-6 meses)<sup>3,4,9,21</sup>. A Figura 14 mostra a grande representabilidade dos sangramentos irregulares como efeitos com o método. Porém, deve ser lembrado que na verdade tal efeito nada mais representa a princípio a gradual adaptação endometrial (progressiva atrofia) promovidas pela ação hormonal do progestágeno local<sup>22,60-65</sup>.

Também pode-se inferir que, o que pode ter auxiliado, em parte, na alta taxa de reportagem de efeitos colaterais, é a característica de um percentual significativo de usuárias com formação superior (além de muitas trabalhadoras da área da saúde), que pode representar

maior atenção às alterações em seu organismo e maior domínio sobre a informação de possíveis reações adversas.

Em relação à **vida sexual**, mais da metade das usuárias consideraram inalterada, seguida de 37,4% que notaram melhora após a implantação do SIU-LNG. Quando interrogadas sobre o que o **parceiro** achou do método, foi relatado também em pouco mais que a metade o conceito de BOM, seguido de um quarto de declarações de INDIFERENÇA por parte do parceiro em relação ao método (Tabela 11). Todas estas taxas refletem uma grande preocupação com os contraceptivos atualmente<sup>1,3,4,9</sup>: conciliar alta eficácia e segurança, sem alterar (e se possível, até melhorar) a condição sexual entre os casais.

Backman e cols.<sup>73</sup> fizeram um estudo (2002) para avaliar parâmetros associados com o impacto de informações avançadas dadas regularmente e grau de satisfação de usuárias do SIU-Lng. Foram enviados questionários a 23.885 mulheres na Finlândia, que haviam inserido o método entre 1990 e 1993. Ou seja, neste país pioneiro no desenvolvimento deste contraceptivo, as primeiras usuárias do SIU-Lng 20 µg/dia foram recrutadas para o estudo epidemiológico. A taxa de questionários respondidos foi de 75%. Tiveram como resultados que, a maioria das usuárias (74%), estava satisfeita ou muito satisfeitas com o método. Cerca de 70% haviam escolhido este contraceptivo por insatisfação com métodos anteriores. Mulheres que receberam informações sobre a possibilidade de ausência de menstruação estavam mais satisfeitas do que as menos informadas. Concluem enfaticamente que, avançadas informações recebidas na época da inserção, têm grande impacto no aumento da satisfação entre as usuárias.

Ao verificar se, desde a implantação do SIU-Lng, a paciente em algum momento havia se **arrependido** de ter escolhido este método, notou-se 16,9% (n=14) de respostas SIM (Figura 15). Entre os principais motivos de arrependimento foram: outros efeitos colaterais (n=7), sangramentos irregulares (n=6) e outros (n=1). Tais dados refletem que, se em algum momento, mesmo que não de maneira persistente a ponto de decidir retirar o método, a usuária chegou a se arrepender de tê-lo adotado, houve importante associação com os efeitos colaterais, sejam eles previstos ou não. Isto denota mais uma vez a importância do esclarecimento destas possibilidades no decorrer do uso, seja para não gerar tanta ansiedade por parte da usuária, seja para estar bem orientada em detectar quando o efeito seria aquém ao esperado.

Sobre o aspecto **pretensão de colocar outro** SIU-Lng após o vencimento do mesmo (cerca de 5 anos), houve 60,2% de respostas SIM, 13,3% de NÃO, 18,1% de NÃO SEI e 7 pacientes (8,4%) já haviam retirado o SIU-Lng (Figura 15). Entre os motivos em não renovar o método após o período de vida útil do mesmo, encontra-se principalmente o desejo de engravidar (81,8%; n=9), seguido do argumento de que o parceiro fará esterilização irreversível (18,2%; n=2). Logo é evidente nesta casuística que, em todas as usuárias que não pretendiam renovar o método após expirado o tempo máximo de uso, reflete ou o desejo de interromper a anticoncepção para ter um filho ou pela futura recorrência de um método de esterilização irreversível pelo parceiro.

Ao serem questionadas se já **recomendaram** para alguma amiga ou parente, houve grande maioria de relatos SIM (Figura 15). Este é outro aspecto que representa alta aceitabilidade por parte das usuárias.

Foi observado também que a quase totalidade das usuárias (95,2%), declararam-se **seguras** com o método. Logo apenas 4,8% (n=4) fizeram alusão do contrário, sendo os principais motivos expostos: por ainda não ter realizado controle ultrassonográfico (n=2), razões pessoais (n=1), efeitos colaterais (n=1) (Figura 15). Este parâmetro reflete, além da alta aceitabilidade, a confiança com o contraceptivo em questão.

Expuseram como as principais **vantagens** do método: primeiramente em quase um terço a contracepção eficaz, seguida pelos aspectos, de igual incidência (17,8%), amenorréia e a não necessidade de disciplina/longevidade contraceptiva (Figura 16).

Referente às **desvantagens**, as mais mencionadas foram: desconforto na colocação (22,5%) e sangramentos irregulares (19,4%) (Figura 17). Pudemos analisar que, mesmo com altas taxas de efeitos colaterais relatadas com o método (73,5% das usuárias), um quarto das pacientes não vê nenhuma desvantagem em seu uso, muito possivelmente refletindo esclarecimento sobre possíveis efeitos, ou mesmo, de terem notado sua presença, mas não refletirem malefício em sua saúde ou bem-estar. Além disso, infere-se que, mesmo quando ocorridos, não suplantaram a satisfação obtida com o método. Outro dado que reforça essa afirmação, é o fato de que cerca de 20% declararam que viam como desvantagem no método os sangramentos irregulares, mas um número muito maior, mais que o dobro de usuárias, havia reportado esta condição (47,4%) como efeito colateral.

Shain e cols.<sup>82</sup> realizaram um estudo de aceitabilidade que demonstrou que mais de 75% das usuárias disseram estar mais satisfeitas com Mirena<sup>®</sup> do que com seus métodos contraceptivos anteriores.

O **grau de satisfação** com o SIU-LNG em relação ao método anterior teve como maior manifestação a resposta  *muito mais satisfeita*  com o método atual (60,2%) (Tabela 12 e Figura 18). E quando somadas as características muito mais satisfeita e mais satisfeita, perfaz a grande maioria das usuárias (78,3%), condizentes com a literatura<sup>82</sup>. Quando comparados os graus de satisfação com os métodos anteriormente utilizados, encontrou-se uma significância estatística (**p = 0,0256**).

Ao comparar entre si os métodos anteriormente utilizados de maior frequência (ACO e DIU não hormonal) em relação ao grau de satisfação com o método atual, não houve diferença significativa entre ambos estes grupos contraceptivos (p=0,0911) (Figura 19).

Ao analisar as respostas obtidas com a pergunta **Que nota você daria para este método endoceptivo (0 a 10)?**, foi averiguada uma nota média de  $8,8 \pm 1,6$ , entre as 83 usuárias entrevistadas. As notas em valores percentuais e absolutos estão descritas na Tabela 13 e são mais bem visualizadas na Figura 20.

Ao realizar uma confrontação entre as notas, a fim de averiguar grau de significância obtidos nos seguintes grupos: pacientes com < 6 meses e com  $\geq 6$  meses de uso (Figura 21) (**p < 0,0001**) e pacientes com < 1 ano e com  $\geq 1$  ano de uso do método (Figura 22) (**p < 0,0001**), foi constatada uma diferença estatisticamente significativa em ambas as situações. Estes dados traduzem que a satisfação das usuárias, tende a ser maior quanto maior tempo de uso do método. Muito possivelmente, tal afirmação se consolide pelo fato de que, foram nos meses iniciais as principais ocorrências de efeitos colaterais e a adaptação endometrial, com as variações de padrões de sangramento.

Do total de usuárias, sete (8,4%) **retiraram** o SIU-Lng, sendo que o tempo médio de uso nestas pacientes foi de  $9,4 \pm 5,7$  meses (mediana de 11 meses), com mínimo de uso de 1 mês e máximo de 16 meses. Considerando o motivo (ou os motivos) que levou estas usuárias a não mais utilizar o contraceptivo, inclui-se em ordem decrescente de frequência: problemas de sangramento/irregularidade menstrual (50,0%), outros efeitos colaterais/reações adversas (25,0%), e, ambos com 12,5%, desejo de engravidar e mal posicionamento/risco de expulsão do método (Tabela 14). O desejo de engravidar como motivo de retirada remete ao desejo de conceber de cada paciente. Já os problemas de sangramento podem ter sido inoportunos e até

terem sido algum malefício para a paciente, a ponto de ser insuportável a continuidade do uso. Mas também deve-se levar em conta a possibilidade de que estes SIUs foram precocemente retirados, podendo-se ter evitado tal situação se a usuária tivesse sido adequadamente orientada, principalmente sobre a limitação da duração destes efeitos.

## **6. Conclusões**

1. O perfil da usuária do SIU-Lng em Florianópolis é de uma mulher entre 30-39 anos, renda familiar 10-19 salários-mínimos, com curso superior, predominantemente da área da saúde, sendo primi ou secundípara.
2. As principais vantagens que influenciam tanto a escolha como a aceitabilidade são: alta eficácia, diminuição do fluxo menstrual e a não necessidade de disciplina do método.
3. O SIU-Lng induz diminuição do fluxo menstrual em quase a totalidade das pacientes.
4. Induz amenorréia em mais de um terço das usuárias.
5. O efeito colateral mais freqüente é o sangramento irregular.
6. Principais desvantagens são o desconforto na colocação e o sangramento irregular.
7. Dois terços das pacientes ficam muito mais ou mais satisfeitas com o método.
8. As usuárias atribuem quanto ao uso do método nota 9, sendo que, quanto maior o tempo de uso, maior a nota atribuída.



## **Normas Adotadas**

Este trabalho foi realizado de acordo com as normas da RESOLUÇÃO número 001/2001 aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina em 05 de julho de 2001.

## Referências

1. Gould D B. Contraception: the changing needs of women throughout the reproductive years. *Nurs Stand* Jun 2000; 14(38): 37-40.
2. Tucker M E. New contraceptive options for sexually active adolescent girls: compliance more likely. *Pediatric News* Ago 2003; 37(8): 25.
3. Pettinato A. New contraceptive methods: update 2003. *Current Opinion in Pediatrics* 2003; 15: 362-369.
4. Archer D F. New Contraceptive Options. *CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY* 2001; 44(1): 122-126.
5. Guillebaud, J. Contraception for the 21st century: the options SS44.1. [Xv Figo World Congress Of Gynecology And Obstetrics; Copenhagen, Denmark, 3-8 August, 1997: Programme And Abstracts Presented On Sunday 3 And Monday 4 August 1997] . *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* Aug 1997; 76(167): 33.
6. Bates B. Contraceptive options give teens more choices. (Ring, Patch, Injectable, IUD). *Pediatric News* Nov 2002; 36(11): 34.
7. Zite N, Shulman L P. New options in contraception for teenagers. *Current Opinio in Obstetrics and Gynecology* 2003; 15:385-389.
8. Cahil J. Innovative Method of Long-Acting Contraception. *Healthcare Review* Set 2001; 14(8): 27.
9. Akert J. A new generation of contraceptives. *RN - Drexel University* Fev 2003; 66(2): 54-62.
10. Lahteenmaki P, Jukarainen H. Novel delivery systems in contraception. *Br Med Bull* 200; 56(3): 739-748.
11. Raritan N J. Drug makers offer new options (Family Planning). *Chain Drug Review* Jul 2002; 24(12): 38.
12. Hormonal contraception: what is new? The ESHERE Capri Workshop Group. *Human Reproduction Update* 2002; 8(4): 359-371.
13. New Levonorgestrel IUD Can Be Used for 5 Years. Autor: MECHCATIE, ELIZABETH. Publicação: *Family Practice News* 0300-7073 Jan 15, 2001, v31 i2, p27 (61).
14. Mansour D, Guillebaud J. Data support extended use of levonorgestrel intrauterine systems. *British Meical Journal* Mai 1998; 316(7145): 1671.
15. Ronnerdag M, Odland. Health effects of long-term use of the intrauterine levonorgesterl-releasing system - A follow-up study over 12 years of continuous use. *Acta Obst Gynecol Scand* 1999; 78: 716-721.
16. Munroe H. A Review of Recent FDA-Approved Drugs for use in medical abortion and contraception. *Drug & Market Development* Sep 2001; 12(9): 270-275.
17. Hatcher R A. FDA gives green light to Berlex's Mirena intrauterine system. *Contraceptive Technology Update* Feb 2001; 22(2): 13.
18. Nilsson C G, Luukkainen T. Intrauterine contraception with levonorgestrel: a comparative randomised clinical performance study. *The Lancet* March 1981; 577-580.
19. Tratado de Ginecologia – HALBE. Hans Wolfgang Halbe. Dispositivo intra-uterino. Cap 76. Vol 1. 3a ed. São Paulo: Roca, 2000.
20. Tratado de Ginecologia – HALBE. Hans Wolfgang Halbe. Estrógenos, progestágenos e andrógenos naturais e sintéticos: farmacologia e indicações. Cap 129. Vol 2. 3a ed. São Paulo: Roca, 2000.

21. Guillebaud J. The Levonorgestrel Intrauterine System: A Clinical Perspective from the UK *Ann Y Acad Sci* 2003; 997: 185-193.
22. The effects of the levonorgestrel intrauterine system (Mirena coil) on endometrial morphology. *J Clin Pathol* 2003; 56: 305-307.
23. Stanford J B, Mikolajczyk R T. Mechanisms of action of intrauterine devices: Update and estimation of postfertilization effects. Mikolajczyk, MDb Salt Lake City, Utah, and Magdeburg, Germany. *AJOG REVIEWS* 2002; 187: 1699-708.
24. Odland V. LONG-TERM EXPERIENCE OF INTRAUTERINE LEVONORGESTREL: THE SAFETY PROFILE OF MIRENA® SS44.4. *AOGS Volume 76 Supplement No 167 August 1997 p 33* [Xv Figo World Congress Of Gynecology And Obstetrics; Copenhagen, Denmark, 3-8 August, 1997: Programme And Abstracts Presented On Sunday 3 And Monday 4 August 1997]. *Acta Obstet Gynecol Scand* Ago 1997; 76(167): 33.
25. Lähteenmäki, Pekka<sup>1,2</sup>; Bardin, Wayne<sup>3</sup>; Elomaa, Kaisa<sup>2</sup>; Haukkamaa, Maija<sup>4</sup>; Kivijärvi, Anneli<sup>5</sup>; Kuukankorpi, Aki<sup>6</sup>; Venhola, Mia<sup>7</sup>; Tuominen, Juhani. Selection and performance of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. [Proceedings Vth Baltic Conference On Obstetrics And Gynecology; Malmö, Sweden 25-27 May 1995]. The Federation of Scandinavian Societies of Obstetrics & Gynecology. Volume 76 Supplement No 164 1997 pp 69-74.
26. Mirena[R]-induced drop in menstrual bleeding studied. (Biomedical Research). *Population Briefs* Feb 2003; 9(1): 4.
27. Fraser, I. S. THE BLEEDING PATTERN WITH MIRENA®: CLINICAL EXPERIENCE AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS SS44.3. *AOGS Volume 76 Supplement No 167 August 1997 p 33* [Xv Figo World Congress Of Gynecology And Obstetrics; Copenhagen, Denmark, 3-8 August, 1997: Programme And Abstracts Presented On Sunday 3 And Monday 4 August 1997]
28. Kittelsen N, Istre O. A randomized study comparing levonorgestrel intrauterine system (LNG IUS) and transcervical resection of the endometrium (TCRE) in the treatment of menorrhagia: preliminary results. *Gynaecological Endoscopy* Apr 1998; 7(2): 61-65.
29. Gallinat A. Does the Mirena IUD eliminate the need for endometrial resection in women with menorrhagia? *Internal Medicine News* Mar 2003; 36(5): 10 e *Family Practice News* Apr 2003; 33(7): 9.
30. Rutanen E M and cols. Induction of endometrial plasminogen activator-inhibitor 1: a possible mechanism contributing to the effect of intrauterine levonorgestrel in the treatment of menorrhagia. *Fertility and Sterility* Mai 2000; 73(5): 1020-1024.
31. Livingstone M and cols. Mechanisms of abnormal uterine bleeding. *Human Reproduction Update* 2002; 8(1): 60-67.
32. Singer A, Ikomi A. Treatment of intractable menorrhagia using a levonorgestrel intrauterine system: experience in a U.K. clinic P76.16 [Xv Figo World Congress Of Gynecology And Obstetrics; Copenhagen, Denmark, 3-8 August, 1997: Programme And Abstracts Presented On Thursday 7 August 1997]. The Federation of Scandinavian Societies of Obstetrics & Gynecology 1997; 76(167) 79.
33. Ikomi I, Gupta N. Randomised controlled trial exists of levonorgestrel intrauterine system for menorrhagia. *BMJ* 1998; 317(7167); 1250.
34. STEWART A and cols The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: a systematic review. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* January 2001, vol. 108, pp. 74-86.
35. Vercellini P, Frontino G, De Giorgi O, Aimi G, Zaina B, Crosignani P G. Comparison of a Levonorgestrel-Releasing Intrauterine Device versus Expectant Management After Conservative Surgery for Symptomatic Endometriosis: A Pilot Study. *Fertil Steril* 2003; 80: 305-309.

36. Lockhat F B; Emembolu J, Konje J C. The effect of a LNG-IUS on symptomatic endometriosis. *Fertility and Sterility* 2002; 77(2):24.
37. Lockhat F B; Emembolu J, Konje J C. The evaluation of the effectiveness of an intrauterine-administered progestogen (levonorgestrel) in the symptomatic treatment of endometriosis and in the staging of the disease. *Human reproduction* 2004; 19(1): 179-184.
38. Lockhat's T. The mirena IUD may diminish endometriosis-related dysmenorrhea. (Results of Two Small Studies). *OB GYN News* 2002; 37(10): 16.
39. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Portuese Antonella, Raffaelli R. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. *Fertility and Sterility* 2001; 75(3):485-488.
40. Laoag-Fernandez J B, maruo T, Pakarine P, Spitz I M, Johansson E. Effects of levonorgestrel-releasing intra-uterine system on the expression of vascular endothelial growth factor and adrenomedullin in the endometrium in adenomyosis. *Human reproduction* 2003; 18(4): 694-699.
41. Devlieger R, D' Hooghe, timmerman D. Uterine adenomyosis in the infertility clinic. *Human Reproduction* 2003; 9(2): 139-147.
42. Hubacher D, Grimes D A. Noncontraceptive Health Benefits of Intrauterine Devices: A Systematic Review. *OBSTETRICAL AND GYNECOLOGICAL SURVEY* 2002; 57(2): 120-128. 133.  
Lumsden M A. The medical treatment of myomas: W5.3. *Gynaecological Endoscopy* 1997; 6(1): 13-14.
43. Bahamonds Luis and cols. Levonorgestrel-releasing intrauterine system (Mirena®) as a therapy for endometrial hyperplasia and carcinoma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 580-582.
44. Treatment of nonatypical and atypical endometrial hyperplasia with a levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 1297-1298.
45. Gardner F J E, Konje J C, Abrams K R, Brown L J R, Khanna S, Al-Azzawi F, Bell S C, Taylor D J. Endometrial protection from tamoxifen-stimulated changes by a levonorgestrel-releasing intrauterine system: A randomised controlled trial. *Obstet Gynecol Surv* Apr 2001; 56(4): 223-224.
46. Neven P. Local levonorgestrel to prevent tamoxifen-related endometrial lesions. *Lancet* Nov 2000; 356(9243): 1698-1699.
47. Varila E, Wahlstrom T, Rauramo I. A 5-year follow-up study of the use of a levonorgestrel intrauterine system in women receiving hormone replacement therapy. *Fertility and Sterility* Nov 2001; 76 (5): 969-973.
48. Hampton N R E, Rees M, Barlow D, Lowe D G, Guillebaud J. Combined oral conjugated equine oestrogen and LNG IUS as a regimen for hormonal replacement therapy in perimenopausal women P86.11 [Xv Figo World Congress Of Gynecology And Obstetrics; Copenhagen, Denmark, 3-8 August, 1997: Programme And Abstracts Presented On Friday 8 August 1997].1 The Federation of Scandinavian Societies of Obstetrics & Gynecology Aug 1997; 76(167): 57.
49. Suhonen, S P, Lähteenmäki P, Holmström T. Five-year experiences of intrauterine progestin therapy in HRT P86.27 [Xv Figo World Congress Of Gynecology And Obstetrics; Copenhagen, Denmark, 3-8 August, 1997: Programme And Abstracts Presented On Friday 8 August 1997]. *Acta Obstet Gynecol Scandinav* Aug 1997; 76(167): 60.
50. Wollter-Svensson L, Stadberg, E, Andersson K, Mattsson L, Odland V, Persson I. Intrauterine administration of levonorgestrel 5 and 10 µg/24 hours in perimenopausal hormone replacement therapy: A randomized clinical study during one year. *Acta Obstet Gynecol Scand* Mai 1997; 76(5): 449-454.
51. Rees M. PERIMENOPAUSAL CONTRACEPTION WITH MIRENA®: ENDOMETRIAL PROTECTION FOR A NEW LIFE STAGE SS44.5. *AOGS Volume 76 Supplement No 167* August 1997 p 33 [Xv Figo World Congress Of Gynecology And Obstetrics; Copenhagen,

Denmark, 3-8 August, 1997: Programme And Abstracts Presented On Sunday 3 And Monday 4 August 1997]

52. Panay, N.; Studd, J.W. W.; Thomas, A.; Sands, R. H.; Khastgir, G.; Zakaria, F.; Carey, B.; Irvine, R.; Andrews, G.; Bartlett, S.; Kelman, R. PROSPECTIVE STUDY OF MENOPAUSAL WOMEN ON SUBCUTANEOUS OESTRADIOL, SWITCHED TO THE LEVONORGESTREL INTRAUTERINE SYSTEM BECAUSE OF ORAL PROGESTOGEN INTOLERANCE P86.5 [Xv Figo World Congress Of Gynecology And Obstetrics; Copenhagen, Denmark, 3-8 August, 1997: Programme And Abstracts Presented On Friday 8 August 1997] © The Federation of Scandinavian Societies of Obstetrics & Gynecology .. Ago 1997; 76(167): 56
53. Suvanto-luukonen E, Kauppila A. The levonorgestrel intrauterine system in menopausal hormone replacement therapy: five-year experience. *Fertility and Sterility* 1999; 72(1): 161-163.
54. Puolakka J, Nilsson C G, Haukkamaa M, Riikonen U, Sainio S, Savonius H, Lähteenmäki P. Conservative treatment of excessive uterine bleeding and dysmenorrhoea with levonorgestrel intrauterine system as an alternative to hysterectomy: P297 [30Th Congress Of The Federation Of Scandinavian Societies Of Obstetrics And Gynecology; Stockholm, Sweden 19-22 May 1996]. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1996; 75(16): 82.
55. Levonorgestrel-releasing device better value than hysterectomy. *PharmacoEconomics & Outcomes News* Feb 2001; 298: 8.
56. Lähteenmäki P and cols. Open randomised study of use levonorgestrel intrauterine system as alternative to hysterectomy. *British MedicalJournal* 1998; 316(7138): 1122-1126.
57. Prentice A. Open randomised study of use levonorgestrel intrauterine system as alternative to hysterectomy: Commentary *British MedicalJournal* 1998; 316(7138): 1126.
58. Maryann N. New Long-Acting Contraceptive - Can Also Help Women Avoid Hysterectomy. *HealthFacts* Mar 2001, pNA.
59. Nascimento, R, Bahamonds, L and cols. User's perspectives on bleeding patterns after two years of levonorgestrel-releasing intrauterine system use. *Drugs R & D* 2002; 3 (6): 387-391.
60. Treacy J and cols. Human endometrial stroma following exposure to the levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS). *J Ant* Nov 2002; 201(5): 432.
61. Critchley H O D, Wang H, Jones R, Drudy T, Gebbie A E, Buckley C H, Glasier A F. Endometrial features of decidualisation following long-term intrauterine levonorgestrel delivery FC608.1 [Xv Figo World Congress Of Gynecology And Obstetrics; Copenhagen, Denmark, 3-8 August, 1997: Programme And Abstracts Presented On Wednesday 6 August 1997] *Acta Obstet Gynecol Scand* Ago 1997; 76(167): 28.
62. Treacy J, McGavigan C J, Timms J, Bulut E H, Cameron I T, Campbell S, Warren M A, Li T C, Dockery P. Endothelial ultrastructure in human endometrium following exposure to levonorgestrel intrauterine system. *J Anat* Feb 2002; 200(2): 209.
63. McGavigan C J and cols. Hormonally mediated disturbance of angiogenesis in the human endometrium after exposure to intrauterine levonorgestrel. *Human Reproduction Update* 2003; 18(1): 77-84.
64. Rutanen E M. LOCAL IS LOGICAL: THE EFFECTS OF MIRENA® ON THE ENDOMETRIUM SS44.2 AOGS Volume 76 Supplement No 167 August 1997 p 33. [Xv Figo World Congress Of Gynecology And Obstetrics; Copenhagen, Denmark, 3-8 August, 1997: Programme And Abstracts Presented On Sunday 3 And Monday 4 August 1997]. *Acta Obstet Gynecol Scand* Ago 1997; 76(167): 33.
65. Roopa, B. A.; Loganath, Annamalai 1; Singh, Kuldeep. The effect of a levonorgestrel-releasing intrauterine system on angiogenic growth factors in the endometrium. *Human Reproduction*. 18(9):180

66. Videla- Rivero L, Etchepareborda JJ. Early chorionic activity in women bearing inert IUD and levonorgestrel-releasing IUD. *Contraception* 36: 217-226, 1987.
67. Hassan M A M, Killick S R. Is previous use of hormonal contraception associated with a detrimental effect on subsequent fecundity? *Human reproduction* 2004; 19(2): 344-351.
68. De Ggreef I, Berteloot P; Timmerman D, Deprest J, Amant F. Cervical pregnancy with levonorgestrel containing intrauterine contraceptive device, treated successfully with a sequential combination of methotrexate and mifepristone. *Int J Gynecol Cancer* 2003; 13(1): 112.
69. Ronit H and cols. Intraoperative levonorgestrel-releasing intrauterine device following uterine perforation: the role of progestins in adhesion formation. *Human Reproduction* 2003; 18(5): 990-993.
70. Backman T and cols. Pregnancy during the use of levonorgestrel intrauterine system. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004; 190: 50-54.
71. Choudry K, Humphreys F, Menage J. Rosacea in association with the progesterone-releasing intrauterine contraceptive device [Viewpoints in Dermatology: Correspondence]. *Clin Exp Dermatol* 2001; 26(1): 102.
72. Sindos M, Pital N, Setchell M, Singer A. Tubal migration: A rare complication of an intrauterine contraceptive device leading to formation of a hydrosalpinx. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 1109-10.
73. Backman T, Huhtala S, Luoto R, Tuominen J, Rauramo I, Koskenvuo M. Advance Information improves user satisfaction with the levonorgestrel intrauterine system. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* Apr 2002; 99(4): 608-613.
74. BRASIL. Ministério da Saúde/DataSUS. Informações demográficas e socioeconômicas. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 01 jun. 2004.
75. Vieira E M. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. *Revista Saúde Pública* 1994; 28(6): 440-8.
76. Villela W, Barbosa R. Opções contraceptivas e vivências da sexualidade: comparação entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas em região metropolitana do Sudeste do Brasil. *Contraceptive choices and experiences of sexuality: a comparison between sterilized and non-sterilized women. Revista de Saúde Pública* 1996, 30 (5): 452-9.
77. Tattersall J, Allison C J, Blacksell S. LEVONORGESTREL INTRAUTERINE SYSTEM IN ROUTINE USE: EXPERIENCES OF INSERTION P72.31. [Xv Figo World Congress Of Gynecology And Obstetrics; Copenhagen, Denmark, 3-8 August, 1997: Programme And Abstracts Presented On Thursday 7 August 1997]. *Acta Obstet Gynecol Scand* Ago 1997; 76(167): 51.
78. Glasier A F, Smith K B, Van der Spuy Z M, Ho P C, Cheng K D, Wellings K, Baird D T. Amenorrhea associated with contraception: an international study on acceptability. *Contraception* 2003; 67:1-8.
79. Tratado de Ginecologia – HALBE. Hans Wolfgang Halbe. Dispositivo intra-uterino. Cap. 134 Amenorréia. Vol 1. 3a ed. São Paulo: Roca, 2000.
80. Tratado de Ginecologia – Febrasgo. Vol I. Comissão de educação continuada da febrasgo 1993/1997 2000. Cap. 10 Abordagem Psicossomática em Tocoginecologia. Ed. Revinter.
81. Tratado de Ginecologia – Febrasgo. Vol I. Comissão de educação continuada da febrasgo 1993/1997 2000. Cap 12 Menstruar ou não menstruar; eis a questão Ed. Revinter.
82. Shain, R N, Ratsula K, Toironen J. Acceptability of an experimental intracervical device: results of a study controlling for selection bias. *Contraception* 1995; 39: 73-84.

# Apêndices

## QUADRO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Fui informado que a senhora é usuária de Mirena® e gostaria de fazer algumas perguntas sobre perspectivas e satisfação com o produto, através de contato telefônico. Estas informações são sigilosas e a senhora não será identificada na folha de respostas. Poderá também desistir a qualquer momento desta pesquisa ou deixar de responder a quaisquer das perguntas que julgar pertinente.

Aceito       Não aceito

Florianópolis, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**FONTE:** Dados obtidos após entrevistas a usuarias de SIU-Lng da cidade de Florianópolis - 2004.





**QUADRO 2 - Comentários atribuídos ao SIU-Lng com aspecto positivo em relação ao uso, na visão das usuárias.**

“Só lembro que agora eu sou uma mulher livre!”

“Recomendo pra todo mundo!”

“Meu médico me deu alguns panfletos para ler, o site do Mirena...”

“Gosto de coisas naturalistas, mas a menstruação me fazia tão mal que agora me sinto ótima.”

“Quando acabar a validade do Mirena, pretendo engravidar mas depois vou colocar outro”

“Se eu achasse que não menstruar fizesse mal à saúde, nem teria escolhido este método.”

“Acho bom fazer entrevista pelo telefone, acho que a gente acaba falando mais, fica menos intimidada.”

“Como meu marido já é vasectomizado, coloquei Mirena apenas pra não menstruar mais, eu sofria muito com a TPM.”

“Nem lembro mais como é menstruar. Estou tranqüila, posso tomar banho de mar, fazer tudo bem à vontade.”

“Recomendei para uma amiga que detestava menstruar, ela se incomodava muito.”

“Eu já não menstruava antes do Mirena, tomava pílula direto. Por isso escolhi este método...”

“Melhorou muito (vida sexual), como eu menstruava muito e tinha muita TPM, agora sobra mais tempo e disposição pro meu marido”

“Já recomendei para muitas amigas minhas da mesma faixa etária. Acho a menstruação um incômodo, fico desconfortável com o odor, com o medo de vazar. Me sinto agora com liberdade de movimento!”

“Fui informada que com o Mirena eu podia até ficar sem menstruar, mas para mim era indiferente. Escolhi pela anticoncepção e para aliviar minha TPM.”

“É como se eu não estivesse com o Mirena.”

“Eu acho que o Mirena vale muito a pena (*custos*), considerando o que eu gastava com pílula e com absorventes por mês, pra mim está sendo muito vantajoso...”

“Não me arrependo nem um pouquinho, gostei mesmo.” “De maneira alguma, gostaria de ter colocado antes!”

“Pra mim que antes usava pílula, achei que melhorou muito a libido...”

“A minha ginecologista usa há algum tempo, dando mais credibilidade, então resolvi colocar.”

“Eu precisava renovar o DIU, e a médica sugeriu o Mirena.”

“É algo que age localmente, não precisa lembrar de tomar todo dia e não perde tempo de ter de comprar todo mês!”

“Me sinto super protegida, mais confortável, não me atrapalha em nada.”

“É um investimento garantido, o melhor que eu já fiz. Me sinto muito segura.”

“Muito esporadicamente, por 1 a 2 dias, após urinar, percebo um tom avermelhado no papel higiênico, somente isso...”

“Retirei o Mirena para engravidar. Depois pretendo colocar novamente...”

“Foi ótima a colocação, senti uma cólicazinha muito leve na hora de inserir. Acho que o que ajudou é que já tive filhos de parto normal. Logo, pra mim, nem isso seria uma desvantagem...”

“Me sinto super segura, esqueço da vida.”

“Eu nem me lembro que uso Mirena, faz parte do meu organismo.”

**Fonte:** Dados obtidos após entrevistas a usuárias de SIU-Lng da cidade de Florianópolis - 2004.

**QUADRO 3 - Comentários atribuídos ao SIU-Lng com aspecto negativo em relação ao uso, na visão das usuárias.**

“Acho que a gente não deve parar se não é hora ainda.” (amenorréia)

“Já sugeri, mas as pessoas ficam muito em dúvida, pois ainda é muito novo.”

“Já cheguei a me arrepender por fazer uma coisa que não era muito clara pra mim. Ficar sem menstruar me parece uma quebra de um ciclo natural.”

“Não recomendo porque pra mim não deu certo...”

“Eu daria nota 10 se tivesse um custo mais acessível”

“Eu diria que a minha vida sexual por enquanto piorou, pois mesmo com um sangramento mínimo, aumentou para 7-8 dias de menstruação” (Paciente com 5 meses de uso)

Paciente GI CI, fez colocação ambulatorial, sem sedação: “Senti muita dor na colocação, foi horrível, passei 48 horas com dor de contração e nas costas, mas depois passou. Acho que é o único aspecto negativo do método.”

“Tive muito desconforto na colocação (paciente GI CI), fiz sem sedação. Tive hipotensão, náusea, sensação de puxo e uma cólica muito intensa, parecia que ia expulsar. Quando eu for colocar novamente, vou querer com sedação”

“Não dou 10 pro método, pois é algo muito novo, não sei se um dia podem descobrir alguma coisa negativa sobre ele.” “Tenho dúvidas se no futuro, como é um método muito novo, moderno, se não vai sair na mídia algum efeito negativo não previsto.”

“Só não dou 10 por que ainda não cheguei no meu principal objetivo quando coloquei o Mirena: parar de menstruar.”

“Ficar sempre saindo com algum absorvente na bolsa é um desconforto...”

“Tive não só um aumento da secreção vaginal, mas uma mucorréia intensa até 3 meses de uso.” (Declaração de uma paciente médica)

“Não recomendo para outras pessoas pois cada um deve decidir o que é mais adequado com o seu médico (*ginecologista*), acho que não devo influenciar, mesmo pra mim sendo bom.”

“No 1º mês de uso, tive sangramento tipo borra-de-café quase todos os dias.”

“Dou nota zero por que além de sempre estar com algum sangramento, eu queria ter parado de menstruar. Retirei então o Mirena (8 meses de uso).”

“Foi muito, decepcionante, achei que ia menstruar pouco”. (Paciente que retirou com 3 meses de uso)

“Aquele sangramento fora da menstruação é muito incômodo!”

Amenorréia: “Acho que faz mal, principalmente para a saúde mental, gosto de menstruar”

**FONTE:** Dados obtidos após entrevistas a usuárias de SIU-Lng da cidade de Florianópolis - 2004.