

MITOS & FACTOS

As evidências sobre a Contraceção Intrauterina

MITOS & FACTOS

As evidências sobre a Contraceção Intrauterina

Direto ao assunto:

Informação sobre CIU

Dor:

As evidências sobre a colocação
da CIU

Doença Inflamatória Pélvica:

Desmistificar a CIU

Gravidez ectópica (GEU):

As evidências sobre a Contraceção
Intrauterina

Escala de Dor:

Escala Visual Analógica

Direto ao assunto:

MITOS

A INFORMAÇÃO SOBRE **CONTRACEÇÃO INTRAUTERINA (CIU) É DEMORADA**



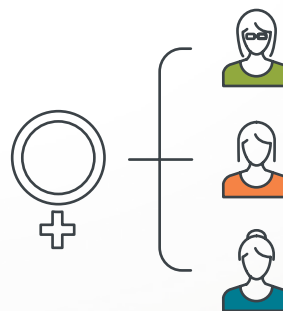
E NÃO PRECISAMOS DE PERDER TEMPO...
AS MULHERES **NÃO ESTÃO INTERESSADAS** EM CIU

Informação sobre CIU

& FACTOS

O ACONSELHAMENTO ÀS MULHERES SOBRE CIU PODE SER CONSEGUIDO DE FORMA **RÁPIDA E EFETIVA** EM

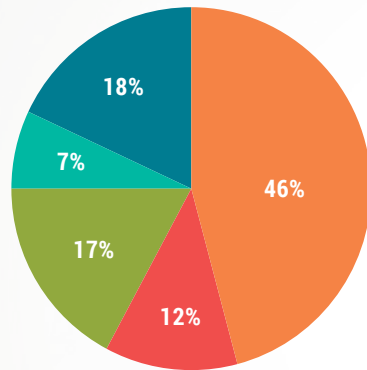
7 MINUTOS



A CIU TEM DEMONSTRADO SER UM MÉTODO CONTRACETIVO **POPULAR E EFETIVO** NUMA **VARIEDADE ALARGADA DE MULHERES**.^{2,3}

O **ACONSELHAMENTO ADEQUADO** SOBRE OS MÉTODOS CONTRACETIVOS AUMENTA A PROBABILIDADE DE **ESCOLHA CORRECTA E EFETIVA**⁴

QUANDO AS MULHERES FORAM INFORMADAS SOBRE TODAS AS OPÇÕES CONTRACETIVAS, E PUDEAM ESCOLHER O MÉTODO INDEPENDENTEMENTE DO CUSTO, **MAIS DE METADE ESCOLHEU A CIU**⁴



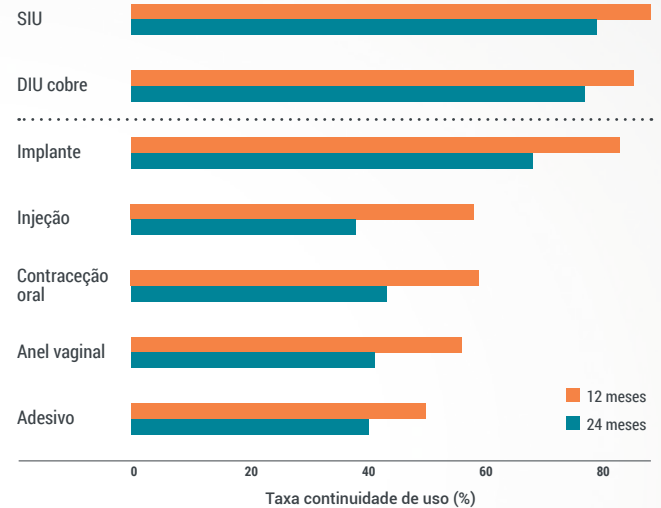
- **75% escolheu contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC) (CIU ou implante)**
- **Quase 60% escolheu CIU**
- **Sistema Intrauterino (SIU) foi o método mais frequentemente selecionado**

■ SIU (n=4,261) ■ DIU de cobre (n=1,101) ■ Implante (n=1,566)
 ■ Injeção (DMPA) (n=638) ■ Pílula, adesivo, anel (n=1,686)

MULHERES QUE OPTARAM PELA CIU TIVERAM AS **TAXAS MAIS ELEVADAS DE SATISFAÇÃO** E DE CONTINUIDADE DE USO.⁵



CONTINUIDADE DE USO



A CIU DEMONSTROU TER AS TAXAS DE CONTINUIDADE **MAIS ELEVADAS** AOS 12 E 24 MESES⁵

+80%

DAS UTILIZADORAS DE CIU **ESTAVAM SATISFEITAS** COM O SEU MÉTODO DE CONTRACEÇÃO ESCOLHIDO⁵

Dor:

MITOS

A COLOCAÇÃO DE UM SIU PODE SER **DIFÍCIL** E MAIS **DOLOROSA** EM MULHERES JOVENS OU NULÍPARAS ¹



As evidências sobre a colocação do CIU

& FACTOS

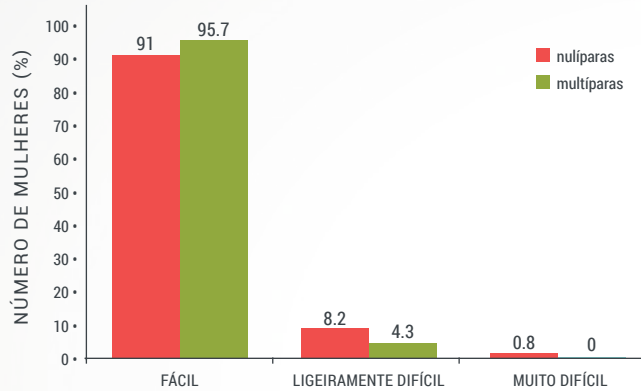
ESTUDOS DEMONSTRARAM QUE O SIU É COLOCADO COM FACILIDADE **INDEPENDENTEMENTE DA IDADE OU DA PARIDADE** ^{2,3,4,5}



E QUE A EXPERIÊNCIA É **MENOS DOLOROSA** DO QUE O ESPERADO ⁶

QUANDO QUESTIONADOS SOBRE A **FACILIDADE DE COLOCAÇÃO...**

DESCRIÇÃO DA COLOCAÇÃO PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

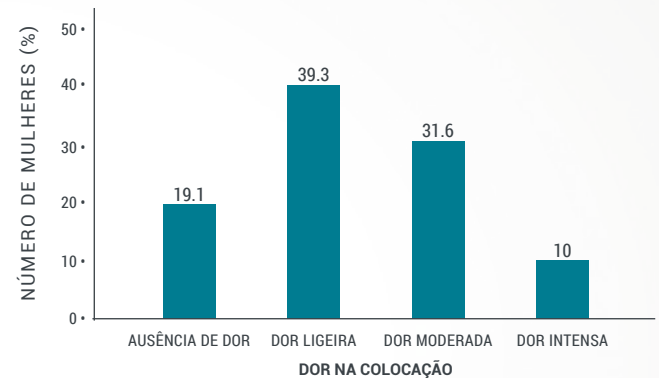


+90%

DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE CONSIDERARAM "FÁCIL" A COLOCAÇÃO DE SIU EM MULHERES NULÍPARAS ³

E AS MULHERES? REFERIRAM DOR?

DADOS DE **3 ESTUDOS CIENTÍFICOS**, QUE AVALIAM A DOR NA COLOCAÇÃO DO SIU MOSTRAM QUE (INCLUINDO 965 MULHERES): ³



1 EM 15 REFERIRAM NÃO TER DOR

7 EM 10 DESCREVERAM A DOR COMO LIGEIRA A MODERADA

QUANDO QUESTIONADAS SOBRE A EXPERIÊNCIA DA COLOCAÇÃO DO SIU (N=117)

QUASE

50%

DESCREVERAM A DOR NA COLOCAÇÃO DO CIU COMO SENDO **5 NA ESCALA DE DOR** ⁶

+70%

ACHARAM O PROCEDIMENTO MENOS DOLOROSO QUE O ESPERADO OU COMO ESPERADO ⁶

*(VAS, 0 = ausência de dor; 10 = extremamente doloroso)

Doença Inflamatória Pélvica:

MITOS



CONTRACEÇÃO INTRAUTERINA (CIU) **AUMENTA O RISCO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)**

A MULHER TEM DE **FAZER O RASTREIO** ÀS INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs) ANTES DA COLOCAÇÃO DA CIU



MULHERES MAIS JOVENS OU NULÍPARAS TÊM UM **RISCO SUPERIOR DE DIP**

Desmistificar a CIU

& FACTOS

A EVIDÊNCIA DEMONSTRA QUE O **RISCO DE DIP COM CIU É INFERIOR A 1%**^{1,5}

AS RECOMENDAÇÕES ATUAIS REFEREM QUE **NÃO É NECESSÁRIO** ADIAR A COLOCAÇÃO DE UM CIU ATÉ RECEBER OS RESULTADOS DO RASTREIO DE IST ^{6,9}



ESTUDOS RECENTES E ABRANGENTES DEMONSTRAM QUE O **RISCO** DE DIP EM MULHERES A USAR CIU **É BAIXO**, INDEPENDENTEMENTE DA **IDADE, PARIDADE, RISCO DE ISTs, TIMING DO RASTREIO DE ISTs E DA COLOCAÇÃO.**^{1,5}

5 ESTUDOS RECENTES DE LARGA ESCALA DEMONSTRAM A INCIDÊNCIA DE DIP COM CIU SER MENOR DO QUE

1%^{1,5}

DIP É UMA **COMPLICAÇÃO RARA** DA UTILIZAÇÃO DE CIU, MESMO EM MULHERES QUE TÊM UM RESULTADO POSITIVO PARA UMA IST NA ALTURA DA COLOCAÇÃO.²

NUM ESTUDO COORTE OBSERVACIONAL ENVOLVENDO 7611 MULHERES, A INCIDÊNCIA DE DIP NAS MULHERES COM RESULTADOS POSITIVOS NO RASTREIO DE IST NA ALTURA DA COLOCAÇÃO FOI

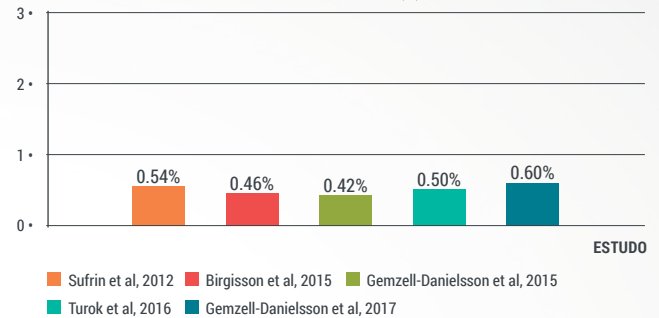
0.46%

MULHERES MAIS JOVENS OU NULÍPARAS **NÃO APRESENTAM UM RISCO MAIOR** DE DIP DO QUE MULHERES MAIS VELHAS MULTÍPARAS.³

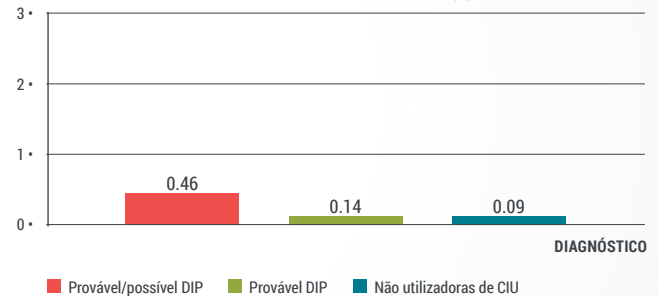
INCIDÊNCIA GLOBAL DE DIP NO COORTE APÓS 3 ANOS FOI

0.42%

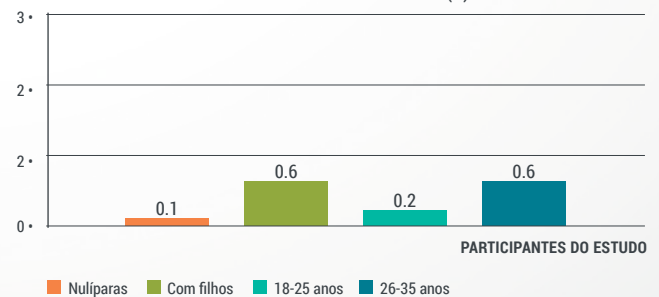
INCIDÊNCIA DE DIP (%)



INCIDÊNCIA DA DIP APÓS 6 MESES (%)

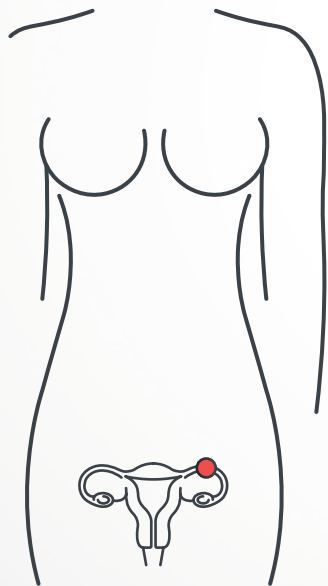


INCIDÊNCIA DE DIP APÓS 3 ANOS (%)



Gravidez ectópica (GEU):

MITOS



UMA GRAVIDEZ
ECTÓPICA PRÉVIA É
CONTRAINDICAÇÃO
AO USO DE CIU

As evidências sobre a Contraceção Intrauterina

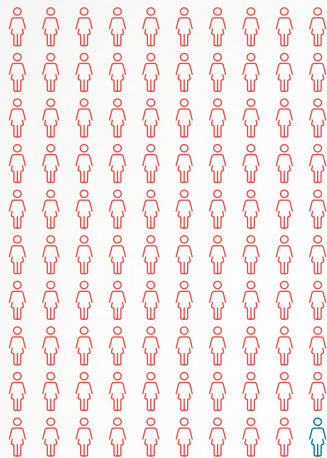
& FACTOS

A CIU É **ALTAMENTE EFETIVA**, A TAXA DE FALHA E, CONSEQUENTEMENTE, A TAXA ABSOLUTA DE GRAVIDEZ ECTÓPICA É EXTREMAMENTE BAIXA.^{1,2}



NÃO EXISTE RESTRIÇÃO
À UTILIZAÇÃO DE
CIU POR MULHERES
QUE TIVERAM UMA
GRAVIDEZ ECTÓPICA
PRÉVIA - CATEGORIA
1 NOS CRITÉRIOS DE
ELEGIBILIDADE DA OMS.³

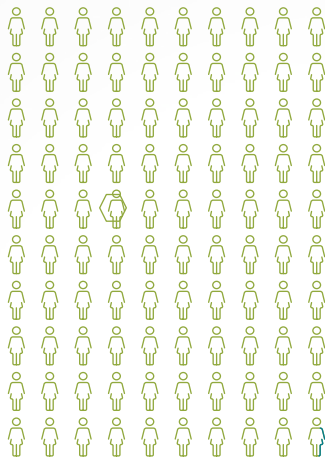
SEM CONTRACEÇÃO 1 EM CADA 100 GRAVIDEZES É ECTÓPICA.^{1,2,4}



■ Total de gravidezes (99%) (99.01%)
■ Gravidezes ectópicas (1%) (0.99%)

1%

COM SIU MENOS DE 1 EM CADA 100 GRAVIDEZES SÃO ECTÓPICAS.^{1,2}



■ Total de gravidezes (99.80%) (99.80%)
■ Gravidezes ectópicas (0.2%) (0.20%)

0.2%

A GRAVIDEZ É UM EVENTO MUITO RARO NAS UTILIZADORAS DE CIU. QUANDO ACONTECE, EXISTE UMA PROBABILIDADE MAIOR DA GRAVIDEZ SER ECTÓPICA.^{1,2}

CONTUDO, A TAXA DE FALHA DA CIU É EXTREMAMENTE BAIXA,⁵ PORTANTO O RISCO ABSOLUTO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA É TAMBÉM MUITO BAIXO.^{1,2}

MARQUE NA ESCALA A DOR MÁXIMA QUE PREVÊ SENTIR:

< DOR MÁXIMA

AUSÊNCIA DE DOR >

MARQUE NA ESCALA A DOR MÁXIMA QUE SENTIU:

< DOR MÁXIMA

AUSÊNCIA DE DOR >

DIRETO AO ASSUNTO: INFORMAÇÃO SOBRE CIU

1. Black K, et al. Global survey of healthcare practitioners' beliefs and practices around intrauterine contraceptive method used in nulliparous women. *Contraception* 2013; 88: 650–656.
2. Trussell J, et al. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2011; 83: 397–404.
3. Heinemann K, et al. Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices: the European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices. *Contraception* 2015; 91: 280–283.
4. Birgisson NE, et al. Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review. *J Womens Health (Larchmt)* 2015; 24(5): 349–53.
5. Peipert JF, et al. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol* 2011; 117: 1105–1113.

USO DE CIU: AS EVIDÊNCIAS SOBRE A DOR NA COLOCAÇÃO DA CIU

1. Black K, et al. A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2012; 17: 340–350.
2. Gemzell-Danielsson K, et al. The effect of age, parity and body mass index on the efficacy, safety, placement and user satisfaction associated with two low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive systems; subgroup analysis of data from a phase III trial. *PLoS ONE* 2015.
3. Gemzell-Danielsson K, et al. Overcoming barriers to levonorgestrel-releasing intrauterine system placement: an evaluation of placement of LNG-IUS 8 using the modified EvoInserter in a majority nulliparous population. *Contraception* 2017; 96: 426–431.
4. Marions L, et al. Use of the levonorgestrel releasing-intrauterine system in nulliparous women – a non-interventional study in Sweden. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2011; 16: 126–34.
5. Suhonen S, et al. Clinical performance of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and oral contraceptives in young nulliparous women: a comparative study. *Contraception* 2004; 69: 407–412.
6. Brockmeyer A, et al. Experience of IUD/IUS insertions and clinical performance in nulliparous women – a pilot study. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008; 13: 248–254.

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA: DESMISTIFICAR A CIU

1. Sufrin CB, et al. Neisseria gonorrhoea and Chlamydia trachomatis screening at intrauterine device insertion and pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 2012;120(6):1314-21.

2. Birgisson NE, et al. Positive Testing for Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis and the Risk of Pelvic Inflammatory Disease in IUD Users. *J Womens Health (Larchmt)* 2015;24(5):354-9.
3. Gemzell-Danielsson K, et al. The effect of age, parity and body mass index on the efficacy, safety, placement and user satisfaction associated with two low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive systems; subgroup analysis of data from a phase III trial. *PLoS ONE* 2015.
4. Turok D, et al. A prospective assessment of pelvic infection risk following same-day sexually transmitted infection testing and levonorgestrel intrauterine system placement. *Am J Obstet Gynecol* 2016;215:599
5. Gemzell-Danielsson K, et al. Evaluation of a new, low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive system over 5 years of use. *Eur J Obstet Gynecol RB* 2017;210:22-28
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. Practice Bulletin No. 121. *Obstet Gynecol* 2011;118:184–96.
7. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Committee Opinion: Best practices to minimize risk of infection with intrauterine device insertion. *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36(3):266–274.
8. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Intrauterine Contraception Clinical Effectiveness Unit, October 2015. Accessed at: <https://www.fsrh.org/documents/cecceu-guidance-iuc-apr-2015/>
9. Papic M, et al. Same day intrauterine device placement is rarely complicated by pelvic infection. *Womens Health Issues* 2015;25(1):22-7.

GRAVIDEZ ECTÓPICA (GEU): AS EVIDÊNCIAS SOBRE O RISCO DA CIU

1. Amanda Black et al. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7-Intrauterine Contraception, *J Obstet Gynaecol Can* 2016;38(2):182-222.
2. Klaas Heinemann, Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices: the European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices. *Contraception* 91 (2015) 280–283.
3. WHO Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th Edition, 2015.
4. Franks AL et al, Contraception and ectopic pregnancy risk. *Am J Obstet Gynecol* 1990 Oct; 163 (4 Pt 1): 1120-3.
5. James Trussell. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 83 (2011) 397–404.

