



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CÂMPUS DE PALMAS**

**MARGARIDA ARAÚJO BARBOSA MIRANDA**

**CONHECIMENTO, SATISFAÇÃO E REPERCUSSÕES CLÍNICAS RELACIONADAS  
À CONTRACEPÇÃO PERMANENTE POR INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA-  
TUBÁRIO**

**PALMAS –TO  
2018**

**MARGARIDA ARAÚJO BARBOSA MIRANDA**

**CONHECIMENTO, SATISFAÇÃO E REPERCUSSÕES CLÍNICAS RELACIONADAS  
À CONTRACEPÇÃO PERMANENTE POR INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA-  
TUBÁRIO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins para a obtenção do título de Mestre.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Danielle Rosa Evangelista

**PALMAS –TO  
2018**

Dados da Catalogação Anglo-American Cataloguing Rules – AACR

---

M672c

Miranda, Margarida Araújo Barbosa

Conhecimento, satisfação e repercussões clínicas relacionadas à contracepção permanente por inserção de dispositivo intra-tubário. / Margarida Araújo Barbosa Miranda. -- Palmas, TO: [S.n], 2018.

109 f.; il.

Impresso por computador (Fotocópia)

Dissertação (Mestrado Profissional em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Tocantins-UFT.

Orientadora: Profª Drª. Rosa Evangelista

1. Saúde da mulher – Ciências da Saúde. 2. Contracepção permanente. 3. Diagnóstico situacional - Saúde Pública – Palmas-TO (Cidade). I. Título.

CDD 614

CDU 613.99

614: 613 (811.7)

NLM WP 630

MARGARIDA ARAÚJO BARBOSA MIRANDA

CONHECIMENTO, SATISFAÇÃO E REPERCUSSÕES CLÍNICAS RELACIONADAS  
À CONTRACEPÇÃO PERMANENTE POR INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA-  
TUBÁRIO

Dissertação apresentada ao Mestrado  
Profissional em Ciências da Saúde da  
Universidade Federal do Tocantins para a  
obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 18 / 05 / 2018

Banca Examinadora:

Danielle Rosa

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Danielle Rosa Evangelista  
Orientadora  
Instituição: Universidade Federal do Tocantins

Tiago Barreto de C. e Silva

Prof. Dr. Tiago Barreto de Castro e Silva  
Examinador Externo  
Instituição: Universidade Federal do Tocantins

Victor R. Nepomuceno

Prof. Dr. Victor Rodrigues Nepomuceno  
Examinador Interno  
Instituição: Universidade Federal do Tocantins

Aos meus pais **Alcindo Barbosa dos Santos** e **Adélia Araújo Barbosa**, minha inspiração pelo exemplo de luta, amor incondicional e por me ensinarem a trilhar o caminho da virtude. Ao meu esposo **Wellington Gomes Miranda**, presente de Deus, por sua colaboração, incentivo, amor e compreensão. Aos meus filhos **Guilherme Barbosa Novais** e **Giovanna Barbosa Miranda**, fonte da minha inspiração, força e amor, razões que me levam a transformar dificuldades em oportunidades, a superar o medo e os momentos difíceis da vida.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, essência de sabedoria, pelo dom da vida.

À minha orientadora **Prof<sup>a</sup>. Dra. Danielle Rosa Evangelista**, pela dedicação, paciência diante das minhas indecisões, objetividade e, acima de tudo, pela competência. Atributos que foram essenciais para a concretização deste trabalho.

Ao meu esposo **Wellington Gomes Miranda**, meu irmão **Daniel Antônio Araújo Barbosa**, minha cunhada **Jessyka Soares de Carvalho** e meu amigo **Glamar Cunha da Silva**, por toda a colaboração na etapa de coleta dos dados.

Aos **Agentes Comunitários de Saúde** que colaboraram na indicação de endereço de algumas mulheres.

Aos meus **familiares e amigos**, pelo carinho e amizade e pela compreensão em virtude da minha ausência.

Aos meus **colegas de trabalho da Escola Tocantinense do SUS**, pela amizade e incentivo.

Aos **colegas, professores, coordenador e funcionários do Mestrado de Ciências da Saúde da UFT**, pelos momentos que vivenciamos no decorrer dessa jornada.

Aos meus **colegas do Curso de Direito da Faculdade Católica do Tocantins**, pelo carinho, amizade e incentivo ao enfrentamento das dificuldades decorrentes da dupla jornada de estudos.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Palmas e Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins**, pela liberação para realização da coleta de dados.

Às **mulheres** que se disponibilizaram a participar, tornando possível este estudo.

Aos membros da Banca Examinadora, **Prof. Dr. Victor Rodrigues Nepomuceno** e **Prof. Dr. Tiago Barreto de Castro e Silva**, pela disponibilidade e prontidão em que aceitaram o convite e pelas relevantes contribuições.

A todos aqueles que de uma forma ou de outra, contribuíram para a conclusão deste trabalho.

*“As leis não bastam. Os lírios não nascem da lei.”*

Carlos Drummond de Andrade

## RESUMO

Estudo transversal, abordagem quantitativa e caráter descritivo, que objetivou realizar diagnóstico situacional acerca do dispositivo intra-tubário de contracepção permanente (DIT), na perspectiva do conhecimento e satisfação das usuárias, bem como da segurança à saúde. A população foi composta por 32 mulheres, residentes em Palmas-TO e submetidas à inserção do DIT em serviço público de referência estadual. Os dados foram coletados de junho a outubro de 2017, utilizando entrevista semiestruturada e analisados no Programa *Stata* versão 14.0. As variáveis categóricas foram descritas por meio de proporção e as contínuas, por média e desvio padrão. Foram feitas análises de associações entre níveis de conhecimento ou satisfação de acordo com as variáveis independentes, sendo utilizado Teste de Fisher para testar as proporções e Teste Mann Whitney, para as médias. O perfil sociodemográfico mostrou mulheres com  $35,2 \pm 2,9$  anos de idade, maioria com parceria fixa e pardas, ensino médio como nível de escolaridade predominante e ocupavam funções variadas. A média do número de filhos foi de  $2,8 \pm 1,1$ . A média do tempo de espera para a inserção do DIT foi de 2,5 meses. Todas as mulheres inseriram o DIT fora do período gravídico puerperal. A média de idade das mulheres à época do procedimento foi de  $31,9 \pm 3$  anos. A principal informação fornecida às mulheres foi sobre a definitividade do método e a liberdade de desistir a qualquer tempo antes de sua realização (96,9%). A maioria (96,9%) das mulheres participou de atividades educativas. As mulheres relataram acompanhamento por equipe multiprofissional. 96,9% realizaram o teste de gravidez. 10 (31,3%) mulheres informaram não ter realizado o teste confirmatório do DIT. Não houve consulta de retorno para 43,9 % das mulheres, principalmente pelo fato do serviço não estar funcionando (42,9%). O relato das repercussões clínicas indicou a dor durante o procedimento ( $n=20$ ) como a mais comum neste estudo. Outras repercussões também foram citadas. A maioria (93,8%) das mulheres apresentaram um nível de conhecimento satisfatório em relação às características do DIT. Houve associação entre a participação na atividade educativa e o nível de conhecimento satisfatório em relação ao DIT ( $p=0,000$ ). A maioria (96,9%) das mulheres também obteve conhecimento satisfatório sobre o procedimento e mecanismo de ação do DIT e acerca das recomendações antes e após o procedimento. De todas as variáveis do conhecimento, as repercussões clínicas foram as menos conhecidas pelas mulheres, sendo a maioria (84,4%) classificada com nível insatisfatório. Houve associação estatisticamente significativa entre o estado civil separada e o nível de conhecimento insatisfatório com relação às repercussões clínicas do DIT ( $p=0,000$ ). Ter renda maior associou-se com conhecimento insatisfatório das mulheres sobre repercussões clínicas ( $2.843,18 \pm 2.243,73$   $p= 0,031$ ). A maioria (78,1%) das mulheres está totalmente satisfeita com o método. Ficou evidente neste estudo o vazio assistencial ocasionado pelo fechamento do serviço de referência, além de fragilidades no aconselhamento pela equipe multiprofissional, incluindo a ineficiência das atividades educativas, percebida a partir do grande número de mulheres com conhecimento insatisfatório em variáveis indispensáveis ao processo de escolha livre e esclarecida, como repercussões clínicas e contraindicações do método.

**Palavras-chave:** Conhecimento. Satisfação. Repercussões clínicas. Contracepção permanente. Essure®.



## ABSTRACT

A cross-sectional study, a quantitative approach and a descriptive character, aimed at performing a situational diagnosis about the intra-tubal device of permanent contraception (ITD), in the perspective of users' knowledge and satisfaction, as well as health security. The population was composed of 32 women, living in Palmas-TO and submitted to the insertion of the DIT into a state public reference service. The data were collected from June to October 2017, using a semistructure interview and analyzed in the Stata Program version 14.0. Categorical variables were described by means of proportion and the continuous variables, by mean and standard deviation. Analyzes were made of associations between levels of knowledge or satisfaction according to the independent variables, using Fisher's test to test the proportions and Mann Whitney test for the means. The sociodemographic profile showed women with  $35.2 \pm 2.9$  years of age, majority with fixed partnership and browns, high school as predominant level of education and occupied varied functions. The mean number of children was  $2.8 \pm 1.1$ . The mean waiting time for insertion of the DIT was 2.5 months. All the women inserted the DIT outside the puerperal pregnancy period. The mean age of the women at the time of the procedure was  $31.9 \pm 3$  years. The main information provided to women was about the definiteness of the method and the freedom to give up at any time before its completion (96.9%). The majority (96.9%) of the women participated in educational activities. The women reported follow-up by multiprofessional team. 96.9% performed the pregnancy test. 10 (31.3%) women reported not having performed the confirmatory DIT test. There was no return consultation for 43.9% of the women, mainly because the service was not functioning (42.9%). The report of the clinical repercussions indicated pain during the procedure ( $n = 20$ ) as the most common in this study. Other repercussions were also cited. The majority (93.8%) of the women had a satisfactory level of knowledge regarding the characteristics of the ITD. There was an association between participation in the educational activity and the level of knowledge satisfactory in relation to ITD ( $p = 0.000$ ). The majority (96.9%) of the women also obtained satisfactory knowledge on the procedure and mechanism of action of the ITD and on the recommendations before and after the procedure. Of all knowledge variables, the clinical repercussions were the least known among women, with the majority (84.4%) classified as unsatisfactory. There was a statistically significant association between the separate marital status and the unsatisfactory level of knowledge regarding the clinical repercussions of ITD ( $p = 0.000$ ). Having higher income was associated with unsatisfactory knowledge of women on clinical repercussions ( $2,843.18 \pm 2.243,73$   $p = 0.031$ ). The majority (78.1%) of women are fully satisfied with the method. It was evident in this study the assistance gap caused by the closure of the reference service, as well as weaknesses in counseling by the multiprofessional team, including the inefficiency of educational activities, perceived from the large number of women with unsatisfactory knowledge in variables indispensable to the process of free choice and clarified, as clinical repercussions and contraindications of the method.

**Keywords:** Knowledge. Satisfaction. Clinical repercussions. Permanent contraception. Essure®.

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1	- Títulos dos artigos selecionados, periódicos e ano de Publicação .....	17
Quadro 2	- Repercussões clínicas relacionadas à contracepção permanente por inserção do DIT de contracepção permanente .....	19
Quadro 3	- Eficácia do DIT de Contracepção Permanente.....	22
Quadro 4	- Nível de satisfação das usuárias do DIT de Contracepção Permanente .	23
Fluxograma 1	- Participantes do Estudo.....	28
Figura 1	- Distribuição (%) das mulheres submetidas ao procedimento de inserção do DIT de contracepção permanente segundo participação em atividade educativa .....	44

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição (%) das mulheres submetidas ao procedimento de inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) segundo características socioeconômicas e demográficas. Palmas, 2017. (n=32) .....	34
Tabela 2 - Distribuição (%) das mulheres submetidas ao procedimento de inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) segundo características reprodutivas. Palmas, 2017. (n=32) .....	35
Tabela 3 - Distribuição (%) das mulheres submetidas ao procedimento de inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) segundo aspectos legais que envolvem o procedimento de contracepção permanente e o fluxo de atenção em planejamento reprodutivo de contracepção permanente. Palmas, 2017. (n=32).....	37
Tabela 4 - Distribuição (%) das mulheres submetidas ao procedimento de inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) segundo recebimento de informações sobre o procedimento. Palmas, 2017. (n=32) .....	43
Tabela 5 - Distribuição (%) das mulheres submetidas ao procedimento de inserção do DIU de contracepção permanente segundo acompanhamento profissional, exames realizados e uso de medicação. Palmas, 2017. (n=32).....	45
Tabela 6 - Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIU de contracepção permanente segundo características da atenção recebida após o procedimento. Palmas, 2017. (n=32) .....	50
Tabela 7 - Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIU de contracepção permanente segundo motivos que levaram a não realização da consulta de retorno. Palmas, 2017. (n=14).....	52
Tabela 8 - Distribuição (%) das mulheres submetidas ao procedimento de inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) segundo o relato de repercussões clínicas. Palmas, 2017. (n=32) .....	54
Tabela 9 - Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIU de contracepção permanente em relação ao nível de conhecimento sobre o DIU. Palmas, 2017. (n=32).....	57
Tabela 10 - Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIU de contracepção permanente segundo características socioeconômicas,	

	acompanhamento profissional, atividade educativa e nível de conhecimento sobre o método. Palmas, 2017. (n=32) .....	59
Tabela 11 -	Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente em relação ao nível de conhecimento sobre o procedimento e mecanismo de ação. Palmas, 2017. (n=32) .....	60
Tabela 12 -	Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente segundo características socioeconômicas, acompanhamento profissional, atividade educativa e nível de conhecimento sobre o procedimento. Palmas2017. (n=32) .....	62
Tabela 13 -	Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente em relação ao nível de conhecimento sobre as recomendações antes e após o procedimento. Palmas, 2017. (n=32) .....	63
Tabela 14 -	Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente segundo características socioeconômicas, acompanhamento profissional, atividade educativa e nível de conhecimento sobre das recomendações antes e após procedimento. Palmas, 2017. (n=32) .....	65
Tabela 15 -	Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente em relação ao nível de conhecimento sobre as repercussões clínicas. Palmas, 2017. (n=32).....	66
Tabela 16 -	Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente segundo características socioeconômicas, acompanhamento profissional, atividade educativa e nível de conhecimento sobre as repercussões clínicas. Palmas, 2017. (n=32) .....	69
Tabela 17 -	Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente em relação ao nível de conhecimento sobre contraindicações. Palmas, 2017. (n=32) .....	71
Tabela 18 -	Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente segundo características socioeconômicas, acompanhamento profissional, atividade educativa e nível de conhecimento sobre as contraindicações. Palmas, 2017. (n=32) .....	72

Tabela 19 - Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do Dispositivo Intratubário (DIT) em relação ao dispositivo, procedimento e mecanismo de ação, recomendações e contraindicações. Palmas, 2017. (n=32).....	73
Tabela 20 - Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente em relação ao nível de satisfação sobre o DIT e sobre o serviço que realizou o procedimento. Palmas, 2017. (n=32).....	74
Tabela 21 - Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente segundo características socioeconômicas, acompanhamento profissional, atividade educativa e nível de satisfação. Palmas, 2017. (n=32) .....	77

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1.1</b>	<b>DIT de contracepção permanente: uma revisão de literatura acerca das repercussões clínicas, eficácia e nível de satisfação</b> .....	16
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	25
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	25
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> .....	25
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	26
<b>3.1</b>	<b>Tipo de estudo</b> .....	26
<b>3.2</b>	<b>Participantes e local de estudo</b> .....	27
<b>3.2.1</b>	<b>Critérios de inclusão e exclusão</b> .....	28
<b>3.3</b>	<b>Procedimentos éticos</b> .....	29
<b>3.3.1</b>	<b>Riscos e benefícios envolvidos na execução da pesquisa</b> .....	29
<b>3.4</b>	<b>Instrumentos e procedimentos para coleta de dados</b> .....	29
<b>3.5</b>	<b>Análise de dados</b> .....	30
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	33
<b>4.1</b>	<b>Perfil demográfico, socioeconômico e reprodutivo</b> .....	33
<b>4.2</b>	<b>Cuidados na espera para o procedimento de inserção do DIT (Tempo, fluxo e legislação)</b> .....	36
<b>4.3</b>	<b>Repercussões clínicas decorrentes do procedimento de inserção</b> .....	54
<b>4.4</b>	<b>Nível de conhecimento e de satisfação das usuárias sobre a contracepção permanente por DIT</b> .....	57
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	79
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	86
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	88
	<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS</b> .....	94
	<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	100
	<b>APÊNDICE C - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO</b> .....	103
	<b>ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	104
	<b>ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA E COMPROMISSO/ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS</b> .....	107

<b>ANEXO C – TERMO DE LIBERAÇÃO PARA COLETA DE DADOS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS.....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO D - PARECER Nº 04-02/2017 DA COMISSÃO DE PROJETO E PESQUISA DA FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS .....</b>	<b>109</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A contracepção permanente por inserção de dispositivo intra-tubário (DIT), é um procedimento realizado em regime ambulatorial, por histeroscopia, sem necessidade de anestesia. O tempo rápido de procedimento varia de 8,1 a 13 minutos, com alta da mulher de 30 a 60 minutos após o procedimento, sendo uma das vantagens desse método. O dispositivo expande ao ser liberado e acomoda-se no primeiro terço da tuba uterina, ocasionando uma reação tecidual natural e consequente obstrução da tuba uterina após noventa dias (CONCEPTUS, 2012).

Aprovado em 2002 pela *Food and Drug Administration* (FDA)<sup>1</sup>, é comercializado com o nome *Essure*® e consiste em um micro espiral formado de fibras de poliéster (dacron), níquel e titânio (FEBRASGO, 2011).

De acordo com *Essure Instructions for Use*, a taxa de eficácia do *Essure*® em 4 anos foi de 99,8%. A taxa de implante bilateral, que mede a colocação bem-sucedida do dispositivo na primeira tentativa, é de 99% (ARJONA *et al.*, 2008). Com base em três anos de estudos clínicos, o *Essure*® apresentou a menor taxa de falha entre todos os métodos de controle permanentes, com 1,6 gravidez em 1000 mulheres contra 4,6 nos procedimentos de salpingectomia (PETERSON *et al.*, 1996) e 11,3 para vasectomia (JAMIESON *et al.*, 2002).

Em um estudo com 253 mulheres submetidas ao procedimento de inserção do DIT, a percepção de dor foi citada como um desconforto similar às cólicas menstruais, com classificação da dor, numa escala de 0 a 10, de 2,5 para o *Essure*® e 3,5 para as cólicas menstruais. (LEVY; LEVIE; CHILDERS, 2007). A maioria das mulheres (74,2%) voltam ao trabalho no mesmo dia da realização do procedimento (CONNOR, 2009).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº.2.084/GM de 26 de outubro de 2005, prevê a aquisição direta e distribuição pelo Ministério da Saúde aos estados, municípios e Distrito Federal, dos anticoncepcionais hormonais, bem como o financiamento dos produtos contraceptivos (DIU, Diafragma), através do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta Portaria não consta o DIT no rol de insumos disponibilizados aos municípios pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a).

No Brasil a esterilização feminina é regulada pela Lei 9.263/96 que trata do planejamento familiar, sendo garantida no SUS por meio da laqueadura tubária convencional.

---

<sup>1</sup> Órgão do governo dos Estados Unidos, criado em 1862, com a função de controlar os alimentos e medicamentos, por meio de testes e pesquisas.



Todavia alguns estados disponibilizam e/ou já disponibilizaram pelo SUS, o DIT de contracepção permanente como é o caso do Espírito Santo, São Paulo, Distrito Federal e o Tocantins.

Apesar do DIT não ter sido contemplado no elenco de métodos contraceptivos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, em 2013, a Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins inaugurou um ambulatório, em parceria com o município de Palmas para inserção deste dispositivo, inicialmente em mulheres residentes no município de Palmas, que aguardavam para o procedimento de esterilização por meio da laqueadura convencional. Posteriormente foram incluídos os municípios de Porto Nacional e Araguaína, de acordo com a demanda. O serviço encerrou suas atividades em 2014.

Cada Kit, suficiente para a realização de 01 procedimento, foi adquirido pelo valor de R\$5.000,00 (cinco mil reais), de acordo com o Termo de Referência de Solicitação elaborado pela Diretoria de Atenção Primária da SESAU-TO.

De acordo com a Planilha de Procedimentos da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, de Inserção do *Essure*® no Tocantins, nos anos de 2013 e 2014 foram inseridos DIT para Contracepção Feminina Permanente em 429 mulheres, sendo 396 do município de Palmas, 14 de Porto Nacional e 19 de Araguaína.

Ante o exposto e considerando evidências de benefícios do DIT para contracepção permanente, como a alta eficácia, dispensa de anestesia e agilidade da técnica, trazendo possibilidades no campo da atenção a mulher no planejamento reprodutivo, como a ampliação do acesso ao método definitivo, incluindo a diminuição da demanda reprimida para laqueadura convencional. Além disso, com provável contribuição para a redução das indicações desnecessárias de cesarianas, muitas vezes atreladas ao procedimento de laqueadura. Ademais, este sistema contrapõe-se à laqueadura tubária por cirurgia abdominal aberta ou por via laparoscópica, que requer a utilização de centro cirúrgico, anestesista e internação, ocasionando um maior tempo de espera, em virtude de outros procedimentos cirúrgicos emergenciais, além de implicar em exposição aos riscos que acompanham as cirurgias eletivas.

Outrossim, a constatação de que trata-se de um método ainda não selecionado pelo Ministério da Saúde no elenco mínimo de contraceptivos a serem disponibilizados no SUS, faz com que seja pouco difundido e estudado no Brasil.

Todas essas razões motivaram a elaboração do presente estudo e sua relevância pode estar associada à possibilidade de oferecer aos gestores, profissionais da saúde e comunidade em geral, especialmente às mulheres, um diagnóstico situacional acerca do DIT,

incluindo o perfil socioeconômico das usuárias, tempo de espera, repercussões clínicas e o nível de satisfação das usuárias, além de subsídios científicos sobre o método em questão, proporcionando a estes atores, conhecimento sobre o DIT de contracepção permanente ofertado pelo SUS, por meio da Secretaria de Estado da Saúde.

Ademais, os achados deste estudo podem contribuir para reflexões acerca de algumas das questões mais centrais da atenção ao usuário do SUS, no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, incluindo o direito aos meios e métodos de contracepção seguros e eficazes, bem como a adoção ponderada pelo SUS de novas tecnologias de contracepção temporária e definitiva, além de contribuir para a elaboração de documentos referenciais e para a implementação da Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher, no eixo do Planejamento Reprodutivo.

Outro aspecto relevante deste estudo reside no fato de que existem mulheres com o DIT implantado no Tocantins, onde não se tem registro de um acompanhamento das mesmas, a fim de saber se existem arrependimentos, manifestações clínicas desfavoráveis ou outras questões relacionadas ao método.

Desta forma, o objeto da pesquisa foram as usuárias do DIT de contracepção permanente, que realizaram o procedimento no Tocantins, na perspectiva de elucidar aspectos do conhecimento dessas mulheres quanto ao método, bem como a satisfação e repercussões clínicas ocorridas após a realização do procedimento.

Assim, algumas questões foram colocadas como centrais nesta pesquisa: Qual o perfil socioeconômico das usuárias submetidas ao procedimento de inserção do DIT? Qual foi o tempo de espera para o procedimento? Quais as repercussões clínicas? Qual o conhecimento das usuárias sobre a contracepção permanente por DIT? Qual a satisfação das mulheres com o método contraceptivo objeto deste estudo?

### **1.1 DIT de contracepção permanente: uma revisão de literatura acerca das repercussões clínicas, eficácia e nível de satisfação**

Em revisão de literatura objetivando a busca do maior número de artigos que versassem acerca da temática desta dissertação, foram selecionados 20 artigos publicados, não limitados aos últimos 5 anos, em virtude do pequeno número encontrado de publicações, conforme quadros 1,2,3 e 4. A pesquisa foi efetuada por meio do site de busca da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), de 01 a 17 de novembro de 2015 utilizando-se os descritores "*tubal*

*sterilization and hysteroscopy*" e "*Essure®*", sendo realizada nova busca para inclusão de alguns artigos mais atualizados, no período de 02 a 22 de abril de 2018.

**Quadro 1 - Títulos dos artigos selecionados, periódicos e ano de Publicação**

<b>Título</b>	<b>Periódico</b>	<b>Ano de Publicação</b>
1. Safety and patients' satisfaction after hysteroscopic sterilisation.	J Obstet Gynaecol	2017
2. Essure Permanent Birth Control, Effectiveness and Safety: An Italian 11-Year Survey.	JMIG (The Journal Of Minimally Invasiv Gynecology)	2017
3. Evaluation of Nickel Allergic Reactions to the Essure Micro Insert: Theoretical Risk or Daily Practice?	JMIG	2017
4. The feasibility, safety, and effectiveness of hysteroscopic sterilization compared with laparoscopic sterilization.	Am J Obstet Gynecol	2017
5. Experiência inicial com a oclusão tubária por via histeroscópica (Essure®).	Einstein	2016
6. Referrals for complications following hysteroscopic sterilisation: characteristics associated with symptomatic patients after the Essure procedure.	<u>Eur J Contracept Reprod Health Care</u>	2016
7. Incidence and risk factors for chronic pelvic pain after hysteroscopic sterilization	JMIG	2015
8. Hysteroscopic Essure Inserts for Permanent Contraception: Extended Follow-Up Results of a Phase III Multicenter International Study.	JMIG	2015
9. Essure Surgical Removal and Subsequent Symptom Resolution: Case Series and Follow-Up Survey	JMIG	2015
10. Ultrasound Assessment of the Essure Contraceptive Devices: Is Three-Dimensional Ultrasound Really Needed?	JMIG	2015

(continua)

**Quadro 1 - Títulos dos artigos selecionados, periódicos e ano de Publicação**

(conclusão)

<b>Título</b>	<b>Periódico</b>	<b>Ano de Publicação</b>
11. Essure Hysteroscopic Sterilization Versus Interval Laparoscopic Bilateral Tubal Ligation: A Comparative Effectiveness Review	JMIG	2015
12. Safety and efficacy of hysteroscopic sterilization compared with laparoscopic sterilization: an observational cohort study.	BMJ (Clinicalresearch ed.) / British Medical Association	2015
13. Hysteroscopic Sterilization: 10-Year Retrospective Analysis of Worldwide Pregnancy Reports	JMIG	2014
14. Essure® and chronic pelvic pain: a population-based cohort.	J Obstet Gynaecol	2014
15. Tubal sterilization: pregnancy rates after hysteroscopic versus laparoscopic sterilization in France, 2006-2010	Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol	2014
16. Analysis of Adverse Events With Essure Hysteroscopic Sterilization Reported to the Manufacturer and User Facility Device Experience Database	JMIG	2013
17. Efficacy of Essure hysteroscopic sterilization – 5 years follow up of 1200 women	Gynecological Endocrinology	2013
18. Nickel-induced systemic contact dermatitis and intratubal implants: the baboon syndrome revisited.	Dermatitis	2013
19. Complications of hysteroscopic Essure® sterilisation: report on 4306 procedures performed in a single centre	BJOG / Royal College of Obstetricians and Gynaecologists	2012
20. Satisfaction and tolerance with office hysteroscopic tubal sterilization	Fertility and Sterility®	2018

Fonte: A autora

Em relação às repercussões clínicas do DIT de contraceção permanente foram incluídos 14 artigos, conforme descritos no Quadro 2.

**Quadro 2 - Repercussões clínicas relacionadas à contraceção permanente por inserção do DIT de contraceção permanente**

<b>Repercussão</b>	<b>Classificação</b>	<b>Nº de artigos</b>
Dor pélvica	Aguda após a esterilização histeroscópica	04
	Dor persistente em 3 meses após o procedimento	03
Dor durante o procedimento		06
Doença Inflamatória Pélvica		02
Mal posicionamento do dispositivo		01
Dispositivo erroneamente colocado no miométrio		01
Migração do dispositivo		02
Sangramento anormal		02
Perfuração		03
Perfuração tubária		01
Síncope vasovagal		04
Alergia ao níquel		02
Expulsão do dispositivo		03
Gravidez ectópica		01

Fonte: A autora

Dentre as repercussões clínicas apresentadas nesses 14 artigos, a dor foi a mais citada (13 artigos), sendo a maioria classificada como dor durante o procedimento (06). A síncope vasovagal foi a segunda repercussão clínica mais citada (04).

Cabezas-Palacios *et al.* (2017) realizaram um estudo (artigo 1) com 1.056 mulheres submetidas ao procedimento de inserção do *Essure*®, com o objetivo de compreender as possíveis complicações do dispositivo, entre outros aspectos e identificaram que 84,7% das mulheres não apresentaram dor ou tiveram dor leve durante a inserção. Apenas 1,1 % tiveram dor avaliada como maior que uma cólica menstrual e 15,3% das usuárias relataram ter dor pélvica ou desconforto durante os 3 meses após a inserção.

O artigo 2, de Franchini *et al.* (2017), objetivou descrever os resultados de segurança, tolerabilidade e eficácia do *Essure*® por meio de um acompanhamento mínimo de 2 anos de 1.968 mulheres submetidas ao procedimento. Dentre os resultados apresentados neste estudo, no que se refere às repercussões clínicas, foram relatadas 4 perfurações, 1 expulsão, dor após o procedimento, sendo avaliada como mínima e breve, dor pélvica em 9 mulheres, tornando-se intratável e necessitando, portanto, de remoção dos dispositivos por via laparoscópica.

Sills e Dalton (2016), realizaram um estudo (artigo 6) com 07 mulheres acompanhadas por complicações pós *Essure*®, dentre elas a migração do dispositivo e a perfuração tecidual. De acordo com os autores foi necessário recorrer à histerectomia em 03 mulheres.

De acordo com Yunker *et al.* (2015), em estudo realizado (artigo 7) com 458 mulheres submetidas ao procedimento de inserção do DIT de contracepção permanente, a esterilização histeroscópica pode ocasionar dor pélvica, estando mais propensos os pacientes com diagnóstico de dor crônica pré-existente. De acordo com os autores a dor pélvica após o procedimento se resolveu dentro de 3 meses para 50% das mulheres. Neste estudo, a incidência de dor pélvica aguda após a esterilização histeroscópica foi de 8,1%, e de dor persistente em 3 meses após o procedimento foi de 4,2%.

Com o objetivo de avaliar a incidência de dor pélvica crônica em mulheres submetidas ao sistema *Essure*®, Berral *et al.* (2014), realizaram um estudo (artigo 14) com 4.274 pacientes, de janeiro de 2005 a dezembro de 2011 e verificaram que 0,16% apresentaram dor pélvica crônica, exigindo a remoção do dispositivo. Ocorreu também síncope vasovagal em 06 pacientes, sem necessidade de analgésicos e para 01 caso que exigiu analgesia e monitoramento intravenoso. O estudo concluiu que a dor pélvica crônica é muito rara após a colocação do DIT de contracepção permanente e que a remoção destes dispositivos geralmente melhora a dor.

Al-Safi *et al.* (2013) fizeram uma revisão dos relatórios on-line (artigo 16), disponíveis no banco de dados do fabricante, de mulheres submetidas a esterilização tubária por inserção do *Essure*®, no período de novembro de 2002 a fevereiro de 2012. Neste estudo a dor também foi o evento mais relatado (47,5%), seguida de mal funcionamento do cateter de entrega (26,4%). Outros eventos relatados incluíram perfuração (19,7%), sangramento anormal (9,6%), e mal posicionamento do dispositivo (7,2%). Foi identificado um percentual de 13,3 gravidez indesejada, sendo que 47,5% eram gravidezes ectópicas.

O estudo (artigo 19), realizado por Povedano *et al.* (2012), coletou dados de 4.306 mulheres submetidas à esterilização histeroscópica pelo sistema Essure®, no período de 2003 a 2010, em um hospital universitário em Andalusia/Espanha. Os autores identificaram que a complicação perioperatória mais frequente foi a síncope vasovagal (1,9%), além de expulsão do dispositivo (0,4%), dispositivos erroneamente colocados no miométrio (0,06%), migração do dispositivo para a cavidade abdominal (0,04%), doença inflamatória pélvica (0,04%). As complicações a longo prazo incluíram dor abdominal (0,02%), perfuração tubária (0,02%), 02 casos de alergia ao níquel. Quanto à dor, observou-se que para 82,8% das mulheres foi inexistente ou leve, moderada para 11,9% e intensa foi relatada por 3,5%. Também foi identificada 04 falhas verdadeiras do método, ou seja, gestações após o procedimento aparentemente bem sucedido. Apesar das repercussões clínicas encontradas, o estudo concluiu que o *Essure*® é um procedimento bem sucedido e seguro, considerando que não houve associação com consequências graves à saúde, e atribuiu algumas complicações como a síncope vasovagal à menor curva de aprendizado de alguns profissionais médicos em relação ao procedimento.

Mao *et al* (2015) ao compararem a esterilização histeroscópica em 8.048 mulheres com a laparoscópica em 44.278 em Nova Iorque (artigo12), verificaram que as primeiras foram mais propensas a terem um histórico de doença inflamatória pélvica (10,3% v 7.2%,  $P < 0,01$ ).

Sobre a alergia ao níquel (artigo 18), Bibas e colaboradores (2013) relataram o primeiro caso de dermatite de contato sistêmica desde a introdução do *Essure*® em 2002. O diagnóstico foi confirmado e houve eliminação total da dermatite após a remoção dos implantes.

Já Siemons; Vleugels e Van Eijndhoven, (2017), que realizaram um estudo (artigo 3) com 169 mulheres submetendo algumas ao contato prévio com o níquel, por meio de adesivos e outras a adesivos controle, pelo menos 72 horas antes do procedimento de inserção do *Essure*®, com o objetivo de avaliar se o desenvolvimento de sensibilização ao níquel está relacionado à colocação do dispositivo *Essure*®, concluíram que não houve alterações estatisticamente significativas nos resultados do teste de níquel e sintomas relacionados à alergia após a esterilização com o *Essure*® e que, portanto, a esterilização por *Essure*® provavelmente não está relacionada à sensibilização ao níquel.

Assim, a partir da análise dos artigos selecionados, conclui-se que a contracepção permanente por meio do DIT apresenta uma variedade de repercussões clínicas, sendo a dor a principal delas, seguida do sangramento anormal, contudo, a maioria dos autores considera que tais repercussões não são classificadas como sérias à saúde das mulheres. Por outro lado, em

2017 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) retirou o produto de circulação por classificar como risco máximo à saúde, em virtude das repercussões possíveis apontadas pela FDA. Este aspecto será discutido mais à frente neste estudo.

Em relação à eficácia do DIT de contracepção permanente foram incluídos somente 03 artigos, conforme análise do Quadro 3.

### Quadro 3 - Eficácia do DIT de Contracepção Permanente

Valor (%)	Índice de Pearl	Nº de artigos
99,64%	Não citado	01
99,74 % em 5 anos	Não citado	01
99,75% após 5 anos	0,05	01

Fonte: A autora

A eficácia máxima citada do DIT de contracepção permanente foi de 99,75% após 5 anos, com um índice de Pearl<sup>2</sup> de 0,05 (artigo 15) e a mínima de 99,64 % (artigo 13). Sendo, portanto, menor que o índice da laqueadura tubária convencional e da vasectomia, que é de 0,5 e 0,1, respectivamente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007).

Rios-Castillo *et al.* (2013) realizaram um estudo (artigo 17) com 1200 mulheres submetidas ao procedimento de inserção do *Essure*® e a partir de análise retrospectiva com acompanhamento de 5 anos identificaram uma taxa de eficácia de 98,6%. Sendo que todas as gestações ocorreram no primeiro ano após o procedimento, não havendo, portanto, gravidez nos 4 anos seguintes, o que equivale a um índice de Pearl de 0,05.

O estudo (artigo 13) realizado por Munro e colaboradores (2014) objetivou a identificação de fatores que pudessem ter contribuído para as gestações relatadas após a esterilização histeroscópica em todo o mundo, no período de 2001 a 2010 e concluiu que algumas poderiam ter sido evitadas com aconselhamento, avaliação mais rigorosa, maior atenção do médico e paciente para o uso de anticoncepcionais alternativos e interpretação mais criteriosa dos testes confirmatórios.

<sup>2</sup> O índice de Pearl é medido pelo número de falhas do método em 12 meses, dividido pelo total de mulheres usuárias do método e multiplicado por 100.



Com o objetivo de comparar as taxas de gravidez entre mulheres que se submeteram à esterilização histeroscópica por *Essure*® com as da laqueadura (artigo 15), Fernandez *et al.* (2014) realizaram um estudo de coorte retrospectivo em um hospital na França, verificando uma taxa relativamente menor para usuárias do *Essure*® (0,36%) em relação à laqueadura (0,46%).

Verifica-se, portanto, alta taxa de eficácia do DIT de contracepção permanente, condicionada a uma atenção de qualidade à usuária, bem como maior eficácia se comparado a outros métodos de esterilização feminina e masculina.

Sobre o nível de satisfação das usuárias do DIT de contracepção permanente, foram incluídos 03 artigos, conforme valores encontrados no quadro 4.

#### Quadro 4 - Nível de satisfação das usuárias do DIT de Contracepção Permanente

Nível de satisfação	Valor (%)	Nº de artigos
Um pouco a muito satisfeita	98%	01
Muito satisfeita	94%	01
Muito satisfeita	89,5%	01
Satisfeita	10,5%	01
Pouco satisfeita	6%	01
Insatisfeita	Nenhuma	02

Fonte: A autora

Chudnoff, Nichols e Levie (2015), realizaram um estudo (artigo 8) com 518 mulheres submetidas ao procedimento de esterilização pelo sistema *Essure*® nos Estados Unidos, Europa e Austrália, com o objetivo de verificar segurança, tolerabilidade e eficácia ao longo de 5 anos. Estes autores identificaram que 98 % das usuárias estão um pouco a muito satisfeitas com o método, sendo geralmente bem tolerado, com o conforto em relação ao método avaliado como bom a excelente por 99% das mulheres.

Com o objetivo de avaliar a satisfação e tolerância das mulheres em relação à esterilização histeroscópica, Arjona e colaboradores, realizaram um estudo (artigo 19) com 1.615 usuárias do método e identificaram que a maioria delas (94%) estava muito satisfeita,

maior do que o resultado encontrado por Depes e colaboradores (2016) que foi de 89,5% (artigo 5).

Verifica-se, portanto, alto nível de satisfação das usuárias do DIT de contracepção permanente nos 3 estudos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Realizar um diagnóstico situacional acerca do DIT na perspectiva do conhecimento e satisfação das usuárias, bem como da segurança à saúde.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Levantar o perfil socioeconômico das usuárias;
- Conhecer o tempo de espera das mulheres para o procedimento, bem como os demais aspectos relacionados à atenção recebida em planejamento reprodutivo;
- Elucidar as repercussões clínicas decorrentes do procedimento de inserção;
- Identificar o nível de conhecimento e de satisfação das usuárias sobre a contracepção permanente por DIT;
- Analisar o fluxo de encaminhamento das mulheres ao Serviço de Referência em Esterilização Cirúrgica, no contexto da Legislação vigente em Planejamento Reprodutivo.

### 3 METODOLOGIA

Os aspectos que envolvem a metodologia deste estudo foram descritos por meio dos tópicos a seguir: tipo de estudo, participantes e local de estudo, procedimentos éticos, instrumentos e procedimentos para coleta de dados e análise de dados

#### 3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa e caráter descritivo. A pesquisa transversal é definida por Rouquayrol e Almeida Filho (1999) como sendo um estudo epidemiológico em que o fator e o efeito são observados em um mesmo momento.

Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo e os fenômenos sob estudo são obtidos durante um período de coleta de dados determinado. Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o perfil do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Para Lopes (2013) o estudo transversal apresenta como principais características realizar mensurações em uma única ocasião, vantajoso na descrição de variáveis e de seus padrões de distribuição, sendo o único desenho que torna possível identificar e determinar a prevalência de um fenômeno de interesse.

O caráter descritivo da pesquisa compreende “a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2006, p. 44). Essa definição se complementa no pensamento de Triviños (2008), ao afirmar que o estudo descritivo permite descrever “com exatidão” os fatos de determinada população ou fenômenos de determina da realidade, promovendo um delineamento desta, uma vez que descreve, registra, analisa e interpreta a realidade dos fenômenos.

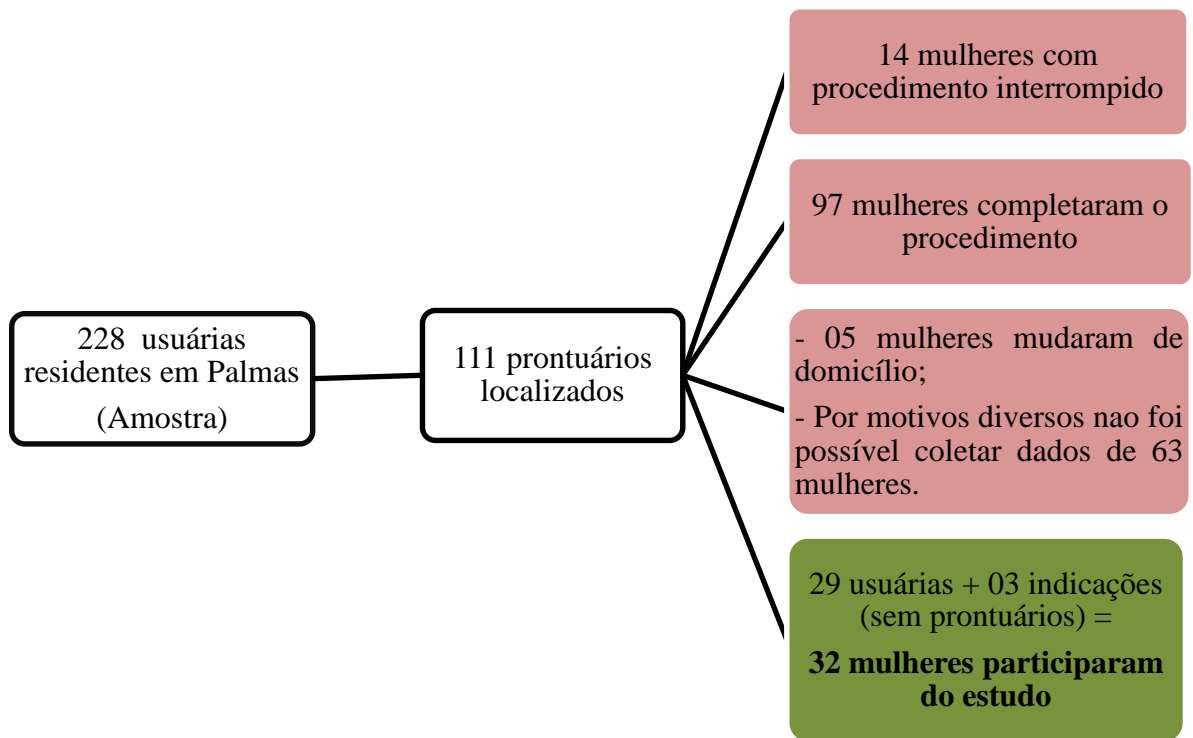
Neste estudo estão descritos fenômenos relacionados à segurança à saúde, conhecimento e satisfação de usuárias submetidas ao procedimento de inserção do DIT de contracepção permanente.

### 3.2 Participantes e local de estudo

A população deste estudo foi composta pelas mulheres submetidas ao procedimento de inserção do DIT de contracepção permanente pelo SUS no Tocantins. 429 mulheres foram submetidas a este procedimento, sendo 396 do município de Palmas, 14 de Porto Nacional e 19 de Araguaína (Fonte: Relatório de Procedimentos do Ambulatório de Inserção do DIT de Contracepção Permanente/Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins/SESAU-TO).

Considerando a necessidade de aceite, incluindo consentimento verbal e escrito das mulheres sujeitos deste estudo, não foi possível definir previamente o número de participantes da pesquisa, porém, de acordo com cálculo amostral, objetivava-se ter como amostra 228 usuárias residentes no município de Palmas. Contudo, com o fechamento do serviço que realizava o procedimento, configurou-se como o maior obstáculo para o alcance da meta. Foram localizados apenas 111 prontuários, sendo 97 de usuárias que completaram o procedimento e 14 que tiveram o procedimento interrompido por condições diversas. Para as 97 mulheres eleitas ao estudo, foi feita uma planilha no excel com endereço e contato telefônico a partir das informações contidas nos respectivos prontuários. Ao estabelecer contato 05 mulheres comunicaram a mudança de município, diminuindo assim as possibilidades de coleta para 92. Destas, entre endereços errados, não localizados, tentativas frustradas de visitas e contatos telefônicos errados, não foi possível coletar os dados de 63 mulheres, restando, portanto, 29 usuárias que prontamente aceitaram participar do estudo e assinaram o TCLE, algumas destas mulheres, por sua vez, indicaram o endereço e/ou telefone de outras 3 mulheres, que apesar do não fornecimento dos prontuários destas usuárias pelo Centro de Saúde Sexual e Reprodutivo, foram incluídas no estudo, totalizando assim 32 mulheres que participaram da pesquisa, conforme ilustrado no fluxograma a seguir.

### Fluxograma 1: Participantes do Estudo



De acordo com o setor de residência foram contempladas as regiões norte e sul do município de Palmas, contudo a maioria das mulheres entrevistadas residia na região sul (84,4%), com 74,1 % distribuídas em setores do extremo sul.

Vale ressaltar que foi realizado contato com a gestão municipal da Estratégia de Saúde da Família para obtenção dos contatos das Equipes de Saúde da Família responsáveis pela área de abrangência de residência das mulheres, com isso esperava-se uma interlocução de modo a facilitar o processo de coleta. Contudo, apesar da prontidão da gestão em colaborar, houve pouco empenho por parte da maioria das equipes. Chamou a atenção o pouco ou nenhum conhecimento dos profissionais acerca do método, percebido a partir de uma abordagem contextual do estudo. Colaboraram diretamente com o estudo alguns Agentes Comunitários de Saúde e um Enfermeiro que atuou na Atenção Primária do município, mas que no momento estava em outra lotação em nível estadual, contudo, por conhecer intimamente as áreas de abrangência que atuou, sua colaboração foi de grande valia para o estudo.

#### 3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios pré-estabelecidos para inclusão na amostra foram: ter sido submetida ao procedimento de inserção do DIT pelo SUS e ser residente no município de Palmas. Para

exclusão foi considerado como critério a mudança de domicílio municipal após a inserção do DIT.

### **3.3 Procedimentos éticos**

Em consonância com os critérios éticos exigidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), o trabalho de campo teve início somente após apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins (UFT), por meio do Parecer consubstanciado nº 1.857.489 (ANEXO A).

A coleta de dados foi condicionada ao consentimento livre e esclarecido das mulheres, tendo sido preservada a identidade e assegurado as normas éticas de pesquisa com seres humanos, com garantia de sigilo, privacidade e plena liberdade da recusa a participar ou retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Não houve nenhuma recusa em participar ou mesmo retirada de consentimento. Todas as mulheres em que o contato foi devidamente estabelecido demonstraram interesse em participar, por vezes ficando perceptível o anseio de algumas para falar do assunto, possivelmente pelo fato do serviço ter fechado o que provavelmente pode ter gerado uma descontinuidade do cuidado.

#### **3.3.1 Riscos e benefícios envolvidos na execução da pesquisa**

Não foi identificado durante a execução da pesquisa nenhum sinal de constrangimento por parte das participantes diante de algum questionamento, único risco citado no projeto como provável de acontecer. Quanto aos benefícios obtidos por este estudo, poderão ser estendidos a outras mulheres, com possíveis contribuições para a implementação de políticas públicas no âmbito do planejamento reprodutivo.

### **3.4 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados**

Na busca pelo alcance dos objetivos propostos, os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, no período de junho a outubro de 2017, com aplicação de instrumento de coleta pré-estabelecido (APENDICE A).

A entrevista semiestruturada é apontada por Minayo (2010) como orientadora e facilitadora na abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação. Este tipo de entrevista possibilita a apreensão da dimensão subjetiva da realidade a ser estudada.

As participantes foram identificadas por meio dos prontuários do ambulatório de inserção do DIT de contracepção permanente e algumas indicadas pelas próprias usuárias do método. Para as visitas de campo foi estabelecido um cronograma, após contatos prévios sempre que possível, tendo sido realizado uma visita por mulher.

Também foram coletados dados secundários extraídos de prontuários, bem como dos processos de aquisição do DIT no Tocantins, relatórios de prestação de contas, planilhas de custos e indicadores de saúde.

### **3.5 Análise de dados**

Para procedimentos de análise, os dados foram digitados no Programa Excel e analisados no Programa Stata versão 14.0. As variáveis categóricas foram descritas por meio de proporção e, as contínuas, por média e desvio padrão. Para a análise das associações entre níveis de conhecimento ou satisfação de acordo com as variáveis independentes foram utilizados Teste de Fisher para testar as proporções e Teste Mann Whitney, para as médias.

Foram transcritas falas das participantes para alguns casos, de modo a facilitar a compreensão do leitor. As falas serão seguidas pelo código E de entrevistada, número da entrevista, idade ao tempo do procedimento e número de filhos. Destaca-se que o intuito não é analisar conteúdo das falas, mas tão somente representar as variáveis e dados do estudo.

Para determinar o nível de conhecimento quanto aos itens eleitos neste estudo, optou-se por uma classificação binária, ou seja, INSATISFATÓRIO ou SATISFATÓRIO, adaptada aos conteúdos abordados na pesquisa e incluiu um sistema de pontuação de cada item. Os tópicos que envolvem o conhecimento avaliados foram:

- Quanto ao DIT de contracepção permanente;
- Quanto ao procedimento e mecanismo de ação;
- Quanto às recomendações antes e após o procedimento;
- Quanto às repercussões clínicas;
- Quanto às contra indicações.



Com relação ao conhecimento quanto ao DIT de contracepção permanente, os critérios foram: é um método irreversível; o dispositivo é composto por um espiral (molinha) de titânio e níquel; é um método muito seguro, com 99,8% de eficácia; a principal causa de falha na inserção é a possibilidade de alterações na luz tubária como sequelas de salpingites, desconhecidas antes da colocação.

Para avaliar o nível de conhecimento quanto ao procedimento e mecanismo de ação os critérios foram: a colocação do dispositivo pode ser feita em ambulatório sem anestesia alguma, sob sedação ou com anestesia local; as mulheres, habitualmente, podem ir para casa após 45 minutos depois do procedimento e quase todas retomam as suas atividades normais no mesmo dia; o dispositivo é transportado até as trompas por um cateter introduzido através de um histeroscópio e uma parte do dispositivo fica na cavidade uterina; após a colocação do DIT, ocorre uma reação de corpo estranho levando a uma fibrose que provoca uma oclusão tubária em até 3 meses.

O nível de conhecimento quanto às recomendações antes e após o procedimento, foi avaliado pelos seguintes critérios: É recomendável a realização de uma radiografia simples da pelve 3 meses após a colocação do dispositivo para confirmação de sua localização; Deve se utilizar algum método de anticoncepção até a realização do RX (3 meses após o procedimento); Quando o teste de confirmação tiver sido concluído, a usuária deve retornar para uma consulta com o ginecologista que realizou o procedimento. O cirurgião verifica a posição dos implantes e informa à usuária se ela pode parar de vez com os métodos de contracepção alternativos; A mulher continua a ter período menstrual após a inserção do DIT de contracepção permanente.

Para avaliar o nível de conhecimento da usuária em relação a esses três tópicos, a mulher foi classificada com conhecimento insatisfatório quando citava até dois critérios. Para receber a classificação de conhecimento satisfatório a mulher deveria citar três ou os quatro critérios estabelecidos.

Com relação ao nível de conhecimento quanto às repercussões clínicas, os critérios foram: câibras, dor, dor pélvica aguda após o procedimento, dor pélvica persistente em três meses após o procedimento, sangramento anormal, perfuração, náuseas/vômitos, vertigens/tonturas, sangramento anormal, perfuração uterina e síncope vasovagal. A mulher que citava até 7 critérios foi classificada com conhecimento insatisfatório. Para obter conhecimento satisfatório deveria citar de 8 a 11 critérios.

O nível de conhecimento quanto às contraindicações, foi avaliado por meio dos seguintes critérios: incerteza sobre o desejo de não ser mais fértil; procedimento de ligação tubária anterior; gestação ou suspeita de gestação; Parto ou aborto há menos de 6 semanas do implante do DIT; infecção pélvica inferior ou superior recente ou presente; alergia conhecida ao meio de contraste; tratamento com imunossupressores (incluindo corticosteroides). A mulher foi classificada com conhecimento insatisfatório quando citava até 4 critérios. Para receber a classificação de conhecimento satisfatório a mulher deveria citar de 5 a 7 critérios.

Para avaliar o nível de satisfação das usuárias em relação ao DIT de contracepção permanente e ao serviço que realizou o procedimento, foram atribuídas notas de 1 a 5, onde 1 = TOTALMENTE INSATISFEITA; 2 = INSATISFEITA; 3 = PARCIALMENTE SATISFEITA; 4 =SATISFEITA e 5 = TOTALMENTE SATISFEITA. Para tanto foram utilizadas as três afirmativas a seguir:

- I. Está mais satisfeita com o DIT de contracepção permanente em relação aos métodos utilizados anteriormente.
- II. Recomendaria o DIT de contracepção permanente para uma mulher que busca por um método definitivo de contracepção, que esteja dentro dos critérios de elegibilidade.
- III. Está satisfeita com a assistência recebida pelo serviço de saúde que ofertou o DIT de contracepção permanente.

Foi considerada TOTALMENTE INSATISFEITA a participante que respondeu NÃO a todas as afirmativas. A mulher que respondeu SIM à afirmativa 2 ou 3, teve o nível de satisfação classificado como INSATISFEITA. Foi considerada PARCIALMENTE SATISFEITA, a mulher que respondeu SIM à afirmativa 1 ou às afirmativas 2 e 3. Aquela que respondeu SIM à afirmativa 1 e à afirmativa 2 ou 3 seu nível de satisfação foi considerado SATISFEITA. Já a mulher que respondeu SIM a todas as afirmativas teve seu nível de satisfação classificado como TOTALMENTE SATISFEITA.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados foram dispostos de modo relacional com os objetivos específicos do estudo, assim sendo: perfil socioeconômico e reprodutivo, cuidados na espera para o procedimento de inserção do DIT (Tempo, fluxo e legislação), repercussões clínicas decorrentes do procedimento de inserção e nível de conhecimento e de satisfação das usuárias sobre a contracepção permanente por DIT.

### **4.1 Perfil demográfico, socioeconômico e reprodutivo**

A Tabela 1 apresenta o perfil demográfico e socioeconômico das usuárias do DIT de contracepção permanente.

**Tabela 1 -Distribuição (%) das mulheres submetidas ao procedimento de inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) segundo características socioeconômicas e demográficas. Palmas, 2017. (n=32)**

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b> (média ±desvio padrão)		35,2±2,9
<b>Raça</b>		
Branco	4	12,5
Preto	6	18,7
Pardo	19	59,4
Amarelo	2	6,3
Indígena	1	3,1
<b>Estado civil</b>		
Solteira	7	21,9
Casada/união estável/união consensual	23	71,9
Separada	2	6,3
<b>Renda</b> (média ±desvio padrão)		2.606,46± 2.134,35
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental (incompleto e completo)	3	9,4
Ensino médio (incompleto e completo)	18	56,3
Ensino superior (incompleto, completo e pós graduação)	11	34,4
<b>Ocupação</b>		
Do lar/diarista/empregada doméstica/ Auxiliar de serviços gerais/camareira	10	31,3
Servidora pública	2	6,3
Vendedora/setor de encomendas	3	9,4
Professora/educadora/monitora/ aux. de adm. Educacional	5	15,6
Empresária/esteticista/confeiteira	5	15,6
Agente comunitária de saúde/ Técnica de enfermagem	2	6,3
Estudante	1	3,1
Outras	3	9,4
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora

As usuárias do DIU de contracepção permanente tinham idade mínima de 29 e máxima de 42 anos, com média 35,2±2,9 anos de idade no dia da entrevista, na sua maioria pardas (59,4 %), principalmente casadas, em união estável ou consensual (71,9%), com renda

média de R\$ 2.606,46± 2.134,35, em sua maioria com ensino médio incompleto e completo (56,3%), sendo ocupadas principalmente em funções do lar, diarista, empregada doméstica, auxiliar de serviços gerais e camareira (31,3%).

O perfil encontrado segundo características socioeconômicas e demográficas assemelha-se ao perfil encontrado no estudo realizado por Santos *et al.* (2011) de mulheres que buscavam por método anticoncepcional definitivo, ou seja, a maioria das mulheres esterilizadas apresentam idade média, no momento da esterilização, de 33 anos, renda aproximada de 2 salários mínimos, união estável e ensino fundamental incompleto. Ressalta-se que a variável idade apresenta-se em observância com a Lei nº. 9.2634, que estabelece a prática de esterilização cirúrgica apenas em mulheres com idade superior a 25 anos.

Apesar da renda média das mulheres ter sido R\$ 2.606,46 ± 2.134,35, com variação de R\$ 800,00 a R\$ 10.000,00, destacamos que a moda foi de R\$ 1.874, equivalente a 02 salários mínimos à época. Logo, a maioria das mulheres vivia com renda inferior à média. De acordo com a Pesquisa Nacional Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS (BRASIL, 2006), a renda média domiciliar das mulheres entrevistadas residentes em área urbana da macrorregião Norte foi de R\$ 1.116,83 (dp 78,68), reforçando os dados encontrados.

A Tabela 2 apresenta as características reprodutivas das usuárias do DIT de contracepção permanente.

**Tabela 2 - Distribuição (%) das mulheres submetidas ao procedimento de inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) segundo características reprodutivas. Palmas, 2017. (n=32)**

<b>Características</b>	<b>Média ±desvio padrão</b>
Número de gestações	3,4±1,4
Número de partos	2,9±1,1
Número de abortos	0,4±0,6
Número de filhos	2,8±1,1

Fonte: A autora

De acordo com projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Taxa de Fecundidade Total (TFT) no Brasil em 2017 foi de 1,67, enquanto no Tocantins para o mesmo ano foi de 1,86. Assim observa-se uma média maior do número de filhos vivos das entrevistadas em relação à média de filhos vivos por mulher ao longo do ciclo reprodutivo (TFT) quando comparadas a TFT do Tocantins e do Brasil. (IBGE, 2017).

## **4.2 Cuidados na espera para o procedimento de inserção do DIT (Tempo, fluxo e legislação)**

Todas as mulheres entrevistadas realizaram o procedimento no Centro de Saúde Sexual e Reprodutivo – CSSR, local que abrigava o Ambulatório de Inserção do DIT de contracepção permanente. Este aspecto ratifica uma das vantagens da esterilização feita por via histeroscópica em relação ao método convencional de laqueadura tubária, que é a opção de se evitar internação hospitalar, bem como o uso de anestesia (OSTHOF *et al.*, 2015).

A Tabela 3 apresenta as variáveis referentes aos aspectos legais que envolvem o procedimento de contracepção permanente e ao fluxo de atenção em planejamento reprodutivo de contração permanente.

**Tabela 3 -Distribuição (%) das mulheres submetidas ao procedimento de inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) segundo aspectos legais que envolvem o procedimento de contracepção permanente e o fluxo de atenção em planejamento reprodutivo de contracepção permanente. Palmas, 2017. (n=32)**

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Aspectos legais</b>		
<b>Tempo em meses entre a manifestação e realização do procedimento</b> (média ±desvio padrão, em meses)		2,5±0,6
<b>Assinou do Termo de Consentimento livre e esclarecido</b>		
Não	1	3,1
Sim	31	96,9
<b>Cônjuge assinou o Termo de consentimento Livre e esclarecido</b>		
Não	4	12,5
Sim	25	78,1
Não se aplica	2	6,3
Ignorado	1	3,1
<b>Manifestação de Vontade</b>		
Livre e espontânea	32	100,0
<b>Período que realizou o procedimento</b>		
Fora do período gravídico puerperal	32	100,0
<b>Idade quando realizou o procedimento</b> (média ±desvio padrão, em anos)		
		31,9±3,0
<b>Número de filhos na época do procedimento</b>		
		2,9±1,1
<b>Fluxo</b>		
<b>Documentos solicitados</b>		
RG	31	96,9
CPF	31	96,9
Certidão de nascimento dos filhos	28	87,5
Certidão de casamento	16	50,0
Comprovante de residência	23	71,9
<b>Motivação para a escolha do procedimento</b>		
Orientada por profissionais	26	81,3
Orientada por terceiros	6	18,8
Condicionada pelo cônjuge	1	3,1
Outros	2	6,2
<b>Aguardava laqueadura</b> (sim)	28	87,5
<b>Tempo de espera para Inserção do DIU*</b> (média ±desvio padrão, em meses)		15,8±14,1
<b>Total</b>	32	100,0

\*Tempo de espera para inserção do DIU, considerando o tempo que a usuária deu entrada no processo para realização da laqueadura convencional.

Fonte: A autora

Ao analisar os dados descritos na Tabela 3 com relação aos aspectos legais, verifica-se que a média do tempo de espera para a inserção do DIT de contracepção permanente, desde a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi de 2,5 meses, com tempo mínimo de espera de 2 e máximo de 4 meses, estando assim este dado em observância ao disposto da legislação brasileira específica, que determina o prazo mínimo de 2 meses entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.

A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido constitui-se como critério obrigatório na lei. Este termo não foi assinado por uma das mulheres (3,1%) e por 04 cônjuges (12,5%). Neste sentido, a Portaria do Ministério da Saúde nº 48/99, no art. 4º, IV, estabelece:

[...] será obrigatório constar no prontuário médico o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes. (BRASIL, 1999).

Todas as mulheres foram submetidas ao procedimento fora do período gravídico puerperal, aspecto favorável, uma vez que a lei afirma que “É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores” (BRASIL, 1996).

A média de idade das mulheres à época do procedimento foi de 31,9 anos  $\pm$ 3,0, com mínimo de 25 anos e máximo de 38, menor que a média de idade de mulheres submetidas à esterilização histeroscópica pelo sistema *Essure*®, participantes de um estudo realizado na Espanha por Povedano *et al.* (2012), que foi de 36 anos e as mulheres apresentaram idade mínima de 19 anos, menor que neste estudo e a máxima maior (49 anos).

Um estudo realizado na França por Legendre *et al.* (2014), com 306 mulheres submetidas à esterilização histeroscópica por *Essure*® apontou que a idade média das mulheres foi de 41,4, portanto, significativamente superior à média de idade das mulheres deste estudo.

Percebe-se uma distribuição regular, em diversas faixas etárias, deste método contraceptivo, a depender do local, legislações e aspectos culturais.

Ressalta-se, portanto, que a idade das entrevistas à época do procedimento, estava em conformidade com o Art. 10 da Lei 9.263/96 que estabelece a idade mínima de 25 anos como um dos critérios para a esterilização voluntária ou pelo menos dois filhos vivos. O texto do referido artigo traz como condição mínima a capacidade civil plena. Assim, pode-se considerar que as mulheres que foram submetidas ao procedimento atendiam aos critérios



estabelecidos pela legislação vigente. Ademais, apesar do critério idade e número de filhos serem estabelecidos de modo opcional pela legislação brasileira, ou seja, um ou outro e não necessariamente os dois, a média de filhos por mulheres à época do procedimento foi  $2,9 \pm 1,1$ , conforme observa-se na Tabela 3, com o mínimo de 2 e máximo de 6 filhos, cumprindo assim duplamente um dos critérios necessários, além da capacidade civil plena.

A média do número de filhos vivos por mulher no dia da entrevista foi  $2,8 \pm 1,1$ , menor que a média de filhos na ocasião do procedimento ( $2,9 \pm 1,1$ ), conforme descrito nas Tabelas 2 e 3, considerando que houve relato de óbito por uma das mulheres.

Observa-se que a motivação para a escolha do método se deu para 100% das mulheres por livre e espontânea vontade, sendo principalmente orientada por profissionais da saúde (81,3%), contudo uma usuária (E18, 25a, 04 filhos) relatou ter sido condicionada pelo cônjuge.

Percebe-se neste caso uma relação de poder exercida pelo homem sobre o corpo da companheira violando claramente o direito sexual e reprodutivo da mulher. Outrossim aponta fragilidade no acompanhamento desta usuária pela equipe multiprofissional, uma vez que houve parecer favorável do psicólogo, médico, assistente social e enfermeiro para a realização do procedimento de inserção do DIT de contracepção permanente. Na ficha da consulta de enfermagem, anexa ao prontuário da referida mulher, menciona prole grande e situação social desfavorável como justificativa apontada pela usuária para o procedimento de esterilização. Sobre os direitos reprodutivos, Ventura (2009, p. 19) assevera que:

[...] é o direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, e ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza.

Vale ressaltar que a avaliação pela equipe de saúde da mulher que está em busca de um método contraceptivo definitivo, deve levar em conta condições e critérios de elegibilidade, dentre os quais cita-se a avaliação do relacionamento do casal, o desejo de não querer mais filhos e as pressões emocionais que possam interferir na decisão (MARCOLINO, 2000).

Diante de uma insegurança com relação ao procedimento e sim desejo do companheiro, um olhar atento nos termos do que preconiza a Portaria do Ministério da Saúde nº 048/99, visando o aconselhamento e desencorajamento à esterilização precoce, poderia ter identificado esta condição de submissão da mulher que a levou à busca pela contracepção

definitiva. Destaca-se que esta foi uma das entrevistadas que referiu arrependimento após o procedimento.

Ainda sobre os aspectos legais, cumpre salientar que não foi encontrada em nenhum prontuário, das mulheres participantes deste estudo, a Ficha de Registro Individual de Notificação de Esterilização, sendo, contudo, de carácter obrigatório, conforme estabelece a Portaria 048/99 do Ministério da Saúde.

Com relação à necessidade de consentimento do cônjuge, este tem sido questionado em face dos aspectos que permeiam os direitos sexuais e reprodutivos de homens e mulheres. Neste sentido, tramita na Câmara dos Deputados um Projeto de Lei com o objetivo de revogar o § 5º do art. 10º da referida Lei, excluindo assim a exigência de consentimento. Entre os argumentos do referido PL, cita-se:

O art. 2º define o planejamento familiar como ‘o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole, pela mulher, pelo homem ou pelo casal’.

Assim sendo, constata-se que esta lei não considera o planejamento como um privilégio do consenso do casal, mas sim ‘uma decisão individual de cada ser’. Isso se faz certo porque, ainda nesta mesma lei se encontra um dispositivo – o art. 9º - em que o legislador teve o cuidado de inserir, para garantir o exercício deste planejamento, que seja oferecido todos os métodos contraceptivos cientificamente aceitos, desde que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo a liberdade de opção. (BRASIL, 2014, p. 2). (PL nº 7364/2014).

Exigir o consentimento do cônjuge pode ser uma barreira intransponível no acesso das mulheres à contracepção permanente. Neste sentido, vale ressaltar a fala de algumas das entrevistadas:

*“O pai da minha filha assinou porque falaram que era obrigatório. Algumas mulheres não fizeram no dia porque o parceiro não foi”.* (E09, 31a, 5 filhos)

*“Ele não queria que eu fizesse, por isso não assinou. Falei com os profissionais e eles liberaram”.* (E16, 35a, 2 filhos)

*“Tive que falar que não tinha esposo, pois ele não queria assinar. Se dependesse dele, eu não ligaria nunca. Não me arrependo disso, pois as vezes ficava sem tomar remédio porque ele não queria comprar”.* (E21, 30a, 3 filhos)

*“Tava em processo de divórcio, mas mesmo assim ele teve que assinar”.* (E26, 31a,4 filhos)

De acordo com Caetano (2014, p. 310),

Estudos realizados nos anos que se seguiram à regulamentação da lei do planejamento familiar indicam que esta, de forma não antecipada, engendrou obstáculos ao acesso

à laqueadura tubária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais obstáculos estariam relacionados com a adoção, por parte dos serviços e médicos, de critérios de idade e número de filhos mais restritivos do que os presentes na portaria regulatória, necessidade de obter a anuência por escrito do cônjuge, demora entre a solicitação e a realização do procedimento, proibição da laqueadura no parto e pós-parto, além de uma cobertura territorial limitada de serviços médicos do SUS credenciados para ofertar a esterilização cirúrgica feminina.

Assim, conclui-se que a imposição legal do consentimento de ambos os cônjuges, fere a autodeterminação da pessoa sobre o próprio corpo, no âmbito das liberdades e direitos individuais reconhecidos nos Pactos e Convenções de Direitos Humanos e na Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB). Especialmente, considerando a histórica desigualdade de gênero em desfavor da mulher, cria maiores obstáculos para o acesso à esterilização, expondo ao risco de gravidez indesejada em meio ao cenário de criminalização do aborto (VENTURA, 2009).

Analisando o fluxo, considerando os documentos solicitados, 04 entrevistadas (12,5%) informaram não terem entregues as certidões de nascimento dos filhos. Considerando que todas as mulheres tinham ao tempo do procedimento no mínimo 25 anos, este documento torna-se dispensável, uma vez que a legislação brasileira permite a esterilização de maiores de 25 anos mesmo que sem filhos. Ademais, a exigência de documentos além do necessário burocratiza o processo podendo dificultar o acesso das mulheres à esterilização.

Em verificação aos prontuários, de um modo geral, identificou-se os seguintes formulários e/ou documentos anexos: Ficha do Procedimento de Inserção do *Essure*®; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sobre o *Essure*®; cópias dos documentos solicitados (conforme especificado na tabela 3); Ficha de Referência; Ficha de Consulta de Enfermagem sobre laqueadura e vasectomia, com espaço para o parecer, contudo utilizada para o DIT de contracepção permanente; Ficha de Avaliação Social com espaço para o parecer, também elaborada para os métodos cirúrgicos e sendo utilizadas para o *Essure*®; Declaração da Equipe Multidisciplinar com espaço para o parecer acerca da laqueadura e vasectomia, contudo também sendo utilizada para o *Essure*®.

Referente a esta declaração, vale ressaltar que dos 29 prontuários verificados, para 07 não consta a assinatura de algum membro da equipe multiprofissional, sendo 05 do médico, 01 do psicólogo e 01 do assistente social. Em nenhuma declaração constava expressamente o parecer favorável para o DIT de contracepção permanente, considerando que apenas havia espaço para laqueadura e vasectomia, constando em todas parecer favorável para laqueadura tubária.

Chama a atenção a incorporação de insumos próprios do fluxo para acesso aos métodos cirúrgicos (laqueadura e vasectomia), no fluxo de atenção às usuárias do DIT de contracepção permanente, no entanto, sem alterar o conteúdo, o que, provavelmente, pode ter gerado inconsistências e fragilidades no atendimento, por exemplo no caso do aproveitamento do Termo de Consentimento de mulheres que aguardavam pela laqueadura, conforme relatou uma entrevistada, que diz não ter assinado o termo de consentimento para o *Essure*®, mas apenas assinou o específico para laqueadura, fazia 3 anos, quando foi informada, por meio de contato telefônico do serviço, acerca da disponibilidade do *Essure*®.

Verificando o prontuário da referida usuária, constatou-se que houve assinatura do Termo de Consentimento para o *Essure*®, contudo, a data da assinatura do termo foi igual à data de realização do procedimento, impossibilitando assim um processo de aconselhamento específico para o método em comento.

Face ao exposto, cumpre ressaltar que, apesar do DIT de contracepção permanente, assim como a laqueadura, também se configurar como método definitivo, deve-se atentar para as especificidades deste em vários aspectos, inclusive na impossibilidade de reversão, sendo possível uma nova gravidez apenas por meio da fertilização *in vitro* (FIV).

Estes e outros aspectos devem ser ressaltados no processo de decisão da mulher e, portanto, se configura inadequado o aproveitamento de formulários próprios da laqueadura e da vasectomia, especialmente o termo de consentimento, que deve conter ampla informação sobre características, repercussões clínicas, contraindicações, dentre outras acerca do DIT de contracepção permanente, especialmente por se tratar de método ainda pouco difundido no Brasil.

De acordo com a Tabela 3, ainda analisando o fluxo, já aguardavam pela laqueadura convencional 85,5% das mulheres, com tempo médio de espera de 15,8 meses  $\pm$ 14,1, variando de 3 a 36 meses de espera, considerando o tempo que a usuária deu entrada no processo para realização da laqueadura convencional até a inserção do DIT de contracepção permanente. Este aspecto denota o critério inicial de eleição das mulheres para o procedimento que foi estarem aguardando pela esterilização cirúrgica, considerando a demanda reprimida à época em virtude da insuficiência de vagas para cirurgias eletivas nos hospitais de referência (MULHERES..., 2016).

Na tabela a seguir está caracterizada a atenção em planejamento reprodutivo recebida pelas usuárias do DIT de contracepção permanente, no aspecto referente às informações

prestadas pelos profissionais de saúde do Ambulatório de Inserção do DIT de contracepção permanente.

**Tabela 4 -Distribuição (%) das mulheres submetidas ao procedimento de inserção do Dispositivo Intratubário (DIT) segundo recebimento de informações sobre o procedimento. Palmas, 2017. (n=32)**

<b>Recebimento de informações</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sobre outros métodos anticoncepcionais	30	93,8
Sobre o procedimento de inserção do DIT ser irreversível	31	96,9
Sobre o risco de arrependimento, principalmente em situações de instabilidade conjugal e forte emoção	30	93,8
Sobre as complicações do procedimento	26	81,3
Sobre a falha de 0,2% do método	28	87,5
Sobre a necessidade de procurar assistência médica ao menor sinal ou sintoma de gravidez	25	78,1
Sobre a liberdade de desistir do procedimento antes de sua realização	31	96,9
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora

Sobre as informações acerca da definitividade do método e da liberdade de desistir do procedimento a qualquer tempo antes de sua realização, mais relatadas pelas mulheres (96,9%), vale ressaltar a importância de serem complementadas pela ampla orientação acerca de outros métodos contraceptivos reversíveis, de modo que a mulher perceba o leque de opções que estão ao seu dispor e assim tenha condições de decidir de forma livre e esclarecida, mitigando a possibilidade de arrependimento.

Acerca das informações prestadas às usuárias sobre outros métodos contraceptivos, no estudo de Santos *et al.* (2011) identificou-se que todas as mulheres receberam este tipo de informação durante as reuniões de planejamento reprodutivo, o que influenciou no conhecimento satisfatório sobre os métodos.

De fato, a atividade educativa, além das consultas individuais, configura-se em importante estratégia para desenvolver o diálogo com mulheres e homens sobre os aspectos que envolvem a atenção em planejamento reprodutivo. Para que este espaço se efetive em momentos de trocas de saberes, valorizando o conhecimento prévio dos participantes, na perspectiva da construção de uma aprendizagem verdadeiramente significativa, faz-se necessário escolher técnicas metodológicas que favoreçam este momento, como é o caso das metodologias de ensino inovadoras, dentro de uma concepção pedagógica construtivista. Este

estudo não teve a pretensão de analisar as estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas nas atividades educativas, mas tão somente revelar o número de mulheres que tiveram acesso a esse tipo de estratégia.

Neste diapasão o Ministério da Saúde recomenda:

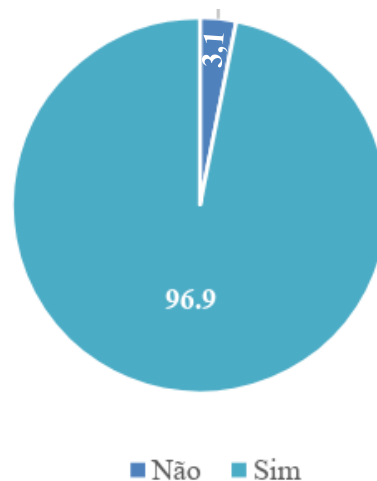
[...] uso de metodologia participativa, com uma abordagem pedagógica centrada no sujeito. É importante partir do conhecimento e experiência que as pessoas têm e permitir a troca de ideias sobre sexualidade, reprodução, relacionamento humano e sobre os fatores sócio-econômicos e culturais que influenciam nestas questões. Esta metodologia estimula a pessoa a construir um processo decisório autônomo e centrado em seus interesses (BRASIL, 2002, p. 63).

Recomenda-se também a criação de grupos específicos para abordagem a mulheres e homens que procuram por um método de contracepção definitivo, com condução por equipe multidisciplinar, incluindo psicólogos e assistentes sociais (BRASIL, 2002).

Acerca do conteúdo das atividades educativas, de um modo genérico, foi definido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) o enfoque nos direitos e na saúde sexual e reprodutiva, incluindo a legislação federal que trata do planejamento familiar, bem como sobre os meios e métodos contraceptivos, atentando para a importância da dupla proteção.

A figura 1 demonstra a participação das usuárias do DIT de contracepção permanente em atividade educativa.

**Figura 1 -Distribuição (%) das mulheres submetidas ao procedimento de inserção do DIT de contracepção permanente segundo participação em atividade educativa. Palmas, 2017. (n=32)**



Fonte: A autora

**Tabela 5 -Distribuição (%) das mulheres submetidas ao procedimento de inserção do DIT de contracepção permanente segundo acompanhamento profissional, exames realizados e uso de medicação. Palmas, 2017. (n=32)**

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Acompanhamento profissional durante o período de espera para o procedimento</b>		
Acompanhada pelo médico	31	96,9
Número de vezes acompanhada pelo médico (média ±desvio padrão)		1,8±0,7
Acompanhada pelo enfermeiro	30	93,8
Número de vezes acompanhada pelo enfermeiro (média ±desvio padrão)		1,5±0,8
Acompanhada pelo psicólogo	30	96,9
Número de vezes acompanhada pelo psicólogo (média ±desvio padrão)		1,4±0,7
Acompanhada pelo assistente social	31	96,9
Número de vezes acompanhada pelo ass. social (média ±desvio padrão)		1,2±0,6
<b>Realização de teste de gravidez antes do procedimento e de confirmação do DIT de contracepção permanente</b>		
<b>Teste de gravidez (Sim)</b>	31	96,9
<b>Teste de gravidez realizado (n=31)</b>		
USG	29	93,5
βHCG	4	12,9
<b>Teste confirmatório (Sim)</b>	23	71,9
<b>Teste confirmatório realizado (n=23)</b>		
USG	16	72,7
Rx pélvico	15	65,2
<b>Uso de medicações</b>		
<b>Medicação pré-procedimento (Sim)</b>	32	100,0
<b>Tipo de medicação pré-procedimento</b>		
Diazepam	23	71,9
Anti-inflamatório (uso associado com Diazepam)	4	12,5
<b>Uso de anestésicos locais (Não)</b>	32	100,0
<b>Uso métodos contraceptivos (Sim)</b>	30	93,8
<b>Período uso do método contraceptivo (n=30)</b>		
Antes do procedimento e até o teste confirmatório	13	43,4
Antes do procedimento e até 3 meses após o procedimento	6	20,0
Antes do procedimento	3	10,0
Após o procedimento até o teste confirmatório	1	3,3
Outro	7	23,3
<b>Total</b>	32	100,0

Fonte: A autora

Destaca-se, conforme a tabela 5, que 02 mulheres não foram acompanhadas pelo psicólogo, considerando que 01 ignorou esta informação. Infere-se que um dos prováveis

motivos tenha sido a otimização do processo de laqueadura para o Essure®, ou seja, das 28 mulheres que já aguardavam pela laqueadura, com média de tempo de espera de 15,8±14,1, conforme se observa na Tabela 3, é provável que algumas não tenham recebido a consulta com psicólogo específica para o procedimento de inserção do DIT de contracepção permanente, bem como de outras ações como a participação em atividades educativas. Corrobora com essa hipótese, a fala de uma das entrevistas a seguir:

*"Já estava aguardando pela laqueadura e me falaram do novo método, mas não participei de nenhuma palestra, nem sei se teve. [...] Só consultei com o médico antes de colocar o Essure®. Tinha consultado com o psicólogo quando tava aguardando pela laqueadura."* (E30, 36 a, 3 filhos, aguardava pela laqueadura há 03 anos)

Constatou-se no prontuário da referida entrevistada que a consulta psicológica, de fato, foi realizada no processo de aconselhamento para a laqueadura convencional.

Assim, destaca-se mais uma vez a inadequabilidade da utilização de ações do fluxo de atenção às mulheres que buscam por laqueadura em substituição a ações previstas no fluxo do DIT de contracepção permanente, em face das especificidades inerentes a cada método. Assim como o aproveitamento de formulários é inadequado, como dito anteriormente, tão pouco deve-se oportunizar o aconselhamento pregresso da equipe multiprofissional, especialmente do psicólogo pela relevância de sua avaliação no aspecto da subjetividade, das questões emocionais que podem comprometer o processo decisório e assim potencializar as chances de arrependimento futuro.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), a equipe mínima para a atenção em planejamento reprodutivo é composta por médico(a), enfermeiro(a) e auxiliar de enfermagem, sendo acrescida por psicólogo(a) e assistente social nos serviços de referência para avaliação de procedimentos de esterilização, ficando estes responsáveis, dentre outras atribuições, pela avaliação de indicação do método definitivo.

Ressalta-se que a atuação dos profissionais de saúde na atenção em planejamento reprodutivo deve ser pautada nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, conforme previsto no Artigo 226, §7º da CRFB, propiciando os recursos educacionais para a livre decisão da pessoa/casal, de modo não coercitivo (BRASIL, 2016).

Não há definição do número de consultas por usuária (o) de métodos contraceptivos em geral, ficando a critério do profissional avaliar a periodicidade de consultas de retorno, de acordo com o método contraceptivo, devendo, contudo, ser assegurado o atendimento à (ao)



usuária (o), a qualquer momento em caso de dúvidas ou problemas com a utilização do método (BRASIL, 2002).

Vale destacar que a sistematização do acompanhamento aos usuários de métodos contraceptivos tem por finalidade avaliar a adequação do método em uso, além de prevenir, identificar e tratar possíveis intercorrências, sendo, portanto, um aspecto importante a ser planejado pelos gestores na garantia da atenção em planejamento reprodutivo (BRASIL, 2002). Principalmente quando versa sobre métodos definitivos, onde o retorno da fertilidade pode não se resolver tão facilmente. Em se tratando do DIT de contracepção permanente, como dito anteriormente, esse retorno somente será possível por meio de FIV, procedimento de difícil acesso tanto no setor privado, pelo alto custo, quanto por meio do SUS, considerando que existem apenas 09 serviços públicos de referência em todo o País, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Foi investigado também a realização de teste de gravidez e de confirmação do DIT.

A realização do teste de gravidez, antes do procedimento de inserção do DIT de contracepção permanente, é recomendada (OSTHOF, 2015). Neste estudo, observa-se que a grande maioria das entrevistadas (96,9%) foi submetida ao referido teste e apenas 01 mulher ignorou esta informação. Vale ressaltar que as informações fornecidas pelas mulheres sobre o teste de gravidez foram complementadas pelo prontuário. Uma mulher não informou o tipo de teste realizado e também não constava no prontuário.

Um aspecto muito importante, inerente à inserção do DIT de contracepção permanente, é a realização do teste confirmatório, tendo sido informado como não realizado por dez mulheres (31,3%), conforme se observa na tabela 5, bem superior ao encontrado no estudo de Povedano *et al.* (2012), em que apenas 3,2% das mulheres não cumpriram o seguimento radiológico de 3 meses, e na contra mão do que é recomendado, onde espera-se que 100% das mulheres realizem a confirmação da implantação do DIT para que de fato a sua eficácia seja garantida e a mulher possa exercer sua sexualidade de forma segura e livre de uma gravidez não planejada.

Recomenda-se, 3 meses após o procedimento, a realização de um exame para identificar a localização do implante e verificar se a mesma está adequada, sendo a usuária liberada do uso de outros métodos de contracepção se os dispositivos estiverem colocados na junção útero-tubária de modo satisfatório. A verificação pode ser feita por meio de Rx pélvico ou ultrassonografia (USG) e em caso de colocação insatisfatória solicita-se uma histerossalpingografia (HSG) (DEPES *et al.*, 2016).

Dentre as mulheres que realizaram o teste confirmatório (tabela 5), a USG foi citada pela maioria (72,7%), de modo isolado (30,4%) ou associado com o Rx pélvico (39,1%). A informação do tipo de teste foi ignorada por 01 mulher (4,3%). Assim, nota-se que algumas mulheres do estudo realizaram mais de um teste confirmatório.

Osthof *et al.* (2015), considera a USG aceitável, confiável e precisa para localização do dispositivo, além do menor custo se comparada ao Rx pélvico. Já no estudo de Depes *et al.* (2016) o teste confirmatório foi realizado por meio da radiografia simples em todas as mulheres, sendo necessário a HSG apenas em 03 usuárias, em virtude de dúvida quanto ao correto posicionamento do dispositivo.

A fabricante do sistema *Essure*® recomenda a realização de um ou outro teste (Rx ou USG), alertando que devem ser consultadas as instruções da embalagem para obter orientações sobre se um determinado teste é o mais apropriado. Assim, é possível detectar se a esterilização foi bem-sucedida por meio do Rx ou da USG e em caso de dúvida também recomenda a HSG (CONCEPTUS, 2012).

Ante o exposto, questiona-se a realização de USG de modo associado com o Rx pélvico em 39,1% das mulheres entrevistadas, onerando o sistema, além de submeter a mulher a procedimentos desnecessários. Dentre as causas prováveis da duplicidade cita-se a inexistência de um protocolo do serviço de modo a alinhar as condutas entre os profissionais e a descontinuidade do cuidado ocasionada pelo fechamento do serviço, fazendo com que algumas mulheres procurassem por conta própria a realização do teste confirmatório, em serviços privados ou outros serviços públicos, realizando por vezes em duplicidade, Rx e USG.

As falas apresentadas a seguir representam os aspectos relacionados aos testes confirmatórios:

*“Voltei lá, mas o serviço não estava funcionando mais. Fiz um Rx 3 meses depois que foi colocado o Essure® e o médico disse que tinha visto as molas. Fiz um USG e não foi visualizado, o médico que fez (...) disse que as trompas não estavam fechadas”.* (E06, 29a, 3 filhos)

*“Fiz Rx e USG pelo Plano de Saúde. Não fiz no CSSR porque o Ambulatório do Essure® não estava mais funcionando”.* (E17, 38a, 2 filhos)

*“Faço USG e RX de 6 em 6 meses, particular mesmo, porque tenho muito medo de engravidar de novo.”* (E9, 31ª, 5 filhos)

O uso de medicações também foi avaliado com o intuito de verificar se a assistência oferecida estava de acordo com o preconizado na literatura. O uso de medicação antes do

procedimento deve incluir um anti-inflamatório não esteroide (AINE) para reduzir o espasmo tubário, 30 a 60 minutos antes do procedimento, e um diazepínico (OSTHOF *et al*, 2015). Em um estudo realizado por Cabezas-Palacios *et al.* (2017), verificou-se que a proporção de mulheres que não sentiram dor durante o procedimento de inserção do *Essure*® foi maior entre aquelas que fizeram uso de AINE ou AINE e diazepínico e as mulheres não medicadas tiveram maior taxa de dor severa ( $p=0,00$ ).

Neste estudo, conforme demonstrado na Tabela 5, observa-se um baixo percentual de mulheres que referiram o uso das duas medicações associadas (12,5%). A informação acerca do tipo de medicação ingerida foi ignorada por 9 mulheres (28,1%).

Um estudo realizado por Depes *et al.* (2016) em um hospital público de São Paulo, SP, Brasil, com 38 mulheres submetidas ao procedimento de oclusão tubária por via histeroscópica, apontou que todas as usuárias receberam anti-inflamatório e diazepam 1 hora antes do procedimento. A informação foi prestada pelos próprios profissionais, diferente do presente estudo em que foi obtida a partir da fala das usuárias, contudo, cumpre salientar que também foi realizado busca nos prontuários e em nenhum deles havia anotações sobre os referidos medicamentos.

Nesse mesmo estudo o procedimento em todas as usuárias foi realizado sem o uso de anestésico (DEPES *et al.*, 2016), igualmente, como informado pelas 32 mulheres entrevistadas, conforme Tabela 5, ou seja, no presente estudo nenhuma mulher informou o uso de anestésico local durante o procedimento.

Outra medicação avaliada refere-se ao uso de contraceptivos. Das mulheres que responderam terem feito uso de contraceptivos antes e/ou após o procedimento ( $n=30$ ), a maioria (56,6%) utilizaram em condições diversas ao recomendado que seria um mês antes do procedimento e até a realização do teste confirmatório (ARJONA *et al.*, 2008; DEPES *et al.*, 2016). No estudo realizado por Depes *et al.* (2016), 86,8% das mulheres fizeram uso de contraceptivos antes do procedimento para preparo prévio endometrial.

As falas a seguir ilustram algumas das condições diversas do uso do contraceptivo pelas entrevistadas.

*“Mesmo fazendo o exame para confirmar, usei anticoncepcional até 6 meses depois que foi colocado o Essure® por segurança”.* (E05, 26a, 6 filhos)

*“Sabia que tinha que usar até o retorno, mas não usei”.* (E22, 28a, 4 filhos)

*“Usei até 2 anos depois do procedimento porque não fiz o RX e então fiquei com medo”.* (E27, 29a, 4 filhos)

“Tomei até 2 anos depois do procedimento”. (E31, 32a, 3 filhos)

“Não tomei medicamento porque estava amamentando”. (E01,34a, 2 filhos)

“Os médicos me falaram que eu tinha que tomar anticoncepcional depois do procedimento, mas como tinha dificuldade para engravidar mesmo, não tomei”. (E08, 36a, 2 filhos).

Infere-se que prováveis falhas no acompanhamento das usuárias, incluindo a ineficiência das atividades educativas e a descontinuidade do cuidado ocasionada pelo vazio assistencial que se configurou com o fechamento do serviço, foram fatores preponderantes ao não uso adequado dos contraceptivos pelas mulheres, bem como a não realização do teste confirmatório por uma parcela significativa das usuárias. Far-se-á necessário a realização de estudos, preferencialmente com abordagem qualitativa, para elucidar estes e outros aspectos de cunho mais subjetivo.

A Tabela 6 aponta as características da atenção às mulheres após o procedimento de inserção do DIT de contracepção permanente.

**Tabela 6 - Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente segundo características da atenção recebida após o procedimento. Palmas, 2017. (n=32)**

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Realizou consulta após 3 meses do procedimento</b>		
Não	14	43,8
Sim	18	56,2
<b>A consulta foi realizada (n=18)</b>		
Pelo próprio médico que realizou o procedimento	5	27,8
Outro	13	72,2
<b>Local da consulta (n=18)</b>		
CSSR	10	55,6
Consultório particular	3	16,7
Hospital e Maternidade D. Regina	3	16,7
Ignorado	2	11,1
<b>Arrependeu-se de ter realizado o procedimento (Não)</b>	29	90,6
<b>Tempo de inserção do DIT (média ±desvio padrão, em anos)</b>		3,5±0,5
<b>Total</b>	32	100,0

Fonte: A autora

O acompanhamento à usuária do DIT de contracepção permanente, deve incluir a consulta médica após 3 meses do procedimento, entretanto, conforme demonstrado na Tabela 6, não houve seguimento para um percentual significativo de mulheres (43,8%), diferente do

que se observa no estudo realizado por Depes *et al.* (2016) em que todas as usuárias completaram o seguimento de 3 meses.

Em verificação aos prontuários, notou-se que não constam informações sobre retorno das usuárias em quase todos eles. De um modo geral consta informações sobre exames avaliados em consulta pré-procedimento como: USG, COP, glicemia, Hb, Ht, HIV, HBsAg, EAS, Tip. Sg., Coag.<sup>3</sup> Também consta informações sobre história reprodutiva da mulher, bem como anotações referentes às consultas da equipe multidisciplinar. Sobre os exames laboratoriais antes do procedimento, Osthof *et al.* (2015) recomendam apenas um teste de gravidez, além da história, exame físico, especialmente o pélvico, devendo este ser focado no tamanho, posição e mobilidade do útero, bem como na avaliação da permeabilidade cervical.

Anotações específicas sobre o procedimento constavam na Ficha do Procedimento de Inserção do *Essure*®, se restringindo basicamente a informações acerca de possíveis alterações no canal cervical e na cavidade uterina, se o endométrio estava ou não compatível com o uso de contracepção hormonal, sobre a visualização dos óstios tubários e a bilateralidade do implante com ou sem dificuldades.

De acordo com a tabela 6, a maioria das mulheres entrevistadas (90,6%) neste estudo relata não ter se arrependido pela opção do método definitivo, o que pode ser observado também no estudo de Santos *et al.* (2011), os quais identificaram que 85% das mulheres referiram satisfação pelo método escolhido e ainda afirmaram que o posterior arrependimento, na maioria das vezes, se relaciona com a deficiência na orientação quanto à irreversibilidade do método ou quando não são obedecidos os critérios da lei que regulamentam o planejamento familiar.

Houve arrependimento após a realização do procedimento para 03 mulheres (9,4%), superior à taxa de arrependimento do estudo realizado por Legendre *et al.* (2014), que foi de 5,5%. As 03 mulheres deste estudo apontaram o desejo de engravidar novamente como causa principal do arrependimento, como se observa nas falas a seguir:

*“Gostaria de ter mais um filho. Também sinto inchaço e minha pressão aumentou, acho que é por causa do Essure®”.* (E06, 29a, 03 filhos)

*“Quando fiz o procedimento estava em um momento difícil da vida, com problemas no meu relacionamento. Hoje me arrependo, pois nunca é tarde para recomeçar. Meu*

---

<sup>3</sup> As abreviações dos exames foram colocadas de modo proposital para seguir fielmente o que constava no prontuário.

*namorado quer um filho e eu também quero ter um filho com ele. Gostaria de fazer inseminação. Hoje sou contra qualquer tipo de laqueadura”. (E07, 33a, 02 filhos)*

*Eu queria mais um filho. Se eu casar novamente quero mais um filho. Estou em um período ruim no relacionamento. Estava ciente que podia desistir do procedimento, mas não deixaram...minha mãe e meu esposo não deixaram eu desistir”. (E18, 25a, 04 filhos)*

Uma mulher, apesar de se dizer não arrependida por ter realizado o procedimento, manifestou ainda o desejo de ter filho.

*“[...] porém se tivesse a chance de ter filho hoje, teria. Hoje tenho mais condições financeiras e ponto de vista melhor. Aproveitaria melhor meus filhos, que a correria me impedia. Se pudesse teria um filho homem, mas meu esposo não queria mais”. (E08, 36a, 02 filhos).*

Destaca-se que o tempo de uso do DIT é relativamente curto, podendo explicar a ausência de arrependimento na maioria das mulheres, pois o impacto da característica irreversível, ainda não provocou reflexões acerca do procedimento.

A Tabela a seguir revela os motivos que levaram as mulheres à não realização da consulta de retorno.

**Tabela 7 - Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente segundo motivos que levaram a não realização da consulta de retorno. Palmas, 2017. (n=14)**

<b>Motivos que levaram a não realização da consulta de retorno</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Serviço não estava mais funcionando	6	42,9
Motivos pessoais	2	14,3
Não sabia que era pra retornar	2	14,3
Não fez o Teste Confirmatório	3	21,4
Encaminhada para fazer laqueadura convencional	1	7,1
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora

Entre os motivos que levaram a não realização da consulta de retorno, o mais citado pelas mulheres foi que o serviço não estava mais funcionando (42,9%). As falas que se seguem a esse respeito são bastante contundentes.

*“Não consegui retorno (...) o médico que fez não quis me atender porque não tava mais trabalhando lá (...) fiz um RX particular. Fui na Defensoria, porque senti dor forte na barriga (...) 6 meses depois que foi colocado”. (E05, 26a, 6 filhos)*

*“Voltei lá, mas o serviço não estava funcionando mais. Fiz um RX 3 meses depois que foi colocado o Essure® e o médico disse que tinha visto as molas. Fiz um USG e não foi visualizado, o médico que fez (...) disse que as trompas não estavam fechadas. Estou com suspeita de gravidez (...) já fui no médico do postinho e estou esperando o resultado do exame”.* (E06, 29a, 3 filhos)

*“Colocaram a mola somente do lado esquerdo, porque a minha trompa direita estava obstruída. O médico tentou várias vezes, mas não conseguiu desobstruir. Fez duas tentativas para colocar o Essure®. O médico do Essure® disse que não daria o laudo por ter somente 1 lado implantado. Fui encaminhada para (...) fazer laqueadura apenas da trompa obstruída. Fiz uma USG no dia 19/05/2017, com o seguinte laudo (fez a leitura do exame): Aspecto ecográfico normal/ Dispositivo Intratubário à Esquerda normoposicionado. O médico informou que não podia mais engravidar, somente se fizesse fertilização in vitro e agora estou grávida de 3 meses. Fiquei feliz por um lado e triste por outro, pois perdi meu único filho homem ano passado. Ele tinha apenas 15 anos e morreu por pneumonia (chorou), os médicos não souberam cuidar direito dele, foram negligentes. Ainda estava tentando elaborar a morte do meu filho, quando fiquei sabendo que estava grávida (...) foi um milagre de Deus, pois eu não podia mais engravidar”.* (E27, 29a, 4 filhos)

*“Não consegui marcar o retorno porque era fim de ano, depois tentei novamente e não consegui marcação, por isso não retornei”.* (E30, 36a, 3 filhos)

Houve o apontamento da necessidade de passarem por nova consulta médica, mesmo entre as mulheres que retornaram à consulta de seguimento, contudo, percebe-se a partir das falas o enfrentamento de obstáculos em virtude do fechamento do serviço, bem como fragilidades no conhecimento dos profissionais acerca do DIT de contracepção permanente quando procuram o “postinho” em busca de consulta médica. A seguir as falas de entrevistadas sobre este anseio:

*"A mola do lado direito não funcionou, mas continua lá." "Quero me consultar de novo."* (E14, 35a, 4 filhos)

*“Retornei para realizar o preventivo esse ano e não tinha espaço para observação para mulheres com Essure®.”*(E23, 29a, 2 filhos)

*“Tenho muitos medos...se eu precisar retirar as trompas por causa do Essure®. Não tenho medo de engravidar, mas penso as vezes que eu posso estar com câncer.”* (E24, 30a, 2 filhos)

“Os corpos não são iguais, umas mulheres sentem umas coisas, outras não. Não tive problema nenhum, graças a Deus e nem vou ter, mas fiquei preocupada por causa da reportagem que falou sobre a proibição do Essure®.” (E32, 35a, 2 filhos)

Importa salientar que o ambulatório funcionou por um curto período de tempo, considerando que foi inaugurado no dia 08 de março de 2013 (PALMAS, 2013) e encerrou suas atividades em 2014, de acordo com informações da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins.

Foi implantado em um contexto de dificuldades das mulheres no acesso à laqueadura convencional, por insuficiência de leitos nos serviços de referência da rede hospitalar do Estado e assim, tinha por finalidade diminuir a demanda reprimida pela laqueadura (MULHERES, 2016). Contudo, encerrou suas atividades em meio à mudança na gestão estadual e com alegação de insuficiência de recursos para a aquisição dos kits.

Pondera-se que o vazio assistencial às usuárias do método a partir do fechamento do serviço, provavelmente tenha se dado pela inexistência de protocolo e pactuações para a garantia da continuidade do cuidado em outros pontos da rede de atenção à saúde municipal e/ou estadual. Algumas mulheres até conseguiram consulta de retorno em outros serviços, contudo, isso se deu de modo aleatório.

### 4.3 Repercussões clínicas decorrentes do procedimento de inserção

**Tabela 8 -Distribuição (%) das mulheres submetidas ao procedimento de inserção do Dispositivo Intra-tubário (DIT) segundo o relato de repercussões clínicas. Palmas, 2017. (n=32)**

<b>Repercussões clínicas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Dor durante o procedimento	20	62,5
Dor pélvica aguda após o procedimento	10	31,3
Vertigens/Tonturas	9	28,1
Dor pélvica crônica	7	21,9
Náuseas/Vômitos	6	18,8
Caibras	4	12,5
Sangramento anormal	4	12,5
Mal posicionamento do dispositivo	2	6,3
Síncope vasovagal	1	3,1
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora



De acordo com a Tabela 8 a dor durante o procedimento foi a repercussão clínica mais citada pelas mulheres (62,5%), podendo ser controlada de modo eficaz com o uso de analgesia oral (THIEL *et al.*, 2011). A expulsão do DIT, lesão na tuba uterina e perfuração de órgão não foram citadas por nenhuma das usuárias.

Dentre outras repercussões a mais frequente foi alterações no fluxo menstrual (aumento do fluxo, diminuição do ciclo, falha menstrual, cólica menstrual).

Outras repercussões clínicas também citadas pelas mulheres, mas que não houve relatos na literatura pesquisada para este estudo, foram o inchaço, aumento da pressão arterial, dor pélvica ao tossir e desconforto durante a relação sexual, com diminuição da libido e consequente comprometimento do desempenho sexual.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) possui um sistema de classificação de risco de produtos e insumos, considerando as alterações que o mesmo pode causar e classificaram, por um período em 2017, o *Essure*® como de risco máximo principalmente por causa das alterações no fluxo menstrual (BRASIL, 2017a).

O percentual de mulheres que referiram dor pélvica aguda após o procedimento (31,3%), conforme Tabela 8, foi significativamente superior à incidência desta repercussão clínica apontada no estudo de Yunker *et al.* (2015), sendo de 8,1%, contudo foi menor que no estudo de Depes *et al.* (2016), que identificou 44,7% das usuárias com dor após o procedimento. Também a dor crônica foi mais frequente no presente estudo (21,9%) se comparada com aquele (4,2%). De acordo com Yunker *et al.* (2015), a esterilização histeroscópica pode ocasionar dor pélvica, estando mais propensas as mulheres com diagnóstico de dor crônica pré-existente. Estes autores verificaram que a dor pélvica após o procedimento se resolveu dentro de 3 meses para 50% das mulheres.

Al-Safi *et al.* (2013) fizeram uma revisão dos relatórios on-line, disponíveis no banco de dados do fabricante, de pacientes submetidos a esterilização tubária por inserção do *Essure*® no período de novembro de 2002 a fevereiro de 2012. Neste estudo foram identificados quatrocentos e cinquenta e sete eventos adversos, sendo também a dor o evento mais relatado (47,5%), seguida de mal funcionamento do cateter de entrega (26,4%). Outros eventos relatados incluíram perfuração (19,7%), sangramento anormal (9,6%), e mal posicionamento (7,2%).

A síncope vasovagal foi identificada em uma mulher no estudo realizado por Dapes *et al.* (2016), que ao utilizar atropina sublingual cedeu rapidamente. Igualmente no presente

estudo, uma mulher referiu a síncope vasovagal, conforme se observa na Tabela 7, contudo, não há registro no prontuário sobre a repercussão, tampouco sobre a conduta adotada.

Fernandez *et al.* (2014 *apud* OSTHOF *et al.* 2015, p. 35), em um estudo realizado em hospitais da França com 39.169 esterilizações por Essure e 70.108 por ligaduras tubárias, concluíram que:

Os possíveis efeitos adversos possuem duas fontes potenciais. A primeira é relacionada à abordagem histeroscópica [...]. A segunda é a colocação técnica específica do Essure, sendo o principal risco de complicação a perfuração uterina com migração abdominal do *stent* associado à dor persistente e/ou sangramento.

A Anvisa, por meio da Resolução-RE nº 457, de 17 de fevereiro de 2017, embasada em relatórios técnico-científicos, classificou o Sistema Essure como risco máximo e o tirou de circulação por um período de 5 meses. O risco foi em virtude de complicações como sangramento menstrual, gravidez indesejada, dor crônica, perfuração e migração do dispositivo, alergia e sensibilidade ou reações do tipo imune (BRASIL, 2017b).

Na ocasião foram prestadas informações no site da Anvisa às mulheres usuárias do dispositivo sobre a necessidade de manterem uma rotina de acompanhamento com o médico, bem como sobre a não recomendação para a retirada do dispositivo, salvo em caso de orientação médica nesse sentido. Um formulário foi disponibilizado no FormSus para que estas mulheres pudessem notificar possíveis complicações em virtude do DIT de contracepção permanente (BRASIL, 2017a).

A Anvisa liberou novamente o produto após a empresa responsável cumprir com as exigências impostas, dentre elas a apresentação de relatórios de estudos clínicos, incluindo, dentre outros aspectos, informações críticas referentes à segurança do produto (BRASIL, 2017a).

Aqui nosso olhar crítico para a necessidade de acompanhamento pós-inserção do DIT diante a variedade de possíveis repercussões clínicas negativas possíveis. Foi uma limitação deste estudo não avaliar o tempo de surgimento ou percepção das repercussões clínicas, para poder contribuir com um tempo ideal para esse acompanhamento. Que estudos futuros possam considerar essa variável e sugerir um tempo ideal de acompanhamento pós-inserção do DIT.

#### 4.4 Nível de conhecimento e de satisfação das usuárias sobre a contracepção permanente por DIT

As tabelas 9 a 19 apresentam o nível de conhecimento das usuárias sobre diversos aspectos da contracepção permanente por DIT e a verificação de associação com variáveis socioeconômicas, acompanhamento profissional e atividade educativa. Foi avaliado o nível de conhecimento em relação ao DIT (tabelas 9 e 10), sobre o procedimento e mecanismo de ação (tabelas 11 e 12), sobre as recomendações antes e após o procedimento (tabelas 13 e 14), sobre as repercussões clínicas (tabela 15 e 16) e sobre as contraindicações (tabelas 17 e 18). Por fim, a tabela 19 apresenta uma síntese das cinco variáveis de conhecimento. O conhecimento foi categorizado como insatisfatório e satisfatório, de acordo com o detalhamento constante na metodologia desta dissertação.

**Tabela 9 - Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente em relação ao nível de conhecimento sobre o DIT. Palmas, 2017. (n=32)**

Características do DIT	Conhecimento	
	n	%
1. É um método irreversível	31	96,9
2. O dispositivo é composto por uma espiral (molinha) de titânio e níquel.	32	100,0
3. Possui alta taxa de eficácia (cerca de 99,8%).	31	96,9
4. A principal causa de falha na inserção é a possibilidade de alterações na luz tubária como sequelas de salpingites, desconhecidas antes da colocação.	10	31,6
<b>Nível de conhecimento</b>		
<b>Insatisfatório</b>	2	6,2
<b>Satisfatório</b>	30	93,8
<b>Total</b>	32	100,0

Fonte: A autora

A tabela 9 aponta que a grande maioria (93,8%) das mulheres apresentaram nível de conhecimento satisfatório sobre o DIT de contracepção permanente, com um maior conhecimento acerca do item 2 e menor sobre o item 4.

Ressalta-se que o esperado é que todas as mulheres tivessem conhecimento satisfatório, condição necessária para garantir o direito sexual e reprodutivo da mulher,

caracterizado por uma escolha livre e esclarecida. Além disso, a maioria participou de atividade educativa conforme figura 1 e/ou passou por atendimento profissional especializado. Os serviços de saúde devem oferecer ações educativas individuais, ao casal e em grupo, e acesso a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade que não comprometam a vida e a saúde das pessoas, garantindo direitos iguais para a mulher, para o homem ou para o casal, num contexto de escolha livre e informada (BRASIL, 2010).

Merece destaque o fato de uma mulher desconhecer a característica de irreversibilidade do método. A mulher que decide por um método anticoncepcional permanente deve estar muito segura de que não deseja mais ter filhos, neste sentido, faz-se necessário um aconselhamento que inclua informações enfáticas acerca da definitividade do método, o desencorajamento à esterilização precoce, esclarecimento sobre as dificuldades e/ou impossibilidade de reversão, envolvimento do casal com oferecimento ao homem da possibilidade de esterilização, ampla informação e acesso aos métodos contraceptivos reversíveis, informações sobre as taxas de falha, sobre o risco de gravidez ectópica orientando a procurar o serviço de saúde diante da suspeita de gravidez, a necessidade de dupla proteção na perspectiva da prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/HIV/Aids, sobre as taxas de arrependimento após a esterilização e explicar sobre o procedimento e seus riscos. (ROSAS, 2005 *apud* BRASIL, 2010, p. 236).

Vale ressaltar que no caso do DIT de contracepção permanente, ao contrário da laqueadura tubária cirúrgica em que é possível a recanalização tubária, não há possibilidade de reversão e no caso de arrependimento pode ser realizada a fertilização *in vitro* (FIV) (KERIN; CARIGNAN; CHER, 2001, *apud* DEPES, 2009, p. 393).

**Tabela 10 - Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente segundo características socioeconômicas, acompanhamento profissional, atividade educativa e nível de conhecimento sobre o método. Palmas, 2017. (n=32)**

Características	Conhecimento sobre DIT		p
	Insatisfatório %	Satisfatório %	
<b>Idade que realizou o procedimento</b> (média ±desvio padrão, em anos)	36,0±0,0	31,7±3,0	0,130
<b>Estado civil</b>			0,659
Casada/ União estável / União consensual	8,7	91,3	
Solteira	0,0	100,0	
Separada	0,0	100,0	
<b>Escolaridade</b>			0,436
Ensino fundamental (incompleto e completo)	0,0	100,0	
Ensino médio (incompleto e completo)	11,1	88,9	
Ensino superior (incompleto, completo e pós-graduação)	0,0	100,0	
<b>Renda</b> (média ±desvio padrão)	2.000,00±1.414,21	2.646,9±2.184,8	0,938
<b>Participação na atividade educativa</b> (Sim) (n=31)	3,2	96,8	<b>0,000</b>
<b>Acompanhamento com o médico</b> (Sim) (n=31)	6,5	93,5	-
<b>Acompanhamento com o enfermeiro</b> (Sim) (n=30)	0,0	100,0	<b>0,000</b>
<b>Acompanhamento com o psicólogo</b> (Sim) (n=30)	6,7	93,3	<b>0,790</b>
<b>Acompanhamento com o assistente social</b> (Sim) (n=31)	0,0	100,0	0,060
<b>Realizou a consulta de retorno</b> (Sim) (n=18)	5,6	94,4	0,854
<b>Total</b>	6,3	93,7	

Fonte: A autora

Conforme se observa na tabela 10, houve associação entre a participação na atividade educativa e o nível de conhecimento em relação ao DIT, ou seja, participar de atividade educativa aumenta o conhecimento, tornando-o satisfatório, sobre o DIT. Ter sido consultado por enfermeiro também mostrou associação com o conhecimento satisfatório sobre o DIT.

É fundamental a atuação interdisciplinar, além da participação ativa da mulher e do homem no processo de decisão de modo esclarecido, com conseqüente redução das chances futuras de arrependimento em face da opção por método contraceptivo definitivo (PENTEADO *et al*, 2001).

Apesar de não ter tido associação estatística ( $p= 0,854$ ), percebe-se que entre as mulheres que realizaram consulta de retorno, 5,6% tiveram o conhecimento avaliado como insatisfatório, ou seja, algumas mulheres mesmo concluindo o protocolo de seguimento do método, o que pressupõe um vínculo maior com o serviço, desconheciam várias informações importantes. Este resultado corrobora com a preocupação da FDA (2016, 2018) de que as mulheres não têm sido adequadamente informadas acerca do *Essure*®

**Tabela 11 – Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente em relação ao nível de conhecimento sobre o procedimento e mecanismo de ação. Palmas, 2017. (n=32)**

Características do procedimento e mecanismo de ação	Conhecimento	
	n	%
1. A colocação do dispositivo pode ser feita em ambulatório sem anestesia alguma, sob sedação ou com anestesia local.	32	100,0
2. As mulheres, habitualmente, podem ir para casa após 45 minutos depois do procedimento e quase todas retomam as suas atividades normais no mesmo dia.	31	96,9
3. O dispositivo é transportado até as trompas por um cateter introduzido através de um histeroscópio e uma parte do dispositivo fica na cavidade uterina.	29	90,6
4. Após a colocação do DIT, ocorre uma reação de corpo estranho levando a uma fibrose que provoca uma oclusão tubária em até 3 meses.	24	75,0
<b>Nível de conhecimento</b>		
<b>Insatisfatório</b>	1	3,1
<b>Satisfatório</b>	31	96,9
<b>Total</b>	32	100,0

Fonte: A autora

Observa-se, conforme a Tabela 11, que apenas 01 mulher (3,1%), obteve nível de conhecimento insatisfatório quanto ao procedimento e mecanismo de ação. O item 1 foi apontado como conhecido por todas as usuárias e o 4 foi o menos apontado (75%). Sobre este item, uma mulher mencionou:

*“Pensei que cortava a trompa”*. (E14, 35a, 4 filhos)

Sobre o item 2, segundo mais conhecido pelas entrevistadas, merece destaque as falas a seguir:

*“Essa é a melhor parte! No outro dia já estava trabalhando”.*(E19, 32a, 2 filhos)

*“Fiz e fui trabalhar”.* (E28, 29a, 3 filhos)

No que se refere particularmente à atenção em anticoncepção, esta pressupõe a oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, num contexto de escolha livre e informada (BRASIL, 2010). No processo de escolha, o Ministério da Saúde (2010) afirma ainda, que devem ser levados em consideração, dentre outros aspectos a oferta de informações sobre as características do método, tais como: eficácia, efeitos secundários, aceitabilidade, disponibilidade, reversibilidade, modo de uso e proteção contra as infecções sexualmente transmissíveis (IST).

**Tabela 12 - Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente segundo características socioeconômicas, acompanhamento profissional, atividade educativa e nível de conhecimento sobre o procedimento. Palmas2017. (n=32)**

Características	Conhecimento sobre o procedimento e mecanismo de ação		p
	Insatisfatório	Satisfatório	
	%	%	
<b>Idade que realizou o procedimento</b> (média ±desvio padrão, em anos)	32,0±0,0	31,9±3,1	1,000
<b>Estado civil</b>			0,817
Casado/ união estável / União consensual	4,4	95,6	
Solteira	0,0	100,0	
Separada	0,0	100,0	
<b>Escolaridade</b>			0,669
Ensino fundamental (incompleto e completo)	0,0	100,0	
Ensino médio (incompleto e completo)	5,6	94,4	
Ensino superior (incompleto, completo e pós-graduação)	0,0	100,0	
<b>Renda</b> (média ±desvio padrão)	2.400,00±0,0	2.613,12±2.169,29	0,704
<b>Participação na atividade educativa</b> (Sim) (n=31)	3,2	96,7	0,855
<b>Acompanhamento com o médico</b> (Sim) (n=31)	3,2	96,8	-
<b>Acompanhamento com o enfermeiro</b> (Sim) (n=30)	3,3	96,7	0,853
<b>Acompanhamento com o psicólogo</b> (Sim) (n=30)	3,3	96,7	0,853
<b>Acompanhamento com o ass. social</b> (Sim) (n=31)	3,2	96,8	0,855
<b>Realizou a consulta de retorno</b> (Sim) (n=18)	5,6	94,4	0,370
<b>Total</b>	<b>3,1</b>	<b>96,9</b>	

Fonte: A autora

Verifica-se na tabela 12 que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis socioeconômicas, acompanhamento profissional e atividade educativa com o nível de conhecimento das usuárias sobre o procedimento e mecanismo de ação do DIT de contracepção permanente.

Entretanto, vale destacar que, para 3,2 % das mulheres que participaram da atividade educativa o conhecimento sobre o mecanismo de ação do DIT de contracepção permanente foi avaliado como insatisfatório, quando espera-se um nível de conhecimento satisfatório para todas, ainda mais por pressupor a existência de grupos educativos específicos



par usuárias de métodos definitivos, como preconiza o Ministério da Saúde (2002). Outro aspecto observado é que a realização da consulta de retorno não implicou em conhecimento satisfatório para 5,6% das mulheres.

**Tabela 13 - Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente em relação ao nível de conhecimento sobre as recomendações antes e após o procedimento. Palmas, 2017. (n=32)**

Recomendações antes e após o procedimento	Conhecimento	
	n	%
1. É necessário a realização de Teste de gravidez antes do procedimento.	21	65,6
2. É preconizado o uso de anti-inflamatório 1 hora antes do procedimento para evitar o espasmo (contração involuntária) das tubas uterinas e um diazepínico (diazepam).	5	15,6
3. É necessário a realização de teste confirmatório, por meio de radiografia simples da pelve (RX) ou ultrassonografia transvaginal (USG), 3 meses após a colocação do dispositivo para confirmação de sua localização e em caso de dúvida deverá ser realizada uma histerosalpingografia (HSG).	29	90,6
4. Deve se utilizar algum método de anticoncepção antes do procedimento e até a realização do Teste Confirmatório (3 meses após o procedimento).	27	84,4
5. Quando o teste de confirmação tiver sido concluído, a usuária deve retornar para uma consulta com o ginecologista que realizou o procedimento. O cirurgião verifica a posição dos implantes e informa à usuária se ela pode parar de vez com os métodos de contracepção alternativos.	23	71,9
6. A mulher continua a ter período menstrual após a inserção do DIT de contracepção permanente.	32	100,0
<b>Nível de conhecimento</b>		
<b>Insatisfatório</b>	5	15,6
<b>Satisfatório</b>	27	84,4
<b>Total</b>	32	100,0

Fonte: A autora

Analisando o conhecimento sobre as recomendações antes e após o procedimento, tem-se um nível de conhecimento satisfatório para a maioria das mulheres (84,4%). Dentre os itens que integram a variável, houve maior conhecimento das usuárias em relação ao item 6, sendo apontado por todas e o menos conhecido foi o item 2.

Apesar do teste de gravidez ser preconizado como rotina para as mulheres que buscam por uma esterilização, apenas 65,6% conheciam esta informação. Contudo, como visto na Tabela 5, 31 mulheres (96,9%) realizaram o teste de gravidez, de acordo com informações prestadas pelas usuárias e/ou colhidas nos prontuários, sendo o USG o teste mais realizado pelas mulheres (93,5%). Assim, tem-se com esta informação um contrassenso em que uma das causas prováveis pode ter sido o não esclarecimento adequado da finalidade do exame ultrassonográfico também para descartar a possibilidade de gravidez, considerando ser este um exame essencial para verificação das condições anatômicas do útero e trompas, além de outros aspectos. Corroborando com esta hipótese o fato de não haver em nenhum dos prontuários a informação expressa de resultado negativo para gravidez, ou seja, o que não foi escrito provavelmente também não foi dito às mulheres. A fala a seguir ilustra essa hipótese:

*“Não fiz teste de gravidez, só me perguntaram se eu estava grávida, mas fiz a USG”.* (E14, 35a, 4 filhos).

Destaca-se o desconhecimento de 03 usuárias (9,4%) acerca do item 3, uma vez que o teste confirmatório é condição indispensável para o retorno das atividades sexuais sem o uso de outro método contraceptivo. Só o teste confirmatório dirá se houve ou não o processo esperado no mecanismo de ação do DIT de contracepção permanente, que é a oclusão das trompas a partir da fibrose tecidual produzida pela reação do organismo às molas. Este desconhecimento pode comprometer a realização do teste confirmatório e, por conseguinte, a eficácia do método. Sobre isso, Al-Safi *et al.* (2013) identificaram 457 eventos adversos, sendo a gravidez indesejada, identificada em 61 (13,3%) gravidez indesejadas pós-esterilização. Essa prática inadequada de atenção às mulheres fere o direito sexual e reprodutivo das mesmas.

Merece também destaque o item 4, que foi desconhecido por 15,6% das mulheres. Conforme visto na Tabela 5, das mulheres que responderam terem feito uso de contraceptivos antes e/ou após o procedimento (n=30), a maioria (56,6%) utilizaram em condições diversas ao preconizado que seria antes do procedimento e até a realização do teste confirmatório. Vale ressaltar que, conforme a Tabela 11, 25,0% das usuárias desconheciam o mecanismo de ação do DIT de contracepção permanente. Provavelmente este desconhecimento pode ter contribuído

para que algumas mulheres acreditassem não haver necessidade de utilizar outro método após o procedimento de inserção do DIT.

**Tabela 14 - Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente segundo características socioeconômicas, acompanhamento profissional, atividade educativa e nível de conhecimento sobre as recomendações antes e após procedimento. Palmas, 2017. (n=32)**

Características	Conhecimento sobre as recomendações antes e após o procedimento		p
	Insatisfatório	Satisfatório	
	%	%	
<b>Idade que realizou o procedimento</b> (média ±desvio padrão, em anos)	30,6 ±4,1	32,2 ±2,8	0,432
<b>Estado civil</b>			0,805
Casado/ união estável / União consensual	17,4	82,6	
Solteira	14,3	85,7	
Separada	0,0	100,0	
<b>Escolaridade</b>			0,374
Ensino fundamental (incompleto e completo)	0,0	100,0	
Ensino médio (incompleto e completo)	11,1	88,9	
Ensino superior (incompleto, completo e pós-graduação)	27,3	72,7	
<b>Renda</b> (média ±desvio padrão)	2.604,4±1.909,26	2.606,85±2.206,96	0,979
<b>Participação na ativ. educativa</b> (Sim) (n=31)	16,1	83,9	0,662
<b>Acompanhamento médico</b> (Sim) (n=31)	16,1	83,9	-
<b>Acompanhamento enfermeiro</b> (Sim) (n=30)	16,7	83,3	0,656
<b>Acompanhamento psicólogo</b> (Sim) (n=30)	16,7	83,3	0,656
<b>Acompanhamento ass. social</b> (Sim) (n=31)	16,1	83,9	0,662
<b>Realizou a consulta de retorno</b> (Sim) (n=18)	11,1	88,9	0,425
<b>Total</b>	15,6	84,4	

Fonte: A autora

Conforme verifica-se na tabela 14, não houve associação estatisticamente significante entre as variáveis socioeconômicas, acompanhamento profissional e atividade educativa com o nível de conhecimento sobre as recomendações antes e após o procedimento de inserção do DIT de contracepção permanente.

Ainda assim vale ressaltar sobre o acompanhamento pela equipe multiprofissional onde observa-se que, para 10 a 16,7% das mulheres acompanhadas o conhecimento sobre as recomendações antes e após o procedimento foi avaliado como insatisfatório, denotando

provável fragilidade da assistência neste aspecto. Igualmente observa-se que para as mulheres que realizaram consulta de retorno, um percentual significativo de mulheres (11,1%) teve o conhecimento avaliado como insatisfatório.

**Tabela 15 - Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente em relação ao nível de conhecimento sobre as repercussões clínicas. Palmas, 2017. (n=32)**

Repercussões clínicas	Conhecimento	
	n	%
1. Dor durante o procedimento	25	78,1
2. Náuseas/vômitos	17	53,1
3. Vertigens/ tonturas	17	53,1
4. Sangramento anormal	12	37,5
5. Dor pélvica aguda após o procedimento	11	34,4
6. Perfuração de órgãos	8	25,0
7. Lesões nas tubas uterinas	8	25,0
8. Expulsão do dispositivo	6	18,8
9. Mal posicionamento do dispositivo	5	15,6
10. Dor pélvica crônica	3	9,4
11. Síncope vasovagal	3	9,4
12. Cãibras	1	3,1
<b>Nível de conhecimento</b>		
<b>Insatisfatório</b>	27	84,4
<b>Satisfatório</b>	5	15,6
<b>Total</b>	32	100,0

Fonte: A autora

A Tabela 15 reúne as repercussões clínicas mais citadas pela literatura, algumas com maior frequência, como é o caso da dor durante o procedimento e outras com menos frequência como as cãibras. Houve conhecimento insatisfatório sobre as repercussões clínicas pela grande maioria das mulheres (84,4%), sendo as cãibras a repercussão menos conhecida (3,1%) e a dor durante o procedimento a repercussão que obteve o maior nível de conhecimento pelas usuárias (78,1%).

Apesar de algumas repercussões serem menos citadas pela literatura, considerando o direito das usuárias às informações e por se tratar de um método definitivo pouco difundido, caracterizado por ainda não pertencente ao rol de contraceptivos fornecidos pelo Ministério da

Saúde, estas informações deveriam ser prestadas na sua integralidade, de modo a fornecer minimamente as condições mais favoráveis para uma decisão livre e esclarecida e, conseqüentemente, diminuir a possibilidade de arrependimento futuro.

Sobre a provável insuficiência de informações prestadas pelos profissionais acerca das repercussões clínicas, segue algumas falas:

*“Deveria ter sido mais explicado. Os profissionais só falaram coisas positivas. Confiei muito nas informações deles”.* (E24,30a, 2 filhos)

*“Foi informado apenas um desconforto, tipo cólica, durante o procedimento”.* (E20, 30a, 2 filhos)

*“Fiquei sabendo por outras mulheres que causava enjoos e tonturas”.*(E15, 35a, 3 filhos)

*“Quase desisti por causa de comentários de outras mulheres, porém não senti nada. Tava segura porque pesquisei na internet também”.*(E10, 35a, 3 filhos)

Sobre o conhecimento das usuárias acerca do método, a *Food and Drug Administration* (FDA) acredita que algumas mulheres não estão recebendo ou compreendendo informações sobre os riscos e benefícios do DIT de contracepção permanente. Assim, elaborou um documento com recomendações acerca destas e outras informações que devem ser repassados à mulher antes que se submeta ao procedimento de esterilização por implantes de dispositivos tubários (FDA, 2016).

No site oficial do sistema *Essure*® há um comunicado alertando acerca das repercussões clínicas relatadas por algumas mulheres, como perfurações, dor persistente e reações de hipersensibilidade, sendo orientado quanto à necessidade de remoção cirúrgica do dispositivo, caso necessário.<sup>4</sup> Este comunicado faz parte das exigências da FDA ao fabricante, após ter restringido a venda e distribuição do dispositivo em 2016, por entender que as mulheres não estavam sendo adequadamente informadas acerca dos riscos sobre o método. De acordo com este órgão, após o alerta na embalagem do material e a implementação de uma lista de verificação de decisão das pacientes, observou-se uma queda de 70% na venda do *Essure*® nos EUA (FDA, 2008).

---

**<sup>4</sup> Important Safety Information**

WARNING: Some patients implanted with the Essure System for Permanent Birth Control have experienced and/or reported adverse events, including perforation of the uterus and/or fallopian tubes, identification of inserts in the abdominal or pelvic cavity, persistent pain, and suspected allergic or hypersensitivity reactions. If the device needs to be removed to address such an adverse event, a surgical procedure will be required. This information should be shared with patients considering sterilization with the Essure System of Permanent Birth Control during discussion of the benefits and risks of the device.

Recentemente, após tomar conhecimento de que algumas mulheres ainda não estavam sendo adequadamente informadas sobre os riscos do *Essure*®, a FDA emitiu nova ordem de restrição à venda e distribuição do *Essure* a fim de garantir que todas as mulheres que estão em busca deste método recebam informações sobre os riscos e assim possam tomar decisões de forma esclarecida (FDA, 2018).

Brito *et al.* (2015), realizaram um estudo retrospectivo com 11 mulheres que se submeteram à remoção cirúrgica do *Essure*® por histeroscopia, salpingectomia e/ou histerectomia, dentre elas o sintoma predominante foi a dor (90,91%), seguida da hemorragia (54,54%) e dispareunia (45,45%). Houve melhora nos sintomas após a cirurgia em 72,72 % dos casos, contudo, para 03 mulheres (27,7%) persistiram os sintomas. Os autores alertam para a importância de se discutir com as usuárias acerca da possibilidade dos sintomas continuarem mesmo após a remoção do dispositivo.

**Tabela 16 - Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente segundo características socioeconômicas, acompanhamento profissional, atividade educativa e nível de conhecimento sobre as repercussões clínicas. Palmas, 2017. (n=32)**

Características	Conhecimento as repercussões clínicas		P
	Insatisfatório	Satisfatório	
	%	%	
<b>Idade que realizou o procedimento</b> (média ±desvio padrão, em anos)	32,3±3,1	30,0±2,3	0,153
<b>Estado civil</b>			0,502
Casado/ união estável / União consensual	87,0	13,0	
Solteira	71,4	28,6	
Separada	100,0	0,0	<b>0,000</b>
<b>Escolaridade</b>			
Ensino fundamental (incompleto e completo)	0,0	100,0	
Ensino médio (incompleto e completo)	94,4	5,6	
Ensino superior (incompleto, completo e pós-graduação)	90,9	9,1	
<b>Renda</b> (média ±desvio padrão)	2.843,18±2.243,73	1.328,2±401,3	<b>0,031</b>
<b>Participação na atividade educativa</b> (Sim) (n=31)	83,9	16,1	0,662
<b>Acompanhamento com o médico</b> (Sim) (n=31)	83,9	16,1	-
<b>Acompanhamento com o enfermeiro</b> (Sim) (n=30)	83,3	16,7	0,656
<b>Acompanhamento com o psicólogo</b> (Sim) (n=30)	83,3	16,7	0,656
<b>Acompanhamento com o assistente social</b> (Sim) (n=31)	83,9	16,1	0,662
<b>Realizou a consulta de retorno</b> (Sim) (n=18)	77,8	22,2	0,244
<b>Total</b>			

Fonte: A autora

Conforme verifica-se na tabela 16, houve associação estatisticamente significante entre o estado civil separada e o nível de conhecimento insatisfatório (100%) com relação às repercussões clínicas do DIT de contracepção permanente.

Ter renda maior também mostrou associação com o conhecimento insatisfatório das mulheres sobre as repercussões clínicas. Sobre isso, é possível que algumas mulheres com renda muito acima da média tenham conseguido acesso ao procedimento por meio de encaminhamento do médico particular, com provável quebra no fluxo do serviço, incluindo a não participação em atividades educativas.

Apesar de não haver associação estatisticamente significativa, destaca-se que todas as mulheres separadas tiveram um nível de conhecimento avaliado como insatisfatório acerca das repercussões clínicas do DIT de contracepção permanente.

Outro dado importante é a participação das mulheres na atividade educativa, onde pode-se notar que a maioria (83,9%) das mulheres que participaram deste tipo de atividade, tiveram o conhecimento acerca das repercussões clínicas avaliado como insatisfatório. Este dado corrobora a fala de algumas mulheres acerca da seletividade das orientações que foram repassadas, em que, segundo elas, muito pouco ou nada foi falado sobre os aspectos negativos do método em detrimento dos positivos. Igualmente ratifica o entendimento da FDA sobre o não alcance das informações acerca dos riscos do *Essure*® a todas as mulheres.

Ressaltamos a importância de que todas as informações sejam repassadas sobre o método, inclusive destacando aspectos em que a mulher deverá considerar voltar ao serviço prestador da assistência, devido a uma complicação relacionada ao método eleito. Considerando que essas mulheres estavam inseridas em um ambulatório específico para o DIT de contracepção permanente, reiteramos o esperado nível de conhecimento satisfatório em todas as mulheres.



**Tabela 17 -Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente em relação ao nível de conhecimento sobre contraindicações. Palmas, 2017. (n=32)**

<b>Contraindicações</b>	<b>Conhecimento</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
1. Incerteza sobre o desejo de não ser mais fértil	31	96,9
2. Gestação ou suspeita de gestação	30	93,8
3. Parto ou aborto há menos de 6 semanas do implante do DIT	23	71,9
4. Tumores malignos	22	68,8
5. Anomalias uterinas ou tubárias que dificultam a colocação do DIT	22	68,8
6. Infecção pélvica inferior ou superior recente ou presente	19	59,4
7. Procedimento de ligação tubária anterior	16	50,0
8. Tratamento com imunossupressores (incluindo corticosteroides)	13	40,6
9. Alergia ao níquel	10	31,3
10. Aderências pélvicas severas	7	21,9
<b>Nível de conhecimento</b>		
<b>Insatisfatório</b>	19	59,4
<b>Satisfatório</b>	13	40,6
<b>Total</b>	32	100,0

Fonte: A autora

Quanto às contraindicações do DIT de contracepção permanente, a Tabela 17 apresenta que a maioria (59,4%) das mulheres teve o nível de conhecimento insatisfatório.

No documento elaborado pela FDA (2016) com orientações ao fabricante acerca de informações mínimas a serem repassadas às mulheres, consta anexo a proposta de uma lista de verificação para a decisão sobre se submeter ou não ao procedimento, incluindo as contraindicações ao método.

Apesar do conhecimento da grande maioria das mulheres acerca da incerteza do desejo de não ser mais fértil (96,96%), ressalta-se que 03 mulheres se arrependeram de terem se submetido ao procedimento, ambas pelo motivo de ainda desejarem ter filhos. Ou seja, verifica-se a necessidade de melhor ênfase nesta informação, de modo a descartar possibilidades de arrependimento futuro, como foi o caso das referidas usuárias.

Vale ressaltar que 02 mulheres (6,3%) desconheciam a gestação ou suspeita de gestação como contraindicação.

**Tabela 18 - Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente segundo características socioeconômicas, acompanhamento profissional, atividade educativa e nível de conhecimento sobre as contraindicações. Palmas, 2017. (n=32)**

Características	Conhecimento as contraindicações		p
	Insatisfatório	Satisfatório	
	%	%	
<b>Idade que realizou o procedimento</b> (média ±desvio padrão, em anos)	32,4±2,7	31,1±3,4	0,382
<b>Estado civil</b>			0,751
Casado/ união estável / União consensual	56,5	43,5	
Solteira	71,4	28,6	
Separada	50,0	50,0	0,622
<b>Escolaridade</b>			
Ensino fundamental (incompleto e completo)	33,3	66,7	
Ensino médio (incompleto e completo)	61,1	38,9	
Ensino superior (incompleto, completo e pós-graduação)	63,6	36,4	
<b>Renda</b> (média ±desvio padrão)	2.627,10±2.046,52	2.576,30±2.341,85	0,877
<b>Participação na ativ. educativa</b> (Sim) (n=31)	58,1	41,9	0,401
<b>Acompanhamento médico</b> (Sim) (n=31)	58,1	41,9	-
<b>Acompanhamento enfermeiro</b> (Sim) (n=30)	56,7	43,3	0,388
<b>Acompanhamento psicólogo</b> (Sim) (n=30)	60,0	40,0	0,232
<b>Acompanhamento ass. social</b> (Sim) (n=31)	58,1	41,9	0,401
<b>Realizou a consulta de retorno</b> (Sim) (n=18)	61,1	38,9	
<b>Total</b>	59,4	40,6	

Fonte: A autora

Conforme se observa na tabela 18, não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis socioeconômicas, acompanhamento profissional e atividade educativa com o nível de conhecimento sobre as contraindicações do DIT de contracepção permanente.

Entretanto, mais uma vez merece destaque às variáveis de participação na atividade educativa, acompanhamento pela equipe multiprofissional e consulta de retorno, em que para a maioria das mulheres contempladas com estas ações não houve conhecimento satisfatório em relação às contraindicações do método, evidenciando assim provável falha do serviço, nestes aspectos, ferindo assim o direito da usuária de decidir de forma esclarecida sobre o uso do método.

A tabela a seguir apresenta de modo consolidado o nível de conhecimento em relação as 05 variáveis, tendo-se o nível de conhecimento satisfatório maior (93,58%) sobre o procedimento e mecanismo de ação e o menor quanto às repercussões clínicas (15,6%).

**Tabela 19 -Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do Dispositivo Intratubário (DIT) em relação ao dispositivo, procedimento e mecanismo de ação, recomendações e contraindicações. Palmas, 2017. (n=32)**

Variável	Nível de conhecimento			
	Insatisfatório		Satisfatório	
	N	%	N	%
DIT	2	6,2	30	93,8
Procedimento e mecanismo de ação	1	3,1	31	96,9
Recomendações antes e após o procedimento	5	15,6	27	84,4
Repercussões clínicas	27	84,4	5	15,6
Contraindicações	19	59,4	13	40,6

Fonte: A autora

Cumprido salientar que o conhecimento constitui-se em provável indicador da qualidade da assistência prestada pela equipe multiprofissional, incluindo as atividades educativas, como meios de garantir às usuárias o acesso às informações, conforme condiciona o Art. 10 § 1º da Lei 9.263/96:

É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes. (BRASIL, 1996).

Neste sentido, conforme se observa na tabela 19, é notória a provável falha na qualidade do serviço prestado, no aspecto do aconselhamento às mulheres, em especial acerca das repercussões clínicas e contraindicações do método, ao passo que o nível de conhecimento das mulheres sobre estas variáveis foi classificado como insatisfatório pela grande maioria (84,4%) e pela maioria (59,4%), respectivamente.

Quanto ao nível de satisfação das usuárias sobre o DIT de contracepção permanente e sobre o serviço que realizou o procedimento, a Tabela 20 apresenta a classificação descrita da metodologia deste estudo, quais sejam: insatisfeita, parcialmente satisfeita, satisfeita e totalmente satisfeita, de acordo com os 03 itens avaliados.

**Tabela 20 -Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente em relação ao nível de satisfação sobre o DIT e sobre o serviço que realizou o procedimento. Palmas, 2017. (n=32)**

Itens para avaliação do nível de satisfação	Concorda	
	n	%
1. Está mais satisfeita com o DIT de contracepção permanente em relação aos métodos utilizados anteriormente.	29	90,6
2. Recomendaria o DIT de contracepção permanente para uma mulher que busca por um método definitivo de contracepção, que esteja dentro dos critérios de elegibilidade.	29	90,6
3. Está satisfeita com a assistência recebida pelo serviço de saúde que ofertou o DIT de contracepção permanente.	28	87,5
<b>Nível de satisfação</b>		
<b>Insatisfeita</b>	2	6,3
<b>Parcialmente satisfeita</b>	2	6,3
<b>Satisfeita</b>	3	9,4
<b>Totalmente satisfeita</b>	25	78,1
<b>Total</b>	32	100,0

Fonte: A autora

De acordo com a Tabela 15, observa-se que houve mais concordância das mulheres acerca dos itens 1 e 2 (90,6%). A seguir a fala de algumas das mulheres que concordaram com estes itens e, portanto se mostraram satisfeitas nestes aspectos:

*“Foi a melhor coisa que me aconteceu. Não sinto nada nada. Se todas as mulheres que quizessem pudessem ter a chance de colocar o Essure®.” (E9, 31a, 5 filhos)*

*“Se não fosse o Essure®, tava tomando medicação até hoje, porque tenho medo de corte.” (E11, 33a, 2 filhos)*

*“Não senti nada, nem no dia que coloquei e nem depois. Tava com tanta vontade de fazer, que podia ser até com corte. Eu estava desesperada! Não queria mais ter filho, esse serviço tinha que continuar, pois tem muitas mulheres que ainda querem, minha irmã mesmo, tem muito medo de corte e queria muito colocar o Essure®. (E13, 32a, 5 filhos)*

*“Esse procedimento foi minha salvação, senão tinha embuchado novamente. Não me arrependi nenhum segundo [...] recomendo muito esse método, muito mesmo. Falei para minha comadre, se ainda tivesse era muito bom.” (E26, 31a, 4 filhos)*

*“Estou satisfeita, agora não preciso mais tomar remédio, pois me prejudicava muito, uns engordava e outros emagrecia. Minha cunhada tinha vontade de fazer.”* (E31, 32<sup>a</sup>, 3 filhos)

Dentre as usuárias que discordaram dos itens 1 e 2, respectivamente, vale ressaltar as falas a seguir:

*“Não estou mais satisfeita com o método em relação a outros anticoncepcionais que já usei, pelo medo, não pelo procedimento em si. Pesquisei sobre o procedimento, porque estava sentindo dor no pé da barriga, fiquei sabendo por meio de uma reportagem que falava que o Essure® estava suspenso.”* (E24, 30a, 2 filhos)

*“Não recomendo por causa dos relatos de problemas com outras mulheres que vi em uma reportagem na televisão.”* (E23, 29a, 2 filhos)

O percentual de mulheres deste estudo que recomendaria o DIT de contracepção permanente a outras mulheres (90,6%) foi aproximado do resultado encontrado em um estudo realizado por Arjona e colaboradores (2008), sendo de 97,5%.

Verifica-se também que houve menos concordância das mulheres acerca da satisfação com a assistência recebida pelo serviço (87,5%). Sobre este item, vale ressaltar que o atendimento dos profissionais colaboraram para a avaliação positiva ao serviço, o que se percebe nas falas a seguir:

*“Achei muito bom! Fui muito bem assistida!”* (E3,33a, 2 filhos)

*“Recebem a gente muito bem! Atende a gente muito bem!”* (E9, 31a, 5 filhos)

*“Pelos profissionais. Agora o retorno ficou muito dificultado, passei de 4 a 5 meses até consegui o retorno para USG. Não tive retorno com o médico que colocou o Essure”.* (E19, 32a, 2 filhos)

*“Profissionais muito bons! Muito atenciosos!”* (E29,30a, 2 filhos)

Ainda sobre o item relacionado à assistência recebida, as falas a seguir ilustram alguns dos motivos pelos quais 4 usuárias (12,5%) discordaram da afirmativa.

*“Durante o procedimento foi muito bom! Fui muito bem amparada. O problema foi em relação ao retorno que não consegui porque o serviço não tava mais funcionando e o acompanhamento que deveria ter sido dado um suporte maior, pois é uma coisa nova. Deveria ser bom desde o momento que você chega na unidade”.*(E8, 36a, 2 filhos)

*“No dia do procedimento não tinha luva. Um esposo de uma paciente arrecadou dinheiro e comprou, senão iria cancelar”.* (E8, 36a, 2 filhos)

“(...) eles não explicam bastante coisa. Quando fui fazer a USG demorou muito e também não consegui pegar o resultado. Nunca me deram nenhum comprovante para dizer que fiz. Voltei lá e tava fechado”.(E18, 25a, 4 filhos)

“Não tive acompanhamento adequado após o procedimento”. (E23, 29a, 2 filhos)

Assim, conforme descrito na tabela 20, a maioria das mulheres (78,1%) está totalmente satisfeita com o método e o serviço que realizou o procedimento. Em estudo realizado por Arjona *et al.* (2008) o percentual de usuárias muito satisfeitas com o procedimento foi superior (94%) ao que se revelou no presente estudo. Estes autores também identificaram 6% de mulheres pouco satisfeitas, muito próximo ao percentual de mulheres parcialmente satisfeitas neste estudo, que foi de 6,3%.

O nível de satisfação das mulheres deste estudo se aproxima mais do nível de satisfação encontrado no estudo realizado por Depes *et al.* (2006) em que 89,5% estavam muito satisfeitas com o Essure®. Estes autores também identificaram um nível de mulheres satisfeitas (10,5%) próximo do verificado neste estudo (9,4%). Contudo, nenhuma mulher se manifestou insatisfeita para a referida autora e colaboradores, bem como para Arjona *et al.* (2008), enquanto neste estudo 6,3% das mulheres se mostraram insatisfeitas.

Face ao exposto, verifica-se que as mulheres deste estudo estão menos satisfeitas com o método se comparado com outros estudos. Vale ressaltar que a variável relacionada à assistência recebida no serviço de referência integrou os itens que avaliam a satisfação final, contudo, apesar das dificuldades relatadas pelas usuárias, contribuiu pouco para o resultado negativo em relação ao nível de satisfação.

A Tabela a seguir apresenta a distribuição das mulheres segundo características socioeconômicas, acompanhamento profissional, atividade educativa e nível de satisfação. Os níveis de satisfação INSATISFEITA e PARCIALMENTE SATISFEITA foram consolidados em INSATISFEITA, enquanto os níveis SATISFEITA e TOTALMENTE SATISFEITA foram consolidados em SATISFEITA.

**Tabela 21 - Distribuição (%) das mulheres submetidas à inserção do DIT de contracepção permanente segundo características socioeconômicas, acompanhamento profissional, atividade educativa e nível de satisfação. Palmas, 2017. (n=32)**

Características	Satisfação		p
	Insatisfeita %	Satisfeita %	
<b>Idade que realizou o procedimento</b> (média ±desvio padrão, em anos)	30,8±2,9	32,1±3,1	0,282
<b>Estado civil</b>			0,235
Casado/ união estável / União consensual	8,7	91,3	
Solteira	14,3	85,7	
Separada	50,0	50,0	
<b>Escolaridade</b>			0,675
Ensino fundamental (incompleto e completo)	0,0	100,0	
Ensino médio (incompleto e completo)	11,1	88,9	
Ensino superior (incompleto, completo e pós-graduação)	18,2	81,2	
<b>Renda</b> (média ±desvio padrão)	3.575,00±2.218,67	2.468,10± 2.127,07	0,253
<b>Participação na ativ. educativa</b> (Sim) (n=31)	12,9	87,1	0,701
<b>Acompanhamento médico</b> (Sim) (n=31)	9,7	90,3	-
<b>Acompanhamento enfermeiro</b> (Sim) (n=30)	13,3	86,7	0,696
<b>Acompanhamento psicólogo</b> (Sim) (n=30)	10,0	90,0	0,739
<b>Acompanhamento ass. social</b> (Sim) (n=31)	10,0	90,0	0,581
<b>Realizou a consulta de retorno</b> (Sim) (n=18)	11,1	88,9	0,788
<b>Total</b>	12,5	87,5	

Fonte: A autora

Conforme se observa nos dados apresentados na tabela 21, não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis socioeconômicas, acompanhamento profissional e atividade educativa com o nível de satisfação.

Entretanto, destaca-se que a média de idade das mulheres que se dizem satisfeitas com o método (30,8±2,9) é maior se comparado com as que se dizem insatisfeitas (32,1±3,1). No tocante ao estado civil, o nível de satisfação foi menor entre as mulheres separadas (50,0).

De um modo geral, verifica-se que a grande maioria das mulheres (87,5%) se dizem satisfeitas com o DIT de contracepção permanente, apesar de apontarem lacunas na assistência, principalmente com relação ao retorno e à pouca orientação acerca de aspectos relevantes como as repercussões clínicas e as contraindicações do método. Isso se deve, provavelmente, ao fato de que ao concordarem com as afirmativas que indicam satisfação com o método e com a

assistência, direcionam o olhar apenas para o resultado final, desconsiderando assim o processo com as dificuldades enfrentadas.

Ademais, como observado anteriormente, algumas mulheres já aguardavam pela laqueadura há mais de ano. Assim, a possibilidade de um método que resolveria o problema, sem corte, sem internação e em um curto período de tempo pode ter afetado muito positivamente as impressões das usuárias, de modo que, refletiu no processo de avaliação da qualidade final, quer seja, o êxito da inserção para a maioria, mesmo sem a confirmação deste para algumas como verificado no índice de mulheres que não realizaram o teste confirmatório.



## 5 CONCLUSÃO

O perfil demográfico, socioeconômico e reprodutivo das mulheres submetidas ao DIT de contracepção permanente constitui-se de população relativamente jovem, se comparado a outros estudos, em sua maioria parda, casada, em união estável ou consensual, com renda prevalente de 2 salários mínimos, ensino médio incompleto e completo, principalmente, e se ocupando, predominantemente, em funções do lar, diarista, empregada doméstica, auxiliar de serviços gerais e camareira, com uma média do número de filhos vivos maior que os padrões estadual e nacional.

Quanto aos cuidados na espera para o procedimento, os dados revelaram agilidade do serviço no atendimento à mulher, considerando o pouco tempo entre a manifestação da vontade e a realização do procedimento, porém respeitando o limite mínimo exigido pela legislação brasileira. De um modo geral, houve observância do serviço de referência aos aspectos legais, como a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pela quase totalidade das mulheres e pela grande maioria dos cônjuges, cumprimento por todas as mulheres dos critérios de no mínimo dois filhos vivos ou idade mínima de 25 anos, bem como a realização do procedimento fora do período gravídico puerperal.

Contudo supõe-se que não foi realizada notificação de esterilização de nenhuma das usuárias, considerando que a ficha específica para este fim não foi localizada nos prontuários das participantes deste estudo, conforme estabelece o Ministério da Saúde (ano), sendo a notificação de caráter obrigatório na legislação.

Sobre o termo de consentimento, ficou evidente neste estudo o constrangimento vivenciado por algumas mulheres em face da necessidade de autorização do cônjuge, o que ratifica a premente necessidade de rever a legislação com vistas a desobrigar não apenas mulheres, mas também os homens dessa condição vexatória para o exercício do direito reprodutivo, considerando notória lesão ao princípio da autonomia da vontade e da dignidade da pessoa humana. Especialmente em relação às mulheres pela desigualdade de gênero, que limita o poder de negociação com o companheiro, dificultando por vezes o acesso ao método contraceptivo ou mesmo responsabilizando-as unilateralmente pelo controle da fertilidade, conforme percebido por meio das falas de algumas entrevistadas neste estudo.

No que se refere ao fluxo, os documentos solicitados às usuárias incluem RG, CPF, certidão de nascimento dos filhos, certidão de casamento e comprovante de residência, com entrega destes pela grande maioria das mulheres. Houve motivação para escolha do

procedimento a partir de orientação principalmente por profissionais da saúde, considerando que a grande maioria das mulheres submetidas ao DIT de contracepção permanente já aguardavam pela laqueadura convencional, com uma média de tempo de mais de um ano de espera pelo procedimento. Este aspecto denota o critério inicial de eleição das mulheres para o procedimento que foi estarem aguardando pela esterilização cirúrgica, considerando a demanda reprimida à época em virtude da insuficiência de vagas para cirurgias eletivas nos hospitais de referência. Assim, a agilidade da técnica de inserção do DIT de contracepção permanente e a dispensa de anestesia, não requerendo leito de internação, pode ter colaborado para a ampliação do acesso ao método definitivo.

Destaca-se, conforme observado nos prontuários, o aproveitamento de formulários próprios do fluxo para acesso aos métodos cirúrgicos (laqueadura e vasectomia), no fluxo de atenção às usuárias do DIT de contracepção permanente, no entanto, sem alterar o conteúdo, o que, provavelmente, pode ter gerado inconsistências e fragilidades no processo de aconselhamento, considerando as especificidades deste método em vários aspectos, inclusive na impossibilidade de reversão, sendo possível uma nova gravidez apenas por meio da fertilização *in vitro* (FIV). Outrossim, denota provável improviso nas ações do referido ambulatório, ao passo que também não foi identificado a institucionalização de um protocolo.

Acerca da atenção em planejamento reprodutivo recebida pelas usuárias, no aspecto referente às informações prestadas pelos profissionais de saúde do Ambulatório de Inserção do DIT de contracepção permanente, a definitividade do método e a liberdade de desistir do procedimento a qualquer tempo antes de sua realização, foram as mais relatadas pelas mulheres.

Sobre o acompanhamento profissional durante o período de espera para o procedimento, a maioria das mulheres foram acompanhadas por médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Contudo, infere-se que um dos prováveis motivos para o não acompanhamento de algumas mulheres pelo psicólogo tenha sido a otimização do processo de laqueadura para o *Essure*®, ou seja, das mulheres que já aguardavam pela laqueadura, é provável que algumas não tenham recebido a consulta com psicólogo específica para o procedimento de inserção do DIT de contracepção permanente, conforme se observou na fala de uma das entrevistadas e constatou-se no prontuário da mesma. Assim como o aproveitamento de formulários é inadequado, como dito anteriormente, tão pouco deve-se oportunizar o aconselhamento progressivo da equipe multiprofissional, especialmente do psicólogo pela relevância de sua avaliação no aspecto da subjetividade, das

questões emocionais que podem comprometer o processo decisório e assim potencializar as chances de arrependimento futuro.

Quanto à realização do teste de gravidez, único exame recomendado pela literatura a ser feito antes do procedimento, apenas uma mulher ignorou esta informação e todas as outras informaram terem realizado.

Já o teste confirmatório, que deve ser realizado 3 meses após o procedimento, para confirmação do sucesso do método e liberação da usuárias de outros métodos contraceptivos, foi informado como não realizado por um número substancial de mulheres, abaixo de resultados encontrados em outros estudos e na contra mão do esperado, que é 100% das mulheres realizarem a confirmação da implantação do DIT para que de fato a sua eficácia seja garantida e a mulher possa exercer sua sexualidade de forma segura e livre de uma gravidez não planejada. Além disso, identificou-se a realização de USG de modo associado com Rx pélvico, enquanto a literatura recomenda um ou outro inicialmente e em caso de dúvida a HSG, onerando o sistema, além de submeter a mulher a procedimentos desnecessários. Dentre as causas prováveis da duplicidade cita-se a inexistência de um protocolo do serviço de modo a alinhar as condutas entre os profissionais e a descontinuidade do cuidado ocasionada pelo fechamento do serviço, fazendo com que algumas mulheres procurassem por conta própria a realização do teste confirmatório, em serviços privados ou outros serviços públicos, realizando por vezes em duplicidade, Rx e USG.

Quanto ao uso de anti-inflamatório e diazepam, medicação de uso recomendado pela literatura 1 hora antes do procedimento para reduzir o espasmo tubário, observou-se neste estudo um baixo percentual de mulheres que referiram o uso das duas medicações de modo associado, tendo a maioria utilizado apenas o diazepam isoladamente, na contra mão de outro estudo brasileiro em que se verificou o uso associado em todas as mulheres.

Nenhuma mulher informou o uso de anestésico durante o procedimento, o que provavelmente indica níveis de dor dentro do aceitável para o método.

Foi identificado que a maioria das mulheres utilizaram contraceptivos em condições diversas ao recomendado que seria um mês antes do procedimento e até a realização do teste confirmatório. Infere-se que prováveis falhas no acompanhamento das usuárias, incluindo a ineficiência das atividades educativas e a descontinuidade do cuidado ocasionada pelo vazio assistencial que se configurou com o fechamento do serviço, foram fatores preponderantes ao não uso adequado dos contraceptivos pelas mulheres, bem como a não realização do teste confirmatório por uma parcela significativa das usuárias. Far-se-á necessário a realização de

estudos, preferencialmente com abordagem qualitativa, para elucidar estes e outros aspectos de cunho mais subjetivo.

Sobre o acompanhamento médico após o procedimento de inserção do DIT de contracepção permanente, verificou-se que não houve seguimento para um número substancial de mulheres, sendo o fato do serviço não estar mais funcionando o motivo mais citado entre elas para a não realização da consulta de retorno. Vale ressaltar que, em pesquisa aos prontuários foi constatado a inexistência de informação sobre retorno das usuárias em quase todos eles.

Destaca-se que houve o apontamento da necessidade de passarem por nova consulta médica, mesmo entre mulheres que retornaram à consulta de seguimento, contudo, percebe-se a partir das falas o enfrentamento de obstáculos em virtude do fechamento do serviço, bem como fragilidades no conhecimento dos profissionais acerca do DIT de contracepção permanente quando procuram o “postinho” em busca de consulta médica.

Este vazio assistencial às usuárias do método a partir do fechamento do serviço, provavelmente tenha se dado pela inexistência de protocolo e pactuações para a garantia da continuidade do cuidado em outros pontos da rede de atenção à saúde municipal e/ou estadual. Algumas mulheres até conseguiram consulta de retorno em outros serviços, contudo, isso se deu de modo aleatório.

Foi citada pelas mulheres uma variedade de repercussões clínicas ocorridas durante e/ou após o procedimento de inserção do DIT de contracepção permanente, o que reforça a necessidade de acompanhamento. Considerando a ordem das mais citadas para as menos citadas, as entrevistadas relataram dor durante o procedimento, dor pélvica aguda após o procedimento, vertigens/tonturas, dor pélvica crônica, náuseas/vômitos, câibras, sangramento anormal, mal posicionamento do dispositivo e síncope vasovagal. Dentre outras repercussões a mais frequente foi alterações no fluxo menstrual (aumento do fluxo, diminuição do ciclo, falha menstrual, cólica menstrual). Também foram citadas pelas mulheres repercussões clínicas não identificadas na literatura pesquisada, como o inchaço, aumento da pressão arterial, dor pélvica ao tossir e desconforto durante a relação sexual, com diminuição da libido e consequente comprometimento do desempenho sexual.

Apesar do baixo percentual de mulheres que revelaram arrependimento, o índice foi superior comparando com outros estudos e teve como motivo o desejo por mais filhos. Aqui verifica-se, dentre outros aspectos, a fragilidade no aconselhamento das mulheres acerca dos meios eficazes de contracepção não definitiva, apesar da grande maioria ter informado o recebimento destas informações. Destaca-se que o tempo de uso do DIT é relativamente curto,

podendo explicar a ausência de arrependimento na maioria das mulheres, pois o impacto da característica irreversível, ainda não provocou reflexões acerca do procedimento.

Quanto ao conhecimento das usuárias sobre as características do DIT de contracepção permanente, verificou-se que a grande maioria das mulheres apresentou um nível de conhecimento satisfatório. Contudo, merece destaque o fato de uma mulher desconhecer a característica de irreversibilidade do método.

Houve associação entre a participação na atividade educativa e o nível de conhecimento em relação ao DIT, ou seja, participar de atividade educativa aumenta o conhecimento, tornando-o satisfatório, sobre o DIT. Ter sido consultado por enfermeiro também mostrou associação com o conhecimento satisfatório sobre o DIT.

A grande maioria das mulheres também obteve conhecimento satisfatório sobre o procedimento e mecanismo de ação do DIT e acerca das recomendações antes e após o procedimento. Entretanto, destaca-se que nem todas as mulheres sabiam da necessidade de realização do teste confirmatório, condição indispensável para avaliação da efetividade do método e liberação da mulher do uso de outros métodos contraceptivos.

De todas as variáveis do conhecimento, as repercussões clínicas foram as menos conhecidas pelas mulheres, sendo a grande maioria classificada com nível de conhecimento insatisfatório. A repercussão clínica mais conhecida foi a dor durante o procedimento.

Apesar de algumas repercussões serem menos citadas pela literatura, considerando o direito das usuárias às informações e por se tratar de um método definitivo pouco difundido, não pertencente ao rol de contraceptivos fornecidos pelo Ministério da Saúde, estas informações deveriam ser prestadas na sua integralidade, de modo a fornecer minimamente as condições mais favoráveis para uma decisão livre e esclarecida e, conseqüentemente, diminuir a possibilidade de arrependimento futuro.

Houve associação estatisticamente significativa entre o estado civil separada e o nível de conhecimento insatisfatório com relação às repercussões clínicas do DIT de contracepção permanente. Ter renda maior também mostrou associação com o conhecimento insatisfatório das mulheres sobre as repercussões clínicas. Sobre isso, a provável explicação reside no fato de algumas mulheres terem conseguido acesso ao procedimento por meio de encaminhamento do médico particular, com possível quebra no fluxo do serviço, incluindo a não participação em atividades educativas e/ou acompanhamento pela equipe multiprofissional.

Apesar de não haver associação estatisticamente significativa, destaca-se que a participação na atividade educativa não implicou em conhecimento satisfatório acerca das

repercussões clínicas para a grande maioria das mulheres. Este dado corrobora com a fala de algumas mulheres acerca da seletividade das orientações que foram repassadas, em que, segundo elas, muito pouco ou nada foi falado sobre os aspectos negativos do método em detrimento dos positivos. Igualmente ratifica o entendimento da FDA sobre o não alcance das informações acerca dos riscos do *Essure*® a todas as mulheres.

O conhecimento sobre as contraindicações do método revelou-se insatisfatório na maioria das mulheres. Esta foi, portanto, a segunda variável menos conhecida pelas entrevistadas. Apesar de não haver associação estatisticamente significativa, destaca-se que participação na atividade educativa, acompanhamento pela equipe multiprofissional e consulta de retorno, não foram suficientes para que a maioria das mulheres obtivessem conhecimento satisfatório, em que para a maioria das mulheres contempladas com estas ações não houve conhecimento satisfatório em relação às contraindicações do método, evidenciando assim provável falha do serviço, nestes aspectos, ferindo o direito da usuária de decidir de forma esclarecida sobre o uso do método.

Em face da avaliação negativa do conhecimento em alguns aspectos, aponta-se para uma provável falha no processo de aconselhamento individual e/ou em grupo, no âmbito do acompanhamento pela equipe multiprofissional, comprometendo, por conseguinte, o processo de decisão de forma livre e esclarecida, aumentando possivelmente as chances de arrependimento futuro.

Inferese que as atividades educativas, apesar de terem contemplado quase que a totalidade das usuárias, devem ser repensadas pela equipe multiprofissional de modo que possam se transformar em espaços vivos de trocas de saberes entre as pessoas que buscam pelo planejamento reprodutivo, se utilizando de concepções construtivistas na trilha da aprendizagem significativa por uma decisão livre e esclarecida.

Quanto ao nível de satisfação, a maioria das mulheres estão totalmente satisfeitas com o método, contudo em menor número se comparado com outros estudos. Dentre as variáveis a que apresentou menor percentual de satisfação foi sobre a assistência recebida pelo serviço de saúde que ofertou o DIT de contracepção permanente. A grande maioria das mulheres recomendaria o método a outra mulher.

Assim, apesar dos apontamentos pelas mulheres de lacunas na assistência, verificou-se satisfação com o método entre a maioria das entrevistadas. Provavelmente isso se deve ao fato de que ao concordarem com as afirmativas que indicam satisfação com o método

e com a assistência, direcionam o olhar apenas para o resultado final, desconsiderando assim o processo com as dificuldades enfrentadas.

Embora os estudos geralmente apontem para a segurança e eficácia do DIT de contracepção permanente, novas evidências sobre complicações enfatizam a necessidade de aconselhamento de modo afíncuo pela equipe multiprofissional, incluindo práticas educativas efetivas.

Por fim, vale ressaltar que, considerando o caráter dinâmico do SUS, é desejável a incorporação de novas tecnologias que surgem com o propósito de melhorar a qualidade de vida dos seus usuários, contudo, essa inclusão deve ser ancorada, minimamente, em evidências científicas amplamente discutidas e solidificadas, devendo-se levar em conta aspectos éticos e legais, bem como a repercussão da tecnologia pretendida no contexto biológico, psicológico, social e econômico, além do cenário de possibilidades de efetivação de políticas públicas, incluindo a perspectiva de sustentabilidade, a fim de evitar frustração de expectativas dos indivíduos, além de vazios assistenciais, como no caso do Ambulatório do DIT de contracepção permanente.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fatos negativos ocorridos recentemente envolvendo o sistema *Essure*® reverberaram neste estudo, sem, contudo, influenciar os resultados, mas apenas na discussão destes, ao passo, que corroboraram alguns achados, reafirmando a relevância deste trabalho com contribuições para os gestores e profissionais envolvidos com a temática e, por conseguinte, para as usuárias do método.

Dentre os aspectos limitantes deste estudo cita-se o fato do serviço já se encontrar com suas atividades encerradas no início da pesquisa, dificultando o acesso aos prontuários na sua totalidade, além disso, a mudança na gestão estadual também dificultou o acesso a informações e relatórios.

Face aos resultados encontrados, que apontam, dentre outras questões para o problema do vazio assistencial a partir do fechamento do ambulatório de inserção do DIT de contracepção permanente, recomenda-se aos gestores, inicialmente, a busca ativa de todas as mulheres submetidas ao procedimento de inserção do DIT de contracepção permanente para uma reavaliação médica, objetivando identificar e tratar possíveis complicações, bem como proceder com o teste confirmatório para aquelas que não o fizeram. Faz-se necessário o envolvimento das equipes de saúde da família, além da equipe de referência em planejamento reprodutivo.

Nos moldes do que foi realizado pela Anvisa, sugere-se a elaboração de um formulário no FormSus para acesso pelas equipes de saúde da área de abrangência das usuárias do DIT de contracepção permanente, de todos os municípios de residência das mulheres, com a finalidade de notificar possíveis complicações identificadas até o momento e a posteriori.

Um processo inicial de qualificação dos profissionais será necessário para garantir um acolhimento resolutivo às mulheres. Assim, espera-se que seja reestabelecido o vínculo entre as mulheres e o serviço de saúde, mesmo diante da impossibilidade de reabertura do ambulatório de inserção do DIT de contracepção permanente, de modo a garantir a continuidade do cuidado, na lógica da Rede de Atenção à Saúde.

A busca no banco de dados da BVS revelou a existência de poucos estudos realizados sobre o DIT de contracepção permanente no mundo, alguns deles com declaração de conflitos de interesse expressa, outros implícita e um número ínfimo destes estudos no Brasil, mesmo após os acontecimentos em 2017 em que a Anvisa tirou provisoriamente o *Essure*® de circulação. Assim, faz-se necessário aumentar o escopo de estudos sobre o método no Brasil,



ampliando o processo de investigação acerca das mulheres que foram submetidas ao procedimento de inserção pelo SUS, bem como incluindo outros aspectos como o contexto de implantação dos serviços, a sustentabilidade, o envolvimento da Atenção Primária, o olhar dos profissionais acerca do método, dentre outros. Um estudo multicêntrico envolvendo todos os estados que tiveram a experiência implantada seria importante para elucidar estes e outros aspectos acerca desta experiência no SUS.

## REFERÊNCIAS

- AL-SAFI, Zain A. *et al.* Analysis of Adverse Events With Essure Hysteroscopic Sterilization Reported to the Manufacturer and User Facility Device Experience Database. **Journal Of Minimally Invasive Gynecology**, [s.l.], v. 20, n. 6, p.825-829, nov. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jmig.2013.05.006>>. Acesso em: 11 jan. 2018.
- ARJONA, José Eduardo *et al.* Satisfaction and tolerance with office hysteroscopic tubal sterilization. **Fertility and Sterility**, v. 90, n. 4, p. 1182-1186, oct. 2008. Disponível em: <[https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(07\)03148-2/pdf](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(07)03148-2/pdf)>. Acesso em: 1 nov. 2017.
- BERRAL, José Eduardo Arjona *et al.* Essure® and chronic pelvic pain: A population-based cohort. **Journal Of Obstetrics And Gynaecology**, [s.l.], v. 34, n. 8, p.712-713, 9 jun. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3109/01443615.2014.920795>>. Acesso em: 12 fev. 2018.
- BIBAS, Nathalie *et al.* Nickel-Induced Systemic Contact Dermatitis and Intratubal Implants. **Dermatitis**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.35-36, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1097/der.0b013e31827cd32e>>. Acesso em: 11 jan. 2018.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Sistema Essure volta a ser liberado**. Brasília, DF, 12 jul. 2017a. Contraceptivos. Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset\\_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/sistema-essure-volta-a-ser-liberado/219201?inheritRedirect=false&redirect=http%3A%2F%2Fportal.anvisa.gov.br%2Fnoticias%3Fp\\_p\\_id%3D101\\_INSTANCE\\_FXrpx9qY7FbU%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dnormal%26p\\_p\\_mode%3Dview%26p\\_p\\_col\\_id%3Dcolumn-2%26p\\_p\\_col\\_count%3D1%26p\\_r\\_p\\_564233524\\_tag%3Dcontraceptivos](http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/sistema-essure-volta-a-ser-liberado/219201?inheritRedirect=false&redirect=http%3A%2F%2Fportal.anvisa.gov.br%2Fnoticias%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2%26p_p_col_count%3D1%26p_r_p_564233524_tag%3Dcontraceptivos)>. Acesso em: 14 abr. 2018.
- BRASIL. Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 7364. Revoga o § 5º do art. 10º da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que "regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidade e dá outras providências". Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2014. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1247019.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2015.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. Disponível em: <[https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf)>. Acesso em: 31 mar. 2018.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm)>. Acesso em: 5 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 300 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde) ISBN 978-85-334-1598-0. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento Familiar**: manual para o gestor. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.084, de 26 de outubro de 2005. Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 2005a. Disponível em: <[http://www.lex.com.br/doc\\_547574\\_PORTARIA\\_N\\_2084\\_DE\\_26\\_DE\\_OUTUBRO\\_DE\\_2005.aspx](http://www.lex.com.br/doc_547574_PORTARIA_N_2084_DE_26_DE_OUTUBRO_DE_2005.aspx)>. Acesso em: 31 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012. Fica destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 31, 31 dez. 2012. Seção 1, p. 35. ISSN 1677-7042. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html)>. Acesso em: 20 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999. Recompõe os procedimentos de esterilização – Laqueadura e Vasectomia. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 fev. 1999. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0048\\_11\\_02\\_1999.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0048_11_02_1999.html)>. Acesso em: 31 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**: uma prioridade do governo. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 300 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). ISBN 978-85-334-1698-7. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad26.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf)>. Acesso em: 1 jan. 2018.

BRASIL. Resolução-RE nº 457, de 17 de Fevereiro de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 fev. 2017b. Seção 1, p. 35. ISSN 1677-7042. Disponível em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/3253113/RE+457%2C+de+17+fev+2017+-+Recolhimento/49a57fa2-0247-47be-9642-b0f37a00947c>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

BRITO, Luiz Gustavo O. et al. Essure Surgical Removal and Subsequent Symptom Resolution: Case Series and Follow-Up Survey. **Journal Of Minimally Invasive Gynecology**, [s.l.], v. 22, n. 5, p. 910-913, jul. 2015. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2015.03.018>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

CABEZAS-PALACIOS, María Nieves *et al.* Safety and patients' satisfaction after hysteroscopic sterilisation. **Journal Of Obstetrics And Gynaecology**, [s.l.], v. 38, n. 3, p.377-381, out. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/01443615.2017.1362549>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

CAETANO, André Junqueira. Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei de planejamento familiar e demanda frustrada. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [s.l.], v. 31, n. 2, p. 309-331, dez. 2014. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-30982014000200005>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

CHUDNOFF, Scott G.; NICHOLS, John E.; LEVIE, Mark. Hysteroscopic Essure Inserts for Permanent Contraception: Extended Follow-Up Results of a Phase III Multicenter International Study. **Journal Of Minimally Invasive Gynecology**, [s.l.], v. 22, n. 6, p.951-960, set. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2015.04.017>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

CONCEPTUS Incorporated. **Essure**: instructions for use. Mountain View (CA): Conceptus Inc., 2012. Disponível em:

<<http://www.essuremd.com/Portals/essuremd/PDFs/TopDownloads/Essure%20IFU%20Oct%205%202011.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

CONNOR, V. F.. Essure: A Review Six Years Later. **Journal Of Minimally Invasive Gynecology**, [s.l.], v. 16, n. 3, p. 282-290, maio 2009. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2009.02.009>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

DEPES, Daniella de Batista *et al.* Essure: uma revolução na anticoncepção definitiva feminina. **Einstein**, v. 7, n. 3, p. 392-393, 2009. Disponível em:

<[http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1273-Einstein%20v7n3p392-3\\_port.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1273-Einstein%20v7n3p392-3_port.pdf)>.

Acesso em: 13 abr. 2018.

DEPES, Daniella de Batista *et al.* Experiência inicial com a oclusão tubária por via histeroscópica (Essure®). **Einstein (São Paulo)**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.130-134, jun. 2016.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082016ao3717>>. Acesso em: 2 jan. 2018.

FDA - FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. FDA restricts sale and distribution of Essure to protect women and to require that patients receive risk information. **FDA News Release**, Apr. 9, 2018. Disponível em:

<<https://www.fda.gov/newsevents/newsroom/pressannouncements/ucm604098.htm>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

FDA - FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. Labeling for Permanent Hysteroscopically Placed Tubal Implants Intended for Sterilization; Guidance for Industry and Food and Drug Administration Staff; Availability. **Federal Register**, v. 81, n. 210, p. 75419-75420, oct. 2016. Disponível em: <<https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2016-10-31/pdf/2016-26243.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

FEBRASGO. **Manual de Orientação Endoscopia Ginecológica**. São Paulo: FEBRASGO, 2011. 216 p.

FERNANDEZ, Herve. *et al.* Tubal sterilization: pregnancy rates after hysteroscopic versus laparoscopic sterilization in France, 2006–2010. **European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology**, [s.l.], v. 180, p.133-137, set. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.04.043>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

FRANCHINI, Mario *et al.* Essure Permanent Birth Control, Effectiveness and Safety: An Italian 11-Year Survey. **Journal Of Minimally Invasive Gynecology**, [s.l.], v. 24, n. 4, p. 640-645, maio 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2017.02.004>>. Acesso em: 1 jan. 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

IBGE. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. 2017. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

JAMIESON, D. J. *et al.* A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization.. **Obstet Gynecol**, v. 99, n. 6, p. 1073-1079, jun. 2002.

LEGENDRE, Guillaume *et al.* Regret après stérilisation tubaire hystéoscopique par technique Essure®. **Journal de Gynécologie Obstétrique Et Biologie de La Reproduction**, [s.l.], v. 43, n. 5, p.387-392, maio 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.10.010>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

LEVY, B.; LEVIE, M. D.; CHILDERS, M. E. A summary of reported pregnancies after hysteroscopic sterilization. **J Minim Invasive Gynecol**, v. 14, n. 3, p. 271-274, May/Jun 2007.

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira . Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. *In*: ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. **Rouquayrol epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 121-132.

MAO, Jialin *et al.* Safety and efficacy of hysteroscopic sterilization compared with laparoscopic sterilization: an observational cohort study. **Bmj**, [s.l.], 13 out. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h5162>>. Acesso em: 11 fev. 2018.

MARCOLINO, Clarice. O processo de tomada de decisão na laqueadura tubária. **Revista Mineira de Enfermagem**. v.4, n.1/2, p.34-40, jan./dez. 2000. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/exportar-pdf/827/v4n1a07.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MULHERES contam com formas mais seguras de fazer laqueadura. *In: CBN Tocantins*. 29 jan. 2016. Disponível em: <<http://www.cbntocantins.com.br/programas/cbn-tocantins/cbn-tocantins-1.318013/mulheres-contam-com-formas-mais-seguras-de-fazer-laqueadura-1.1030097>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

MUNRO, Malcolm Gordon *et al.* Hysteroscopic Sterilization: 10-Year Retrospective Analysis of Worldwide Pregnancy Reports. **Journal Of Minimally Invasive Gynecology**, [s.l.], v. 21, n. 2, p.245-251, mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2013.09.016>>. Acesso em: 14 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS. **Planejamento Familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde**. [S.l.]: 2007. 388 p. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304\\_por.pdf?sequence=6](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304_por.pdf?sequence=6)>. Acesso em: 1 jan. 2018.

OSTHOF, Laura *et al.* Esterilização histeroscópica ambulatorial pelo procedimento Essure: *stent* tubário. **Femina**, v. 43, n. 1, p. 29-36, jan./fev, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n1/a4845.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2017.

PALMAS (Cidade). Secretaria da Saúde. **Semus e Sesau inauguram Serviço de Contraceção Definitiva**. Palmas, 3 jun. 2013. Disponível em: <<http://www.palmas.to.gov.br/secretaria/saude/noticia/9029/semus-e-sesau-inauguram-servico-de-contracecao-definitiva/>>. Acesso em: 10 abr. 2018

PENTEADO, Luis Guilherme *et al.* Organizing a Public-sector Vasectomy Program in Brazil. **Studies In Family Planning**, [s.l.], v. 32, n. 4, p. 315-328, dez. 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1728-4465.2001.00315.x>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

PETERSON, Herbert B. *et al.*. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. **Am J ObstetGynecol**, v. 174, n. 4, p. 1161-1168, apr. 1996.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p. ISBN 9788536326535.

POVEDANO, B. *et al.* Complications of hysteroscopic Essure®sterilisation: report on 4306 procedures performed in a single centre. **Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, [s.l.], v. 119, n. 7, p.795-799, 23 fev. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03292.x>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

RÍOS-CASTILLO, José E. *et al.* Efficacy of Essure hysteroscopic sterilization – 5 years follow up of 1200 women. **Gynecological Endocrinology**, [s.l.], v. 29, n. 6, p.580-582, 5 abr. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3109/09513590.2013.777419>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 570 p. ISBN 85719919X.

SANTOS, Fabiana Januária dos *et al.* Perfil das mulheres submetidas à laqueadura tubária em um Hospital Universitário, Vitória, Espírito Santo. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 13, n. 3, p. 22-27, 2011. ISSN 2446-5410. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/1763/1330>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

SIEMONS, Sara; VLEUGELS, Michel; VAN EIJNDHOVEN, Hugo. Evaluation of Nickel Allergic Reactions to the Essure Micro Insert: Theoretical Risk or Daily Practice?. **Journal Of Minimally Invasive Gynecology**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.140-144, jan. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2016.09.001>>. Acesso em: 2 jan. 2018.

SILLS, E. Scott; DALTON, Marie M. Referrals for complications following hysteroscopic sterilisation: characteristics associated with symptomatic patients after the Essure procedure. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, [s.l.], v. 21, n. 3, p.227-233, 29 mar. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3109/13625187.2016.1151867>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

THIEL, John A. *et al.* Oral Analgesia vs Intravenous Conscious Sedation during Essure Micro-Insert Sterilization Procedure: Randomized, Double-Blind, Controlled Trial. **Journal Of Minimally Invasive Gynecology**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 108-111, jan. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2010.10.006>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3. ed. Brasília, DF: Fundo de População das Nações Unidas, 2009. 292 p.

YUNKER, Amanda C. *et al.* Incidence and Risk Factors for Chronic Pelvic Pain After Hysteroscopic Sterilization. **Journal Of Minimally Invasive Gynecology**, [s.l.], v. 22, n. 3, p. 390-394, mar. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2014.06.007>>. Acesso em: 11 fev. 2018.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

## APENDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

**ENTREVISTA N°:** \_\_\_\_\_ **SETOR** (bairro, quadra, outros): \_\_\_\_\_

**TEMPO DE INSERÇÃO DO DIT** (em anos completos): \_\_\_\_\_

**NOME DO SERVIÇO QUE REALIZOU O PROCEDIMENTO:** \_\_\_\_\_

### I. PERFIL DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO

**1. Idade:** \_\_\_\_\_ **2. Raça/cor** (perguntar como se considera): ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena/ etnia \_\_\_\_\_ ( ) Ignorado

**3. Estado civil:**

( ) Solteira ( ) Casada ( ) União estável ( ) Separada ( ) Viúva  
( ) União consensual (viverem juntos)

**4. Grau de instrução:**

( ) Alfabetizada ( ) Não Alfabetizada  
( ) 1º grau/ ensino fundamental incompleto ( ) 1º grau/ ensino fundamental completo  
( ) 2º grau/ ensino médio incompleto ( ) 2º grau/ ensino médio completo  
( ) Superior incompleto ( ) Superior completo ( ) Pós graduação

**7. Renda familiar mensal aproximada:** R\$ \_\_\_\_\_

<b>5. Profissão:</b> _____
<b>6. Atividade Atual:</b> _____

### II. PERFIL REPRODUTIVO

1. N° de gestações: \_\_\_\_ 2. N° de partos: \_\_\_\_ 3. N° de abortos: \_\_\_\_ 4. N° filhos vivos: \_\_\_\_

### III. NÍVEL DE CONHECIMENTO DA USUÁRIA

<b>3.1 QUANTO AO DIT DE CONTRACEPÇÃO PERMANENTE</b>	
1- NENHUM (nenhum critério citado); 2- LIMITADO (citar 1 critério); 3- MODERADO (citar 2 critérios); 4- SUBSTANCIAL (citar 3 critérios); 5 – EXTENSO (citar 4 critérios)	<b>CLASSIFICAÇÃO:</b>
É um método irreversível	( ) Sim ( ) Não
O dispositivo é composto por uma espiral (molinha) de titânio e níquel.	( ) Sim ( ) Não
Possui alta taxa de eficácia (cerca de 99,8%).	( ) Sim ( ) Não
A principal causa de falha na inserção é a possibilidade de alterações na luz tubária como seqüelas de salpingites, desconhecidas antes da colocação.	( ) Sim ( ) Não
<b>a. QUANTO AO PROCEDIMENTO E MECANISMO DE AÇÃO</b>	
1-NENHUM (nenhum critério citado); 2- LIMITADO (citar 1 critério); 3- MODERADO (citar 2 critérios); 4- SUBSTANCIAL (citar 3 critérios); 5 – EXTENSO (citar 4 critérios)	<b>CLASSIFICAÇÃO:</b>
A colocação do dispositivo pode ser feita em ambulatório sem anestesia alguma, sob sedação ou com anestesia local.	( ) Sim ( ) Não



As mulheres, habitualmente, podem ir para casa após 45 minutos depois do procedimento e quase todas retomam as suas atividades normais no mesmo dia.	( ) Sim ( ) Não
O dispositivo é transportado até as trompas por um cateter introduzido através de um histeroscópio e uma parte do dispositivo fica na cavidade uterina.	( ) Sim ( ) Não
Após a colocação do DIT, ocorre uma reação de corpo estranho levando a uma fibrose que provoca uma oclusão tubária em até 3 meses.	( ) Sim ( ) Não
<b>b. QUANTO ÀS RECOMENDAÇÕES ANTES E APÓS O PROCEDIMENTO</b>	
<b>CLASSIFICAÇÃO:</b> 1-NENHUM (nenhum critério citado); 2- LIMITADO (citar de 1 a 2 critérios); 3- MODERADO (citar 3 critérios); 4- SUBSTANCIAL (citar de 4 a 5 critérios); 5 – EXTENSO (citar 6 critérios)	<b>CLASSIFICAÇÃO:</b>
É necessário a realização de Teste de gravidez antes do procedimento.	( ) Sim ( ) Não
É preconizado o uso de anti-inflamatório 1 hora antes do procedimento para evitar o espasmo (contração involuntária) das tubas uterinas e um diazepínico (diazepam).	( ) Sim ( ) Não
É necessário a realização de teste confirmatório, por meio de radiografia simples da pelve (RX) ou ultrassonografia transvaginal (USG), 3 meses após a colocação do dispositivo para confirmação de sua localização e em caso de dúvida deverá ser realizada uma histerosalpingografia (HSG).	( ) Sim ( ) Não
Deve se utilizar algum método de anticoncepção antes do procedimento e até a realização do Teste Confirmatório (3 meses após o procedimento).	( ) Sim ( ) Não
Quando o teste de confirmação tiver sido concluído, a usuária deve retornar para uma consulta com o ginecologista que realizou o procedimento. O cirurgião verifica a posição dos implantes e informa à usuária se ela pode parar de vez com os métodos de contracepção alternativos.	( ) Sim ( ) Não
A mulher continua a ter período menstrual após a inserção do DIT de contracepção permanente.	( ) Sim ( ) Não
<b>c. QUANTO ÀS REPERCUSSÕES CLÍNICAS</b>	
<b>CLASSIFICAÇÃO:</b> 1-NENHUM (nenhum critério citado); 2- LIMITADO (citar de 1 a 5 critérios); 3- MODERADO (citar de 6 a 8 critérios); 4- SUBSTANCIAL (citar de 9 a 11 critérios); 5 – EXTENSO (citar os 12 critérios)	<b>CLASSIFICAÇÃO:</b>
Cãibras	( ) Sim ( ) Não
Dor durante o procedimento	( ) Sim ( ) Não
Náuseas/vômitos	( ) Sim ( ) Não
Vertigens/ tonturas	( ) Sim ( ) Não
Síncope vasovagal	( ) Sim ( ) Não
Sangramento anormal	( ) Sim ( ) Não
Lesões nas tubas uterinas	( ) Sim ( ) Não
Perfuração de órgãos	( ) Sim ( ) Não

Dor pélvica aguda após o procedimento	( ) Sim ( ) Não
Dor pélvica crônica	( ) Sim ( ) Não
Mal posicionamento do dispositivo	( ) Sim ( ) Não
Expulsão do dispositivo	( ) Sim ( ) Não
<b>d. QUANTO ÀS CONTRA INDICAÇÕES</b>	
<b>CLASSIFICAÇÃO:</b> 1-NENHUM (nenhum critério citado); 2- LIMITADO (citar de 1 a 3 critérios); 3- MODERADO (citar de 4 a 6 critérios); 4- SUBSTANCIAL (citar de 7 a 9 critérios); 5 – EXTENSO (citar os 10 critérios)	<b>CLASSIFICAÇÃO:</b>
Incerteza sobre o desejo de não ser mais fértil;	( ) Sim ( ) Não
Procedimento de ligação tubária anterior;	( ) Sim ( ) Não
Gestação ou suspeita de gestação;	( ) Sim ( ) Não
Parto ou aborto há menos de 6 semanas do implante do DIT;	( ) Sim ( ) Não
Infecção pélvica inferior ou superior recente ou presente;	( ) Sim ( ) Não
Alergia ao níquel;	( ) Sim ( ) Não
Tratamento com imunossupressores (incluindo corticosteroides);	( ) Sim ( ) Não
Aderências pélvicas severas;	( ) Sim ( ) Não
Tumores malignos;	( ) Sim ( ) Não
Anomalias uterinas ou tubárias que dificultam a colocação do DIT.	( ) Sim ( ) Não

#### IV. NÍVEL DE SATISFAÇÃO DAS USUÁRIAS EM RELAÇÃO AO DIT DE CONTRACEPÇÃO PERMANENTE E AO SERVIÇO QUE REALIZOU O PROCEDIMENTO

Atribuir nota (1 a 5) ao nível de satisfação, onde <b>1 = TOTALMENTE INSATISFEITO</b> (NÃO a todas as afirmativas); <b>2 = INSATISFEITO</b> (1 ponto); <b>3 = PARCIALMENTE SATISFEITO</b> (2 pontos); <b>4 = SATISFEITO</b> (3 pontos) e <b>5 = TOTALMENTE SATISFEITO</b> (4 pontos).	<b>NÚMERO DE PONTOS:</b> _____ <b>NOTA:</b> _____ <b>NÍVEL DE SATISFAÇÃO:</b> _____
---	---

1. Está mais satisfeita com o DIT de contracepção permanente em relação aos métodos utilizados anteriormente. **(Vale 2 pontos)** ( ) Sim ( ) Não
2. Recomendaria o DIT de contracepção permanente para uma mulher que busca por um método definitivo de contracepção, que esteja dentro dos critérios de elegibilidade. **(Vale 1 ponto)** ( ) Sim ( ) Não
3. Está satisfeita com a assistência recebida pelo serviço de saúde que ofertou o DIT de contracepção permanente. **(Vale 1 ponto)** ( ) Sim ( ) Não

#### V. ATENÇÃO RECEBIDA EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

1. Motivação para a escolha do procedimento:

- ( ) Livre e espontânea vontade
- ( ) Condicionada (o) pelo (a) cônjuge
- ( ) Orientada (o) por terceiros (família, amigos, vizinhos, comunidade em geral)
- ( ) Orientada (o) por profissional da área de saúde

- ( ) Outras (especificar): \_\_\_\_\_
2. Já aguardava por laqueadura convencional? ( ) SIM ( ) NÃO.  
Se sim, há quanto tempo: \_\_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ anos
3. Quanto tempo esperou da manifestação da vontade pelo DIT até o procedimento de inserção?  
\_\_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ anos
4. Assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido? ( ) SIM ( ) NÃO( ) ignorado
5. O cônjuge também assinou o TCLE? ( ) SIM ( ) NÃO( ) NÃO SE APLICA
6. Foi informada sobre outros métodos anticoncepcionais disponíveis, eficazes e reversíveis?  
( ) SIM ( ) NÃO( ) ignorado
7. Estava ciente de que a inserção do DIT para contracepção permanente é um procedimento irreversível?  
( ) SIM ( ) NÃO
8. Foi informada sobre o risco de arrependimento, principalmente em situações de instabilidade conjugal e forte emoção, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho (a), outro casamento ou posterior desejo de procriar? ( ) SIM ( ) NÃO
9. Foi informada das possíveis complicações decorrentes do procedimento? ( ) SIM ( ) NÃO( ) ignorado
10. Foi informada que assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, o DIT de contracepção permanente pode apresentar falha, sendo 0,2%. ( ) SIM ( ) NÃO( ) ignorado
11. Foi informada de que ao menor sinal ou sintoma de gravidez, deveria procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar a Unidade de Saúde? ( ) SIM ( ) NÃO( ) ignorado
12. Estava ciente que era livre para desistir do método a qualquer momento antes do procedimento, sem prejuízo para o seu atendimento, podendo escolher qualquer outro método anticonceptivo?  
( ) SIM ( ) NÃO( ) ignorado
13. Houve arrependimento após a realização do procedimento?  
( ) SIM ( ) NÃO Se sim, por qual motivo? \_\_\_\_\_
14. O procedimento foi realizado:  
( ) fora do período gravídico puerperal  
( ) transparto  
( ) até 42 dias do pós-parto  
( ) até 42 dias pós-abortamento
15. Qual sua idade na ocasião do procedimento? \_\_\_\_\_
16. Quantos filhos (as) vivos(as) você tinha na ocasião do procedimento? \_\_\_\_\_
17. Foram solicitados documentos pessoais?  
( ) SIM ( ) NÃO( ) ignorado  
Se sim, quais:  
( ) RG  
( ) CPF  
( ) Certidão de casamento  
( ) Certidão de nascimento dos filhos  
( ) Outro (especificar) \_\_\_\_\_
18. Participou de atividade educativa durante o período que aguardava pelo procedimento?  
( ) SIM ( ) NÃO ( ) ignorado
19. Foi acompanhada durante o período de espera para a realização do procedimento?  
( ) SIM ( ) NÃO ( ) ignorado  
Se sim, por qual ou quais profissional/profissionais e qual o número de consultas?  
( ) Médico \_\_\_\_\_  
( ) Enfermeiro \_\_\_\_\_  
( ) Psicólogo \_\_\_\_\_

Assistente Social \_\_\_\_\_

Outro (especificar): \_\_\_\_\_

20. Realizou teste de gravidez antes do procedimento?

Sim       Não       ignorado

21. Tomou medicação antes do procedimento?

Sim       Não       ignorado

Se sim, quais:

diazepam       anti-inflamatório       outras: \_\_\_\_\_  ignorado

22. Realizou o Teste Confirmatório?

Sim       Não       ignorado

Se sim, quais:

Rx simples da Pelve       USG transvaginal       HSG

23. Fez uso de método contraceptivo?

Sim       Não       ignorado

Se sim, em qual período:

Antes do procedimento e até a realização do teste confirmatório

Antes do procedimento e até 3 meses após o procedimento, considerando que não realizou o teste confirmatório

Somente antes do procedimento

Somente após o procedimento, até a realização do teste confirmatório

Somente após o procedimento, até 03 meses depois, considerando que não realizou o teste confirmatório

Outro

24. Foi necessário a utilização de anestésico local?

Sim       Não       ignorado

25. Retornou para consulta médica após 3 meses do procedimento?

Sim       Não. Se não, por qual motivo? \_\_\_\_\_  ignorado

Se sim:

25.1 Qual médico?

médico que realizou o procedimento

outro médico

ignorado

25.2 Em qual serviço foi realizada a consulta de retorno?

Serviço que realizou o procedimento;

( ) Outro serviço: \_\_\_\_\_

( ) Ignorado

## VI. REPERCUSSÕES CLÍNICAS

### 1. Apontadas pela usuária

- ( ) Dor durante o procedimento
- ( ) Dor pélvica crônica
- ( ) Sangramento anormal
- ( ) Mal posicionamento do dispositivo
- ( ) Náuseas/vômitos vasovagal.
- ( ) Lesões nas tubas uterinas
- ( ) Outras: \_\_\_\_\_

( ) Dor pélvica aguda após o procedimento

- ( ) Perfuração de órgãos
- ( ) câibras
- ( ) vertigens/ tonturas ( ) síncope
- ( ) Expulsão do dispositivo

### 2. Identificadas no prontuário

- ( ) Dor durante o procedimento
- ( ) Dor pélvica crônica
- ( ) Sangramento anormal
- ( ) Mal posicionamento do dispositivo
- ( ) Náuseas/vômitos vasovagal.
- ( ) Lesões nas tubas uterinas
- ( ) Outras: \_\_\_\_\_

( ) Dor pélvica aguda após o procedimento

- ( ) Perfuração de órgãos
- ( ) câibras
- ( ) vertigens/ tonturas ( ) síncope
- ( ) Expulsão do dispositivo

### OBSERVAÇÕES GERAIS:



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

### **Dados de identificação**

Título do Projeto: Conhecimento, satisfação e repercussões clínicas relacionadas à contracepção permanente por inserção de dispositivo intra tubário.

Pesquisadores Responsáveis:

- Danielle Rosa Evangelista
  - ✓ Instituição: Universidade Federal do Tocantins
  - ✓ Endereço: Avenida NS 15 ALC NO 14, 109 Norte - Campus de Palmas, Medicina, Bloco BALA 1, Sala da COREME /CEP: 77001-090 – Palmas, TO.
  - ✓ Telefone para contato: (63)3232-8549
  - ✓ Email: [daniellerosa@mail.uft.edu.br](mailto:daniellerosa@mail.uft.edu.br)
- Margarida Araújo Barbosa Miranda
  - ✓ Instituição: Universidade Federal do Tocantins
  - ✓ Telefone para contato: (63) 98400-5994
  - ✓ Email: [guidaneta2@gmail.com](mailto:guidaneta2@gmail.com)

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Tocantins:

- ✓ Quadra 109 Norte, Avenida NS 15, ALCNO 14, Plano Diretor Norte, Campus Universitário de Palmas. Prédio do Almoxarifado/ CEP: 77001-090 - Palmas/To, telefone (63) 3232-8023, email: [cep\\_uft@uft.edu.br](mailto:cep_uft@uft.edu.br) (funciona de segunda a sexta, em horário comercial)

Dados da Voluntária:

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

A Sra. está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “Conhecimento, satisfação e repercussões clínicas relacionadas à contracepção permanente por inserção de dispositivo intra tubário”, de responsabilidade da pesquisadora Danielle Rosa Evangelista.

A Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins inaugurou em 2013 um ambulatório, em parceria com o município de Palmas para inserção do dispositivo intra-tubário (DIT) de

contracepção permanente, comercializado com o nome *Essure*®, inicialmente em mulheres residentes no município de Palmas, que aguardavam para o procedimento de esterilização por meio da laqueadura convencional. Posteriormente foram incluídos os municípios de Porto Nacional e Araguaína, conforme a demanda.

Este estudo tem como objetivo geral realizar um diagnóstico situacional acerca do DIT na perspectiva do conhecimento e satisfação das usuárias, bem como da segurança à saúde. Os objetivos específicos são: levantar o perfil socioeconômico das usuárias; conhecer o tempo de espera das mulheres para o procedimento; elucidar as repercussões clínicas decorrentes do procedimento de inserção; identificar o nível de conhecimento e de satisfação das usuárias sobre a contracepção permanente por DIT; analisar o fluxo de encaminhamento das mulheres ao Serviço de Referência em Esterilização Cirúrgica, no contexto da Legislação vigente em Planejamento Reprodutivo.

Os achados desse estudo podem contribuir para reflexões acerca de algumas das questões mais centrais da atenção ao usuário do SUS no que se refere ao planejamento reprodutivo: o perfil socioeconômico das usuárias de métodos definitivos, o direito aos meios e métodos de contracepção, a adoção pelo SUS das novas tecnologias de contracepção temporária e definitiva.

Ademais, a realização deste projeto de pesquisa, além de contribuir para a elaboração de documentos referenciais para utilização do DIT como método de contracepção permanente, poderá subsidiar a implementação da Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher, no eixo do Planejamento Reprodutivo.

A sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma: serão feitas perguntas relacionadas a repercussões clínicas, satisfação e conhecimento acerca do DIT de contracepção permanente, bem como sobre a assistência recebida por você no serviço de saúde. Para ser realizada a entrevista será utilizado um gravador e, após a sua realização os dados serão analisados e transcritos conforme a fala de cada participante da pesquisa e posteriormente serão registrados na forma de dissertação de mestrado e/ou artigo.

A sua identidade será preservada e assegura-se as normas éticas de pesquisa com seres humanos, que garantem sigilo, privacidade e plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

*A priori*, os riscos relacionados com a vossa participação são mínimos tais como constrangimentos diante de algum questionamento e os benefícios dela obtidos poderão ser estendidos a outras mulheres, com possíveis contribuições para a implementação de políticas

públicas no âmbito do planejamento reprodutivo. Caso haja necessidade de assistência, você será encaminhada à Unidade de Saúde da Família a que está vinculada.

Informamos que a senhora não pagará nem será remunerado por sua participação. Contudo, será indenizada por qualquer dano que venha sofrer, associado ou decorrente dessa pesquisa. Também será ressarcida, caso necessário, com compensação por eventuais despesas com transporte e alimentação que por ventura tenham sido acarretadas em decorrência da pesquisa.

A Sra. receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o e-mail do pesquisador, podendo retirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento que assim desejar.

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Palmas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Danielle Rosa Evangelista  
Pesquisadora Responsável

---

Margarida Araújo Barbosa Miranda  
Pesquisadora Responsável

---

Nome e assinatura da participante da pesquisa





UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

### APÊNDICE C - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Título do Projeto: Conhecimento, satisfação e repercussões clínicas relacionadas à contracepção permanente por inserção de dispositivo intra tubário.

Eu: Danielle Rosa Evangelista, RG:2001010039413 SSP/CE, comprometo-me a garantir e preservar as informações contidas nos prontuário e base de dados referentes ao ambulatório de inserção do DIT de contracepção permanente, sob responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, garantindo total confidencialidade dos participantes da pesquisa. Concordo ainda que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto descrito acima. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Palmas- TO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

Danielle Rosa Evangelista  
Pesquisadora Responsável

---

Margarida Araújo Barbosa Miranda  
Pesquisadora

PESQUISADOR(A): Margarida Araújo Barbosa Miranda

Fone: (63) 98400-5994

ORIENTADOR(A): Danielle Rosa Evangelista

Fone: (63)3232-8549

ENDEREÇO: Avenida NS 15 ALC NO 14, 109 Norte - Campus de Palmas, Medicina, Bloco BALA 1, Sala da COREME

## ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Conhecimento, satisfação e repercussões clínicas relacionadas a contracepção permanente por inserção de dispositivo intra tubário.

**Pesquisador:** DANIELLE ROSA EVANGELISTA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 59634216.1.0000.5519

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade Federal do Tocantins

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.857.489

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa e caráter descritivo, realizara um diagnóstico situacional acerca do DIT na perspectiva do conhecimento e satisfação das usuárias, bem como da segurança à saúde. Além de contribuir para a elaboração de documentos referenciais para utilização do DIT como método de contracepção permanente, este estudo poderá subsidiar a implementação da Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher, no eixo do Planejamento Reprodutivo.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Realizar um diagnóstico situacional acerca do DIT na perspectiva do conhecimento e satisfação das usuárias, bem como da segurança à saúde.

Objetivos específicos

- Levantar o perfil socioeconômico das usuárias;
- Conhecer o tempo de espera das mulheres para o procedimento, bem como os demais aspectos relacionados à atenção recebida em planejamento reprodutivo;
- Elucidar as repercussões clínicas decorrentes do procedimento de inserção;
- Identificar o nível de conhecimento e de satisfação das usuárias sobre a contracepção

**Endereço:** Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

**Bairro:** Plano Diretor Norte

**CEP:** 77.001-090

**UF:** TO

**Município:** PALMAS

**Telefone:** (63)3232-8023

**E-mail:** cep\_uft@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 1.857.489

permanente por DIT;

- Analisar o fluxo de encaminhamento das mulheres ao Serviço de Referência em Esterilização Cirúrgica, no contexto da Legislação vigente em Planejamento Reprodutivo.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Risco: A priori, os riscos envolvidos na execução da pesquisa são mínimos, tais como constrangimentos por parte das participantes diante de algum questionamento, contudo, os benefícios dela obtidos poderão ser estendidos a outras mulheres, com possíveis contribuições para a implementação de políticas públicas no âmbito do planejamento reprodutivo.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Benefícios. Poderá contribuir para a elaboração de documentos referenciais para utilização do DIT como método de contracepção permanente, poderá subsidiar a implementação da Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher, no eixo do Planejamento Reprodutivo.

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

Todos os itens foram atendidos.

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

Aprovado

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

#### **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_707959.pdf	31/10/2016 00:56:38		Aceito
Cronograma	cronograma_atualizado.PDF	31/10/2016 00:55:40	MARGARIDA ARAÚJO BARBOSA MIRANDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_de_Pesquisa_DIT_revisado_cronograma_atual.docx	31/10/2016 00:54:41	MARGARIDA ARAÚJO BARBOSA	Aceito

**Endereço:** Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

**Bairro:** Plano Diretor Norte

**CEP:** 77.001-090

**UF:** TO

**Município:** PALMAS

**Telefone:** (63)3232-8023

**E-mail:** cep\_uft@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS



Continuação do Parecer: 1.857.489

Investigador	Projeto_de_Pesquisa_DIT_revisado_cronograma_atual.docx	31/10/2016 00:54:41	MIRANDA	Aceito
Outros	Declaracao_da_orientadora.pdf	29/08/2016 23:21:06	MARGARIDA ARAÚJO BARBOSA MIRANDA	Aceito
Outros	Termo_de_fiel_depositario.pdf	29/08/2016 23:18:43	MARGARIDA ARAÚJO BARBOSA MIRANDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/08/2016 23:17:27	MARGARIDA ARAÚJO BARBOSA MIRANDA	Aceito
Outros	Anuencia_SESAU.pdf	25/06/2016 23:41:49	MARGARIDA ARAÚJO BARBOSA MIRANDA	Aceito
Outros	Instrumento_coleta_dados.doc	25/06/2016 23:16:09	MARGARIDA ARAÚJO BARBOSA MIRANDA	Aceito
Orçamento	Orcamento_financeiro.pdf	25/06/2016 23:08:48	MARGARIDA ARAÚJO BARBOSA MIRANDA	Aceito
Outros	Carta_de_apresentacao.pdf	25/06/2016 23:07:04	MARGARIDA ARAÚJO BARBOSA MIRANDA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_fase_inicial_da_pesquisa.pdf	25/06/2016 23:04:51	MARGARIDA ARAÚJO BARBOSA MIRANDA	Aceito
Folha de Rosto	Folho_de_Rosto_CONEP.pdf	25/06/2016 22:58:17	MARGARIDA ARAÚJO BARBOSA MIRANDA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PALMAS, 08 de Dezembro de 2016

Assinado por:  
**Patrick Letouze Moreira**  
(Coordenador)


**Endereço:** Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado  
**Bairro:** Plano Diretor Norte **CEP:** 77.001-090  
**UF:** TO **Município:** PALMAS  
**Telefone:** (63)3232-8023 **E-mail:** cep\_uft@uft.edu.br


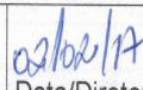
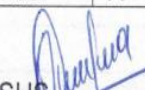
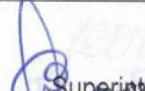
## ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA E COMPROMISSO/ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Superintendência de Educação na Saúde e Regulação do Trabalho Diretoria da Escola Tocantinense do SUS	ANEXO II TERMO DE ANUÊNCIA E COMPROMISSO Nº
---	---	---

<b>Identificação do(a) Pesquisador(a) Responsável</b>							
Nome: DANIELLE ROSA EVANGELISTA							
Endereço: QUADRA 1103 SUL, ALAMENDA 15, QI 40, LOTE 04							
Cidade: Palmas				CEP: 77019-012		UF: TO	
E-mail: daniellerosa@mail.uft.edu.br				Telefones: (63) 9103-9339			
RG: 2001010039413		CPF: 00687757339		Formação: ENFERMAGEM			
Nº Lattes: lattes.cnpq.br/6101302826218325							
Especialização		Mestrado		Doutorado		X Outro	
						Qual? Promoção da Saúde	
<b>Identificação da Instituição de Ensino, Pesquisa ou Serviço</b>							
Nome: UFT - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS				Cidade: Palmas		UF: TO	
Endereço: Avenida NS 15 ALC NO 14, 109 Norte - Campus de Palmas, Medicina, Bloco BALA 1, Sala da COREME				CEP: 77001-090		Telefone: (63) 3232-8549	
Título do Projeto de Pesquisa: Conhecimento, satisfação e repercussões clínicas relacionadas à contracepção permanente por inserção de dispositivo intra tubário							
Titulação almejada: Mestre							
<b>Parecer do Núcleo de Pesquisa Estratégica da GEPCTI</b>							
Foram entregues todos os instrumentos de pactuação?						X SIM Não	
Data: 09/05/2016		Assinatura da equipe técnica: <i>Kristina...</i>					
<b>Parecer Técnico sobre a Viabilidade de Execução do Projeto de Pesquisa</b>							
Unidade do SUS/TO aberta como campo de pesquisa: Superintendência de Políticas de Atenção à Saúde							
Setor da Pesquisa: Diretoria de Atenção Especializada							
<b>Avaliação pelo Setor Técnico - Justificativa do Parecer:</b>							
<p>Pesquisa é grande relevância para o estado, pois nos anos de 2013 e 2014 foram realizados 429 procedimentos de Contracepção Feminina Permanente em mulheres dos municípios de Palmas, Porto Nacional e Araguaína, sendo interrompido posteriormente sem realizar uma avaliação da eficácia e custo-benefício do procedimento. Ao final do estudo este se propõe a oferecer aos gestores da saúde informações que possibilitará um diagnóstico situacional acerca do DIT.</p>							
Parecer: ( x ) favorável ( ) não favorável				Margareth Sampaio de Amorim Diretora da Atenção Especializada Ato nº 127/2015 DOE Nº 4.252/05/Jan/2015			
Data do Parecer: 03-06-2016				Assinatura do responsável pelo setor			
<b>Avaliação do NEP/Diretoria da Unidade</b>							
<b>Justificativa do Parecer:</b>							
Parecer: X favorável ( ) não favorável				Maria Gleyd B. Chianca Silva Superintendente de Políticas de Atenção à Saúde Diretoria de Atenção Especializada / SESAU-TO			
<i>[Assinatura]</i> Responsável pelo NEP CEP. 132.632-0.				X <i>[Assinatura]</i> Diretor(a) da Unidade de Saúde			

**ANEXO C – TERMO DE LIBERAÇÃO PARA COLETA DE DADOS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS**

	<b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b> Superintendência de Gestão Profissional e Educação na Saúde Diretoria da Escola Tocantinense do SUS	ANEXO III  TERMO DE LIBERAÇÃO PARA COLETA DE DADOS
---	--	--

Identificação da Pesquisa			
Pesquisador(a) Responsável: DANIELLE ROSA EVANGELISTA			
Título do Projeto de Pesquisa: Conhecimento, satisfação e repercussões clínicas relacionadas à contracepção permanente por inserção de dispositivo intra tubário			
Parecer da Diretoria de Gestão da Educação na Saúde			
O Parecer Técnico da Unidade Campo é favorável à realização da pesquisa.	X	SIM	NÃO
O Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética aprova a pesquisa.	X	SIM	NÃO
O Termo de Compromisso está assinado e com assinatura reconhecida.	X	SIM	NÃO
30/10/17  Data/ Gerente GEPCI Lorena Louise J. dos P. Honorin Diretoria de Educação Permanente Ciência, Tecnologia e Inovação Mat. 1090569-3 SESAU-TO	02/02/17  Data/Diretor(a) ETSUS	 Laudely Alves do Carmo Diretora da Escola Tocantinense do Sus - Dr. Gismar Gomes Mat. 1093266-1 SESAU-TO	
Parecer da Superintendência de Gestão Profissional e Educação na Saúde			
Data: 02/02/17,  Márcia Valéria R. de A. Santos Superintendente de Gestão Profissional e Ed. na Saúde Mat.: 465164-2 SESAU - TO			

**ANEXO D - PARECER Nº 04-02/2017 DA COMISSÃO DE PROJETO E PESQUISA  
DA FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS**



PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS  
SECRETARIA DE SAÚDE  
FUNDAÇÃO ESCOLA SAÚDE PÚBLICA

RELATÓRIO DA ANÁLISE DE PROJETO PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE  
PROJETO E PESQUISA

Nº 04 – 02/2017

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS/UFT

**Pesquisador:** MARGARIDA ARAÚJO BARBOSA MIRANDA

**TÍTULO DO TRABALHO:** CONHECIMENTO, SATISFAÇÃO E REPERCUSSÕES CLÍNICAS RELACIONADAS À CONTRACEPÇÃO PERMANENTE POR INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA-TUBÁRIO.

**PARECER**

*Após reunião da Comissão de Avaliação de Projeto e Pesquisa e de acordo com a resolução 466/2012 que rege sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e que, determina que toda pesquisa deve ser realizada dentro de princípios éticos e morais, concluiu-se que a referida pesquisa atende às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, estando sua execução liberada.*

**SITUAÇÃO DO PROJETO:** *Aprovado*

Palmas, 21 de fevereiro de 2017

  
**Werlem Batista da Silva Santiago**  
 Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas

Comissão de Avaliação  
de Projetos e Pesquisas