

ASSOCIAÇÕES ENTRE O NIVEL DE ANSIEDADE E A PERCEPÇÃO DA DOR EM PACIENTES QUE SE SUBMETERAM À INSERÇÃO DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

SILVA JUNIOR, Jaime Ventura da¹
POSSOBON, Luiz Adriano²

RESUMO

Os direitos reprodutivos são garantidos pela Constituição e estão inclusos nas diretrizes das políticas do SUS. Um dos métodos contraceptivos mais eficazes disponíveis é o DIU. Este estudo se propôs a analisar, por meio de questionários, o nível de ansiedade das pacientes anteriormente ao procedimento, e sua percepção dele após realizado. Foram utilizados a Escala Visual Analógica (EVA) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) para comparar o nível de ansiedade das pacientes antes da inserção com o seu grau de dor posteriormente. A maioria das pacientes foi classificada como grau leve de ansiedade e dor moderada. Associação entre os parâmetros não foi encontrada através dos testes estatísticos.

PALAVRAS-CHAVE: dispositivos intrauterinos. ansiedade. dor

ASSOCIATIONS BETWEEN THE LEVEL OF ANXIETY AND THE PERCEPTION OF PAIN IN PATIENTS WHO SUBMITTED TO THE INSERTION OF INTRAUTERINE DEVICES

ABSTRACT

Reproductive rights are guaranteed by the Constitution and are included in SUS policy guidelines. One of the most effective contraceptive methods is the IUD. This is concerned with the examination, through the study of patients, the level of anxiety of patients to the procedure, and their perception after performed. The Visual Analog Scale (VAS) and the Beck Anxiety Inventory (BAI) were used to compare the patients' anxiety level before insertion with their later degree. Most patients were classified as having a degree of anxiety and moderate pain. Association between the parameters was not found through the statistical tests.

KEYWORDS: intrauterine devices. anxiety. Pain

1. INTRODUÇÃO

Os dispositivos intrauterinos (DIU) são métodos anticoncepcionais seguros e eficazes, com durabilidade de 5 a 10 anos e Índice de Pearl de 0,5 (FREITAS *et al*, 2011). De acordo com o Ministério da Saúde, entretanto, a taxa de adesão ao método entre as mulheres em idade fértil é de 1,9% de uso do DIU de cobre no Brasil, uma taxa surpreendentemente baixa considerando que o DIU é fornecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (MACHADO, 2017). Além de acesso gratuito garantido, o nível de satisfação das mulheres que optam pelo uso do DIU está entre os mais altos dos métodos contraceptivos, com cerca de 94,7% (BORGES *et al*, 2017).

¹ Acadêmico do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: jvsjunior[minha.fag.edu.br]

² Médico Ginecologista e Obstetra e Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: possobon@msn.com

Os fatores que levam à baixa adesão ao método do DIU ainda não estão totalmente esclarecidos, mas um dos motivos que podem impedir a escolha do DIU como contraceptivo é o medo da dor durante o procedimento de inserção do dispositivo. A dor durante a inserção do DIU é esperada e já foi associada a fatores como nuliparidade, dismenorreia e idade avançada (ALLEN *et al*, 2014).

Considerando que o medo da dor é fator limitante para a escolha do método contraceptivo, evidencia-se a importância do entendimento em torno dos fatores que desencadeiam a dor durante a inserção do DIU. A ocorrência de dor durante o procedimento, apesar de não rara, ainda não está totalmente esclarecida. Algumas mulheres relatam experiências bem desagradáveis durante o procedimento, enquanto outras relatam não sentirem quase nada, o que deixa as causas para a dor abertas para interpretação subjetiva, ou fatores desconhecidos (LOPEZ *et al*, 2015).

Não está claro ainda se a ansiedade nos momentos anteriores pode ter alguma relação com o grau de dor que a paciente pode sentir durante o procedimento. Sendo assim, este estudo se propõe a analisar o nível de ansiedade das pacientes, momentos antes da inserção do DIU e, posteriormente, medir o grau de dor sentido durante o procedimento por meio de questionários. Foram aceitas na pesquisa mulheres entre 18 e 45 anos que passariam pelo procedimento no momento da pesquisa. Os resultados do estudo poderão ajudar no entendimento dos mecanismos que geram a dor durante a inserção do DIU, e podem esclarecer melhor as estratégias para esclarecimento e educação das pacientes sobre esse método contraceptivo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Os direitos reprodutivos da mulher são garantidos pela Constituição de 1988 e estão contemplados pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM). Um dos maiores objetivos dessa política é justamente “garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva e ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais”, de acordo com a portaria nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017. O planejamento familiar figura entre um dos direitos mais importantes da atualidade, visto que garante o respeito à liberdade e autonomia dos cidadãos de decidirem se querem ou não ter filhos e quando. Em 2014, a pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada pelo Ministério da Saúde, apontou que mais da metade das gestações monitoradas não foram planejadas (MS, 2018).

Nesse contexto, dentre os métodos existentes, o dispositivo intrauterino (DIU) é uma opção amplamente utilizada no mundo (cerca de 15%). No Brasil, o uso de DIU tem crescido modestamente, com os últimos dados apontando para um percentual de 3% (considerando todos os tipos de DIU) de mulheres, entre nulíparas e multíparas (MS, 2006). O DIU encontra-se na classe de métodos contraceptivos de longa duração, o que aumenta sua eficácia e diminui os esforços de suas usuárias. Em um estudo transversal, realizado pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (USP), em 2017, concluiu que 94,7% das usuárias de DIU estavam satisfeitas com o método, sendo o modelo com maior satisfação entre os pesquisados (BORGES, VILELA ET AL, 2017). Portanto, os dados indicando sua subutilização são indicativos de que há fatores que impedem ou desestimulam a adesão das mulheres a essa opção, mesmo com a já citada garantia de obtenção do método pelas políticas públicas (MS, 2018).

2.2 DIU: MECANISMO DE AÇÃO E EFEITOS COLATERAIS

O DIU age como contraceptivo por causar uma resposta inflamatória citotóxica no útero, com aumento de produção de prostaglandinas, inibição da implantação e inviabilidade à sobrevivência dos espermatozoides. Entre os efeitos colaterais pode-se encontrar: aumento do sangramento menstrual, dismenorreia e *spotting*³, principalmente nos primeiros 6 meses pós inserção (FREITAS *et al*, 2011).

Há dois modelos de dispositivos intrauterinos disponíveis no Brasil, o clássico DIU de cobre, e os hormonais conhecidos como Sistema intrauterino liberador de Levonorgestrel (SIU-LNG). O primeiro modelo age através de ações que provocam mudanças bioquímicas e morfológicas no endométrio pela liberação gradativa de cobre na cavidade uterina, o que tem ação inflamatória e espermicida. Há ligeiro aumento do fluxo menstrual, principalmente nos primeiros três meses, acompanhado ou não de cólicas. Tais efeitos são motivadores do desejo de retirada do dispositivo, sendo, portanto, determinante da desistência do método, e não parte da decisão de colocá-lo, análise proposta por esta pesquisa (MS, 2018).

O SIU-LNG, por sua vez, tem por unidade 52mg de levonorgestrel, e libera inicialmente 20mcg a cada 24 horas. A liberação promove efeitos como espessamento do muco cervical, dificultando a passagem de espermatozoides até o óvulo. Há, ainda, o efeito antiproliferativo no endométrio, que auxilia na anticoncepção (MS, 2015).

³ O termo *spotting* é um termo em inglês que se refere à sangramento de escape ou intermenstrual (FREITAS, MENKE, RIVOIRE, ET AL, 2011)

2.3 DOR À INSERÇÃO DO DIU

A dor é um sintoma complexo que envolve a percepção da sensação dolorosa do paciente aliado a componentes de emocionais, culturais, sociais e religiosos (PORTO, 2019). O uso de misoprostol 400 microgramas associado com 100 miligramas de diclofenaco já foi descrito como método a ser usado antes do procedimento, com a intenção de se amenizar casos de dores durante e após a inserção (FREITAS *et al*, 2011).

2.3.1 Ansiedade

A ansiedade se intersecciona ao medo por caracterizar-se como uma resposta fisiológica do corpo frente a uma situação de estresse ou interpretada como ameaça, sendo geralmente expressada por sintomas como sudorese, tremor, taquicardia, dispneia e cefaleia, sendo a sensação dolorosa passível de intensificação em estados de maior ansiedade (MERCÊS *et al*, 2020).

3. METODOLOGIA

O estudo foi feito de maneira transversal e observacional, com a aplicação do questionário imediatamente antes do procedimento de inserção do DIU. Tópicos do questionário pré-procedimento foram baseados no Inventário de Ansiedade de Beck, com 21 tópicos que incluem nivelados entre “absolutamente não” e “dificilmente pude suportar” (KARINO; LAROS, 2014). Após a realização do procedimento, foi aplicado um questionário para registrar o nível de dor da paciente, baseado na Escala Visual Analógica - EVA de dor, com graus de 0 (nenhuma dor) a 10 (dor insuportável) (MIRANDA *et al*, 2018). Análise prévia dos prontuários também foram utilizadas para fins de informações que possam ser úteis à pesquisa tais como: inserção previa de DIU, número de gestações, possíveis patologias que possam influenciar no procedimento.

Foram incluídas na pesquisa mulheres entre 18 e 45 anos que estavam em processo de realização da inserção do DIU, os critérios de exclusão envolvem mulheres que já passaram por algum procedimento de inserção de DIU, procuram a consulta para retirada do dispositivo ou não se encaixam nos critérios de inclusão.

Os dados utilizados nesse trabalho foram discutidos a partir da metodologia estatística descritiva, tendo como base as respostas das pacientes aos questionários aplicados. Essas informações, por sua vez, foram agrupadas de acordo com a resposta do primeiro questionário,

tratando da ansiedade prévia, e a EVA de dor e, então, tabuladas e analisadas pelos pesquisadores a fim de encontrar uma relação entre o estado pré e pós procedimento.

Esse trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz e aprovado pelo CAAE com número: 42321421.0.0000.5219.

3.1 INSTRUMENTOS

Conforme mencionado acima, fez-se uso de duas escalas já existentes, o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e a Escala Visual Analógica (EVA). O BAI é composto por 21 itens que descrevem alguns sintomas comuns da ansiedade, devendo o entrevistado assinalar cada um quanto a ausente, suave, moderado ou severo, sendo essas características representadas, respectivamente, pelos números 0, 1, 2 e 3. Já a EVA é composta de uma escala numérica que vai de 0 a 10, sendo os números de 0 a 2 considerados dor fraca, de 3 a 7 dor moderada e de 8 a 10 dor intensa (KARINO; LAROS, 2014).

O BAI apresenta escore total com possibilidade de variar entre 0 e 63, como o intuito do estudo não se propõe a diagnosticar a doença, sendo uma análise apenas aguda de eventuais crises de ansiedade geradas pelo procedimento a ser realizado, não foi feita uma graduação da gravidade do caso. Para fins de classificar os indivíduos com possíveis crises de ansiedade antes do procedimento, considerou-se valores entre 0 e 7, para o BAI, como a grau mínimo de ansiedade, entre 8 e 15 como grau leve ansiedade leve, entre 16 e 25 como ansiedade moderada e entre 26 e 63 como ansiedade grave (KARINO; LAROS, 2014). Como a análise da EVA será analisada conforme o resultado do BAI, isto é, buscando a relação ou não com o nível de ansiedade, não foi estabelecido nenhum ponto de corte, sendo os valores literais atribuídos pela paciente considerados na análise.

Todos os instrumentos utilizados no trabalho seguem anexados ao fim deste, sendo o Inventário de Ansiedade de Beck, o Anexo 1 e, a Escala Visual Analógica, o Anexo 2.

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Assim que coletados, os dados foram organizados através de tabelas, através do Microsoft Excel, utilizando o método de composição, considerando que um fator pode não ter ocorrido com muita frequência, mas, ainda assim, tenha pontuado significantemente. A divisão ocorreu da seguinte forma: primeiro foram analisados os fatores presentes no BAI, com ênfase na frequência em que cada sintoma foi assinalado, sua ordem de importância e relevância em relação ao todo. Detalhes sobre a

divisão e análise dos dados serão discutidos adiante, com base na Tabela 1. A divisão das respostas da EVA, como já discutido, foram divididas apenas em leve, moderada ou intensa, de acordo com os parâmetros. Posteriormente, os dados de ambos os questionários foram comparados, a fim de encontrar uma possível relação entre os dois.

Tabela 1 – Resultados das respostas ao Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

ID	DESCR	n	SCORE	PESO	RANK	n	SCORE	index	RANK
1	Dormência ou formigamento	5	8	1,60	11	7	9	8,0	11,0
2	Sensação de calor	8	8	1,00	10	14	9	11,5	10,0
3	Tremores nas pernas	7	10	1,43	8	13	14	13,5	8,0
4	Incapaz de relaxar	13	20	1,54	3	18	19	18,5	3,0
5	Medo de que aconteça o pior	15	24	1,60	2	20	20	20,0	2,0
6	Atordoado ou tonto	5	7	1,40	14	7	7	7,0	14,0
7	Palpitação ou aceleração do coração	10	15	1,50	5	16	17	16,5	5,0
8	Sem equilíbrio	2	2	1,00	18	3	3	3,0	18,0
9	Aterrorizado	13	19	1,46	4	18	18	18,0	4,0
10	Nervoso	23	32	1,39	1	21	21	21,0	1,0
11	Sensação de sufocação	5	6	1,20	16	7	6	6,5	16,0
12	Tremores nas mãos	4	8	2,00	13	6	9	7,5	13,0
13	Trêmulo	6	9	1,50	9	12	13	12,5	9,0
14	Medo de perder o controle	5	8	1,60	11	7	9	8,0	11,0
15	Dificuldade de respirar	8	11	1,38	7	14	15	14,5	7,0
16	Medo de morrer	1	1	1,00	20	2	2	2,0	20,0
17	Assustado	11	13	1,18	5	17	16	16,5	5,0
18	Indigestão ou desconforto abdominal	5	7	1,40	14	7	7	7,0	14,0
19	Sensação de desmaio	0	0	0,00	21	1	1	1,0	21,0
20	Rosto afogueado	2	2	1,00	18	3	3	3,0	18,0
21	Suor (não devido ao calor)	2	3	1,50	17	3	5	4,0	17,0

Fonte: Dados da Pesquisa

A Tabela 1 expressa os resultados das respostas das pacientes em relação ao Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Em uma primeira análise, sendo *n* o número de vezes que o fator foi mencionado, *DESCR* a descrição do fator, *SCORE* a soma das notas atribuídas, *PESO* seria a média simples entre o *SCORE* e o *n* representando a frequência em que o fator foi citado com a importância atribuída ao mesmo e *MÉDIA* representa a média do *RANK* *n* com o *RANK SCORE*, os fatores foram ordenados, nessa tabela, conforme se encontram no questionário aplicado, não em ordem de importância ou frequência, que seria representado pelo *RANK*.

Para fins de ordem de importância, foram considerados o *n* e o *SCORE*, com o *PESO* e a *MÉDIA* sendo parâmetros de desempate, caso necessário. Como nos casos dos itens 1, 6, 11, 14 e 18, todos citados 5 vezes, o desempate ocorreu considerando os fatores citados acima. Por exemplo, entre os itens 1 (dormência ou formigamento) e 6 (atordoado ou tonto), o primeiro teve maior *SCORE*, *MÉDIA*

e *PESO*, o que sugere que, mesmo que citados pela mesma quantidade de vezes, as pacientes tiveram dormência e formigamento de forma mais relevante, com maiores notas atribuídas e consequente maior impacto sobre o estado delas. Em um outro caso de desempate, entre os itens 11 (sensação de sufocação) e 14 (medo de perder o controle), foram usados o *PESO* e o *SCORE*, sendo o do item 14, maior nos dois casos e, portanto, mais relevante e bem ranqueado.

É possível observar que quase todos os sintomas ou características que constam no BAI, foram, em algum momento, citadas pelas pacientes, sendo apenas a “sensação de desmaio” não citada por nenhuma delas. Isso nos permite inferir que, independentemente da sua relação posterior com o grau de dor após a inserção, todas as pacientes demonstraram algum sintoma de ansiedade antes do procedimento.

Tabela 2 – Rank dos fatores do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

ID	DESCR	n	SCORE	index	RANK
10	Nervoso	23	32	27,5	1
5	Medo de que aconteça o pior	15	24	19,5	2
4	Incapaz de relaxar	13	20	16,5	3
9	Aterrorizado	13	19	16,0	4
17	Assustado	11	13	12,0	5
7	Palpitação ou aceleração do coração	10	15	12,5	5
15	Dificuldade de respirar	8	11	9,5	7
3	Tremores nas pernas	7	10	8,5	8
13	Trêmulo	6	9	7,5	9
2	Sensação de calor	8	8	8,0	10
1	Dormência ou formigamento	5	8	6,5	11
14	Medo de perder o controle	5	8	6,5	11
12	Tremores nas mãos	4	8	6,0	13
6	Atordoado ou tonto	5	7	6,0	14
18	Indigestão ou desconforto abdominal	5	7	6,0	14
11	Sensação de sufocação	5	6	5,5	16
21	Suor (não devido ao calor)	2	3	2,5	17
8	Sem equilíbrio	2	2	2,0	18
20	Rosto afogueado	2	2	2,0	18
16	Medo de morrer	1	1	1,0	20
19	Sensação de desmaio	0	0	0,0	21

Fonte: Dados da Pesquisa

A Tabela 2 expressa, em ordem de importância, os itens mais relevantes do BAI, considerando o número de vezes em que foram citados (*n*), com o valor atribuído a ele (*SCORE*). O resultado foi alinhado através do *RANK*, o qual demonstra que o sintoma mais citado foi o nervosismo, sendo citado por 23 pacientes, com *SCORE* de 32. Como os resultados foram compilados com base em todas as respostas, não é possível analisar o grau de nervosismo de cada paciente, ainda que cada uma tenha nivelado segundo as possibilidades do BAI, entre 0 e 4 conforme explicado anteriormente.

Além disso, como o nervosismo é considerado um sintoma subjetivo, e não foi individualmente investigado, é impossível quantificar precisamente o nível e impacto do sintoma em cada paciente.

Sendo assim, a análise se concentra em uma perspectiva geral, dos sintomas do grupo em relação à dor. Observando os outros parâmetros, encontramos entre os 5 mais citados: “medo de que aconteça o pior”, sendo citado 15 vezes, com *SCORE* de 24 e “incapaz de relaxar”, com 13 citações e *SCORE* de 20.

Os casos de empate mostrados na Tabela 2, são resultado de empate absoluto entre os itens, isto é, mesmo na comparação entre *SCORE*, *PESO*, *MÉDIA* e *n*, não houve diferença entre frequência ou relevância entre os fatores, sendo igualmente importantes na análise geral.

Em uma última análise, percebe-se que os sintomas mais frequentes (*n*) e importantes (*SCORE*) são sintomas mais generalizados de ansiedade, como nervosismo, preocupação excessiva, incapacidade de relaxar, taquicardia e tensão. Enquanto outros sintomas que poderiam ser considerados mais graves, como medo de morrer, sensação de desmaio, sudorese, desequilíbrio e desconforto abdominal, foram menos citados (ALLGULANDER, 2006).

Tabela 3 – Resultado simples da BAI

BAI/EVA	1. LEVE	2. MOD	3. INTENSA	Total
1. MÍNIMA	12	20	1	33
2. LEVE	1	4	0	5
3. MODERADA	0	1	1	2
Total	13	25	2	40

Fonte: Dados da Pesquisa

A Tabela 3 mostra de forma simplificada, um apanhado dos resultados diretos das respostas do BAI e da Escala Visual Analógica (EVA), baseada na interpretação direta dos resultados do questionário, segundo a pontuação coletada das respostas individuais. A coluna vertical indica os resultados da EVA, com dor de leve (0 a 4) à intensa (8 a 10), a coluna horizontal, por sua vez, representa os resultados do BAI. Apenas uma paciente foi enquadrada como ansiedade grave seguindo os critérios pré-estabelecidos, portanto foram tabulados apenas os sintomas de mínimo (0 a 7) a moderado (16 a 25), os quais foram os mais relevantes para análise estatística em questão (CUNHA, 2001).

A Tabela 3 mostra que a maioria dos pacientes foram classificadas como “ansiedade mínima” (33 pacientes) e “dor moderada” (25 pacientes) com o ponto de intersecção indicando um total de 20 pacientes que se encontram nesse espectro. Colocando em proporção, temos 82,5% das pacientes classificadas com sintomas mínimos de ansiedade, e 62,5% foram classificadas em dor moderada.

Tabela 4 - Respostas do BAI e EVA de acordo com cada paciente

ID DESCRI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	TOTAL	0	1	2	3	n	SCORE
1 Dormência ou formigamento	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	35	2	3	0	5	8							
2 Sensação de calor	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	32	8	0	0	8	8								
3 Tremores nas pernas	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	33	4	3	0	7	10								
4 Incapaz de relaxar	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	27	8	3	2	13	20								
5 Medo de que aconteça o pior	0	2	1	2	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	1	3	0	0	0	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	40	25	7	7	1	15	24								
6 Atordoado ou tonto	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	35	3	2	0	5	7								
7 Palpitação ou aceleração do coração	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	40	30	5	5	0	10	15								
8 Sem equilíbrio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	38	2	0	0	2	2								
9 Aterrorizado	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	40	27	8	4	1	13	19								
10 Nervoso	0	1	2	2	1	0	0	0	0	0	2	0	1	1	2	0	0	1	1	2	1	0	1	0	1	0	2	0	1	0	1	1	40	17	14	9	0	23	32								
11 Sensação de sufocação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	35	4	1	0	5	6								
12 Tremores nas mãos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	40	36	1	2	1	4	8								
13 Trémulo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	34	3	3	0	6	9								
14 Medo de perder o controle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	35	3	1	1	5	8								
15 Dificuldade de respirar	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	40	32	5	3	0	8	11								
16 Medo de morrer	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	39	1	0	0	1	1								
17 Assustado	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	40	29	9	2	0	11	13								
18 Indigestão ou desconforto abdominal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	35	3	2	0	5	7								
19 Sensação de desmaio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	40	0	0	0	0	0								
20 Rosto afogado	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	38	2	0	0	2	2								
21 Suor (não devido ao calor)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	38	1	1	0	2	3								
BAI	1	10	8	12	2	0	2	1	0	12	2	14	4	9	0	0	2	7	11	3	2	2	3	10	7	25	2	0	0	16	29	0	4	0	2	1	2	4	2								
EVA	4	7	7	4	7	3	8	1	4	1	0	1	6	1	6	4	2	2	2	5	5	6	3	3	1	4	10	4	1	4	3	4	6	7	1	1	7	3	1	7							

Fonte: Dados da Pesquisa

A Tabela 4 divide as respostas numéricas individuais tanto do BAI quanto da EVA. A partir dela, pode-se analisar separadamente as respostas e a relação do nível de ansiedade de cada paciente. Esse tipo de análise permite uma atenção especial a cada caso, ainda que o estudo se proponha a uma investigação geral. Nenhuma paciente abordada tinha diagnóstico prévio de Transtorno de Ansiedade Generalizada, ou outros tipos de transtornos associados à ansiedade. Sendo assim, considerando a orientação prévia à aplicação do BAI, todas as respostas se referem ao estado da paciente unicamente em relação ao procedimento de inserção do DIU, o que exclui a possibilidade de possíveis estados ansiosos por outros motivos.

Nesse contexto, em uma primeira análise, em relação à Tabela 4, não se consegue encontrar uma relação direta entre o nível de ansiedade e a dor da paciente durante o procedimento. A paciente número 32 foi a que mais pontou no BAI, sendo classificada como “ansiedade grave”. Nesse caso, a paciente relatou grande ansiedade por ouvir relatos prévios de procedimentos malsucedidos, associado a uma excessiva intervenção materna contrária ao uso de DIU. Posteriormente, ao passar pela inserção, a paciente nivelou seu grau de dor como 4, o que configuraria “dor moderada”. Outra particularidade a se considerar sobre a paciente 32 é que ela foi a única da pesquisa a inserir o Sistema Intrauterino (SIU-LNG), Mirena.

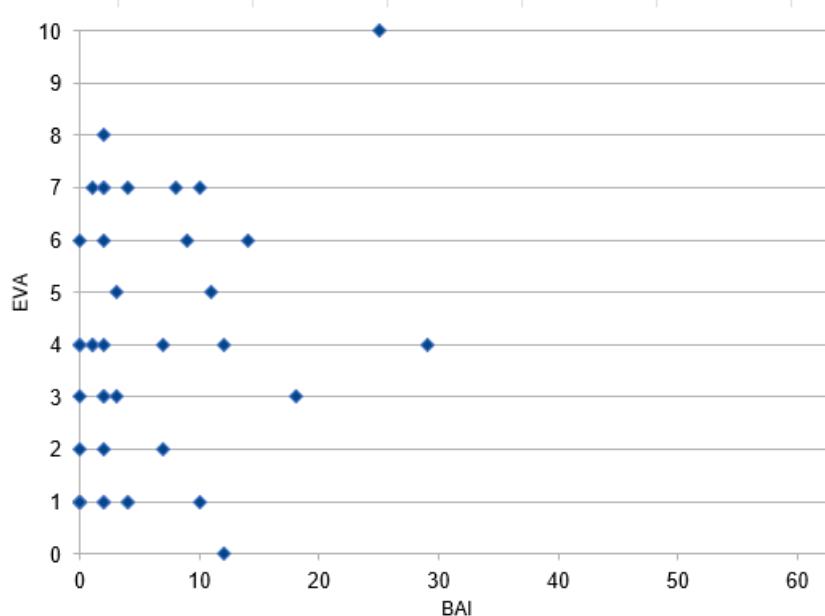
Em uma análise mais ampla, em contrapartida, encontra-se a paciente 27, a única a atribuir nota 10 a EVA, classificando como “dor intensa”. Ao responder o BAI, a paciente pontuou 25 pontos, sendo classificada como “ansiedade moderada”, com destaque para os itens: “incapaz de relaxar”, “aterrorizado”, “tremores nas mãos” e “medo de perder o controle”. Essa foi a paciente que mais se

aproximou de uma relação diretamente proporcional entre ansiedade e nível de dor, juntamente com as pacientes 8 e 10, as quais pontuaram 0 no BAI e nivelaram a dor em 1, ou seja, dor leve.

Em uma média simples geral, as pacientes pontuaram 5,32 no BAI, sendo, portanto, classificadas como grau mínimo de ansiedade geral. Na média simples da EVA, pontuou-se 3,9, para fins práticos arredonda-se para 4, considerando a resposta geral como dor leve à moderada.

Considerando todas as respostas ao BAI, encontra-se 2 pacientes, já citadas, com ansiedade moderada, 5 pacientes classificadas com ansiedade leve e 33 com grau de ansiedade mínima. Em relação ao EVA, há 13 pacientes classificadas com dor leve, 25 com dor moderada e 2 com dor intensa.

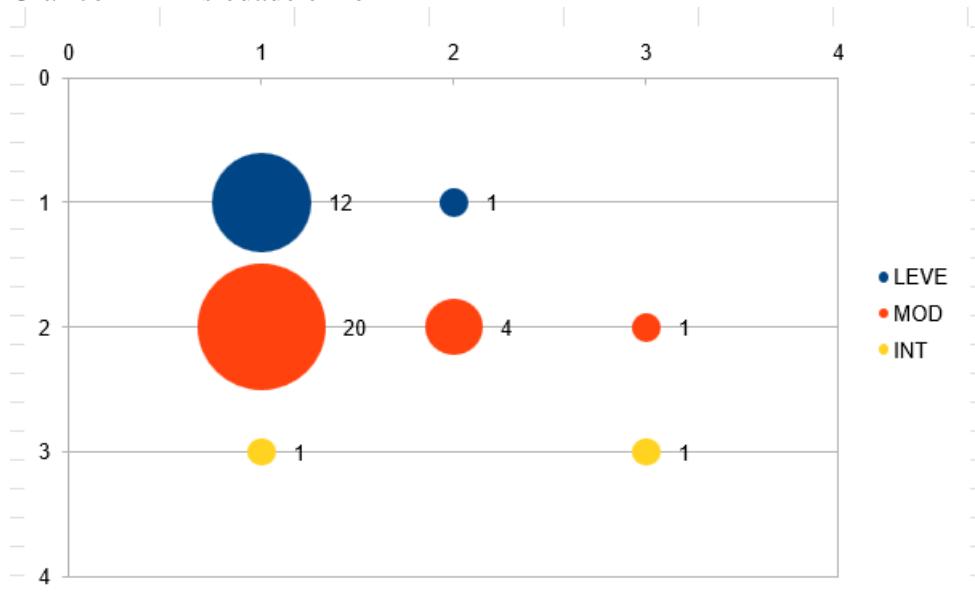
Gráfico 1 – EVA/BAI



Fonte: Dados da Pesquisa

O gráfico 1 é feito em dispersão e demonstra a relação entre as notas atribuídas da EVA com o BAI. A partir dele, pode-se notar que a grande maioria das pacientes se encontra em um nível de ansiedade leve (entre 0 e 10), com notas da EVA variando, principalmente, entre 1 e 8. Infere-se, então, que apesar dos baixos níveis de ansiedade das pacientes, o grau de dor durante o procedimento é variado, o que pode sugerir outros fatores influenciadores que não a ansiedade.

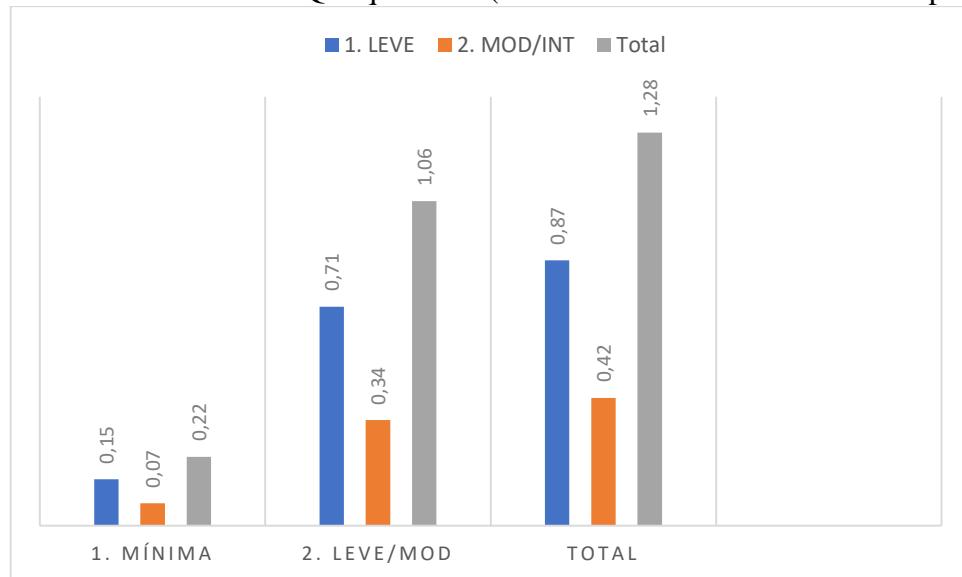
Gráfico 2 – Ansiedade e Dor



Fonte: Dados da Pesquisa

O gráfico 2 corrobora com a conclusão de que grande parte das pacientes se encontraram no espectro de ansiedade leve (representada no gráfico de 0 a 4 nos eixos x e y) e dor moderada (representada pela cor laranja no gráfico). Fortalece-se, portanto, a hipótese de que a associação entre a dor e o nível de ansiedade podem não ter forte relação no presente estudo.

Gráfico 3 – Estatística Qui-quadrado (distância entre o observado e o esperado)

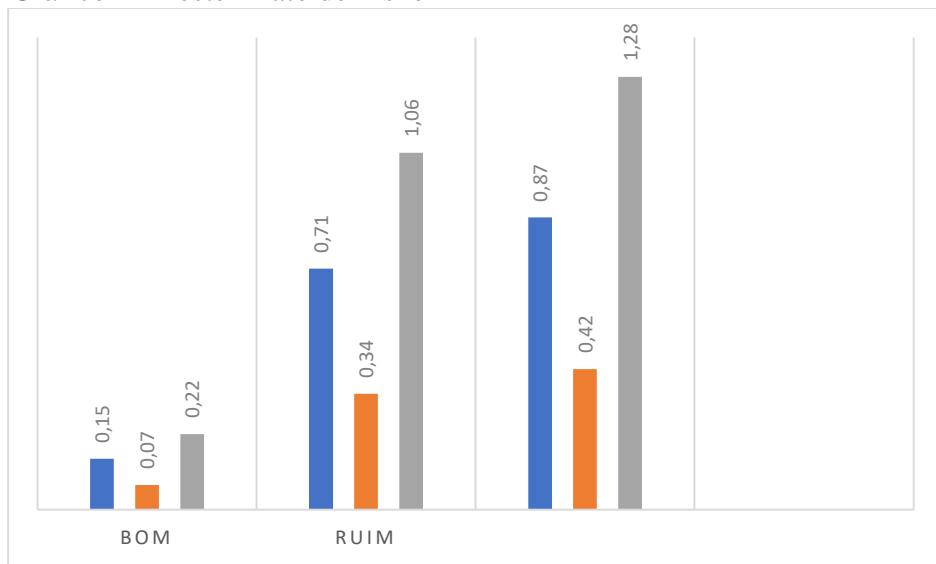


Fonte: Dados da Pesquisa

Para fins de análise estatística da relação entre a EVA e o BAI, foi realizado um teste Qui Quadrado (gráfico 3) entre os dois fatores. Considerando que a aplicação do qui quadrado exclui valores menores que 5, foram agrupadas as categorias de “ansiedade leve” e “moderada”, e “dor

moderada” e “intensa” (MORETTIN; BUSSAB, 2017). Na aplicação da estatística, com o valor de Qui Quadrado fora da Região de Rejeição - RR ($1.28 < 3.84$), concluímos pela aceitação da hipótese de independência (H_0) entre BAI e EVA, ao nível de 5% de significância. Isto é, as evidências amostrais indicam que não existe associação entre as variáveis, a 5%. Os testes aplicados pelo qui quadrado foram confirmados pelo Teste Exato de Fisher (gráfico 4), reforçando a não dependência entre o nível de ansiedade prévio das pacientes, com o grau de dor durante o procedimento.

Gráfico 4 - Teste Exato de Fisher



Fonte: Dados da Pesquisa

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os dados expostos, concluímos que, diante da amostra de questionários aplicados, não se pode afirmar que exista relação entre o nível de ansiedade prévio com o grau de dor sentido pela paciente durante o procedimento de inserção do DIU. Os dados apontam, entretanto, para a quantidade significativa de sintomas, ainda que leves, nas pacientes antes do procedimento. Tal fato pode servir como alerta para a falta de esclarecimento sobre o método ou procedimento em si, sendo cada vez mais importante transmitir completas informações para as pacientes, a fim de diminuírem os sintomas ou preconceitos em relação a ele.

Há de se pontuar, contudo, os pontos do presente estudo que podem ter limitado ou confundido os resultados. Cita-se, por exemplo, a avaliação subjetiva das pacientes em relação ao seu estado prévio à inserção, com autodeclaração de sintomas sem devida investigação ou diagnóstico clínico.

A limitação física e geográfica da aplicação dos questionários também é um fator que limita os resultados, aliado ao não controle sobre a técnica de inserção, o operador do procedimento e outros fatores como nuliparidade, tipo de parto prévio ou número de gestações das pacientes.

Evidencia-se, então, a necessidade de novos estudos sobre o tema, com mais dados coletados e maior controle sobre o procedimento. Ainda que a hipótese venha a ser rejeitada, a importância do entendimento sobre os fatores que podem interferir no bem-estar e adesão de mulheres a um método tão seguro e eficaz como o DIU é primordial para o exercício dos Direitos Sexuais e Reprodutivos.

REFERÊNCIAS

ALLEN, R. H.; CAREY, M. S.; RAKER, C.; GOYAL, V.; MATTESON, K. (org.). **A prospective cohort study of pain with intrauterine device insertion among women with and without vaginal deliveries**. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, [S.L.], v. 34, n. 3, p. 263-267, 31 jan. 2014. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3109/01443615.2013.868424>.

ALLGULANDER, Christer. O que nossos pacientes querem e necessitam saber sobre transtorno de ansiedade generalizada? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 172-176, 14 nov. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462006005000023>.

BORGES, Ana Luiza Vilela; SANTOS, Osmara Alves dos; ARAÚJO, Karina Simão; GONÇALVES, Renata Ferreira Sena; ROSA, Patricia Lima Ferreira Santa; NASCIMENTO, Natália Castro de. Satisfaction with the use of contraceptive methods among women from primary health care services in the city of São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 17, n. 4, p. 749-756, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000400008>.

FREITAS, Fernando *et al* **Rotinas em Ginecologia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 730 p.

KARINO, Camila Akemi; LAROS, Jacob A.. **Ansiedade em situações de prova:** evidências de validade de duas escalas. Scielo, Bragança Paulista, v. 19, n. 1, p. 23-36, abr. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/t6xKNSZrrkMyfWRRzfBPNVh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jun. 2022.

LOPEZ, Laureen M; BERNHOLC, Alissa; ZENG, Yanwu; ALLEN, Rebecca H; BARTZ, Deborah; A O'BRIEN, Paul; HUBACHER, David. **Interventions for pain with intrauterine device insertion**. Cochrane Database Of Systematic Reviews, [S.L.], p. 1-104, 29 jul. 2015. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd007373.pub3>.

MACHADO, Rogério Bonassi. **Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) em nulíparas**. In: São Paulo: Federação das Associações Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. 13 p. (Série, Orientações e Recomendações FEBRASGO; no. 1/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção)

MERCÊS, Claudia Angélica Mainenti Ferreira; SOUTO, Jaqueline da Silva Soares; SOUZA, Priscilla Alfradique de; CHAGAS, Marléa Crescêncio; WEISS, Carleara; BENEVIDES, Andrea Barroso; BRANDÃO, Marcos Antônio Gomes. **Análise simultânea dos conceitos de ansiedade e**

medo: contribuições para os diagnósticos de enfermagem. Scielo, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 1-10, 16 out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/DH38LhLKrHxmYPs996KHJcb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jun. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. OS 2017/0250: Manual Técnico para Profissionais de Saúde: DIU com cobre T Cu 380 A. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 72 p. Disponível em: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf. Acesso em: 19 abr. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. PNDS 2006. 1 ed. Brasília: Ms, 2006. 302 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 04 jun. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONITEC: Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel 52 mg para anticoncepção em mulheres de 15 a 19 anos de idade. 1 ed. Brasília: Ms, 2015. 42 p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_SIU_levonorgestrel_CP_36_2015.pdf. Acesso em: 04 jun. 2022.

MIRANDA, Alexandra; ALMENDRA, Rita; FELICIANO, Esmeralda; RICARDO, Cardoso; NÁPOLES, Saritta; NOGUEIRA-SILVA, Cristina. Fatores associados à percepção de ansiedade e dor na colocação do Sistema Intrauterino com Levonorgestrel. Scielo, Coimbra, v. 12, n. 4, p. 268-276, dez. 2018. Disponível em: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302018000400004&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt. Acesso em: 04 jun. 2022.

MORETTIN, Pedro Alberto; BUSSAB, Wilton Oliveira. **Estatística Básica. 9. ed.** São Paulo: Saraiva, 2017. 698 p.

PORTE, Celmo Celeno. **Semiologia Médica** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan , 2019.

ANEXO 1 — Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

	0	1	2	3
	Ausente	Suave, não me incomoda muito	Moderado, é desagradável mas consigo suportar	Severo, quase não consigo suportar
Dormência ou formigamento				
Sensações de calor				
Tremor nas pernas				
Incapaz de relaxar				
Medo de acontecimentos ruins				
Confuso ou delirante				
Coração batendo forte e rápido				
Inseguro (a)				
Apavorado (a)				
Nervoso (a)				
Sensação de sufocamento				
Tremor nas mãos				
Trêmulo (a)				
Medo de perder o controle				
Dificuldade de respirar				
Medo de morrer				
Assustado (a)				
Indigestão ou desconforto abdominal				
Desmaios				
Rubor facial				
Sudorese (não devido ao calor)				

Desenvolvido por BECK, A. T.; EPSTEIN N.; *et al* An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1988; 56:893-897

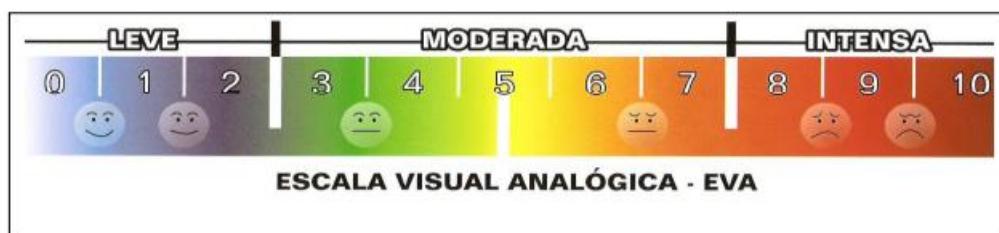
ANEXO 2 – Escala Visual Analógica (EVA)

ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA

Nome: _____

Data: ____/____/____.

A Escala Visual Analógica - EVA consiste em escore de aferição da intensidade de dor pelo paciente. Trata-se de uma linha reta, indicando em uma extremidade a marcação “sem dor” e, na outra, “pior dor possível”. Para utilizar a EVA, o médico deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor, sendo que 0 significa ausência total e 10 o nível de dor máxima suportável pelo paciente.



Resultado: _____

_____ carimbo e assinatura do médico