

Management of pain related to the intrauterine devices insertion: what is the evidence?

Gestão da dor relacionada com a introdução de dispositivos intrauterinos: qual a evidência?

Tiago Almeida¹, André Mata¹, Cláudia Leitão¹, Daniela Basto¹, Mariana Ferreira¹

USF Manuel Rocha Peixoto

Abstract

The number of women of reproductive age has been increasing, reinforcing the greater need for effective family planning. The intrauterine device is the most widely used reversible long-acting contraceptive method. Despite the benefits, one of the barriers to its use is pain during the insertion procedure. Several analgesic strategies have been studied, although with controversial results. Therefore, we conducted an evidence-based review with the aim of synthesizing existing knowledge, including 10 articles. We concluded that there is no consistent evidence on the routine use of analgesia during intrauterine devices insertion (Strength of Recommendation B).

Keywords: Analgesia; Pain; Intrauterine devices.

Resumo

O número de mulheres em idade reprodutiva tem vindo a aumentar, reforçando a maior necessidade de um planeamento familiar efetivo. O dispositivo intrauterino é o método contraceptivo reversível de longa duração mais utilizado. Apesar dos benefícios, uma das barreiras ao seu uso é a dor durante o procedimento de inserção. Várias estratégias analgésicas têm sido estudadas, embora com resultados controversos. Conduzimos uma revisão baseada na evidência com o objetivo de sintetizar o conhecimento existente, incluindo 10 artigos. Concluimos que não existe evidência consistente sobre a utilização rotineira de analgesia na inserção de dispositivos intrauterinos (Força de Recomendação B).

Palavras-chave: Analgesia; Dor; Dispositivos intrauterinos.

INTRODUÇÃO

O número de mulheres em idade reprodutiva, entre os 15 e os 49 anos, aumentou cerca de 46% entre 1990 e 2021, a nível mundial¹. Estes dados evidenciam um aumento das necessidades em planeamento familiar. A contraceção eficaz surge, cada vez mais, como meio de contrabalançar este aspeto, permitindo prevenir gravidezes indesejadas ou não planeadas.

Os dispositivos intrauterinos (DIU), de cobre (DIU-Cu) ou hormonais com levonorgestrel (SIU-LNG), são métodos contraceptivos de longa duração, com elevada segurança e eficácia, registando-se menos de 1 gravidez por cada 100 utilizadoras, havendo reversibilidade completa da fertilidade após a sua remoção². Em 2022, a nível mundial, cerca de 16,8% das mulheres em idade fértil usavam o DIU como método contraceptivo¹, ao passo que, em 2019, em Portugal, verificou-se uma taxa de utilização deste método de cerca de 5,3%³.

A inserção dos DIU deve ser realizada por profissionais de saúde com formação especializada e

1. USF Manuel Rocha Peixoto, ACeS Cávado I – Braga, Portugal.

competência adquirida nesta técnica⁴. A antecipação de dor durante o procedimento ou uma experiência dolorosa prévia podem ser uma barreira à escolha deste método contraceptivo⁵⁻⁷. A introdução do espéculo, aplicação da pinça de Pozzi, histerometria e a própria inserção do DIU podem ser momentos experienciados como dolorosos pela mulher^{5,8}. A dor experienciada é subjetiva, sendo descrito maior risco de dor intensa em mulheres nulíparas ou que apenas tiveram parto por cesariana⁹.

Informar e esclarecer a mulher quanto ao método contraceptivo pode permitir diminuir a ansiedade relacionada com o procedimento. No entanto, a existência de estratégias para reduzir eficazmente a dor associada à colocação do DIU continua a ser importante⁵⁻⁷. Têm sido desenvolvidos vários estudos nesse sentido e alguns dos métodos estudados incluem terapêutica analgésica tópica e/ou oral, como anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) e opióides ou anestésicos locais, nomeadamente a lidocaína¹⁰⁻¹². Existem ainda estratégias não farmacológicas, como a analgesia verbal, com potencial eficácia na dor percebida¹³. A analgesia pode ser realizada previamente, durante ou após o procedimento^{9-11,13}.

Apesar de haver estudos que sugerem benefício na realização de analgesia para redução da dor percebida, os resultados da literatura são controversos. Assim, o objetivo desta revisão consiste na avaliação da pertinência e eficácia do uso de analgesia, nas várias posologias e formulações disponíveis.

METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica em março de 2023, utilizando os seguintes termos MeSH (*Medical Subject Headings*): “analgesics OR pain AND intrauterine devices”.

Foram selecionados artigos publicados nas bases de dados: *National Guidelines Clearinghouse*, *Guidelines Finder* da *National Electronic Library for Health*, *Canadian Medical Association Practice Guidelines Infobase*, *Cochrane Library*, *Bandolier*, *Evidence based Medicine online* e *Pubmed*, entre 2013 e 2023, em língua portuguesa e inglesa.

Pesquisaram-se metanálises (MA), revisões sistemáticas (RS), ensaios clínicos aleatorizados e controlados

(ECAC), normas de orientação clínica (NOC) e *guidelines*.

Para a atribuição de níveis de evidência (NE) e forças de recomendação (FR), recorreu-se à escala *Strenght of Recommendation Taxonomy* (SORT) da *American Academy of Family Physicians*.

A questão da revisão teve como base a estrutura PICO. A população em estudo incluiu mulheres em idade fértil que optaram pelo DIU como método contraceptivo. A intervenção avaliada foi a realização de analgesia na colocação do dispositivo, em comparação com a ausência da mesma. Como *outcome* final estabeleceu-se a redução da dor associada ao procedimento.

Foram excluídos artigos cuja tipologia não correspondesse a nenhuma das supramencionadas, assim como artigos duplicados e/ou de leitura completa inacessível.

RESULTADOS

Da pesquisa bibliográfica efetuada, resultaram 159 artigos, dos quais 11 cumpriam os critérios de inclusão: 5 ECAC, 3 RS e 3 MA. Os restantes artigos foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão, por divergirem do objetivo do trabalho, serem artigos repetidos e/ou estarem incluídos nas MA ou RS avaliadas. Um dos ECAC foi excluído posteriormente por ter sofrido retração em agosto de 2023, sendo incluídos no estudo um total de 10 artigos (Figura 1).

A descrição dos artigos incluídos correspondentes a ECAC encontra-se resumida no Quadro I, a RS no Quadro II e a MA no Quadro III.

Ensaios clínicos aleatorizados e controlados

O ECAC de De Nadai *et al.* (2020)¹⁴ incluiu 302 nulíparas que pretendiam colocar SIU-LNG (*Mirena*®) e procurou avaliar a eficácia do bloqueio intracervical com lidocaína a 2% no alívio da dor na colocação do dispositivo em comparação com grupos placebo e sem intervenção. Concluiu que o bloqueio intracervical diminuiu de forma estatisticamente significativa a dor severa na colocação da pinça de Pozzi e na inserção de SIU-LNG em mulheres nulíparas. Adicionalmente, mostrou melhorar a experiência global com o procedimento. A facilidade de colocação foi semelhante entre grupos. No

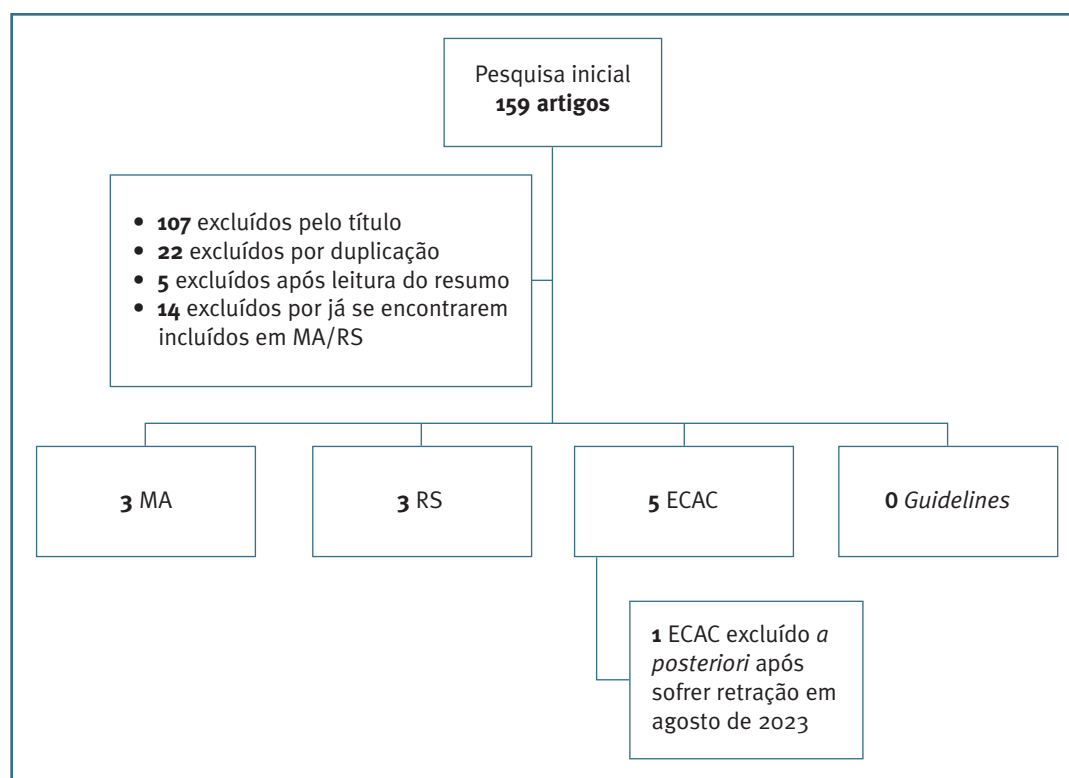


FIGURA 1. Fluxograma de seleção dos artigos.

Legenda: ECAC – Ensaios Clínicos Aleatorizados e Controlados; MA – Metanálises; RS – Revisões Sistemáticas.

entanto, mais de 50% das mulheres sem intervenção não reportaram dor severa, pelo que podem não necessitar de analgesia para realização do procedimento; assim, mesmo em nulíparas, cujo risco de experienciar dor severa é superior, os autores concluem que o bloqueio intracervical com lidocaína não deve ser recomendado por rotina, mas oferecido como opção para reduzir a dor associada à colocação de SIU-LNG (NE 1).

O ECAC de Panichyawat *et al.* (2020)¹⁵ incluiu 124 mulheres em idade fértil que solicitaram DIU-Cu como método contraceptivo, metade das quais submetidas a tratamento prévio com 40 mg de lidocaína a 10% em *spray* (*versus* placebo). O objetivo principal foi avaliar a dor imediatamente após colocação de DIU-Cu. O estudo concluiu que as mulheres a quem foi aplicado *spray* de lidocaína previamente à colocação de DIU-Cu apresentavam significativamente menos dor do que o grupo placebo, nomeadamente durante a colocação da pinça de Pozzi, histerometria e imediatamente após a colocação do DIU-Cu. Contudo, verificou-se um au-

mento estatisticamente significativo de irritação vaginal no grupo de intervenção (NE 2).

Envall *et al.* (2019)¹⁶ pretenderam avaliar o efeito da instilação uterina de mepivacaína na redução da dor aquando da inserção do DIU em nulíparas, comparando com um grupo placebo. Para isso avaliaram um universo de 81 mulheres em análise *intention to treat* e de 78 mulheres em análise *per protocol* (excluíram 3 mulheres com menos de 18 anos). Neste estudo, os investigadores definiram a redução de 1,3 cm na EVAD como *cut-off* para redução de dor clinicamente relevante. Apesar da redução significativa da EVAD face ao basal, o valor de corte definido não foi atingido, com resultados médios de 1,1 a 1,2 cm. Comparativamente ao grupo placebo, no grupo de intervenção foram menos as participantes a referir que a inserção foi mais desconfortável que o esperado. O método de analgesia escolhido teve uma grande aceitabilidade pelas participantes, com cerca de 93% a recomendar este método de analgesia. Este estudo teve como principais

QUADRO I. RESUMO DOS ENSAIOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS E CONTROLADOS INCLUÍDOS NO ESTUDO.

Referência	População/intervenção	Outcomes	Resultados/conclusões	NE
De Nadai <i>et al.</i> (2020)	Nulíparas que pretendiam SIU-LNG (<i>Mirena</i> ®) pela primeira vez. n = 302 Realização de bloqueio intracervical com 3,6 mL de lidocaína a 2%.	OP: dor referida durante o processo de colocação do SIU-LNG, avaliada por EVAD. OS: dor na aplicação da pinça de Pozzi; facilidade e tempo de colocação do dispositivo; experiência global do procedimento (dor na colocação do SIU-LNG <i>versus</i> expectativas, nível de desconforto, desejo de colocar novo DIU no futuro e recomendação do procedimento a outras mulheres).	OP: diminuição da classificação de dor severa na colocação da pinça de Pozzi (bloqueio intracervical: 2.0% vs. injeção placebo: 30.2% vs. sem intervenção: 15.2%; $p < 0.0001$) e do SIU-LNG (bloqueio intracervical: 26.5% vs. injeção placebo: 59.4% vs. sem intervenção: 50.5%; $p < 0.0001$) e do <i>score</i> médio de dor na colocação do SIU-LNG (bloqueio intracervical: 4.30 vs. injeção placebo: 6.6 vs. nenhuma intervenção: 5.8, $p < 0.0001$). OS: mulheres submetidas a bloqueio intracervical referiram menor dor que o esperado ($p < 0.0001$), classificaram a inserção como menos desconfortável ($p < 0.0001$) e estavam mais dispostas a ter uma nova inserção de DIU no futuro ($p < 0.01$) que as mulheres dos outros grupos. A facilidade de colocação foi semelhante entre grupos.	1
Panichyawat <i>et al.</i> (2020)	Mulheres em idade reprodutiva, selecionadas para colocação de DIU-Cu. n = 124 Administração vaginal de <i>spray</i> de lidocaína a 10%, 15 minutos antes da colocação do DIU-Cu.	OP: dor referida imediatamente após a colocação de DIU-Cu, avaliada por EVAD. OS: dor na aplicação do espéculo e da pinça de Pozzi, colocação do DIU-Cu, e 5 e 20 minutos após colocação do mesmo; efeitos secundários da medicação.	OP: diminuição da dor referida no grupo onde houve aplicação de lidocaína em <i>spray</i> a 10% vs. placebo (2.95 vs. 5.00, $p = 0.002$). OS: diminuição da dor associada à colocação da pinça de Pozzi vs. placebo (0.75 vs. 2.40, $p < 0.001$); diminuição na média da dor associada à histerometria vs. placebo (2.30 vs. 4.10, $p < 0.001$); aumento de irritação vaginal no grupo que recebeu lidocaína vs. placebo (54.8% vs. 1.6%; $p < 0.001$); sem diferenças estatisticamente significativas na dor referida durante a inserção do espéculo ($p = 0.165$) e 5 e 20 minutos após colocação do DIU-Cu ($p = 0.784$; $p = 0.3$, respetivamente), nos dois grupos.	2

(continua)

limitações o reduzido tamanho amostral e a alocação lenta ao estudo, bem como a ausência de *cut-offs* estandardizados para redução de dor clinicamente relevante (NE 1).

O ECAC de Conti *et al.* (2018)¹⁷ incluiu 220 mulheres em idade reprodutiva, que pretendiam colocar um DIU. O estudo apresentou como objetivo principal a avaliação da dor durante a colocação do DIU,

QUADRO I. RESUMO DOS ENSAIOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS E CONTROLADOS INCLUÍDOS NO ESTUDO. (CONTINUAÇÃO)

Referência	População/intervenção	Outcomes	Resultados/conclusões	NE
Envall <i>et al.</i> (2019)	Nulíparas selecionadas para colocação de DIU (SIU-LNG 52 mg, 19,5 mg, 13,5 mg ou DIU-Cu). n = 81 Instilação de 10 mL de mepivacaína a 1%.	OP: diferença na dor sentida aquando da inserção do DIU, avaliada por EVAD. OS: dor nas restantes fases do procedimento e depois da colocação; aceitabilidade do método de analgesia (recomendação a amiga).	OP: em análise <i>intention to treat</i> (n = 81): grupo de intervenção com redução não significativa da dor (4.80 vs. 5.90, $p = 0.062$); em análise <i>per protocol</i> (n = 78 – excluídas 3 mulheres com menos de 18 anos): diminuição estatisticamente significativa da dor aquando da inserção do DIU no grupo de intervenção (4.80 vs. 6.9, $p = 0.033$). OS: diminuição da dor na histerometria no grupo da intervenção (DM 1.50, $p = 0.048$); relativamente às expectativas, mais mulheres no grupo da intervenção afirmaram que o procedimento foi mais fácil do que o esperado (63.40% vs 37.50%) e menos que o procedimento foi mais difícil (7.03% vs 35.00%).	1
Conti <i>et al.</i> (2018)	Mulheres selecionadas para colocação de DIU. n = 220 Autoadministração vaginal de 20 mL de gel de lidocaína a 2%, 15 minutos antes da colocação do DIU.	OP: dor referida durante o processo de colocação do DIU, avaliada por EVAD. OS: dor antecipada (avaliada imediatamente após colocação do gel), dor basal (avaliada imediatamente antes do início do procedimento), dor com a colocação do espéculo e da pinça de Pozzi.	OP: sem diferenças estatisticamente significativas entre a dor associada à colocação de DIU nos dois grupos (58.1 vs. grupo placebo: 52.3, $p = 0.08$). OS: entre o grupo de intervenção vs. placebo, verificou-se: diminuição na dor associada à inserção do espéculo (7.0 vs. 11.0, $p = 0.046$); sem diferenças estatisticamente significativas entre a dor antecipada (60.0 vs. 59.0, $p = 0.69$), dor basal (2.0 vs. 2.0, $p = 0.50$), dor com a colocação da pinça de Pozzi (30.0 vs. 38.0, $p = 0.15$) ou dor global do procedimento (59.5 vs. 58.0, $p = 0.63$) nos dois grupos.	2

Legenda: DIU – Dispositivo intrauterino; DIU-Cu – Dispositivo intrauterino de cobre; EVAD – Escala Visual Analógica da Dor; DM – Diferença de média; OP – *Outcome* primário; OS – *Outcome* Secundário; SIU-LNG – Sistema intrauterino de levonorgestrel.

após a autoadministração vaginal de gel de lidocaína a 2%, 15 minutos antes do procedimento. Como objetivos secundários, avaliou a dor antecipada, a dor basal e a dor com a colocação do espéculo e da pinça de Pozzi. Os autores concluíram que esta intervenção não apresentou diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos parâmetros de comparação, exceto na dor associada à inserção do espéculo, registando-se uma diminuição estatisticamente

significativa da dor comparando com o placebo (NE 2).

Revisões sistemáticas

Na RS de Nguyen *et al.* (2019)¹⁸, os autores incluíram 35 estudos com comparação entre a utilização de analgesia, farmacológica e não-farmacológica, com placebo ou outros fármacos, tendo como objetivo principal a avaliação da dor referida durante o processo de

QUADRO II. RESUMO DAS REVISÕES SISTEMÁTICAS INCLUÍDAS NO ESTUDO.

Referência	População/intervenção	Outcomes	Resultados/conclusões	NE
Nguyen <i>et al.</i> (2019)	Incluídos 35 estudos: AINEs vs. Placebo: 7 ECAC (n = 3081). Lidocaína vs. Placebo: 9 ECAC (n = 1269). Misoprostol vs. Placebo: 3 ECAC (n = 690). Meptazinol vs. Placebo: 1 ECAC (n = 59). Combinação de fármacos vs. Placebo: 3 ECAC (n = 302). Fármaco vs. Fármaco: 2 ECAC (n = 173). Múltiplas intervenções/grupos de controlo: 3 ECAC (n = 398) e 1 ECNA (n = 420). Intervenções não farmacológicas: 4 ECAC (n = 586), 2 Séries de Casos (n = 424).	OP: dor referida durante o processo de colocação do DIU, avaliada por EVAD. OS: ansiedade gerada pelo processo de colocação de DIU.	Evidência contraditória/de baixa qualidade naquilo que se refere ao controlo algico com as intervenções efetuadas. Apenas um estudo com avaliação de impacto da intervenção na ansiedade. Formulações de lidocaína, tramadol e naproxeno apresentam-se como as estratégias com evidência de maior significado clínico, relativamente ao controlo da dor durante o procedimento da inserção de DIU.	2
Lopez <i>et al.</i> (2015)	Incluídos 34 estudos: AINEs: 7 ECAC (n = 2583). Lidocaína: 12 ECAC (n = 1505). Misoprostol: 10 ECAC (n = 1268). Tramadol: 1 ECAC (n = 103). Gel de nitroprussiato a 1%: 1 ECAC (n = 24). Nitroglicerina: 1 ECAC (n = 24). Outras estratégias não farmacológicas: 2 ECAC (n = 306).	OP: dor referida durante o processo de colocação do DIU, avaliada por EVAD, e ansiedade inerente ao processo. OS: avaliação de efeitos secundários, eventos adversos e satisfação das participantes.	Tramadol e naproxeno aparentam reduzir a dor associada à colocação do DIU, com maior evidência para o tramadol. Ibuprofeno sem efeito significativo. A utilização de misoprostol não aparenta ser benéfica no controlo algico. A formulação de lidocaína a 2% em gel não aparenta ter efeito no controlo algico. Outras formulações como a lidocaína a 4% em gel em nulíparas, lidocaína a 10% em <i>spray</i> em mulheres com gestações prévias, o bloqueio paracervical com lidocaína a 1% e ainda a associação entre lidocaína e prilocaína em creme, aparentam diminuir a dor associada ao procedimento de colocação de DIU.	2

(continua)

colocação do DIU. Os autores concluíram que a evidência era contraditória, contudo, referem que formulações de lidocaína, tramadol e naproxeno se apresentaram como as estratégias com evidência de maior significado clínico. Ressalvam, por este motivo, a neces-

sidade de estudos mais robustos para aumentar a validade da utilização destes fármacos (NE 2).

Lopez *et al.* (2015)¹⁹ incluíram na sua RS 34 estudos, com comparação entre várias estratégias de analgesia, farmacológicas e não-farmacológicas, de forma a ava-

QUADRO II. RESUMO DAS REVISÕES SISTEMÁTICAS INCLUÍDAS NO ESTUDO. (CONTINUAÇÃO)

Referência	População/intervenção	Outcomes	Resultados/conclusões	NE
Gemzell-Danielsson <i>et al.</i> (2013)	<p>Incluídos 17 estudos:</p> <p>Analgesia (oral e/ou tópica) ou dilatação cervical realizada antes da colocação do DIU: 12 ECAC, 1 ECNA (n = 3267).</p> <p>Analgesia oral administrada após a colocação do DIU: 1 ECAC (n = 59), 1 RS.</p> <p>Intervenções não farmacológicas: 2 ECNA (n = 162).</p>	<p>OP: efeito da analgesia no processo de colocação de DIU.</p>	<p>Terapêutica farmacológica pré-inserção:</p> <p><u>Analgesia oral:</u> Não parece haver benefícios com a toma rotineira de ibuprofeno. Um estudo reporta superioridade na toma profilática de tramadol ou naproxeno, no entanto, são necessários estudos maiores para confirmarem estes resultados.</p> <p><u>Dilatação cervical com misoprostol:</u> o principal <i>outcome</i> na maioria destes estudos foi a facilidade de introdução do DIU e não a dor sentida aquando do procedimento. Verificou-se que a sua utilização parecia ser facilitadora do procedimento, não diminuindo a dor sentida durante a colocação do DIU. Não parece haver evidência para recomendação rotineira do misoprostol para controlo de dor.</p> <p><u>Analgesia local (gel, spray, injetável):</u> 1 dos 4 estudos verificou redução significativa da dor com utilização de gel de lidocaína a 2%. Não parece existir evidência clara para recomendação do uso rotineiro de anestesia local em qualquer formulação.</p> <p>Terapêutica farmacológica pós-inserção:</p> <p><u>AINEs e opióides:</u> AINEs administrados para tratar a dor sentida após a colocação demonstraram redução da mesma; sem resultados significativos quando usados profilaticamente. Sem evidência para recomendação rotineira do uso de AINEs/opioides após inserção de DIU, podendo ser administrados AINEs caso a mulher desenvolva dor posteriormente.</p> <p><u>Terapêutica não-farmacológica:</u> Aconselhamento pré-inserção e outras estratégias de redução da ansiedade: parecem ser eficazes na redução da dor associada à colocação do DIU.</p>	2

Legenda: AINEs – Anti-inflamatórios não esteróides; DIU – Dispositivo intrauterino; ECAC – Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado; ECNA – Ensaio Clínico Não Aleatorizado; EVAD – Escala Visual Analógica da Dor; OP – *Outcome* primário; OS – *Outcome* Secundário; RS – revisão sistemática.

QUADRO III. RESUMO DAS METANÁLISES INCLUÍDAS NO ESTUDO.

Referência	População/intervenção	Outcomes	Resultados/conclusões	NE
Samy <i>et al.</i> (2019)	Incluídos 38 ECAC: n = 6434 Bloqueio paracervical com lidocaína, misoprostol (oral) ou naproxeno: 1 ECAC. Lidocaína tópica/paracervical: 13 ECAC. Lidocaína com prilocaína tópica: 2 ECAC. Misoprostol (oral, sublingual, vaginal): 11 ECAC. AINEs: 7 ECAC. Óleo essencial de lavanda inalado: 1 ECAC. Nitroprussiato intracervical: 1 ECAC. Nitroglicerina vaginal: 1 ECAC. Óxido nítrico inalado: 1 ECAC.	OP: sintetizar a evidência sobre as intervenções mais efetivas no alívio da dor de DIU. OS: avaliar o grau de facilidade na inserção do DIU e necessidade de analgesia adicional.	OP: a aplicação tópica de lidocaína com prilocaína reduziu a dor na colocação da pinça de Pozzi face ao placebo (DM 2.38; $p < 0.0001$) e ao naproxeno (DM 2.70, $p < 0.0001$). Adicionalmente, reduziu a dor na colocação do DIU em comparação com o ibuprofeno (DM 2.78, $p < 0.0001$), o placebo (DM 2.76; $p < 0.0001$), e misoprostol (DM 3.34; $p < 0.0001$). A lidocaína paracervical reduziu a dor durante inserção de DIU em comparação com misoprostol (DM 1.72, $p < 0.0001$), mas sem diferença estatisticamente significativa face aos outros grupos. Na dor após colocação, não se detetaram diferenças entre os grupos. OS: O misoprostol, 400 mcg por via oral, aumentou a facilidade na inserção do DIU em comparação com o placebo (DM 2.00; $p < 0.0001$) e diminuiu a necessidade de analgesia adicional (OR 0.23; IC 95%, 0.08-0.62). A aplicação tópica de lidocaína com prilocaína melhorou a facilidade de colocação em comparação o placebo (DM 2.00; $p < 0.0001$).	1

(continua)

liar a dor e ansiedade referidas durante o processo de colocação do DIU. Os autores concluíram que o naproxeno aparenta ter efeitos na diminuição da dor, enquanto o ibuprofeno não parece apresentar benefícios. O tramadol aparenta reduzir a dor associada à colocação do DIU, com efeito ligeiramente superior ao naproxeno. A utilização de misoprostol não parece ser benéfica no controlo algico e pode até levar a um aumento das queixas de dor, com maiores efeitos secundários associados. Algumas formulações de lidocaína aparentam diminuir a dor associada ao procedimento de colocação de DIU. Pelo facto de estes resultados serem contraditórios e pouco robustos, os autores sugerem a realização de mais estudos (NE 2).

Gemzell-Danielsson *et al.* (2013)²⁰ procuraram rever a evidência de várias estratégias de analgesia na colocação de DIU. Incluíram 17 estudos onde foi avaliado o efeito de diferentes terapêuticas farmacológicas administradas antes e após a inserção do DIU e o efeito da terapêutica não farmacológica, na redução da dor percebida. Da analgesia oral, apenas o tramadol e o naproxeno demonstraram redução significativa da dor. A utilização de misoprostol não pareceu reduzir a dor sentida pelas mulheres aquando do procedimento, estando relacionado com vários efeitos adversos. Dos estudos que avaliaram a eficácia da lidocaína gel a 2%, apenas um evidenciou redução significativa da dor durante o procedimento. O bloqueio paracervical, avalia-

QUADRO III. RESUMO DAS METANÁLISES INCLUÍDAS NO ESTUDO. (CONTINUAÇÃO)

Referência	População/intervenção	Outcomes	Resultados/conclusões	NE
Perez-Lopez <i>et al.</i> (2018)	Incluídos 11 ECAC: n = 1458 Lidocaína tópica em gel: 4 ECAC. Lidocaína tópica em <i>spray</i> : 2 ECAC. Lidocaína tópica em creme: 3 ECAC (2 dos quais com associação de lidocaína com prilocaína). Bloqueio paracervical com lidocaína: 4 ECAC.	OP: dor durante a colocação da pinça de Pozzi, durante e após a inserção do DIU. OS: dor na colocação do espéculo e histerómetro; efeitos laterais e necessidade de analgesia adicional.	OP: A utilização de lidocaína tópica diminuiu, de forma estatisticamente significativa, a dor relativamente ao grupo controlo na colocação da pinça de Pozzi ($p = 0.03$), na colocação do DIU ($p = 0.05$) e no período pós inserção ($p = 0.0008$); o bloqueio paracervical não apresentou resultados significativos em nenhuma das fases. OS: sem diferenças na colocação de espéculo ou histerometria. Análise de subgrupos: Comparando a utilização isolada de lidocaína (tópica ou bloqueio paracervical) vs. associação de lidocaína com prilocaína, verificou-se que apenas esta última permitiu redução significativa da dor na colocação da pinça de Pozzi ($p = 0.0001$) e do DIU ($p = 0.0003$). Apenas se observou redução estatisticamente significativa da dor com utilização de lidocaína ($p = 0.02$) em estudos que incluíram somente múltiplos. Relativamente ao tipo de DIU, a utilização de lidocaína pareceu reduzir a dor nos estudos que incluíram somente o uso de DIU-Cu ($p = 0.01$).	2
Pergialiotis <i>et al.</i> (2014)	Incluídos 13 ECAC: n = 1353 Lidocaína a 1 ou 2% (aplicação no canal cervical/interior da cavidade uterina ou bloqueio paracervical) – 7 ECAC. Tramadol 50 mg 1 h antes e naproxeno 550 mg 1 h antes – 1 ECAC. Ibuprofeno 800 mg 45 min antes – 1 ECAC. Gel de nitroprussiato 10 mg no interior do canal cervical – 1 ECAC. Misoprostol 400 mcg 3 h ou 90 minutos pré inserção, <i>per os</i> ou intravaginal – 3 ECAC.	OP: dor na aplicação da pinça de Pozzi e durante e após a inserção do DIU. OS: facilidade da colocação, percebida pelo profissional; efeitos adversos.	OP: a lidocaína paracervical foi eficaz na redução da dor durante a aplicação da pinça de Pozzi (DM -20.54; IC 95% -39.92 a -1.15) e inserção do DIU (DM -28.99; IC 95%: -53.14 a -4.84). O misoprostol produziu pontuações mais altas na EVAD no período pós-inserção imediato (DM: 2.83; IC 95%, -0.79 a 6.45). OS: A facilidade de inserção foi apenas estatisticamente significativa nas mulheres tratadas com misoprostol (DM -2.32; IC 95% -3.63 a -1.01).	2

Legenda: AINE – Anti-inflamatórios não esteróides; DIU – Dispositivo intrauterino; ECAC – Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado; EVAD – Escala Visual Analógica da Dor; DM – Diferença de média; IC – Intervalo de confiança; OP – *Outcome* primário; OR – *Odds Ratio*; OS – *Outcome* Secundário; SIU-LNG – Sistema intrauterino de levonorgestrel.

do num dos estudos incluídos, não pareceu reduzir a dor percebida. Relativamente ao efeito da analgesia para redução da dor no período pós-inserção verificou-se redução significativa da dor com a administração de AINEs *on demand*, sem evidência de benefício na administração profilática. Das medidas não farmacológicas, os autores concluíram que estratégias de redução da ansiedade podem associar-se a diminuição da dor percebida, no entanto, a evidência é escassa (NE 2).

Metanálises

Samy *et al.* (2019)¹¹ desenvolveram uma RS e MA em rede que incluiu 38 ECAC, com um total de 6434 mulheres, nulíparas e múltiparas, tendo como objetivo principal sintetizar a evidência sobre os tratamentos mais efetivos no alívio da dor associada à colocação do DIU. Os autores concluíram que o creme de lidocaína com prilocaína em aplicação tópica no colo uterino é a estratégia mais eficaz no alívio da dor na colocação da pinça de Pozzi e do DIU. Nenhuma medicação mostrou reduzir significativamente a dor 5 a 20 minutos após colocação do DIU. O misoprostol oral na dose de 400 mcg, foi o mais eficaz na facilitação da inserção do DIU. Os AINEs não apresentam benefício como analgesia na colocação de DIU (NE 1).

A MA de Perez-Lopez *et al.* (2018)²¹ incluiu 11 ECAC que compararam o efeito da utilização de lidocaína local no alívio da dor aquando dos diferentes passos de colocação do DIU. Concluiu-se que a utilização de lidocaína, essencialmente se utilizada na forma tópica, reduziu a dor na colocação da pinça de Pozzi, na inserção do DIU e após o procedimento (no período avaliado de 5 a 20 minutos). Na análise por subgrupos, pareceu existir um benefício mais significativo na redução da dor durante o procedimento com a utilização de associação de lidocaína com prilocaína em creme (NE 2).

A MA de Pergialiotis *et al.* (2014)²² procurou avaliar a eficácia de vários fármacos na prevenção da dor relacionada com a introdução de DIU, incluindo 13 estudos (alguns com múltiparas e nulíparas, outros só com um dos grupos), num total de 1353 mulheres. Esta MA concluiu que apenas a lidocaína paracervical foi eficaz na redução da pontuação da EVAD durante a aplicação da pinça de Pozzi e inserção do DIU. O misoprostol não apresentou qualquer benefício analgésico e causou

vários efeitos laterais. A facilidade de inserção foi apenas estatisticamente significativa nas mulheres tratadas com misoprostol. Salienta-se a iniquidade das populações de estudo desta MA, assim como nas posologias e vias de administração dos diferentes fármacos como possível fonte de viés (NE 2).

DISCUSSÃO

A dor na colocação do DIU pode ser uma barreira à aceitação deste método contraceptivo. Apesar de, após o procedimento, ser reportada menor dor relativamente à esperada, a antecipação de dor durante a colocação é um fator preditor da dor experienciada e pode influenciar a escolha da mulher. Características como a nuliparidade ou parto prévio por cesariana parecem associar-se a maior dor. Assim, a existência de opções terapêuticas para minimização do desconforto sentido durante o procedimento revela-se importante, já que poderão ser um recurso a utilizar nestas situações, de forma a melhorar a experiência da mulher, contribuindo para o aumento da aceitabilidade do método contraceptivo e desfazendo algumas crenças preexistentes⁵⁻¹².

A evidência científica sobre métodos analgésicos atualmente disponível permanece controversa e inconsistente, salientando-se, contudo, alguns resultados com maior robustez: a utilização de lidocaína, em diferentes vias de administração, isolada ou em associação com prilocaína, pode apresentar algum benefício na redução da dor e na experiência global da colocação de DIU, particularmente em mulheres de alto risco de dor severa (FR B); o uso de AINEs e opióides, por via oral, para profilaxia da dor na inserção de DIU parece não ter evidência, observando-se, no entanto, benefício superior do naproxeno e do tramadol (FR B); a utilização de misoprostol não apresenta benefício na redução da dor associada à colocação de DIU, mas mostra-se benéfica na facilitação do procedimento (FR B); adicionalmente, o aconselhamento pré-inserção e as estratégias de redução de ansiedade têm mostrado um papel importante na redução algica associada ao procedimento, não expondo a mulher a qualquer prejuízo (FR C).

A heterogeneidade dos estudos, nomeadamente no que se concerne ao desenho e à qualidade dos mesmos,

à população estudada, ao tipo de DIU colocado e às doses e formulações de fármacos utilizados, constituiu uma das principais limitações desta revisão.

Concluindo, não parece existir evidência suficiente que suporte a utilização rotineira de analgesia para o controlo da dor associada ao procedimento de colocação do DIU, devendo, no entanto, esta decisão ser tomada de modo personalizado. Numa perspetiva de prevenção quaternária, o profissional de saúde deverá ponderar os riscos e os benefícios de cada intervenção, no sentido de evitar a exposição da mulher a terapêuticas que não irão ter impacto significativo no *outcome* final.

No futuro será fundamental a realização de estudos mais homogêneos, por forma a criar evidência robusta que guie a ação dos profissionais de saúde e lhes permita oferecer o melhor tipo de cuidados na promoção da saúde das mulheres que procuram este método contraceptivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 4.
2. World Health Organization Department of Sexual and Reproductive Health and Research (WHO/SRH) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP), Knowledge SUCCESS. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2022 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2022.
3. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet (ST/ESA/SER.A/435).
4. Reeves JA, Zapata LB, Curtis KM, Whiteman MK. Intrauterine Device Training, Attitudes, and Practices Among U.S. Health Care Providers: Findings from a Nationwide Survey. *Women's Health Issues*. 2023 Jan;33(1):45-53.
5. Hunter TA, Sonalkar S, Schreiber CA, Perriera LK, Sammel MD, Akers AY. Anticipated pain during intrauterine device insertion. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2020;33(1):27-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2019.09.007>
6. Akdemir Y, Karadeniz M. The relationship between pain at IUD insertion and negative perceptions, anxiety and previous mode of delivery. *Eur J Contracept Reprod Health Care* [Internet]. 2019;24(3):240-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/13625187.2019.1610872>
7. Gemzell-Danielsson K, Jensen JT, Monteiro I, Peers T, Rodriguez M, Di Spiezo Sardo A, et al. Interventions for the prevention of pain associated with the placement of intrauterine contraceptives: An updated review. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2019;98(12):1500-13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.13662>
8. Asker C, Stokes-Lampard H, Beavan J, Wilson S. What is it about intrauterine devices that women find unacceptable? Factors that make women non-users: a qualitative study. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2006 Apr 1;32(2):89-94.
9. Weston MC, Martins S, Neustadt A, Gilliam M. Factors influencing uptake of intrauterine devices among postpartum adolescents: a qualitative study. 2012 Jan 1;206(1):40.e1-7.
10. Hubacher D, Reyes V, Lillo S, Zepeda A, Chen PL, Croxatto H. Pain from copper intrauterine device insertion: Randomized trial of prophylactic ibuprofen. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006 Nov;195(5):1272-7.
11. Samy A, Abbas AM, Mahmoud M, Taher A, Awad MH, El husseiny T, et al. Evaluating different pain lowering medications during intrauterine device insertion: a systematic review and network meta-analysis. *Fertility and Sterility*. 2019 Mar;111(3):553-561.e4.
12. Fouda UM, Salah Eldin NM, Elsetohy KA, Tolba HA, Shaban MM, Sobh SM. Diclofenac plus lidocaine gel for pain relief during intrauterine device insertion. A randomized, double-blinded, placebo-controlled study. *Contraception*. 2016 Jun;93(6):513-8.
13. Nguyen L, Lamarche L, Lennox R, Ramdial A, Patel T, Black M, et al. Strategies to Mitigate Anxiety and Pain in Intrauterine Device Insertion: A Systematic Review. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC* [Internet]. 2019 Dec 24; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31882291>.
14. De Nadai MN, Poli-Neto OB, Franceschini SA, Yamaguti EMM, Monteiro IMU, Troncon JK, et al. Intracervical block for levonorgestrel-releasing intrauterine system placement among nulligravid women: a randomized double-blind controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2020 Mar;222(3):245.e1-10.
15. Panichyawat N, Mongkornthong T, Wongwananuruk T, Sirimai K. 10% lidocaine spray for pain control during intrauterine device insertion: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. 2020 Jun 26;47(3):159-65.
16. Envall N, Lagercrantz HG, Sunesson J, Kopp Kallner H. Intrauterine mepivacaine instillation for pain relief during intrauterine device insertion in nulliparous women: a double-blind, randomized, controlled trial. *Contraception*. 2019 Jun;99(6):335-9.
17. Conti JA, Lerma K, Schneyer RJ, Hastings CV, Blumenthal PD, Shaw KA. Self-administered vaginal lidocaine gel for pain management with intrauterine device insertion: a blinded, randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019 Feb;220(2):177.e1-7.
18. Nguyen L, Lamarche L, Lennox R, Ramdial A, Patel T, Black M, et al. Strategies to Mitigate Anxiety and Pain in Intrauterine Device Insertion: A Systematic Review. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du*

Canada: JOGC [Internet]. 2019 Dec 24; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31882291>.

19. Lopez LM, Bernholc A, Zeng Y, Allen RH, Bartz D, O'Brien PA, et al. Interventions for pain with intrauterine device insertion. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 Jul 29.

20. Gemzell-Danielsson K, Mansour D, Fiala C, Kaunitz AM, Bahamondes L. Management of pain associated with the insertion of intrauterine contraceptives. Human Reproduction Update [Internet]. 2013 Jul 1 [cited 2022 Mar 17];19(4):419. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC3682672/#D-MT022C35>.

21. Perez-Lopez FR, Martinez-Dominguez SJ, Perez-Roncero GR, Hernandez AV. Uterine or paracervical lidocaine application for pain control during intrauterine contraceptive device insertion: a meta-analysis of randomised controlled trials. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2018 May 4;23(3):207-17.

22. Pergialiotis V, Vlachos DG, Protopappas A, Vlachos GD. Analgesic options for placement of an intrauterine contraceptive: a meta-analysis. The European Journal of Contraception & Reproductive

Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception [Internet]. 2014 Jun 1;19(3):149-60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24828514/>

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concetualização (TA), curadoria dos dados (AM e TA), investigação (AM, CL, DB, MF e TA), validação (AM, DB e TA), redação do rascunho original (DB e TA). Todos os autores reviram e aprovaram o manuscrito final.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Tiago Almeida

E-mail: talmeida@arsnorte.min-saude.pt

<https://orcid.org/0009-0004-0152-433X>

RECEBIDO EM: 25/07/2023

ACEITE PARA PUBLICAÇÃO: 12/11/2023