

Desfechos da inserção do Dispositivo Intrauterino de Intervalo por obstetrizes e enfermeiras obstetras

Outcomes of Intrauterine Device Insertion by Certified Midwives and Obstetric Nurse Practitioners

Resultados de la inserción del dispositivo intrauterino de intervalo por parte de parteras y enfermeras obstetricas

Thalita Vital Botelho¹

ORCID: 0000-0002-5196-0066

Ana Luiza Vilela Borges¹

ORCID: 0000-0002-2807-1762

¹Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Botelho TV, Borges ALV. Outcomes of Intrauterine Device Insertion by Certified Midwives and Obstetric Nurse Practitioners. Rev Bras Enferm. 2023;76(5):e20220286. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0286pt>

Autor Correspondente:

Thalita Vital Botelho
E-mail: tatavital@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Mellina Yamamura

Submissão: 26-06-2022 **Aprovação:** 04-05-2023

RESUMO

Objetivos: avaliar os desfechos da inserção do Dispositivo Intrauterino de Cobre de Intervalo por obstetrizes e enfermeiras obstetras em um Centro de Parto Normal Peri-hospitalar. **Métodos:** estudo transversal conduzido com 75 mulheres que tiveram o dispositivo inserido entre janeiro de 2018 e fevereiro de 2020. A coleta de dados foi realizada a partir de prontuários e contato telefônico. **Resultados:** não houve nenhuma perfuração uterina; 1,3% dos dispositivos foram expulsos com 30 a 45 dias de uso e 5,3% no primeiro ano de uso; a taxa de necessidade de remoção no retorno foi de 4,0%; e a pontuação média de dor foi 4,2 (DP = 3,3). Entre aquelas que ainda usavam o dispositivo, 93,1% se consideraram satisfeitas. **Conclusões:** a inserção do dispositivo por enfermeiras obstetras e obstetrizes mostrou ser segura, com desfechos similares aos observados na literatura.

Descritores: Dispositivo Intrauterino; Enfermeira Obstetra; Obstetrix; Contracepção; Planejamento Familiar.

ABSTRACT

Objectives: to evaluate the outcomes of Interval Copper Intrauterine Device (IUD) insertion performed by certified midwives and obstetric nurse practitioners at a Peri-Hospital Birth Center. **Methods:** a cross-sectional study was conducted involving 75 women who underwent IUD insertion between January 2018 and February 2020. Data collection was carried out using medical records and telephone interviews. **Results:** no instances of uterine perforation were observed. Expulsion rates of the devices were 1.3% within 30 to 45 days of use and 5.3% within the first year of use. The follow-up removal rate was 4.0%. The average pain score reported was 4.2 (SD = 3.3). Among those who continued using the device, 93.1% expressed satisfaction. **Conclusions:** the findings demonstrate that IUD insertion by certified midwives and obstetric nurse practitioners is a safe procedure, yielding outcomes comparable to those reported in the existing literature.

Descriptors: Intrauterine Device; Nurse; Midwife; Contraception; Family Planning.

RESUMEN

Objetivos: evaluar los resultados de la inserción del dispositivo intrauterino de cobre (DIU) realizado por matronas certificadas y enfermeras obstétricas especializadas en un Centro de Nacimientos Peri-Hospitalario. **Métodos:** se realizó un estudio transversal que incluyó a 75 mujeres sometidas a la inserción del DIU entre enero de 2018 y febrero de 2020. La recopilación de datos se realizó mediante registros médicos y entrevistas telefónicas. **Resultados:** no se observaron casos de perforación uterina. Las tasas de expulsión del dispositivo fueron del 1,3% en los primeros 30 a 45 días de uso y del 5,3% durante el primer año de uso. La tasa de retirada durante el seguimiento fue del 4,0%. La puntuación promedio del dolor informada fue de 4,2 (DE = 3,3). Entre aquellas que continuaron utilizando el dispositivo, el 93,1% manifestó satisfacción. **Conclusiones:** los hallazgos demuestran que la inserción del DIU por parte de matronas certificadas y enfermeras obstétricas especializadas es un procedimiento seguro, que produce resultados comparables a los reportados en la literatura existente.

Descriptorios: Dispositivo Intrauterino; Enfermeras Obstetricas; Matrona; Anticoncepción; Planificación Familiar.

INTRODUÇÃO

Cleland et al.⁽¹⁾ calcularam que, nos últimos 20 anos, o aumento do uso de métodos contraceptivos modernos reduziu as taxas de mortalidade materna em cerca de 40% em países de baixa e média renda. É evidente que o acesso aos métodos contraceptivos modernos contribuiu para a prevenção de gestações não intencionais e abortos inseguros, sendo essas causas relevantes na mortalidade materna, especialmente em países com leis restritas ao aborto, como é o caso do Brasil. Singh et al.⁽²⁾, em 2014, estimaram que, se todas as mulheres que desejassem evitar uma gestação utilizassem um método contraceptivo moderno, seria possível reduzir em 70% as gestações não intencionais.

A Pesquisa Nacional de Saúde mostrou que o uso de métodos contraceptivos no Brasil ainda permanece centrado em três métodos: pílula, preservativo masculino e esterilização feminina⁽³⁾, dos quais os dois primeiros são métodos de curta ação⁽⁴⁾, ou seja, métodos que dependem da ação do usuário para manter sua eficácia e efeito contraceptivo⁽⁵⁾. Os métodos contraceptivos de longa duração (LARC) são pouco utilizados. O dispositivo intrauterino (DIU), por exemplo, apesar de ser o segundo método anticoncepcional reversível mais utilizado no mundo, com prevalência de uso de 17%⁽⁶⁾, em 2013 era utilizado por apenas 1,9% das brasileiras⁽⁷⁾ e, em 2019, por 4,4% delas⁽³⁾. Estudos regionais confirmam que o uso do DIU é realmente baixo, sendo da ordem de 3% no Rio Grande do Sul em 2015⁽⁸⁾ e 2,5% em São Paulo, no mesmo ano⁽⁹⁾.

Embora subutilizados no Brasil, os LARC têm maior eficácia contraceptiva quando comparados aos métodos de curta ação, com taxa de gestação inferior a 1% ao ano⁽¹⁰⁾. Isso justifica o fato de organizações como o Ministério da Saúde, *Center for Disease Control and Prevention*, *American Academy of Pediatrics*, Organização Mundial da Saúde (OMS) e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia recomendarem sua oferta em larga escala às mulheres^(5,10-15), incluindo o DIU de cobre (modelo Tcu-380A), único LARC amplamente disponível na atenção básica do Sistema Único de Saúde.

O DIU é considerado um excelente método para mulheres que buscam contracepção reversível de longa duração, sendo também indicado para puérperas. O método pode ser utilizado por nulíparas, adolescentes e durante o período de perimenopausa, sem acarretar prejuízos à saúde. As possíveis intercorrências relacionadas ao uso do DIU de cobre são a perfuração uterina, um evento raro com taxa que varia de 0,13% a 0,22%, e a expulsão, com taxa de até 10% no primeiro ano de uso⁽¹⁶⁾.

Além da baixa oferta do método, pesquisas relatam diversas barreiras que contribuem para sua subutilização, como a falta de insumos necessários para a inserção; falta de conhecimento dos profissionais sobre os critérios de elegibilidade; ausência de protocolos assistenciais nos serviços de saúde; necessidade de agendamento prévio com longo período de espera; obrigatoriedade de participação em grupos como pré-requisito para a inserção e solicitação de exames desnecessários⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. A OMS também sinaliza que o número de profissionais de saúde treinados para a inserção não é suficiente e recomenda a incorporação de outras categorias profissionais no aconselhamento e oferta de métodos contraceptivos, incluindo o DIU⁽²⁰⁾.

No Brasil, desde 2010, obstetrias e enfermeiros(as) foram legalmente reconhecidos como profissionais habilitados a prescrever e inserir o DIU de cobre, por meio do Parecer Nº 17/2010 do Conselho Federal de Enfermagem⁽²¹⁾. Em 2018, o Ministério da Saúde publicou um manual técnico para profissionais de saúde sobre o DIU de cobre, enfatizando a importância da participação da enfermagem nesse cuidado⁽¹⁵⁾. No entanto, em dezembro de 2019, o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica 38/2019-DAPES/SAPS/MS⁽²²⁾, revogando a nota técnica anterior nº 5/2018-CGSMU/DAPES/SAS/MS, que considerava enfermeiros(as) e obstetrias aptos para a inserção do DIU⁽¹⁵⁾. Este estudo se insere nesse contexto de intenso debate no país sobre a competência legal de enfermeiros(as) e obstetrias para inserir e manejar o DIU e, nesse sentido, teve como objetivo avaliar os desfechos do DIU de cobre de intervalo inserido por obstetrias e enfermeiras obstetras em um Centro de Parto Normal Peri-hospitalar (CPNp).

OBJETIVOS

Avaliar os desfechos da inserção do Dispositivo Intrauterino de Cobre de Intervalo por obstetrias e enfermeiras obstetras em um Centro de Parto Normal Peri-hospitalar.

MÉTODOS

Aspectos éticos

A pesquisa foi elaborada conforme o que preconiza a Resolução 466/12⁽²³⁾ e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. As participantes receberam contato via *WhatsApp*, para que a pesquisa e seus objetivos fossem apresentados, sendo também enviada uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em formato digital para que pudessem ler e tirar suas dúvidas. Posteriormente, foi solicitada autorização para serem contatadas pela pesquisadora, além de ser realizado o agendamento para a ligação telefônica. Todas as mulheres deram seu consentimento para participar do estudo, por meio do TCLE.

Desenho, período e local do estudo

Estudo quantitativo do tipo transversal, norteador pela ferramenta *STROBE*. Foi conduzido em um CPNp localizado na região sul da cidade de São Paulo. As inserções de DIU foram realizadas por enfermeiras obstetras e obstetrias em mulheres que optaram pelo método, a partir de quatro semanas do parto ou mesmo aquelas que não fizeram acompanhamento gestacional no serviço e não estavam em período de pós-parto tardio. Portanto, trata-se do DIU de intervalo, ou seja, aquele inserido em nível ambulatorial. O retorno para monitoramento (consulta de *follow-up*) era agendado para 30 a 45 dias após a inserção.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

A população do estudo foi composta por todas as mulheres que tiveram o DIU inserido por profissionais do CPNp no período estudado. Os critérios de inclusão foram ter idade igual ou superior a 18 anos no momento da entrevista telefônica, ter retornado

ao serviço para a consulta de *follow-up* e ter tido o DIU de cobre inserido, no mínimo, 6 meses antes da entrevista, devido ao período de maior incidência de efeitos colaterais⁽¹⁰⁾. Mulheres que foram ou são funcionárias da instituição foram excluídas do estudo para evitar viés e dados superestimados, devido à sua familiaridade com o atendimento oferecido no serviço.

Protocolo do estudo

A seleção das mulheres incluídas neste estudo foi feita a partir de um banco de dados da instituição. Portanto, foram coletadas dos prontuários informações sociodemográficas, como idade e escolaridade, histórico reprodutivo e histórico contraceptivo, além de dados sobre a inserção do DIU e a consulta de *follow-up* das mulheres elegíveis, cujo DIU de cobre tenha sido inserido entre janeiro de 2018 a fevereiro de 2020.

Na data e horário previamente acordados, a pesquisadora entrou em contato, obteve o consentimento verbal e, em seguida, conduziu a entrevista por meio de um questionário estruturado, com duração aproximada de 15 minutos. O foco desse questionário foi coletar dados sobre expulsão, remoção, satisfação e interrupção do uso, além de aplicar a Escala Verbal Numérica de Dor (EVN)⁽²⁴⁾ com o objetivo de analisar o grau de dor no momento da inserção do DIU. O instrumento utilizado para coleta e gerenciamento de dados nas entrevistas foi desenvolvido pela própria pesquisadora no *Google Forms*.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram analisados no *software Stata 15.0* e as reinserções de DIU foram excluídas das análises, por serem considerados resultados secundários a intervenção. Para a análise dos achados, foi utilizada análise descritiva, sendo que os resultados foram descritos por meio de número absoluto, proporção, médias e desvio-padrão, os quais estão apresentados em tabelas e figuras. Os desfechos analisados foram: taxa de perfuração, taxa de expulsão do DIU, taxa de remoção e os motivos, interrupção e principais motivos, satisfação com método entre as usuárias que mantiveram o uso, e nível de dor avaliado por meio de EVN, em que 0-2 representa dor leve, 3-7 dor moderada e 8-10 dor intensa.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa um total de 75 mulheres. A média de idade no momento da inserção do DIU foi de 28,2 anos (DP = 5,8), sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima de 41 anos. A maioria autodeclarou-se como negra (54,7%), estava em união (86,7%), tinha ensino superior completo (44,0%) ou ensino médio completo (44,0%), exercia algum trabalho remunerado (64,0%) e teve acompanhamento pré-natal na instituição (73,3%). A caracterização sociodemográfica das mulheres pode ser observada na Tabela 1.

Em relação ao histórico reprodutivo, metade teve uma gestação anterior (54,7%), um parto vaginal (74,7%) e a maioria não relatou aborto (89,3%); 94,7% também não relataram histórico de cirurgia pélvica uterina. Quanto ao ciclo menstrual antes da inserção do DIU, 69,0% das mulheres consideravam seu volume menstrual moderado. Um terço considerava as cólicas menstruais fracas (33,3%).

Tabela 1 – Caracterização das mulheres segundo idade, cor de pele, situação conjugal, escolaridade e trabalho remunerado, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2020

| Variável | n | % |
|-----------------------------|----|-------|
| Idade (anos) | | |
| <25 | 19 | 25,3 |
| 25-29 | 31 | 41,3 |
| ≥30 | 25 | 33,4 |
| Cor da pele | | |
| Branca | 34 | 45,3 |
| Negra | 41 | 54,7 |
| Situação conjugal | | |
| Solteira | 10 | 13,3 |
| Em união | 65 | 86,7 |
| Escolaridade | | |
| Ensino fundamental ou menos | 9 | 12,0 |
| Ensino médio completo | 33 | 44,0 |
| Ensino superior completo | 33 | 44,0 |
| Trabalho remunerado | | |
| Total | 75 | 100,0 |

Mais da metade das participantes relatou ter compartilhado a decisão de inserir o DIU com alguém (62,7%). Quando questionadas sobre como conheceram o método, um terço afirmou que foi na própria instituição (31,2%), durante o período de acompanhamento gravídico-puerperal. Mas também as mídias se sobressaíram (22,1%).

Com relação ao método contraceptivo utilizado anteriormente à inserção do DIU, 49,3% das mulheres relataram ter feito uso do preservativo masculino, 22,2% utilizaram contraceptivo hormonal oral e 13,3% praticaram o coito interrompido. Apenas duas mulheres já haviam utilizado o DIU de cobre em algum momento de suas vidas, sendo a expulsão o motivo principal para interromperem o uso.

A maioria das usuárias relatou ter recebido aconselhamento contraceptivo (98,7%) durante a inserção. Dentre as que receberam esse aconselhamento, quase todas o consideraram suficiente para se sentirem seguras com o DIU (98,6%). Pouco mais da metade das mulheres estava acompanhada durante a inserção do DIU (56,0%), sendo o parceiro o acompanhante mais frequente (56,0%).

Ao ser aplicada a EVN para mensurar o nível de dor referente ao procedimento de inserção, o escore médio foi de 4,2 (DP = 3,3), sendo o valor mínimo igual a zero e o valor máximo igual a dez. 37,3% classificaram a dor como leve (EVN 0-2); 44,0% como moderada (EVN 3-7) e 18,7% como intensa (EVN 8-10).

Durante o atendimento na consulta de *follow-up*, 49,3% das mulheres apresentaram queixas relacionadas à adaptação ao DIU (Figura 1). Dentre as queixas apresentadas, a maioria estava relacionada ao ciclo menstrual, como cólicas (17,3%), menstruação prolongada (16,0%) e fluxo menstrual intenso (16,0%). É importante destacar que apenas 11 mulheres possuíam mais de uma queixa. O uso de anti-inflamatório oral para controle da dismenorreia foi necessário em 70,8% dos casos.

Três mulheres retiraram o DIU durante o atendimento de *follow-up*, sendo uma por solicitação própria, uma devido ao mal posicionamento e a última por expulsão (o DIU foi encontrado no colo do útero). Portanto, a taxa de expulsão com 30 a 45 dias de uso foi de 1,3%. Não houve relato de perfuração uterina entre a população estudada.

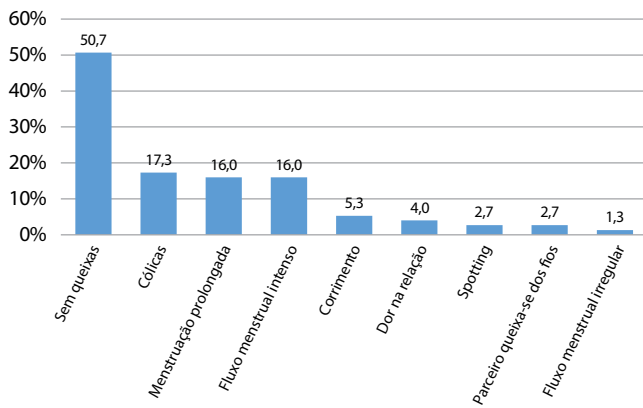


Figura 1 – Queixas apresentadas na consulta de *follow-up* com relação à adaptação ao DIU, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2020

O exame de ultrassonografia não é solicitado rotineiramente, mas em 14 casos houve alguma indicação para a realização. Os motivos foram: solicitação da mulher (n=8), fios não visualizados (n=2), dor pélvica intensa (n=2), suspeita de mal posicionamento (n=1) e aumento do sangramento (n=1). Em relação ao resultado da ultrassonografia, apenas oito usuárias tiveram o resultado registrado no prontuário. Em seis casos, foi constatado DIU inserido corretamente, um caso apresentou DIU de inserção baixa e um caso apresentou mal posicionamento.

Durante a entrevista telefônica, observou-se que 77,3% ainda estavam utilizando o DIU. Entre as mulheres que interromperam o uso até o momento da entrevista, os principais motivos foram a alteração do fluxo menstrual (35,3%) e expulsão (23,5%).

A totalidade das mulheres entrevistadas, incluindo as que interromperam o uso, relatou que indicariam o DIU para amigas e familiares, e 87,0% utilizariam o método novamente. Em relação à satisfação com o uso do DIU, considerando apenas as mulheres que continuaram utilizando o método até o momento da entrevista (n=58), 93,1% se consideraram satisfeitas e 84,5% relataram acreditar que seus parceiros também estavam satisfeitos. Os principais resultados estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Desfechos da inserção do DIU por obstetrias e enfermeiras obstetras, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2020

| Variável | n | % ou média (dp) |
|----------------------------------|----|-----------------|
| Perfuração uterina | 0 | - |
| Expulsão com 30 a 45 dias de uso | 1 | 1,3 |
| Expulsão no primeiro ano de uso | 4 | 5,3 |
| Remoção do DIU no retorno | 3 | 4,0 |
| Nível de dor | - | 4,2 (3,3) |
| Satisfação com o uso do DIU | 54 | 93,1 |
| Total | 75 | 100,0 |

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que em um serviço de saúde em que todos os DIUs foram inseridos por enfermeiras e obstetrias, não houve diferenças nos desfechos quando comparados com outros estudos que avaliaram as inserções realizadas por médicos. Esses achados se somam aos poucos estudos já conduzidos

no Brasil, Tanzânia, Índia, Austrália, Sri Lanka, Quênia, Nepal e Bangladesh⁽²⁵⁻³⁰⁾.

Em outros países, a posição em relação à competência legal para a inserção do DIU é bastante diversa. Na Tanzânia, por exemplo, as inserções de DIU de intervalo por obstetrias já são um procedimento bem estabelecido nos serviços. Desde dezembro de 2015, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria implementou um programa de treinamento para a inserção de DIU pós-parto no país e, com isso, as obstetrias também passaram a realizar esse atendimento⁽²⁸⁾. Na Austrália, um estudo que teve 91% das inserções realizadas por enfermeiros/as apresentou uma taxa de expulsão de 2% e uma necessidade de remoção do dispositivo de 4%, não havendo perfurações uterinas⁽²⁵⁾. Esses dados confirmam que, mesmo considerando estudos conduzidos em diferentes países e com diferentes realidades e sistemas de saúde, os achados estão em consenso com os encontrados neste trabalho.

Embora a taxa de expulsão no primeiro ano de uso observada neste estudo tenha sido superior aos demais estudos conduzidos em outros contextos, trata-se de um evento cuja taxa esperada é de até 10%^(16,31-33). Portanto, o percentual observado neste trabalho é considerado adequado.

A dor é um desfecho pouco analisado nas pesquisas sobre dispositivos intrauterinos. Ainda assim, a maioria dos estudos que aborda essa variável avalia as inserções realizadas por médicos, o que não permite afirmar se o procedimento realizado por enfermeiros/as ou obstetrias resultaria em maior ou menor sensação de dor para as usuárias. Apesar disso, a maioria das mulheres deste estudo classificou a dor da inserção do DIU de cobre de intervalo como moderada. Uma pesquisa realizada em Portugal avaliou os fatores relacionados à ansiedade e dor durante a inserção do DIU hormonal por médicos. A escala EVN aplicada logo após a inserção teve uma pontuação média de 4,7 (DP=2,6)⁽³⁴⁾. Embora semelhante ao encontrado neste trabalho, a classificação da dor como intensa e moderada foi maior. No entanto, a comparação com essas pesquisas deve ser feita com cuidado, uma vez que os dispositivos analisados e o momento em que as mulheres foram questionadas sobre o nível de dor foram diferentes.

Neste estudo, as inserções analisadas foram realizadas em momentos diversos do ciclo menstrual, e o uso de anti-inflamatório não esteroide antes do procedimento ficou a critério da mulher. Aproximadamente metade das usuárias estava acompanhada, o que pode ter contribuído para uma menor percepção da dor. Outro aspecto relevante está relacionado ao aconselhamento contraceptivo recebido. É possível que a informação prévia sobre o procedimento tenha trazido maior segurança e conforto às usuárias e, conseqüentemente, impactado na experiência de dor. O ambiente também pode ser relevante nesse sentido, uma vez que as inserções ocorreram no mesmo consultório onde as consultas de pré-natal são realizadas, um local previamente conhecido pela maioria das mulheres.

Segundo o Ministério da Saúde, apenas 5% das mulheres sentem níveis moderados ou agudos de dor⁽¹⁵⁾, o que não condiz com os achados deste e de outros estudos que focaram nessa dimensão sob a ótica das mulheres. A inserção do DIU parece ser um procedimento doloroso, e estratégias para minimizar a dor deveriam ser abordadas em manuais e diretrizes, com o

intuito de sensibilizar os profissionais para isso. Dessa forma, ainda há uma lacuna no conhecimento em relação ao manejo da dor durante o procedimento de inserção do DIU, uma vez que é algo doloroso sob a perspectiva das mulheres e ainda não existem evidências científicas que comprovem o benefício de intervenções farmacológicas⁽³⁵⁾.

Usuárias do DIU de cobre relatam alta satisfação com o método, como observado em Zâmbia, por exemplo, onde 94,1% das mulheres relataram estar satisfeitas ou muito satisfeitas com o método⁽³⁶⁾; nos Estados Unidos, onde 80% das usuárias estavam satisfeitas⁽³²⁾; em São Paulo, onde 94,7% delas estavam altamente satisfeitas⁽³⁷⁾; e em Recife, onde 77,8% das nulíparas e 76,7% das múltíparas se consideraram completamente satisfeitas⁽³⁸⁾. Esses dados justificam a oferta e o acesso ao DIU quando há a intenção de utilizá-lo.

Com relação à adaptação ao método, observou-se que as alterações de fluxo menstrual e cólicas foram as principais queixas entre as usuárias, como era de se esperar, uma vez que se trata justamente dos efeitos colaterais mais comuns⁽³⁹⁾.

Com relação às características sociodemográficas e histórico obstétrico das usuárias de DIU cuja inserção ocorreu em um cenário de CPNp, observou-se uma maior prevalência de mulheres jovens, com idade entre 25 e 29 anos, com pelo menos uma gestação anterior, autodeclaradas como negras, exercendo trabalho remunerado e com alto nível de escolaridade. Esses resultados estão em consonância com um estudo conduzido nas cidades de São Paulo, Aracaju e Cuiabá, no qual mulheres jovens e com filhos tiveram mais chances de se interessar pelo uso do DIU em comparação com aquelas sem filhos⁽⁴⁰⁾. Além disso, mulheres mais escolarizadas demonstraram estar mais bem informadas sobre o método e, por isso, provavelmente o procuram com maior frequência^(38,40).

A porcentagem de mulheres que retornou ao serviço para a consulta de *follow-up* foi superior ao encontrado no estudo do Paraná (57%)⁽²⁹⁾ e na Austrália (53%)⁽²⁵⁾, porém semelhante aos achados da Índia (63%). Parece que a procura por um serviço de CPNp surge por desejo próprio da mulher no momento da gestação e parto, o qual pode ser bastante vulnerável. Ser acolhida nessa situação pode repercutir na vinculação com o serviço, resultando em maior participação nos atendimentos⁽⁴¹⁾.

Uma estratégia para aumentar o retorno dessas mulheres ao serviço seria realizar busca ativa por meio de contato telefônico e oferecer um canal para que elas tenham liberdade de procurar o serviço em caso de intercorrências. Além disso, capacitar as equipes para um atendimento empático e que promova o vínculo é importante. Outra estratégia seria o uso de tecnologias digitais para compartilhamento de conteúdo em saúde e realização de videochamadas para as consultas de *follow-up*.

Limitações do estudo

Dentre as limitações do estudo, chama a atenção a análise da dor, visto que tal informação não foi obtida logo após o procedimento de inserção. Ou seja, o viés de memória e a adaptação com o método podem ter interferido na percepção das mulheres. No entanto, a dor raramente é avaliada nos estudos sobre DIU de

cobre, e nossos achados mostraram que vale a pena investir em medidas para amenizá-la durante a inserção, bem como em estudos que possam avaliar as medidas para seu controle e prevenção. Cerca de um terço das mulheres não retornou à instituição para a consulta de *follow-up*, o que impossibilitou a coleta de dados em relação às possíveis complicações e desfechos desse grupo. Outro ponto relevante é em relação ao número de mulheres participantes do estudo e ao fato de que se trata de uma amostra não probabilística. Portanto, não é possível generalizar os achados, embora os resultados comprovem os desfechos favoráveis das inserções de DIU realizadas por enfermeiros/as e obstetras.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Os resultados deste estudo fornecem subsídios para a elaboração e implementação de políticas públicas no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, além de sinalizarem a inclusão de obstetras e enfermeiros/as na assistência ao planejamento reprodutivo e contraceção, incluindo a inserção e manejo do DIU de cobre. Isso ocorre porque os desfechos da inserção do DIU de cobre por esses profissionais não diferiram daqueles em que outros profissionais, incluindo médicos, foram responsáveis pela inserção.

CONCLUSÕES

O estudo mostrou que a inserção do DIU de cobre por enfermeiros/as (obstetras) e obstetras é segura. Além disso, os desfechos são similares aos observados em diversos outros estudos, conduzidos também entre mulheres cujo DIU foi inserido por médicos. Enfermeiros/as e obstetras treinados são capazes de realizar o procedimento de maneira segura, eficaz e com taxas de perfuração, expulsão após 30 a 45 dias de uso, remoção e níveis de dor similares ou até mesmo mais baixos do que os observados em outros estudos, sejam eles nacionais ou internacionais. Além disso, são profissionais formados com foco no cuidado e na promoção da saúde, o que, além de ampliar o acesso aos métodos contraceptivos, pode proporcionar uma oportunidade para abordar outras questões relacionadas à saúde da mulher e aos direitos sexuais e reprodutivos.

FOMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

CONTRIBUIÇÕES

Botelho TV e Borges ALV contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Botelho TV e Borges ALV contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Botelho TV e Borges ALV contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *Lancet* [Internet]. 2012 [cited 2020 Apr 20];380(9837):149–56. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60609-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60609-6/fulltext)
2. Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding It Up: the costs and benefits of investing in sexual and reproductive health [Internet]. 2014 [cited 2022 Apr 25]. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Adding%20It%20Up-Final-11.18.14.pdf>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019: ciclos de vida [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 25]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>
4. Trindade RE, Siqueira BB, Paula TF, Felisbino-Mendes MS. [Contraception use and family planning inequalities among Brazilian women]. *Cienc Saude Coletiva* [Internet]. 2021 [cited 2020 Oct 9];26:3493–504. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wYMBdngQJr9dRs48jbwjCVL/?format=pdf&lang=en Portuguese>.
5. Brandão ER. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema único de Saúde: o debate sobre a (in) disciplina da mulher. *Cienc Saude Coletiva* [Internet]. 2019 [cited 2022 May 19];24(3):875–879. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YwDdkKZ3FpvxwNzXzYy4GN/?format=pdf&lang=pt>
6. United Nations (UN). Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Contraceptive use by method 2019: data booklet [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 25]. Available from: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf
7. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança [Internet]. Brasília; 2009 [cited 2020 Aug 25]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
8. Gonçalves TR, Leite HM, Bairros FS, Olinto MTA, Barcellos NT, Costa JSD. [Social inequalities in the use of contraceptives in adult women from Southern Brazil]. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2019 [cited 2022 May 31];28:53:28. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CYT57svKjvz9S4Hxhw9YwD/?format=pdf&lang=en Portuguese>.
9. Giacomo TL, Kalckmann S, Alves MCGP, Escuder MML, Koyama M, Barbosa RM. [Differences in contraceptive practice in the city of São Paulo, Brazil: Results of the Ouvindo Mulheres population survey]. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 19];36(10). Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3NjthK468fMgw8PSKhy6WFR/abstract/?lang=en Portuguese>
10. World Health Organization (WHO). Department of Reproductive Health and Research, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Family Planning: a global handbook for providers. Baltimore and Geneva [Internet]. 2018 [cited 2022 May 29]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1>
11. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília; 2013 [cited 2021 Jun 20]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf
12. Ott MA, Sucato GS, Braverman PK, Adelman WP, Alderman EM, Breuner CC, et al. Contraception for adolescents. *Am Acad Pediatr* [Internet]. 2014 [cited 2020 Nov 29];134(4):1244–56. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/134/4/e1244>
13. World Health Organization (WHO). Family planning: a global handbook for providers [Internet]. 3rd ed. Geneva; 2018 [cited 2022 May 20]. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/
14. Jatlaoui TC, Riley EM, Curtis KM. The safety of intrauterine devices among young women: a systematic review. *Contracept* [Internet]. 2016 [cited 2022 May 20];95(1):17–39. Available from: https://stacks.cdc.gov/view/cdc/78417/cdc_78417_DS1.pdf
15. Ministério da Saúde (BR). Manual técnico para profissionais de saúde: DIU com cobre T Cu 380ª [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 23]. Available from: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf
16. Giordano MV, Giordano AL, Panisset KS. Dispositivo intrauterino de cobre. *Femina* [Internet]. 2015 [cited 2021 Apr 19];36. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43nsuppl1/a4850.pdf>
17. Figueiredo R, Mayer JC, Kalckmann S. Planejamento Familiar e Reprodutivo na Atenção Básica do Município de São Paulo: direito constitucional respeitado? *Bol Inst Saude* [Internet]. 2014 [cited 2021 Apr 19];15(2):13. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/p/ses-30141?lang=fr>
18. Heilborn ML, Portella AP. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2009 [cited 2021 Jan 9];25(sup 2):269–78. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DscckkQCyjbSbkd9nfYVd6Q/abstract/?lang=pt>
19. Gonzaga VAS, Rosa PLFS, Gonçalves RFS, Borges ALV, Santos OA. Organizational barriers to the availability and insertion of intrauterine devices in Primary Health Care Services. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51(0):1–8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016046803270>
20. World Health Organization (WHO). Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting [Internet]. 2012 [cited 2020 Oct 9];1–98. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843/en/
21. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Trata-se de encaminhamento dos documentos em epígrafe pela Secretaria do COFEN para análise de Parecer sobre “viabilidade dos enfermeiros realizarem procedimentos com medicamentos e insumos para planejamento

- reprodutivo [Internet]. 2010[cited 2020 Oct 15]. Available from: http://www.cofen.gov.br/parecer-n-172010-cofen-ctl_n_6148.html
22. Ministério da Saúde (BR). Nota técnica No 38/2019-DAPES/SAPS/MS [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 23]. Available from: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2019_nota_tecnica_diu.pdf
 23. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2002;10(3):446–7. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000300020>
 24. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. 2012 [cited 2021 Jan 9]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 25. Kemeny F, Digiusto E, Bateson D. Insertion of intrauterine contraceptive devices by registered nurses in Australia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2016;56(1):92–6. <https://doi.org/10.1111/ajo.12427>
 26. Bhadra B, Burman SK, Purandare CN, Divakar H, Sequeira T, Bhardwaj A. The impact of using nurses to perform postpartum intrauterine device insertions in Kalyani Hospital, India. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 9];143:33–7. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.12602>
 27. Makins A, Taghinejadi N, Sethi M, Machiyama K, Munganyizi P, Odongo E, et al. FIGO postpartum intrauterine device initiative: complication rates across six countries. *Int J Gynecol Obstet*. 2018;143:20–7. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12600>
 28. Muganyizi PS, Kimario G, Ponsian P, Howard K, Sethi M, Makins A. Clinical outcomes of postpartum intrauterine devices inserted by midwives in Tanzania. *Int J Gynecol Obstet*. 2018;143:38–42. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12603>
 29. Trigueiro TH, Ferrari JC, Souza SRRK, Wall ML, Barbosa R. Follow-up of copper intrauterine device insertion by nurses: a prospective longitudinal study. *Rev Bras Enferm*. 2020;73:e20200156. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0156>
 30. Trigueiro TH, Lima GS, Borges R, Guimarães PRB, Souza SRRK, Wall ML. Insertion of intrauterine device for doctors and nurses in a low-risk maternity hospital. *Rev Gaucha Enferm*. 2021;42:e20200015. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200015>
 31. Kulier R, O'Brien PA, Helmerhorst FM, Usher-Patel M, D'Arcangues C. Copper containing, framed intra-uterine devices for contraception. *Cochrane Database of Syst Rev* [Internet]. 2007 [cited 2021 Set 11]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005347.pub3/full?cookiesEnabled>
 32. Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, Petrosky E, Madden T, Eisenberg D, et al. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol*. 2011;117(5):1105–13. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31821188ad>
 33. Aoun J, Dines VA, Stovall DW, Mete M, Nelson CB, Gomez-Lobo V. Effects of age, parity, and device type on complications and discontinuation of intrauterine devices. *Obstet Gynecol*. 2014;123(3):585–92. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000144>
 34. Elkhoully NI, Maher MA. Different analgesics prior to intrauterine device insertion: is there any evidence of efficacy? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2017;22(3):222–6. <https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1317340>
 35. Miranda A, Almendra R, Feliciano E, Cardoso R, Nápoles S, Silva CN. Fatores associados à percepção de ansiedade e dor na colocação do Sistema Intrauterino com Levonorgestrel. *Acta Obstet Ginecol Port* [Internet]. 2018 [cited 2022 May 31];12(4):268–76. Available from: <https://scielo.pt/pdf/aogp/v12n4/v12n4a04.pdf>
 36. Blumenthal PD, Lerma K, Bhamrah R, Singh S. Comparative safety and efficacy of a dedicated postpartum IUD inserter versus forceps for immediate postpartum IUD insertion: a randomized trial. *Contracept*. 2018;98(3):215–9. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.04.019>
 37. Borges ALV, Santos OA, Araújo KS, Gonçalves RFS, Rosa PLFS, Nascimento NC. Satisfaction with the use of contraceptive methods among women from primary health care services in the city of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2017;17(4):749–56. <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400008>
 38. Scavuzzi A, Souza A, Amorim M. Continued compliance and degree of satisfaction in nulligravida and parous women with intrauterine contraceptive devices. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2016;38(03):132–9. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1580709>
 39. Wasim T, Shaukat S, Javed L, Mukhtar S. Outcome of immediate postpartum insertion of intrauterine contraceptive device: experience at tertiary care hospital. *J Pak Med Assoc* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 15];68(4):519–25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29808038/>
 40. Borges ALV, Araújo KS, Santos OA, Gonçalves RFS, Fujimori E, Divino EA. Knowledge about the intrauterine device and interest in using it among women users of primary care services. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3140.3232>
 41. Gonçalves R, Ca A, Mab M, Mcp J. Experiencing care in the birthing center context: the users' perspective. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):62–70. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100009>
-