

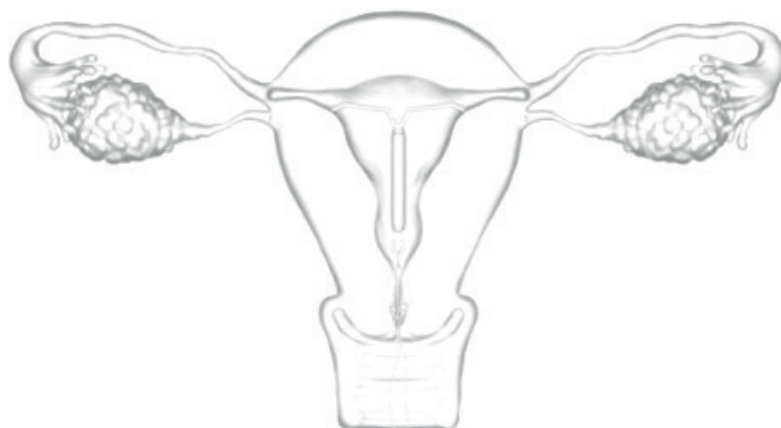
SAÚDE INTEGRAL, REPRODUTIVA E SEXUAL: INSERÇÃO, REVISÃO E REMOÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
E MATERNIDADES**

SÉRIE – PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM

SAÚDE INTEGRAL, REPRODUTIVA E SEXUAL: INSERÇÃO, REVISÃO E REMOÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO

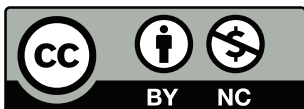
**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
E MATERNIDADES**



2º Edição

Rio de Janeiro

2022



Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer uso comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica. A coleção institucional da Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro pode ser acessada em www.subpav.org

© 2022 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro Rio de Janeiro / SMS-Rio

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro / Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio)

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 7.º andar, sala 701 — CEP 20211-110

Telefones: (21) 2976-2024 / 2976-1735 — E-mail: gabsauderio@gmail.com

www.prefeitura.rio/web/sms

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Rodrigo Prado

Subsecretária de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Ana Luiza F. R. Caldas

Subsecretária de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência

Teresa Cristina Navarro Vanucci

Superintendente de Integração das Áreas de Planejamento

Larissa Cristina Terrezo Machado

Superintendente de Atenção Primária à Saúde

Renato Cony Seródio

Superintendente de Maternidades e Hospitais Pediátricos

Marcio Luis Ferreira

Coordenação Técnica

Lucelia dos Santos Silva

Revisão Técnica

Aline Rodrigues Aguiar

Ricardo José Oliveira Mouta

Elaboração

Ana Paula de Melo Dias

Cláudia Maria Messias

Gabriel Fidelis Ferreira

Julia Lima Bezerra

Lucelia dos Santos Silva

Mariana dos Santos Gomes

Michele Lopes Pedrosa

Patrícia Santos Barbastefano

Raquel de Moraes Barbosa Caprio

Colaboração

Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro

Gerência de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Programa de Residência de Enfermagem de Família e Comunidade da SMS-Rio

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Projeto Gráfico

Igor Cruz

Rafael Cavadas

Diagramação

Paula Xavier

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CNV – Comunicação Não Violenta

DIP – Doença Inflamatória Pélvica

DIU – Dispositivo Intrauterino

HIV – Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

LARC – Long Acting Reversible Contraception, ou Contraceptivo Reversível de Longa Duração

LGBTQIA+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, pessoas Transgênero (homens e mulheres Transsexuais, pessoas não binárias, Travestis), pessoas Intersexo, Assexuais, e o "+" busca incluir outras identidades não citadas

PE – Processo de Enfermagem

PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAMPE – Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SLP – Sistema de Linguagem Padronizado

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

MÓDULO I – SAÚDE INTEGRAL, REPRODUTIVA E SEXUAL DE PESSOAS COM ÚTERO	09
Políticas de saúde e garantia de direitos sexuais e reprodutivos	10
Saúde integral, reprodutiva e sexual de pessoas com útero	12
Cuidado Centrado na Pessoa	12
Falando sobre Perdas: Comunicação profissional para questões sobre o luto pós-parto / pós-aborto	13
Exercício profissional da enfermagem na garantia de direitos sexuais e reprodutivos	14
Compartilhamento do cuidado e Interconsulta	15
MÓDULO II – DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	17
Características Gerais	18
Eficácia	20
Indicações	20
Contraindicações	20
Benefícios	21
Dúvidas comuns	21
MÓDULO III – PROCESSO DE ENFERMAGEM	25
Investigação	26
Diagnóstico de Enfermagem e Planejamento	29
Implementação	30
Avaliação	32
Consulta de retorno	32
Registro da Evolução: Inter-relação do Processo de Enfermagem com o SOAP	33
MÓDULO IV – TÉCNICA DA INSERÇÃO E REMOÇÃO DO DIU	35
Revisão dos conceitos anatômicos	36
Material Necessário	38
Técnica da Inserção do DIU	39
Técnica de inserção do DIU de cobre ambulatorial	42
Posicionamento adequado do DIU TCu 380A em inserção ambulatorial	43
Técnica da Inserção do DIU no Pós-parto/aborto	43

Pós-parto normal imediato (até 10 minutos após a saída da placenta) _____	43
Pós-parto normal precoce (após 10 minutos da dequitação até 48h pós-parto) _____	44
Pós Abortamento _____	45
Remoção do DIU _____	46
Possíveis dificuldades no momento da remoção _____	47
MÓDULO V – EFEITOS INDESEJADOS E COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À INSERÇÃO DO DIU _____	49
Condução dos efeitos indesejados _____	50
Complicações associadas à inserção _____	52
Reação Vagal _____	53
Infecção pélvica _____	53
ANEXOS _____	59
ATIPIAS DO COLO ÚTERINO _____	60
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE TCU 380A (DIU) _____	62
TERMO DE HABILITAÇÃO PARA INSERÇÃO, REVISÃO E REMOÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) _____	63



MÓDULO I:

SAÚDE INTEGRAL, REPRODUTIVA E SEXUAL DE PESSOAS COM ÚTERO

POLÍTICAS DE SAÚDE E GARANTIA DE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

A Lei nº 9.263/1996 determina que o planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher e ao homem, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde, garantindo que sejam oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, preservada a liberdade de opção. Esta é a lei que garantiu o direito e normatiza os critérios para realização de laqueadura tubária, estando vigente até os dias atuais.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), constituída em 2004, se desenvolve por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe no território, onde a mulher deve ser considerada em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural. As ações realizadas pelas equipes de saúde com enfoque nas mulheres consistem em um conjunto de atividades preventivas, assistenciais, educativas e de promoção da saúde que fazem parte do acompanhamento da mulher e família, em todo ciclo de vida, seja no consultório, no território ou em qualquer lugar que seja possível o encontro clínico.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), instituída em 2011 a partir da Portaria nº 2.836, apresenta o contexto social em que esse grupo está inserido, algumas de suas vivências e como isso influencia em seu processo saúde-doença. Além disso, esta portaria traz como um de seus objetivos "garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS" (BRASIL, 2011, online), o que reforça a necessidade de assegurar a essas pessoas o direito de ter acesso ao planejamento reprodutivo, o que inclui, dentre outros pontos, métodos contraceptivos, como o DIU.

Considerando o cenário de desigualdades sociais, no contexto do atendimento a pessoas vulnerabilizadas, a Resolução nº 40 de 2020 dispõe sobre a Política Nacional para População em Situação de Rua. Dentre as diretrizes gerais, esta política se destina a estabelecer diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das crianças, adolescentes, adultos e idosos em situação de rua, com destaque para recomendação de que a rede de atenção à saúde deve garantir que os direitos à saúde das mulheres e adolescentes em situação de rua não se restrinjam aos direitos reprodutivos, sendo a elas garantido o direito à saúde de forma integral conforme é preconizado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os direitos reprodutivos às mulheres privadas de liberdade foram garantidos pela Portaria Interministerial nº 210/2014, que aprovou a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), garantindo o direito dessas pessoas decidirem, de modo livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas, bem como o direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não filhos e o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. É importante que as equipes de saúde da família e de atenção à saúde prisional estejam atentas às necessidades de saúde das mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional, proporcionando orientações quanto à sua saúde sexual e reprodutiva e à oferta de métodos que permitam a prevenção de doenças e da gravidez não desejada.

O racismo, as desigualdades raciais e étnicas e o racismo institucional são determinantes sociais da saúde, e sendo assim é relevante a adoção de práticas que não violem direitos e a cidadania. Desse modo, a adoção de estratégias de cuidado e atenção em saúde, de gestão solidária e participativa devem incluir ações específicas que permitam que as equipes de saúde da família possam ampliar o acesso com qualidade da população negra ao SUS, incluindo atitudes profissionais que visem o desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, como, por exemplo, o preenchimento do quesito cor nos formulários dos sistemas de informação do SUS, associado à implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial. Na abordagem do tema saúde sexual e reprodutiva, é imprescindível contemplar a discussão sobre aspectos específicos relacionados a grupos como profissionais do sexo. Uma recomendação muito importante quanto à atenção integral à saúde das pessoas que exercem o trabalho sexual é que gestores e profissionais de saúde contribuam para a superação do estigma e da discriminação que existe na sociedade e nas instituições em geral a essas pessoas. Esse é um passo fundamental para a promoção do acesso universal ao sistema de saúde.

Outro grupo populacional que requer a ampliação das lentes para proporcionar a garantia de acesso aos serviços de saúde de forma equitativa são as pessoas refugiadas e migrantes. Estudos indicam que, muitas vezes, essa população tem um conhecimento limitado sobre os serviços de saúde reprodutiva e sexual disponíveis no país de acolhimento e tendem a ter menor acesso a estes serviços em comparação com as cidadãs e os cidadãos nacionais. Os diferentes contextos culturais e linguísticos podem dificultar o acesso à informação e métodos contraceptivos. Outros estudos apontam que a falta de conhecimento sobre os métodos contraceptivos disponíveis e eficazes persiste nas populações em movimentos migratórios, especialmente nos indivíduos mais jovens. Por fim, a garantia dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos para adolescentes, já reconhecidos como Direitos Humanos em leis nacionais e documentos internacionais, indica a importância da aceitação da individualidade e da autonomia desse segmento populacional, estimulando-o a assumir a responsabilidade pela sua própria saúde. O acesso à informação de qualidade e a oportunidades para o exercício desses direitos individuais, sem discriminação, coerção ou violência, baseia as decisões livres e responsáveis sobre a vida sexual e reprodutiva. Esse contexto é um terreno fértil para a implementação de ações direcionadas às singularidades da saúde de adolescentes, para que tenham acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, onde a cultura e as práticas profissionais devem ser transformadas, principalmente no acolhimento e nas relações de poder, dentro de uma visão promocional de saúde.

A abordagem especial a estes grupos populacionais, por vezes vulnerabilizados, tem o objetivo de ampliar a visão técnica e social de profissionais e reiterar a importância urgente de olharmos para eles com olhos que garantam, para além do acesso aos serviços de saúde, a equidade.

Nesse contexto, evidencia-se a importância de conhecer o território de abrangência da unidade. Isso faz com que a equipe consiga determinar o perfil daquela parcela populacional e traçar ações estratégicas para suprir suas demandas. Ademais, permite que essa equipe planeje a oferta de serviços, analisando sua importância para as usuárias e usuários, o que possibilita que o gerenciamento de material, o fluxo e o agendamento ocorram de maneira mais próxima da real necessidade da população do território adscrito.

SAÚDE INTEGRAL, REPRODUTIVA E SEXUAL DE PESSOAS COM ÚTERO

Falar sobre diversidade é algo necessário e imprescindível. E, no que tange a saúde sexual e reprodutiva, é preciso pensar de modo abrangente para que direitos sejam assegurados a todas as pessoas. Nesse contexto, vale destacar que muitos homens trans, pessoas trans masculinas, pessoas não binárias designadas mulheres ao nascer, dentre outras identidades, têm útero e conseqüentemente também podem gestar.

É essencial a inclusão destes grupos em ações de planejamento reprodutivo que visem uma saúde sexual e reprodutiva plena, pois "frequentemente as necessidades das pessoas LGBTQIA+ são ignoradas pela crença de que sua prática sexual não tem finalidade reprodutiva" (OLIVEIRA; CAMARGO; RODRIGUES, 2021, p. 907). Desta maneira, ao falar sobre o acesso a um método contraceptivo, torna-se importante pensar em todas as pessoas que podem desejar fazer uso do mesmo e inseri-las no planejamento de cuidado.

A ideia de falar sobre "saúde integral de pessoas com útero" visa tornar essas pessoas protagonistas de suas próprias histórias e desconstruir a eventual concepção reducionista de seres reprodutivos. Neste entendimento, saúde sexual contempla a capacidade de desfrutar e ter controle sobre a vida sexual e reprodutiva, livre de constrangimentos, medo, vergonha, culpa, ideias falsas e preconceitos, de acordo com limites éticos individuais. Envolve ainda a possibilidade de prevenir e tratar doenças e questões que impeçam a pessoa de gozar livremente a vida sexual e reprodutiva.

O que se propõe, ao induzir esta reflexão antes de dialogar sobre abordagem contraceptiva, é o respeito à autonomia sobre o corpo e a problematização das condições sociais de desigualdade que configuram o cotidiano de quem atendemos, e como esses marcadores de desigualdade determinam o processo de produção das suas queixas, patologias, mal-estares e modos como se relacionam com sua condição de saúde. Atentar a isso é fundamental para produzir cuidado de forma singular, respeitando as crenças, valores, escolhas e identidades de cada pessoa que cuidamos.

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

A oferta da inserção de DIU deve ser realizada no momento que for mais oportuno para o cotidiano de vida da pessoa, seja através de grupos de planejamento reprodutivo ou ao identificar a necessidade ou desejo em um encontro clínico, sempre levando em conta as expectativas da pessoa, suas crenças em relação ao método, seu contexto de vida e características socioculturais, familiares e da comunidade à qual pertence.

Toda consulta é um encontro clínico. A comunicação é uma ferramenta inerente ao encontro entre pessoas, seja verbal ou não verbal, e é fundamental que ocorra de forma assertiva, efetiva, empática e respeitosa. Marshall Rosenberg associou a maneira de concentrar a atenção a uma pessoa ao conceito de Comunicação Não Violenta (CNV), que se baseia em habilidades de linguagem e comunicação que ajudam a reformular a maneira pela qual nos expressamos e ouvimos as pessoas.

A CNV nos conecta a nós mesmos e aos outros, possibilitando relações interpessoais eficazes. É interessante exercitar a CNV enquanto atitude profissional, no cotidiano de nossas ações, para proporcionar um encontro clínico honesto com a pessoa e sua experiência da necessidade humana ou da doença. Dicas de como exercitar a CNV nas pessoas que cuidamos:

- Acolher com empatia a ação que a pessoa está observando (vendo, ouvindo, lembrando, imaginando), que está contribuindo ou não para o bem-estar dela. Mais importante que a observação do(a) profissional sobre um fenômeno encontrado é a experiência que a pessoa usuária tem com aquela observação;
- Acolher como a pessoa está se sentindo com relação ao que observa, e planejar intervenções a partir disso, e não somente a partir do que o(a) profissional observa;
- Acolher com empatia as necessidades, valores, desejos, expectativas ou pensamentos que estão criando os sentimentos da pessoa;
- Acolher sem inferir a conduta que a pessoa gostaria de receber, fazer pactuações que façam real sentido para quem está recebendo cuidados;
- Exercitar essas dicas no cotidiano de nossas ações torna cada encontro clínico uma experiência única para a pessoa atendida e para o profissional;
- A inserção do DIU é uma técnica simples, que requer habilidade para realização e principalmente uma atitude profissional que preserve a individualidade de cada ser;
- Procure um ambiente calmo, se possível pactue tocar uma música, ofereça aromaterapia, identifique a experiência que a pessoa tem com a dor;
- Antes de iniciar o procedimento, certifique-se de que todo insumo e material necessário está ao seu alcance na sala;
- Tenha à disposição material sobressalente, inclusive um dispositivo intrauterino extra se for possível;
- Exercite a cultura de segurança do paciente, mantendo o ambiente limpo, livre de possíveis contaminações;
- Certifique-se de que a pessoa está compreendendo o que está acontecendo com ela, comunicando sobre as intervenções a serem realizadas.

FALANDO SOBRE PERDAS: COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL PARA QUESTÕES SOBRE O LUTO PÓS-PARTO / PÓS-ABORTO

O luto é a manifestação do sofrimento pela perda e ruptura de um elo significativo entre pessoas e entre pessoas e objetos. É um processo dinâmico entre vida e morte, compondo naturalmente qualquer existência humana. O luto acontece não somente após a perda pela morte de alguém próximo, mas também após as diversas perdas simbólicas durante nossas vidas. (CAVALCANTI, 2013; PARKES, 2009)

O sofrimento relacionado ao luto não tem um prazo de validade específico e é um processo que demanda elaboração e enfrentamento pela pessoa enlutada. Considerando que a morte prematura de um bebê/feto é encarada como algo que inverte a ordem natural da vida, tal perda pode causar grande impacto e sofrimento aos pais. Além disso, esse luto muitas vezes não é legitimado e reconhecido, o que pode impactar diretamente na manifestação do sofrimento, reforçando o isolamento social e silenciamento desses enlutados (TORRES, 1999; DOKA, 1989).

Cabe ressaltar que, mesmo que o sofrimento pelo luto atravessasse todos os indivíduos relacionados a essa perda, as pessoas que sofrem esses abortamentos vivenciam todo o processo de vida e morte em seus corpos e, por isso, são, em geral, as mais afetadas. Como profissionais de saúde, é mandatório conhecer as especificidades de cada história gestacional e abortamento, considerando que nem todas as pessoas vivenciam perdas de gestações planejadas e desejadas. Na perda gestacional de uma gravidez desejada, além da perda real, há uma ruptura com o mundo presumido e a perda simbólica de todos os sonhos, expectativas e projetos possivelmente construídos durante a gestação. Se esse luto já é pouco reconhecido socialmente, os abortamentos de gestações não desejadas, espontâneos ou provocados, são ainda mais silenciados, considerando o intenso julgamento pessoal, familiar e social que recai sobre eles.

Outro elemento extremamente relevante para pensarmos nossa abordagem a essas pessoas e famílias é o recorte de raça, gênero, sexualidade e classe social. Muitos estudos sobre acolhimento de morte e luto se alicerçam em uma hegemonia branca cisheteronormativa, reforçando preconceitos contra grupos já historicamente vulnerabilizados e marginalizados.

É sabido que mulheres negras sofrem sistematicamente mais situações de violência gineco-obstétrica que mulheres brancas e, por isso, temos a responsabilidade de estarmos ainda mais atentos às nossas práticas de cuidado, com atitudes que lutem contra o racismo institucional. Mulheres cis não heterossexuais, homens trans e outras pessoas em suas diversas possibilidades de expressão de gênero e sexualidade também vivenciam perdas gestacionais e precisam ser acolhidas com respeito, dignidade e qualidade técnica.

Como todos os atendimentos embasados numa abordagem centrada na pessoa, cada acolhimento deverá reconhecer e respeitar as singularidades do sofrimento dessas famílias. Dessa forma, o acolhimento zeloso da pessoa e família enlutadas após uma perda gestacional, bem como a abordagem e investigação dos sentimentos, ideias, dúvidas, desejos e expectativas desses devem preceder a proposição imediata de métodos contraceptivos ou outras propostas de aconselhamento familiar.

EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM NA GARANTIA DE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Em qualquer ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a equipe de enfermagem tem como uma das suas atribuições realizar ações que levem à promoção, prevenção e recuperação da saúde em todas as fases do ciclo de vida, sendo regulamentada pela Lei 7.498/86 do exercício profissional de enfermagem.

A organização do processo de trabalho da Enfermagem é pautada pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), tendo como instrumento para raciocínio clínico o processo de enfermagem (PE), que se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação.

Observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, cabe ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os Resultados de Enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o Diagnóstico de Enfermagem acerca das res-

postas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das Ações ou Intervenções de Enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 690/2022 normatiza a atuação de profissionais de enfermagem no Planejamento Familiar e recomenda que procedimentos previstos nesta norma devem ser desenvolvidos no ato da consulta em cumprimento às etapas do Processo de Enfermagem, cabendo-lhes a prescrição e realização de procedimentos acerca dos métodos contraceptivos disponíveis no SUS com base em protocolos assistenciais da rede Municipal de Saúde.

É importante ressaltar que os procedimentos relacionados ao DIU não são privativos à enfermagem no contexto de uma equipe multidisciplinar, podendo profissionais de medicina também realizá-los. Sendo assim, quando há um trabalho conjunto e um cuidado compartilhado, a sobrecarga de atividades destinadas à equipe diminui, tornando o fluxo do serviço mais organizado e promovendo uma melhor acessibilidade à população. A abordagem do planejamento reprodutivo é uma prática que profissionais de enfermagem têm autonomia para realizar de modo coletivo ou individual, sendo essencial que o profissional ofereça informações claras sobre todos os métodos contraceptivos e deixe a pessoa livre para a escolha do método que preferir.

É fundamental que profissionais conheçam os materiais técnicos da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro que abordam as orientações para planejamento reprodutivo. Este material destina-se à formação de profissionais de enfermagem para inserção, revisão e remoção do DIU.

COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO E INTERCONSULTA

Compartilhar o cuidado presume compreender que a complexidade de determinadas situações de saúde demanda intervenções conjuntas para alcançar soluções possíveis. Para isto, é importante dividir e construir junto diagnósticos e terapêuticas, incluindo equipes de saúde, o olhar intersetorial e da pessoa usuária e sua família, em sua comunidade.

O profissional de enfermagem, em uma consulta para saúde sexual e reprodutiva, não está só. Como membro de uma equipe multiprofissional, se em algum momento, identificar necessidades ou problemas em uma pessoa que exijam compartilhamento do caso, seja pelo escopo de atuação ou maior segurança na conduta é prudente a solicitação de uma interconsulta, redirecionamento para outro profissional ou, se necessário, para outro ponto da rede.



MÓDULO II:

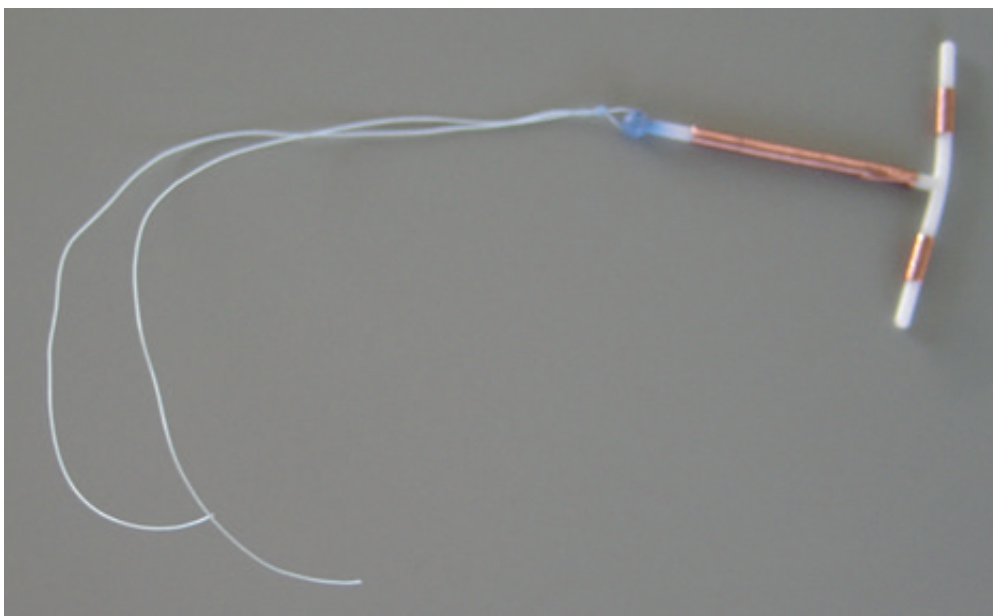
DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

CARACTERÍSTICAS GERAIS

O DIU é um método LARC (*Long Acting Reversible Contraception*), ou seja, um contraceptivo reversível de longa duração. Há diversos modelos de dispositivos intrauterinos, incluindo não hormonais e os hormonais, além de diferentes tamanhos e formatos.

O dispositivo mais utilizado é o **T de cobre (TCu) 380A**, formado por uma pequena estrutura flexível de polietileno em formato de T revestida por cobre na haste horizontal e nas duas hastes verticais, medindo cerca de 36mm de comprimento por 32 mm de largura. A porção inferior do DIU apresenta dois fios de nylon que cruzam o colo uterino, se exteriorizando na vagina. A sua atividade contraceptiva se dá pelo cobre, cuja ação gametotóxica através de alterações bioquímicas causa danos aos espermatozoides e aos óvulos antes que ocorra fecundação.

Dispositivo Intrauterino de Cobre




Fonte: Uptodate. Graphic 56519 Version 3.0

O TCu 380A é recomendado para úteros com histerometria entre 6 e 9 cm, com duração de 10 anos. Em casos de úteros menores, existem mini DIU que pode ser inserido quando há histerometria entre 5 e 7 cm, porém atualmente não estão disponíveis no Sistema Único de Saúde. Esses dispositivos costumam ter formato de âncora, com dimensões de cerca de 28 mm de comprimento por 17 mm de largura, e duração de 5 anos.

No Brasil, além do DIU de Cobre, está disponível o DIU com hormônios, também em formato de T, e que contém um progestágeno (o levonorgestrel) que é liberado no interior da cavidade uterina alterando as características do muco cervical, o que impede a penetração do espermatozoide no útero.

O foco deste material é o **Tcu 380A**, uma vez que é o modelo mais disponível no Sistema Único de Saúde até o momento da publicação deste manual, e por isso os demais tipos de dispositivo intrauterino não serão trabalhados em maiores detalhes.

O quadro abaixo compara as principais características dos DIU hormonais e não hormonais.

TIPOS DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	DIU DE COBRE	DIU HORMONAL
		
Mecanismo de ação	Inativação dos gametas	Espessamento do muco cervical impede a passagem dos espermatozoides
Taxa de falha	6 – 8 gestações / 1000	2 gestações/ 1000
Tempo máximo de uso	10 anos	05 anos
Início de proteção contraceptiva	imediatamente	Após 7 dias
Retorno da fertilidade após retirada	imediatamente	imediatamente
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> - Malformações uterinas que impeçam a inserção - Sangramento uterino anormal de origem desconhecida - Infecção cervical e/ou pélvica ativa - Distúrbios associados à dificuldade de coagulação 	<ul style="list-style-type: none"> - Malformações uterinas que impeçam a inserção - Sangramento uterino anormal de origem desconhecida - Infecção cervical e/ou pélvica ativa - Câncer de mama - Episódio recente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar - Cirrose e/ou tumor hepático
Efeitos colaterais mais frequentes	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da duração e do volume do fluxo menstrual - Aumento da intensidade da dismenorréia 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução ou cessação do fluxo menstrual* e/ou dismenorréia* - Sangramento de escape - Surgimento ou aumento de acne - Cefaléia, tonteados - Mastalgia - Náuseas - Cistos ovarianos
Uso como contracepção de emergência	Sim	Não
Custo	Menos dispendioso	Mais dispendioso

*Benefícios não contraceptivos como tratamento de sangramento uterino aumentado e endometriose

EFICÁCIA

O Tcu 380 tem eficácia contraceptiva superior a 99%, ocorrendo entre 6 a 8 gestações a cada 1000 pessoas durante o primeiro ano de uso, percentual que se reduz nos anos subsequentes, sendo em torno de 2% a probabilidade de gestação em 10 anos.

INDICAÇÕES

- Prevenção da gestação indesejada em mulheres cis, homens trans e demais pessoas capazes de engravidar, de qualquer idade, independente de já terem ou não gestado. Por ser um método contraceptivo reversível de longa duração, é especialmente indicado para populações vulneráveis e pessoas com comorbidades que possam ocasionar desfechos obstétricos e fetais desfavoráveis.
- Contracepção de emergência, tendo baixa taxa de falha (0,1–0,2%) se inserido até cinco dias após a relação sexual desprotegida ou após a ovulação.

CONTRAINDICAÇÕES

- Alergia ao cobre;
- Gestação;
- Prolapso uterino total;
- Câncer do colo do útero e câncer de endométrio;
- Imunodepressão grave pelo HIV (AIDS nos estágios clínicos 3 e 4);
- Trombocitopenia severa e outros distúrbios graves da coagulação;
- Período compreendido entre 48 horas e 1 mês pós-parto;
- Sangramento uterino anormal de origem desconhecida;
- Doença trofoblástica gestacional em tratamento;
- Distorções da cavidade uterina congênitas (malformações uterinas) ou adquiridas (miomas, pólipos, estenose do colo uterino) quando estas impedem a introdução ou a permanência do DIU no interior da cavidade uterina;
- Identificação ao exame físico de sinais sugestivos de cervicite, doença inflamatória pélvica aguda, endometrite crônica ou tuberculose pélvica. A inserção do DIU pode ser realizada imediatamente após o término do tratamento dessas afecções;
- Durante o pós-parto / pós aborto imediato é contraindicada a inserção do DIU na:
 - ▶ Presença de febre durante o trabalho de parto ou rotura de membranas amnióticas há mais de 24 horas;
 - ▶ Ocorrência de hipotonia / atonia uterina ou retenção placentária;
 - ▶ Vigência de abortamento infectado.

Observação: em situações na qual há contraindicação reversível para inserção do DIU no momento solicitado, deve-se oferecer início imediato de outro método contraceptivo eficaz (como anticoncepcionais hormonais), até que a situação de impedimento seja resolvida.

BENEFÍCIOS

Os benefícios amplamente conhecidos do DIU de cobre:

- Método contraceptivo reversível de longa duração de alta eficácia e baixo custo, sendo considerado por diversos órgãos de saúde pública como o método de maior custo-efetividade para adolescentes;
- Não contém hormônios – fato desejável em várias situações, como por exemplo para homens trans que realizam hormonização, pois, por esse dispositivo não conter hormônios, não interfere nesse processo;
- Apresenta uma das maiores taxas de continuidade de uso entre todos os métodos contraceptivos reversíveis;
- Mantém eficácia contraceptiva por até 12 anos;
- Dispensa custos adicionais com insumos após a inserção;
- Tem início de ação contraceptiva imediata após a inserção;
- Proporciona retorno imediato da fertilidade após a retirada;
- Não interfere na lactação;
- Não tem ação sistêmica;
- Não mascara o climatério, podendo ser usado até a menopausa.

DÚVIDAS COMUNS

Apesar de ser um método de alta efetividade e baixo custo, o DIU de cobre ainda é pouco utilizado no Brasil e em diversos outros países. Grande parte das barreiras existentes se associam ao desconhecimento ou compreensão equivocada sobre as contraindicações, efeitos colaterais e protocolos de inserção, tanto por parte da população geral quanto de profissionais de saúde. Seguem infra listadas, as principais orientações para o momento da consulta:

1. O DIU não é um método abortivo;
2. O DIU pode ser usado por pessoas com útero:
 - a. De qualquer faixa etária incluindo adolescentes;

- b. Independente de já terem ou não gestado;
- c. Que apresentam cólicas menstruais.

3. O DIU pode ser inserido:

- a. Em qualquer momento, desde que se tenha razoável certeza da não existência de gestação, ou seja:
 - Até o 12º dia do ciclo menstrual, não sendo necessário restringir apenas ao período de sangramento menstrual;
 - não há evidências que a inserção seja mais simples ou menos incômoda durante a menstruação.
- b. Após o 12º dia do ciclo desde que não haja risco de gravidez;
- c. Se a pessoa se encontra em uso consistente e correto de método contraceptivo eficaz;
- d. Durante o período de lactação;
- e. Até 12 dias após abortamento de 1º ou 2º trimestre;
- f. Como contracepção de emergência, até o 5º dia após a relação sexual desprotegida;
- g. A inserção de novo de DIU seja por expiração do tempo de uso, seja por expulsão parcial, pode ser realizada no mesmo momento da remoção do antigo, em qualquer dia do ciclo menstrual.

Observação: Só é recomendada realização de teste rápido de gravidez em caso de atraso menstrual ou se a última menstruação apresentou padrão diferente do habitual. A predição negativa deste teste depende do tempo de gestação, sendo a sensibilidade próxima a 100% apenas após 07 a 10 dias de atraso menstrual.

4. Para inserção / controle do DIU não é necessário realizar:

- a. Exames laboratoriais;
- b. Ultrassonografia transvaginal;
- c. Colpocitologia oncótica (é recomendado que a pessoa esteja com cobertura de rastreio de câncer de colo uterino de acordo com o preconizado pelo MS, ou seja, um exame anual por dois anos consecutivos e trienal após dois resultados anuais consecutivos negativos para neoplasia, e preferencialmente, deve ser oportunizada a coleta no início da consulta para inserção do DIU).

NÃO há indicação de ultrassonografia para avaliar o posicionamento do DIU após a inserção ou para acompanhamento durante o tempo de uso.

A ultrassonografia demonstra a posição do DIU apenas no momento em que foi realizada. As contrações uterinas que ocorrem sobretudo no período menstrual podem deslocar esse dispositivo, e a ultrassonografia não é capaz de prever esse acontecimento.

Para que o DIU seja considerado bem posicionado é suficiente que esteja inteiramente dentro da cavidade uterina, ou seja acima do orifício interno do colo, independente da distância medida entre o DIU e o fundo uterino. A forma mais adequada de acompanhar a posição do DIU é a auto checagem periódica do comprimento dos fios.

A ultrassonografia está indicada se na autochecagem é percebido aumento ou redução do comprimento do fio ou de partes do DIU, que pode ser indicativo de deslocamento do mesmo em direção ao canal endocervical ou migração para a cavidade abdominal, ou ainda se os fios não sentidos sugerindo quebra dos fios ou expulsão do DIU.

O uso racional e baseado em evidências deste procedimento é um preditor de boas práticas que preservam a segurança do paciente.

5. Não é recomendada antibioticoprofilaxia de rotina pré ou pós inserção;
6. Não é preciso retirar o DIU para o acompanhamento e tratamento de lesões precursoras do colo uterino;
 - a. A presença do DIU não modifica o intervalo nem a técnica de coleta da colpocitologia oncótica;
 - b. Tanto a colposcopia quanto biópsias de colo e cirurgias de alta frequência, ou conização com bisturi frio, podem ser realizadas mantendo-se o DIU.
7. Não existe limite mínimo ou máximo de idade para uso de DIU:
 - a. É um método de alta eficiência em população de adolescentes;
 - b. Deve ser retirado um ano após a última menstruação, estando caracterizada menopausa.

8. Pode ser inserido mesmo havendo história de parto por cesariana ou de outras cirurgias uterinas (miomectomia, conização etc);
9. Não aumenta o risco de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV;
 - a. Raramente ocasiona DIP, complicação relacionada à inserção realizada na presença de infecção por clamídia e/ou gonococo.
10. Não aumenta risco de infertilidade e perdas gestacionais após sua retirada;
11. Não se relaciona a malformações fetais;
12. Não causa câncer;
 - a. Alguns estudos demonstram que pode ser um fator de proteção contra câncer de colo e câncer de endométrio.
13. Não acarreta desconforto ou dor durante a relação sexual;
14. Não aumenta a chance de gestação ectópica;
 - a. Pessoas que usam DIU apresentam cinco vezes menos chance de gravidez ectópica do que a população geral.
15. Não se deve retirar o DIU caso se identifique presença de IST;
 - a. A única exceção é em casos de DIP que não respondem adequadamente ao tratamento apropriado em até 72 horas do início da antibioticoterapia.
16. Não há contraindicação para realização de Ressonância Nuclear Magnética, inclusive da pelve, em pessoas usando DIU;
17. O DIU é contraindicado em casos de AIDS em estágio III e IV, câncer de colo uterino, endométrio e ovário, assim como na presença de doenças que dificultam de forma significativa a coagulação; demais condições de saúde como câncer em outros sítios, diabetes, hipertensão, doenças cardíacas (incluindo valvulopatias), pulmonares, hepáticas, renais, neurológicas, gastrointestinais, dentre outras, não contraindicam o uso de DIU.



MÓDULO III:

PROCESSO DE ENFERMAGEM

É através do Processo de Enfermagem que o raciocínio clínico é organizado, aprimorando a tomada de decisão para melhores diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Segundo a resolução COFEN 358/2009, o Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, como descrito na organização da sugestão da consulta abaixo:

PROCESSO DE ENFERMAGEM: INVESTIGAÇÃO

Elementos importantes para anamnese

- Confirme o critério de elegibilidade nos casos de até 48 horas pós-parto / aborto ou com mais de quatro semanas do parto;
- Desenvolva seu próprio estilo de diálogo sobre sexo e práticas sexuais;
- Evite julgamentos prévios;
- Não assuma conceitos prontos;
- A menos que você pergunte, não há como conhecer a orientação sexual, os comportamentos, práticas ou a identidade de gênero de uma pessoa;
- Use termos neutros e inclusivos (por exemplo, "parceria" ao invés de "namorado", "namorada", "marido", "esposa") e faça as perguntas de forma acolhedora, sem juízo de valor;
- Escute e valorize os questionamentos e temores da pessoa, discutindo e esclarecendo todas as dúvidas existentes, possibilitando escolha ou recusa consciente desse método contraceptivo;
- Avalie a possibilidade de gestação:
 - ▶ Se houver atraso menstrual ou menstruação de padrão não habitual nos últimos meses, deve-se realizar teste rápido de gravidez (se negativo, o DIU pode ser inserido);
 - ▶ Se a última menstruação ocorreu há mais de 12 dias, tendo ocorrido penetração vaginal por pênis nesse intervalo, sem uso de método contraceptivo eficaz de forma correta, há risco de gestação, sendo recomendado aguardar a próxima menstruação para a inserção do DIU (nesses casos, o DIU pode ser inserido em até 12 dias após a próxima menstruação, e enquanto isso, oriente uso de preservativo, outros métodos ou abstenção sexual de forma a evitar uma gestação indesejada);
 - ▶ Oriente retorno para realização de teste rápido de gestação caso ocorra atraso menstrual;
 - ▶ Considera-se que **não** há risco de gestação na existência de qualquer uma dessas situações:

- última menstruação há menos de 12 dias **OU**
 - uso correto de método contraceptivo eficaz **OU**
 - sem prática sexual passível de gerar gestação desde a última menstruação **OU**
 - aleitamento materno exclusivo na ausência de menstruação **OU**
 - parto há menos de 4 semanas **OU**
 - abortamento nos últimos 12 dias.
- Realize perguntas sobre a história sexual e reprodutiva: "Como são seus ciclos menstruais?", "Faz uso de outro método contraceptivo? Qual?", "As relações sexuais são feitas com preservativo?";
 - Investigue a história de doenças pregressas, sobretudo as ginecológicas, e de alergias;
 - Pergunte sobre a vacinação e oportunize a atualização do cartão vacinal;
 - Investigue sinais e sintomas de IST, sobretudo DIP, sangramento uterino anormal, corrimento vaginal, dor pélvica e dor (dispareunia) e/ou sangramento (sinusiorragia) desencadeados pela relação sexual (se diagnosticada alguma IST, o DIU somente poderá ser inserido após o término do tratamento);
 - Pergunte a data da última colpocitologia oncótica (em situações em que exista indicação de coleta, de acordo com o protocolo de rastreio definido pelo Ministério da Saúde, o exame pode ser realizado no mesmo momento do procedimento, logo após a visualização do colo do útero no exame especular e antes da limpeza do mesmo para inserção do DIU).

EXAME FÍSICO

- Faça um exame pélvico completo para determinar a ausência de condições que contraindicam a inserção do DIU, além da posição do útero;
- Examine a genitália externa e região anal, e a seguir separe os lábios da vulva para visualizar o introito vaginal integralmente, investigando presença de lesões;
- Realize o exame especular vaginal, fazendo a inspeção das paredes vaginais e do colo de útero para investigar a friabilidade (sangramento fácil) ou corrimento mucopurulento cervical.

AFASTAR

A presença de qualquer uma dessas condições contraindica a inserção do DIU:

- Alergia ao cobre;
- Gestação;
- Prolapso uterino total;
- Câncer do colo do útero e câncer de endométrio;
- Imunodepressão grave pelo HIV (AIDS nos estágios clínicos 3 e 4);
- Trombocitopenia severa e outros distúrbios graves da coagulação;
- Período compreendido entre 48 horas e 1 mês pós-parto;
- Sangramento uterino anormal de origem desconhecida;
- Doença trofoblástica gestacional em tratamento;
- Distorções da cavidade uterina congênitas (malformações uterinas) ou adquiridas (miomas, pólipos, estenose do colo uterino) quando estas impedem a introdução ou a permanência do DIU no interior da cavidade uterina;
- Identificação ao exame físico de sinais sugestivos de cervicite, doença inflamatória pélvica aguda, endometrite crônica ou tuberculose pélvica. A inserção do DIU pode ser realizada imediatamente após o término do tratamento dessas afecções;
- Durante o pós-parto / pós aborto imediato é contraindicada a inserção do DIU na:
 - ▶ Presença de febre durante o trabalho de parto ou rotura de membranas amnióticas há mais de 24 horas;
 - ▶ Ocorrência de hipotonia / atonia uterina ou retenção placentária;
 - ▶ Vigência de abortamento infectado.

OFEREÇA OUTROS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS!

PROCESSO DE ENFERMAGEM: DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem (CIPE®), de acordo com os possíveis problemas e/ou necessidades encontrados para o Episódio de Cuidado, e a Relação com a CIAP-2 e a CID-10

POSSÍVEIS PROBLEMAS OU NECESSIDADES ENCONTRADAS	DE/RE (CIPE®)	RELAÇÃO COM CIAP-2	ELAÇÃO COM CID-10
Autonomia para decisão sobre o método contraceptivo e planejamento reprodutivo	Conhecimento sobre Contracepção	Y14 – Planejamento familiar / outros	Z30.0 – Aconselhamento geral sobre contracepção
Participação da parceria sexual no planejamento reprodutivo / familiar	Capacidade da Família para Participar no Planejamento do Cuidado		
Decisão para Inserção de DIU	Conhecimento sobre Contracepção por uso de DIU	W12 – Contracepção Intrauterina / Dispositivo Intrauterino / DIU	Z30.1 – Inserção de dispositivo anticoncepcional (intra-uterino) Z97.5 – Presença de dispositivo anticoncepcional intra-uterino (DIU)
Revisão / Supervisão de Dispositivo Intrauterino			Z30.5 – Supervisão de dispositivo anticoncepcional (intra-uterino)
Retirada do Dispositivo Intrauterino			
Cólica Menstrual	Dismenorreia	X02 – Dores menstruais	N94.6 – Dismenorréia não especificada
Aumento do fluxo menstrual	Fluxo Menstrual Alterado	X06 – Menstruação excessiva	N92 – Menstruação excessiva, freqüente e irregular
Fluxo menstrual irregular	Fluxo Menstrual Alterado	X07 – Menstruação irregular / frequente	
Sangramento vaginal fora do período menstrual	Sangramento Vaginal	X08 – Hemorragia intermenstrual	
Tensão pré-menstrual	Tensão Pré-menstrual	X89 – Síndrome tensão pré-menstrual	N94.3 – Síndrome de tensão pré-menstrual
Limitação das atividades diárias	Risco de Intolerância à Atividade	A28 – Limitação funcional / incapacidade NE	Z73.6 – Limites impostos às atividades por invalidez
Abortamento	Abortamento	W82 – Aborto espontâneo W83 – Aborto provocado	O03 – Aborto espontâneo O06 – Aborto não especificado
Doença inflamatória pélvica	Risco de Complicação com Uso de Contraceptivo	X74 – Doença inflamatória pélvica	N71.0 – Doença inflamatória aguda do útero
Risco de complicação por perfuração		X82 – Lesão traumática genital feminina	T83.3 – Complicação mecânica de dispositivo intra-uterino (anticoncepcional)
Falha do efeito contraceptivo resultando em gestação		W99 – Outros problemas da gravidez/parto	O26.3 – Retenção de dispositivo intra-uterino contraceptivo (DIU) na gravidez

PROCESSO DE ENFERMAGEM: IMPLEMENTAÇÃO

Intervenções de Enfermagem

- Orientar como funcionam os métodos contraceptivos, a partir da compreensão do ciclo menstrual, da ovulação e da relação anatômica e funcional entre os órgãos;
- Fornecer informações sobre o DIU:
 - ▶ Taxa de falha e possíveis complicações do procedimento;
 - ▶ Efeitos colaterais possíveis: aumento do volume e da duração do fluxo menstrual, irregularidades do ciclo menstrual, aumento na intensidade das cólicas menstruais;
 - ▶ Sinais de alarme indicativos de possíveis complicações como dor, sangramento, febre, corrimento de coloração e/ou odor alterados, atraso menstrual;
 - ▶ Explicar a importância e as maneiras de realizar a autochecagem do fio do DIU periodicamente;
 - ▶ Expor as etapas do procedimento de inserção do DIU;
 - ▶ Explicar as causas da dor durante e pós procedimento.
- Facilitar a participação no planejamento do cuidado (atitudes profissionais que potencializam o encontro clínico e autonomia da pessoa, e se for possível, sugerir que a pessoa escolha uma música para se sentir bem durante o procedimento e oferecer a ela a oportunidade de inserir o próprio espéculeto);
- Inserir o DIU (ver Módulo IV);
- Identificar atitude em relação à dor: acolher e monitorar as reações durante e após inserção do DIU (resposta vagal, dor, medo, ansiedade), e explicar ser habitual apresentar cólicas por 24 a 48 horas após a colocação do DIU;
- Encorajar a pessoa a monitorar a própria dor e a interferir adequadamente, com medidas farmacológicas ou não;
- Orientar sobre o uso de preservativo para prevenção de IST;
- Realizar Práticas Integrativas e Complementares (profissionais treinados);
- Realizar a coleta de citologia oncológica, se necessário;
- Oferecer teste diagnóstico (teste rápido) para IST e para gravidez, em caso de atraso menstrual;
- Oferecer a possibilidade de vacinação, de acordo com calendário vacinal;

- Orientar que para as pessoas que usam coletores menstruais não há risco de tracionar o DIU com uso de copo coletor menstrual, a não ser que o fio seja inadvertidamente puxado junto com o mesmo;
- Registrar no Prontuário o valor da histerometria, o comprimento do fio do DIU, o número do lote, a ocorrência de complicações e prescrições realizadas;
- Registrar a inserção e presença do DIU no prontuário eletrônico, abrindo os códigos CIAP-2 e CID-10.
 - ▶ CIAP-2: W12 – Contracepção Intrauterina / Dispositivo Intrauterino / DIU, e CID-10
 - ▶ CID-10: Z30.1 – Inserção de dispositivo anticoncepcional (intra-uterino); e Z97.5 – Presença de dispositivo anticoncepcional intra-uterino (DIU)
- Registrar adequadamente o procedimento SIGTAP em prontuário, código **03.01.04.014-1 – INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)**. Esse registro é fundamental para identificação, segurança e planejamento da oferta deste procedimento.

Possíveis Prescrições

Aplicar calor local com média intensidade, em baixo ventre, enquanto tiver dor, orientando sobre os cuidados com a aplicação de calor local e risco de queimadura;

Deitar-se de forma alinhada (ajuda a relaxar músculos pélvicos);

Orientar sobre o uso de fitoterápicos para alívio da cólica:

- ▶ Chá de infusão de Mil folhas: 01 colher de chá de folhas e flores frescas + *Melissa officinalis* L. (erva-cidreira) 02 colheres de chá de folhas secas (infusão em 150ml (xícara) de água; tomar 03 a 04 vezes ao dia, entre refeições, por até 04 semanas.

Atenção: Uso prolongado pode causar zumbido e tontura, e pode provocar reações alérgicas. O uso acima das doses recomendadas pode causar cefaléia.

Este chá é contraindicado para gestantes, lactantes, pessoas com dispepsia e úlcera gastroduodenal e obstrução biliar. (UFSC, 2019).

- Orientar que não há restrição para relações sexuais;
- Prescrever a atualização do calendário de vacinação;
- Reforçar os sinais de alarme;
- Entregar cartão contendo a data da inserção, data limite prevista da remoção do dispositivo e o número do lote, assinado e carimbado pelo(a) profissional que realizou o procedimento;
- Opções de fármacos para analgesia e, no caso do ibuprofeno, também para redução do sangramento:

FÁRMACO	PRESCRIÇÃO	OBSERVAÇÃO	CUIDADOS
Dipirona 500mg/cp ou so- lução 500mg/ml	1.000 mg VO até 6/6h	Dose máxima 4g/dia	Investigar história de alergia a medicamen- tos.
Paracetamol 500mg/cp	1.000 mg VO até de 6 em 6 h	Dose máxima 4g/dia	Investigar história de alergia a medicamentos. Risco de hepatotoxicidade. Evitar uso em caso de etilismo crônico ou doença hepática grave.
Ibuprofeno 300mg/cp ou solução 50mg/ml	600mg VO até 8/8h por até 05 a 07 dias	Dose máxima 2.400 mg/dia Evitar uso por mais de uma semana	Investigar história de alergia a medicamentos. Risco de úlcera péptica, sangramento gas- trointestinal e disfunção renal. Evitar uso em caso de história de gastrite, úlcera ou sangra- mento gastrointestinal, doença renal ou alto risco cardiovascular. Desaconselhar uso prolongado.

PROCESSO DE ENFERMAGEM: AVALIAÇÃO

- Certifique-se que as orientações foram compreendidas;
- Oriente quanto aos sinais de alarme que indicam retorno ao serviço: febre, dor que não cede com uso de medicação analgésica, sangramento volumoso, corrimento, ardência urinária, dor na relação sexual ou atraso menstrual;
- Combine uma consulta de retorno em 03 a 06 semanas para avaliar a adaptação ao método, possíveis efeitos colaterais e o comprimento do fio do DIU.

CONSULTA DE RETORNO

É recomendado combinar um retorno em 03 a 06 semanas, ou ao término da próxima menstruação após a inserção do DIU. O objetivo é avaliar a adesão ao método e manejar possíveis efeitos colaterais, além de esclarecer dúvidas que tenham surgido.

Essa reavaliação é altamente recomendável, mas não é obrigatória, portanto não se justifica negar a oferta do método pela impossibilidade da consulta de retorno.

O que fazer na consulta de retorno

1. Perguntar como tem sido a experiência com o uso do DIU e se há alguma dúvida sobre o método;
2. Indagar sobre efeitos adversos comuns, como dor e sangramento, e ofertar métodos farmacológicos ou não para manejo das queixas;
3. Realizar exame físico com exame especular, atentando para sinais de IST e para o comprimento do fio do DIU;
4. Estimular a autochecagem do fio do DIU, principalmente ao final da menstruação;
5. Oferecer retorno sempre que preciso e reforçar sinais de alarme e queixas que indicam necessidade de avaliação na unidade de saúde, como expulsão do DIU, ausência dos fios do DIU ou alteração do comprimento deles na autochecagem, suspeita de gravidez, sinais de IST ou desejo de remoção do dispositivo;

6. Registrar adequadamente o procedimento em prontuário: **CIAP-2 – W12 Contracepção Intrauterina / Dispositivo Intrauterino / DIU (Supervisão de Dispositivo Intrauterino), ou CID-10 – Z30.5 – Supervisão de dispositivo anticoncepcional (intra-uterino)**

REGISTRO DA EVOLUÇÃO: INTER-RELAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM COM O SOAP

O registro da história clínica e da vida de cada pessoa e/ou família em prontuários de papel ou eletrônicos constitui memória considerável para os profissionais de saúde, segurança para o(a) paciente, além de ser instrumento de apoio à decisão clínica e à qualidade do cuidado prestado, garantindo a longitudinalidade da atenção à saúde. Não deixe de fazê-lo.

A estrutura das notas de evolução utilizada na APS advém de uma das etapas do Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP) e é formada por quatro partes, conhecidas resumidamente como "SOAP" – que corresponde a um acrônimo (originalmente em inglês) para "Subjetivo", "Objetivo", "Avaliação" e "Plano".

A Classificação Internacional para Prática da Enfermagem – CIPE® é uma taxonomia, durante a execução do Processo de Enfermagem, que facilita o raciocínio clínico e a documentação padronizada do cuidado prestado a pessoa, família e comunidade pelo enfermeiro, seja em prontuários eletrônicos ou sistemas manuais de registro. Ela estabelece uma linguagem comum para descrever a prática de Enfermagem, de forma a melhorar a comunicação entre enfermeiras (os) e a equipe multidisciplinar, descrevendo diagnósticos (na etapa de Diagnóstico de Enfermagem), resultados a serem alcançados (na etapa de planejamento) e as intervenções específicas para cada problema ou necessidade encontrada (na etapa de implementação).

No registro da consulta, é possível inter-relacionar a estrutura de evolução na APS, baseada no SOAP, com as etapas do Processo de Enfermagem, com uso da taxonomia CIPE®. Como descrito no quadro abaixo:

ETAPA	SOAP	PROCESSO DE ENFERMAGEM
S – Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/ problema/ necessidade	Coleta de dados/Histórico de enfermagem (anamnese)
O – Objetivo	Dados do exame físico, exames complementares laboratoriais	Coleta de dados/Histórico de enfermagem (exame Físico)
A – Avaliação	Avaliação dos problemas – utilização CIAP II	Diagnóstico de enfermagem
P – Plano	Plano de cuidados/conduitas	Planejamento (prescrição das intervenções) Implementação (realização das intervenções)
Avaliação da assistência de enfermagem (após o primeiro atendimento)		

Fonte: Adaptado de Florianópolis, Protocolo de Enfermagem 1, 2015; Resolução COFEN nº 358, 2009, São Paulo, 2022

ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Coleta de Dados (Anamnese + Exame Físico)

Na anamnese, a identificação das diferentes vulnerabilidades e contexto social são importantes elementos na abordagem da pessoa e família. Para uma comunicação clínica efetiva explore ideias, percepções e expectativas da pessoa, assim como o psicológico, o social e ocupacional. Escute ativamente, encorajando a pessoa a falar.

O exame físico é um momento singular para a pessoa, ele requer toque, contato. Peça autorização para tocar no corpo da pessoa. Comunique-a sobre os procedimentos que você irá realizar.

Diagnóstico de Enfermagem

Após o processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados, a/o profissional de enfermagem realiza o Diagnóstico de Enfermagem. Realizar diagnósticos de enfermagem exige ter capacidade de análise, de julgamento, de síntese e de percepção ao interpretar dados clínicos. Os diagnósticos de enfermagem podem estar baseados nos problemas reais (presentes) ou potenciais (riscos futuros), que podem ser sintomas, disfunções fisiológicas, comportamentais, psicossociais ou espirituais e podem ser diagnósticos positivos. Neste protocolo faremos a inter-relação da CIPE com a CIAP-2.

Planejamento dos Resultados

É a etapa onde acontece a determinação dos resultados que se espera alcançar. É onde há o estabelecimento de prioridades para os diagnósticos encontrados e pactuação dos resultados com a pessoa, família ou comunidade sob cuidados

Implementação

É o momento em que se realiza as Intervenções, que são algumas atitudes que o/a profissional de enfermagem poderá realizar para construir a prescrição de enfermagem individualizada e outras condutas para a pessoa, no encontro clínico, família ou comunidade.

A prescrição de enfermagem na APS pode ser composta por medidas não farmacológicas e farmacológicas. Após eleger e pactuar quais condutas serão necessárias para a pessoa ou família sob cuidados, imprima a prescrição, seja com recomendação de cuidados ou com medicação, e oriente sobre as condutas, fortalecendo a cultura de Segurança do Paciente.

Avaliação

A avaliação é um processo dinâmico, sistemático e contínuo, mesmo sendo considerada a última etapa do processo de enfermagem, a avaliação não o conclui, pois deve levar à reavaliação de um episódio de cuidado, que resulta em reinício do processo, a cada exame físico, pactuações de novos resultados, novos diagnósticos e conferência se as prescrições de enfermagem fizeram sentido para a pessoa ou família e resolveram o problema ou necessidade de cuidado encontrada.



MÓDULO IV:

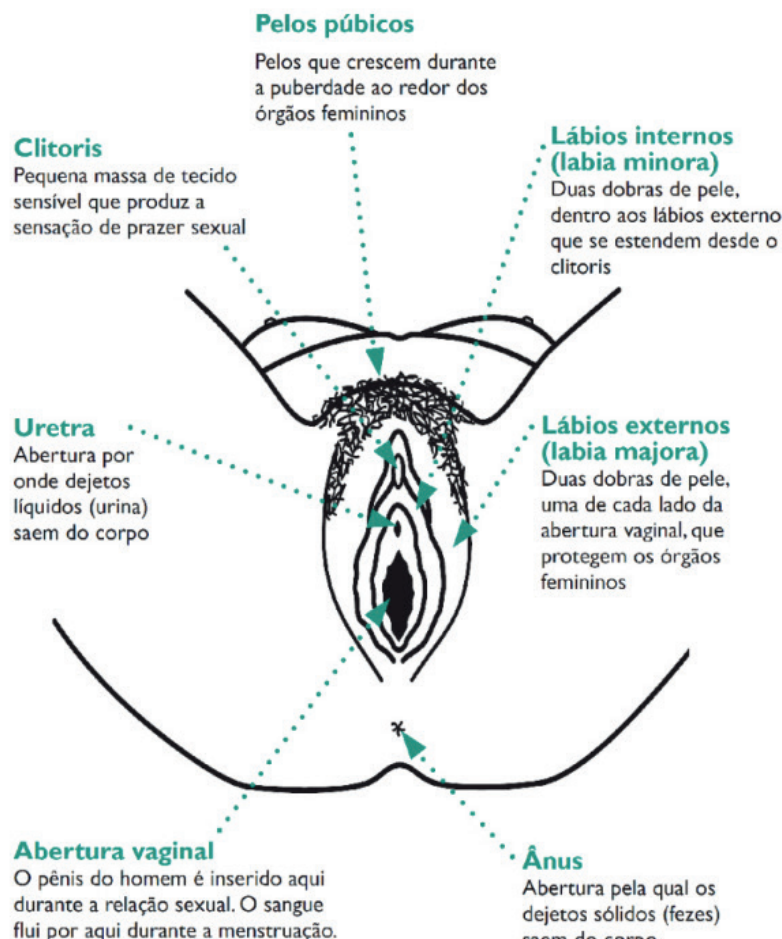
TÉCNICA DA INSERÇÃO E REMOÇÃO DO DIU

REVISÃO DOS CONCEITOS ANATÔMICOS

Genitália feminina externa ou vulva

Os **lábios maiores ou externos** são duas pregas de tecido localizadas lateralmente à abertura vaginal, e que após a puberdade apresentam pelos. Mais interiormente, encontram-se os **lábios menores ou internos**, que podem ter tamanho e coloração variados, se estendendo desde o clitóris até o períneo. O **períneo** é a região localizada mais posteriormente à vulva, entre o **ânus** e o **intróito vaginal**, isto é, a abertura da **vagina**.

O **clitóris** é o órgão que representa a principal fonte de prazer sexual, cuja estrutura externa pode ser observada na parte anterior da vulva, mais próxima ao **monte pubiano**, enquanto a porção interna não é visível, composta por corpos cavernosos que rodeiam e estendem-se ao longo da vagina. A abertura da **uretra**, por onde se elimina a urina, encontra-se entre o clitóris e a vagina.



Fonte: OMS (2007). Planejamento familiar. Um manual global para profissionais e serviços de saúde.

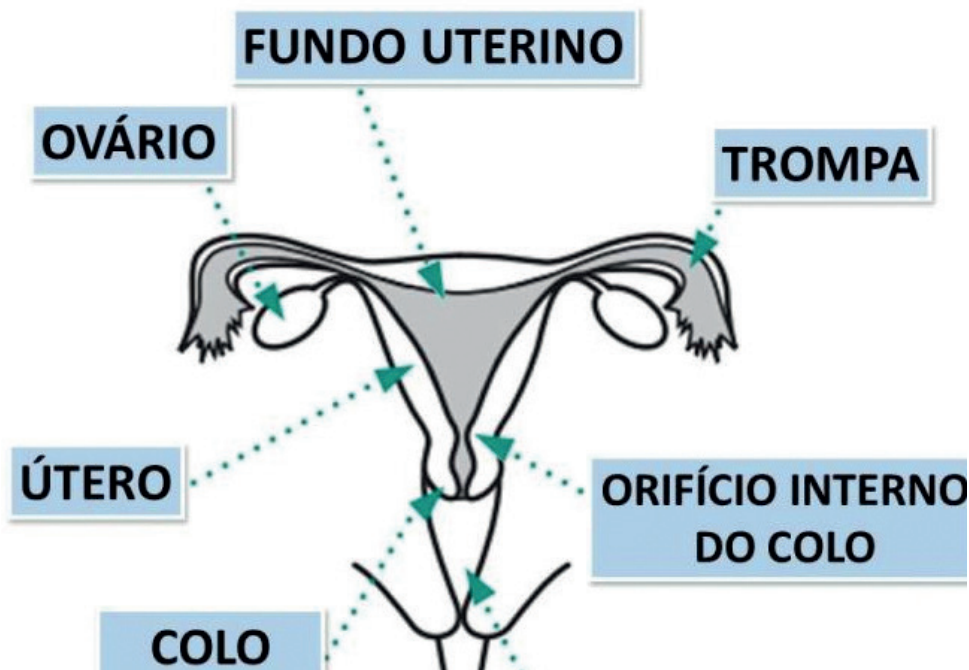
Genitália feminina interna

Os órgãos genitais internos estão localizados no interior da pelve, consistindo em vagina, útero, tubas e ovários. A **vagina** é o canal musculomembranoso que liga a vulva ao **colo uterino**, este também chamado de **cérvix** ou **cérvix uterino**. O colo é a parte mais inferior do útero, consistindo em estrutura cilíndrica de 02 a 04cm de comprimento, atravessado pelo **canal cervical**.

Ao exame especular, ele possui aspecto de anel, sendo a porção mais anterior da circunferência (isto é, a voltada para a parede abdominal) o **lábio anterior** do colo, e a porção mais posterior (voltada para o sacro) é o **lábio posterior**.

No centro do cérvix pode ser visualizado um óstio, que é o **orifício externo** do canal cervical, enquanto o estreitamento final do canal cervical, que dá para a cavidade uterina, é chamado **orifício interno**.

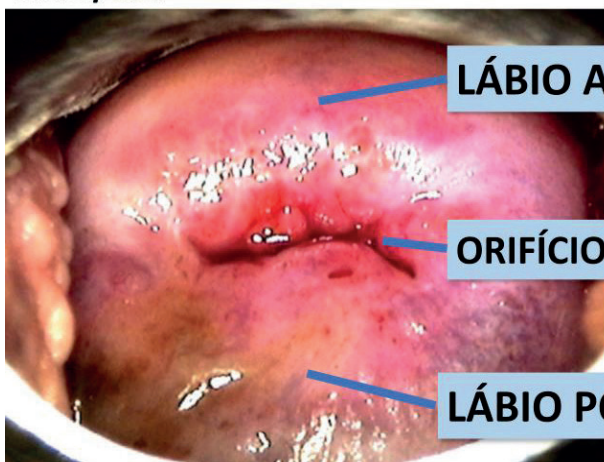
O corpo uterino termina em uma borda superior, o **fundo** do útero, que está localizado entre as tubas, também conhecidas como **trompas de Falópio**. Os **ovários** e **tubas** costumam ser chamados de **anexos uterinos**.



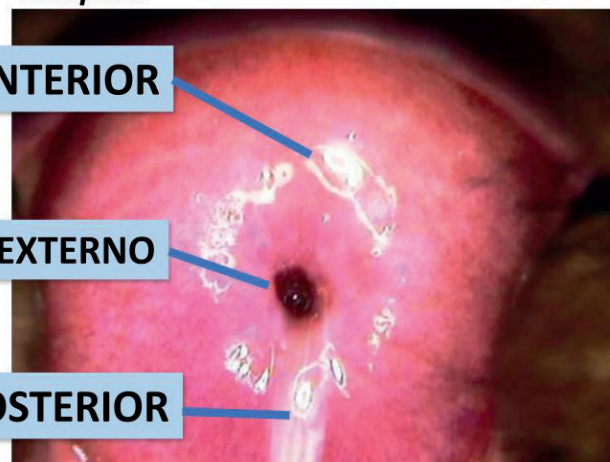
Fonte: Adaptado de OMS (2007). Planejamento familiar. Um manual global para profissionais e serviços de saúde.

Anatomia do colo uterino: vista ao exame especular

Múltipara



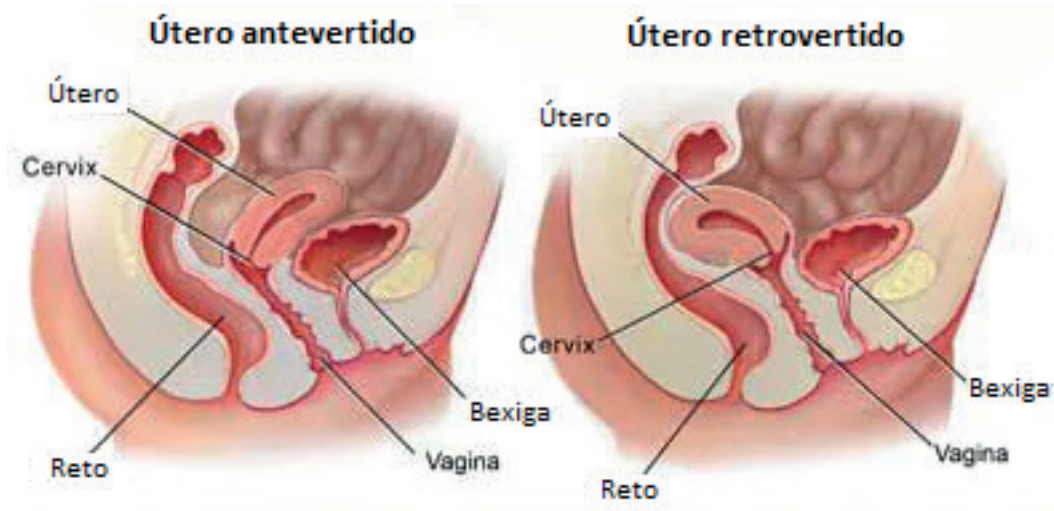
Nulípara



Fonte: Adaptado de IARC (2022). Atlas of Colposcopy: Principles and Practice

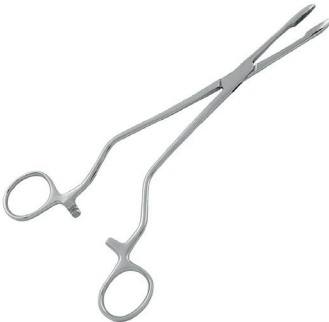


Algumas atipias estão descritas no ANEXO III.

A posição na qual o útero se encontra na pelve e se relaciona com as estruturas vizinhas pode ser descrita como em **anteversão** ou em **retroversão**. A posição mais comumente encontrada na população é a da anteversão, quando o fundo do útero se projeta na direção anterior, sobre a **bexiga**. Entretanto, em algumas pessoas o fundo uterino projeta-se posteriormente, voltado para o **reto**, em retroversão.



Fonte: Adaptado de Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER).

MATERIAL NECESSÁRIO

Antisséptico (clorexidina não alcoólica)	Bandeja com histerômetro	Cuba
DIU Tcu 380A	Espéculo (em geral tamanho M ou G)	Foco de luz
Luva de procedimento	Luva estéril	Pacotes de gaze estéril
Pinça Cheron	Tenáculo ou Pinça Pozzi	Tesoura de Mayo (preferencialmente curva)
		

No local de assistência ao parto ou abortamento (Maternidades) somam-se:

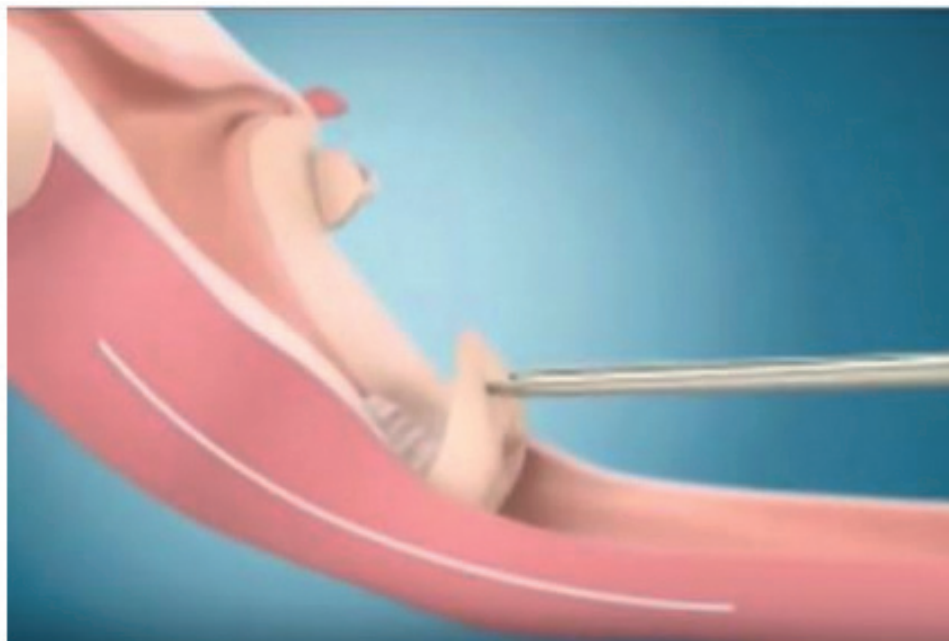
Pinça Foerster	Pinça De Lee (preferencialmente 20 ou 24cm)	Válvula de Doyen
		

TÉCNICA DA INSERÇÃO DO DIU

Durante a colocação deve-se informar à pessoa as etapas que estão sendo realizadas, avisar antes de realizar procedimentos que podem causar dor e perguntar a todo momento se há dor ou outros sintomas. Lembre-se sobre o preparo do ambiente e de proporcionar autonomia frente a realização do procedimento. É desejável, se possível, a presença de um/a auxiliar.

1. Colocar a pessoa em posição ginecológica em maca equipada com perneiras ou os pés apoiados na maca;
2. Ligar o foco de luz;
3. Imediatamente antes da inserção realizar toque vaginal bimanual buscando identificar dor à palpação de hipogástrio, à mobilização de colo, útero e/ou anexos, assim como posição e tamanho do útero – usar luva de procedimento não estéril;
4. Introduzir espéculo vaginal ou oferecer que a pessoa o coloque, com posterior ajuste do(a) profissional, expondo totalmente o colo uterino com identificação do orifício externo;
5. Inspeccionar vagina e colo uterino em busca de lesões sugestivas de neoplasia cervical ou vaginal (úlceras, vegetações); avaliar as características do conteúdo vaginal (coloração, odor) e do colo uterino (sangramento fácil, congestão, presença de secreção turva);
6. Colocar luvas estéreis e realizar a assepsia do colo uterino e paredes vaginais com clorexidina, realizando movimentos circulares a partir do orifício externo em direção a borda vaginal do colo (utilizar a pinça Cheron);

7. Realizar pinçamento delicado do lábio anterior utilizando pinça de Pozzi e tracionar suavemente para corrigir ante ou retroflexão uterina;



Fonte: Imagem cedida, POP Padrão Enfermagem, SMS – Florianópolis.

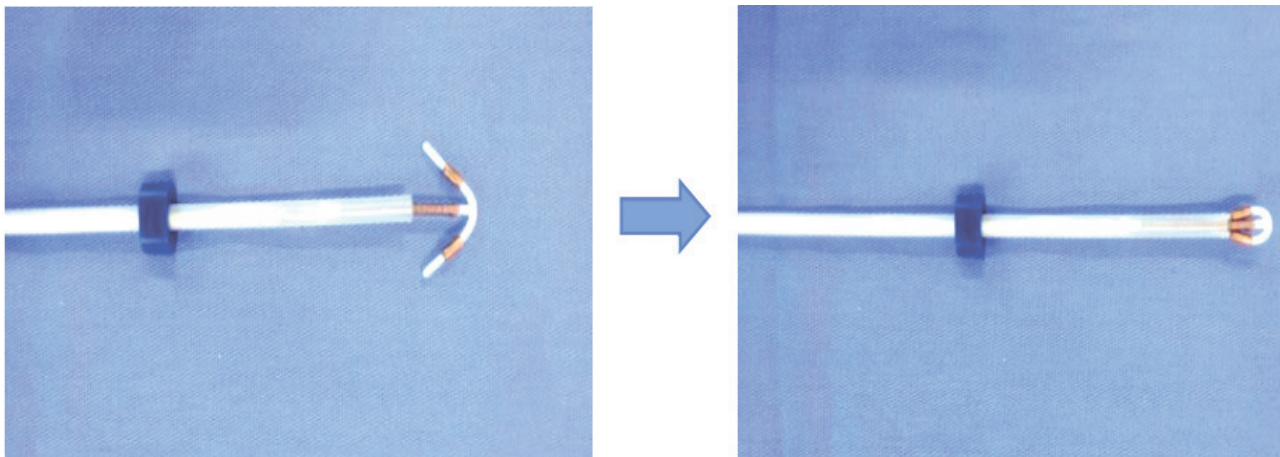
8. Proceder tração anterior e inferior do colo introduzindo-se lenta e suavemente o histerômetro até que não haja mais progressão do instrumento, indicando que se alcançou o fundo uterino. O DIU Tcu 380A é indicado para uso em cavidades uterinas com histerometria entre **6,0 e 9,0cm**. Em casos de histerometria inferior é indicada a inserção do mini DIU (Mini Cu 375), não disponível atualmente pelo SUS. A histerometria acima de 9,0 cm não é usual em pessoas fora do período puerperal, devendo se atentar para possibilidade de perfuração nesses casos. Ao se deparar com uma situação como esta, não insira o Tcu 380A e compartilhe o cuidado;



Fonte: Imagem cedida, POP Padrão Enfermagem, SMS – Florianópolis.

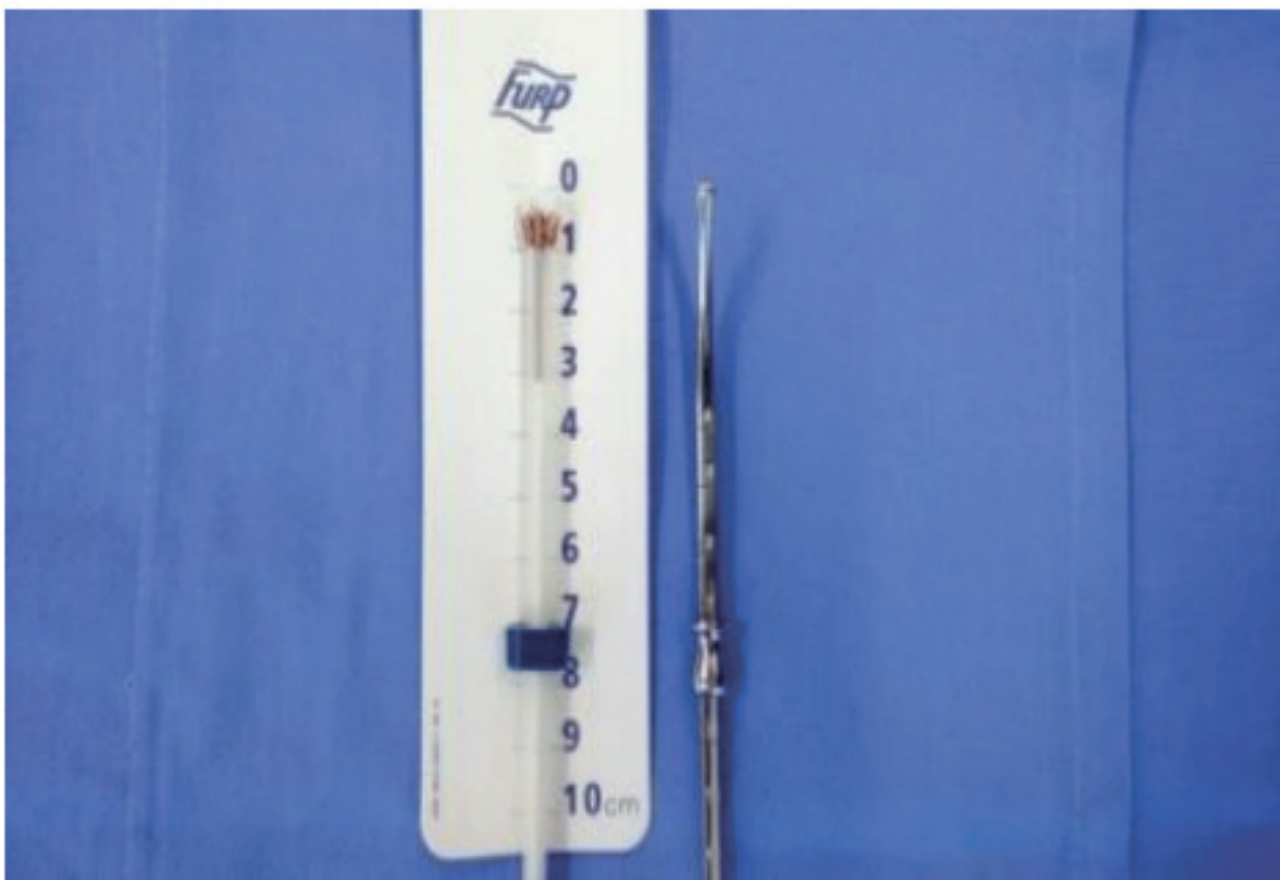
9. Solicitar que o(a) auxiliar abra a embalagem do DIU, ou abri-lo seguindo as orientações de bula;

10. Conferir se as luvas se mantêm estéreis e proceder com introdução das hastes horizontais no insertor;



Fonte: Imagem cedida, POP Padrão Enfermagem, SMS – Florianópolis.

11. Posicionar o medidor de profundidade do insertor (marcador azul) na dimensão definida pela histerometria e com seu maior eixo paralelo às hastes horizontais;



Fonte: Imagem cedida, POP Padrão Enfermagem, SMS – Florianópolis.

12. Seguir as instruções de bula sobre a colocação do DIU, que pode variar entre diferentes fabricantes. No caso do Tcu 380A, seguem-se os seguintes passos:

- a. Inserir o DIU na cavidade uterina de forma delicada e lenta até que o medidor de profundidade (marcador azul) alcance o colo uterino;
- b. Retirar parcialmente o tubo de inserção mantendo o êmbolo interno fixo, liberando as hastes horizontais do DIU;
- c. Após alguns segundos retirar o êmbolo e, por fim, o insertor.

13. É de fundamental importância para reduzir a probabilidade de infecção que o histerômetro e o insertor NÃO TOQUEM qualquer superfície não estéril;

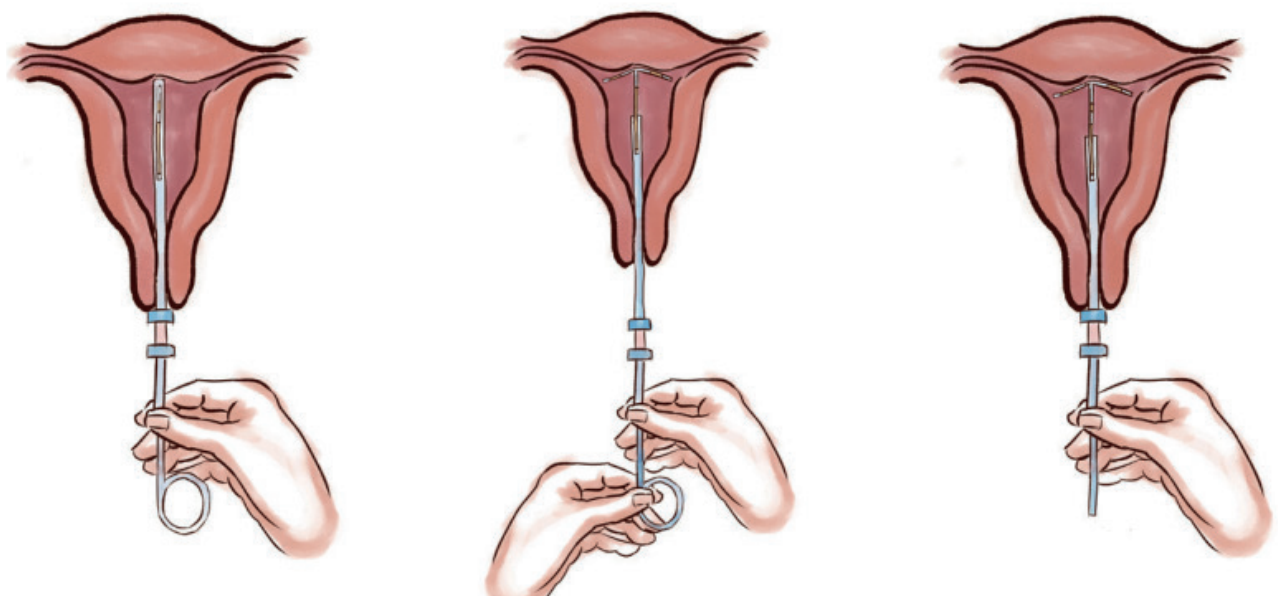
14. Cortar os fios do DIU, que devem ficar exteriorizados na vagina com comprimento de cerca de 3 cm, medido a partir do orifício externo do colo uterino (dessa forma, a extremidade externa dos fios se acomoda posteriormente ao colo e dificilmente são percebidos pela parceria sexual; fios curtos podem incomodar a penetração e até mesmo causar lesões penianas; prefira fazer um corte perpendicular invés de um corte transverso; isso minimizará eventuais desconfortos ao parceiro);

15. Depreender a pinça de Pozzi da parte anterior do colo, limpar sangue e secreções presentes no colo e vagina e retirar o espécuro vaginal;

16. Após o término do procedimento, recomenda-se que a pessoa permaneça deitada por cerca de 15 minutos e após esse tempo sente-se e depois levante-se vagarosamente, sempre sob supervisão.

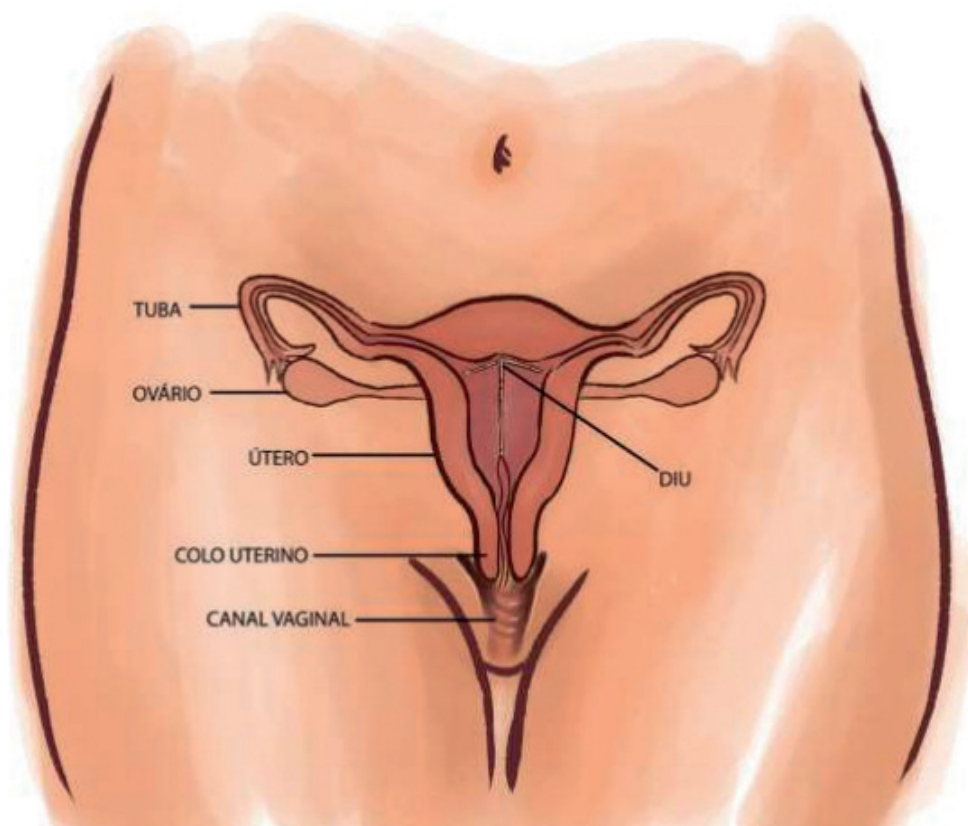
Apesar dos protocolos de inserção do DIU não incluir a anestesia do colo uterino prévio ao pinçamento, diversos estudos demonstram redução significativa da dor e reação vagal com o uso de anestésicos tópicos como gel de lidocaína 04%, spray de lidocaína 10% e creme de prilocaína 2,5% associado à lidocaína 2,5%.

TÉCNICA DE INSERÇÃO DO DIU DE COBRE AMBULATORIAL



Fonte: MS, 2018.

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO DIU TCU 380A EM INSERÇÃO AMBULATORIAL



Fonte: MS, 2018.

TÉCNICA DA INSERÇÃO DO DIU NO PÓS-PARTO/ABORTO

Pós-parto normal imediato (até 10 minutos após a saída da placenta)

Este procedimento deve ser realizado no local do parto, sem deslocar para outro ambiente, e sem interferir na vinculação com o recém-nascido no contato pele a pele e amamentação.

- Logo após o desprendimento fetal, administrar ocitocina 10 UI intramuscular e estimular o contato pele a pele e o aleitamento humano;
- Após a dequitação placentária, a retirada de coágulos e a verificação da presença do globo de segurança de Pinard, preparar a inserção do DIU;
- Colocar novas luvas estéreis;
- Remover o DIU do aplicador, que não será utilizado nesta técnica;
- Apreender o DIU com a pinça Foerster, com o cuidado de não acionar a cremalheira, para não danificar o cobre (a ponta superior do DIU deve estar nivelada com a extremidade da ponta da pinça e a esfera da haste do DIU e os fios devem estar paralelos à pinça; os fios devem ficar longe do eixo da pinça evitando assim que fiquem enrolados

e/ou presos no instrumento quando ele for removido do útero, o que poderia deslocar o DIU do posicionamento adequado)*;

- Utilizando uma mão ou a válvula de Doyen, expor e visualizar o lábio anterior do colo uterino;
- Aprender delicadamente o lábio anterior do colo do útero com outra pinça de Forster;
- Tracionar delicadamente o colo do útero e, sob visão direta, introduzir o DIU fixo na pinça;
- Soltar a mão que estava tracionando o colo e colocá-la no abdômen, a fim de estabilizar o fundo do útero;
- Avançar o DIU em direção ao fundo uterino. É muito importante colocar o dispositivo contra o fundo uterino para minimizar as chances de expulsão;
- Soltar o DIU da pinça, abrindo-a o máximo possível. Girar a pinça cerca de 45 graus e movê-la lateralmente para evitar o deslocamento do DIU, retirando a pinça cuidadosamente da cavidade uterina;

* Uma técnica alternativa consiste em inserir o DIU com a mão (sem aplicador) até o fundo do útero, semelhante a uma curagem, atentando para posicionar o DIU na altura do fundo de forma que as hastes horizontais estejam no mesmo sentido que o diâmetro lateral do útero. A mão é introduzida até a altura do punho.

- Manter o fio do DIU íntegro (este deverá ser adequadamente cortado na consulta de retorno para revisão);
- Cabe lembrar que o comprimento uterino em média é de 19cm no pós-parto imediato e de 18cm no 1º dia do pós-parto, enquanto o comprimento do DIU com cobre é de 15cm da haste à extremidade do fio (desta forma o fio do DIU não deverá ser visto à inspeção do colo uterino após o término da inserção, e caso seja visualizado, significa que a inserção ficou baixa e, portanto, não foi adequada, podendo-se tentar novamente inserir o DIU no fundo uterino e os fios aparecem gradativamente pelo orifício externo à medida que ocorre a involução uterina);
- Agendar consulta de retorno entre o 30º e 45º dia no ambulatório da maternidade para secção do fio ou encaminhar para o retorno na Unidade de Atenção Primária de referência, onde foi realizado o pré-natal, sendo desejável que o seguimento aconteça prioritariamente na APS;
- O fio deve ser cortado 03 cm abaixo do orifício externo do colo do útero.

Pós-parto normal precoce (após 10 minutos da dequitação até 48h após o parto)

- É necessário o uso de um espécúlo e antissepsia do colo uterino com clorexidina aquosa ou solução iodada;

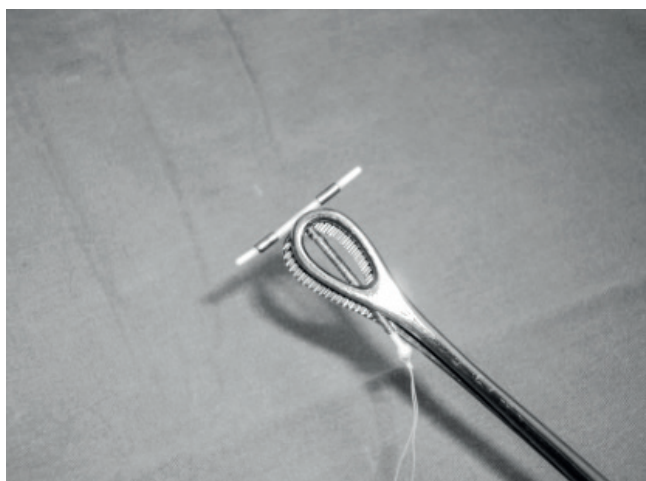
- Pinçar o colo com pinça de Foerster no seu lábio anterior;
- O DIU deverá ser seguro por uma pinça de Foerster curva e longa, sendo desprezado o aplicador;
- Sem utilizar a cremalheira, introduzir o DIU (os ramos horizontais devem estar no mesmo sentido do diâmetro lateral do útero) até tocar na parede posterior do útero;
- Continuar a inserção num ângulo de aproximadamente 45°, quase na vertical, até atingir o fundo de útero, quando se solta o DIU;
- O fio deve ficar completamente no útero e não deve ser visto se exteriorizando para a vagina;
- Agendar consulta de seguimento entre 30 e 45 dias pós-parto nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (Clínica da Família, Centro Municipal de Saúde e Centro de Saúde Escola).

Pós-abortamento

A oferta para inserção imediata do DIU de cobre deve estar disponível após o abortamento, pois este poderá ser um momento único e importante no planeamento reprodutivo. O dispositivo pode ser inserido logo após o procedimento de curetagem ou aspiração manual intrauterina em abortamento espontâneo ou induzido, desde que não haja quadro infeccioso.

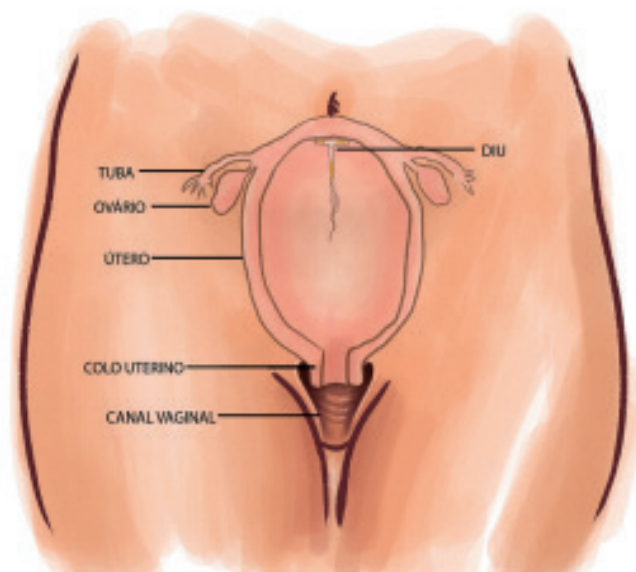
1. Após o completo esvaziamento da cavidade uterina, manter o pinçamento e não retirar o instrumental, que servirá para medir o comprimento da cavidade uterina (histerometria indireta);
2. Abrir o invólucro do DIU;
3. Adequar o aplicador do DIU na medida mensurada da cavidade uterina e inseri-lo com a mesma técnica usada a nível ambulatorial (em caso de útero com maior volume, inserir com a pinça de Foerster como na inserção pós-parto, e avaliar de acordo com a histerometria);
4. Os ramos horizontais do dispositivo devem estar no mesmo sentido do diâmetro lateral do útero;
5. Corte o fio do DIU a 03cm do orifício externo do colo (caso o esvaziamento uterino seja realizado em abortamento com idade gestacional superior a 16 semanas, utilizar a técnica de inserção de DIU pós-parto imediato, e reavaliar o tamanho do fio do DIU no retorno ambulatorial e só então, cortá-lo, caso necessário, deixando-o com 03cm de distância do colo uterino).

Técnica de inserção do DIU TCu 380A no pós-parto normal imediato e DIU TCu 380A com cobre apreendido em pinça Foerster



Fonte: Ministério da Saúde, 2018.

Posicionamento adequado do DIU TCu 380A no útero puerperal



Fonte: Ministério da Saúde, 2018.

REMOÇÃO DO DIU

O DIU Tcu 380 deve ser removido após 10 anos de sua inserção ou a qualquer momento que a pessoa usuária desejar. Não se deve recusar ou atrasar quando se solicita a retirada do DIU, independente do motivo, seja ele pessoal ou por alguma condição clínica. É essencial que a pessoa não seja pressionada ou forçada a continuar usando o DIU.

Se uma pessoa está lidando com efeitos colaterais difíceis de tolerar, primeiro converse sobre as queixas relatadas (ver Tópico: Condução dos efeitos indesejados).

Pergunte se ela prefere primeiro tentar controlar o sintoma ou se deseja retirar o DIU imediatamente. A remoção de um DIU geralmente é rápida e simples, podendo ser realizada em qualquer época do ciclo menstrual.

- Passe o espéculo e a limpeza do colo uterino com clorexidina não alcoólica;
- Após a visualização dos fios do DIU, realize tração cuidadosa dos mesmos com auxílio de uma pinça Cheron ou um fórceps estreito, até que o dispositivo saia completamente pelo colo uterino (durante o procedimento, solicite à pessoa que respire lenta e profundamente, e relaxe);
- Observe e maneje o limiar de dor durante o procedimento;
- Encerre no prontuário os códigos CIAP-2 e CID-10 referentes à presença do DIU;
- Registre o procedimento SIGTAP em prontuário, código: **03.01.04.015-0 – RETIRADA DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)**

Possíveis dificuldades no momento da remoção:

- Caso os fios não tenham sido identificados ao exame especular, tente buscá-los dentro do canal cervical com auxílio de uma escova de coleta de preventivo (se ainda assim os fios não forem visualizados, solicite uma ultrassonografia transvaginal para verificar se houve expulsão do DIU ou migração do mesmo para a cavidade abdominal);
- Em caso de suspeita de perfuração uterina ou DIU normoimplantado porém sem fios visíveis, encaminhe a pessoa a um profissional especialista que possa utilizar uma técnica de remoção apropriada.



MÓDULO V:

COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À INSERÇÃO DO DIU

CONDUÇÃO DOS EFEITOS INDESEJADOS

Aumento do volume e/ou da duração do sangramento menstrual

Informar que se trata de uma alteração conhecida e relativamente frequente do DIU que habitualmente não causa maiores danos à saúde e tende a melhorar após os três a seis primeiros meses de uso;

Para alívio sintomático podem ser usados anti-inflamatórios não esteroidais, como ibuprofeno 300mg (02 comprimidos até 8/8 horas) ou diclofenaco 50mg (01 comprimido até 8/8 horas) por até uma semana (atentar para as contraindicações e o risco dos efeitos adversos no caso de uso prolongado);

Estimular alimentação rica em ferro, como carnes, ovo, leguminosas e folhas verde-escuras;

Se o sangramento persistir ou se iniciar muitos meses após a inserção, considerar a possibilidade de outras causas para o sangramento e compartilhar o cuidado com a equipe médica.

Sangramentos irregulares iniciados após a inserção do DIU

Informar que se trata de uma alteração conhecida e relativamente frequente do DIU que habitualmente não causa maiores danos à saúde e tende a melhorar após os três a seis primeiros meses de uso;

Para alívio sintomático podem ser usados anti-inflamatórios não esteroidais (atentar para contraindicações e risco de efeitos adversos no caso de uso prolongado);

Se o sangramento irregular persistir ou se iniciar muitos meses após a inserção, considerar a possibilidade de outras causas para a irregularidade e compartilhar o cuidado com a equipe médica.

Aumento da intensidade das cólicas menstruais

Informar que se trata de uma alteração conhecida e relativamente frequente do DIU que habitualmente não causa maiores danos à saúde e tende a melhorar após os três a seis primeiros meses de uso;

Para alívio sintomático podem ser usados anti-inflamatórios não esteroidais e medidas não farmacológicas de alívio da dor, como compressa morna e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

Percepção da presença dos fios na penetração vaginal pela parceria sexual

Ocorre quando os fios são deixados muito curtos. Neste caso, há duas opções:

1. Cortar o fio ainda mais curto de maneira que ele não exteriorize pelo canal cervical. Neste caso, o controle do posicionamento do DIU pela pessoa usuária não será mais possível, assim como poderá acarretar dificuldades no momento de retirada do dispositivo; OU
2. Realizar retirada do DIU e inserção de novo dispositivo, com o cuidado de deixar o fio com cerca de 03 cm de comprimento.

Não identificação dos fios do DIU pela pessoa usuária

Pode ter ocorrido expulsão do dispositivo ou quebra / perda do fio do DIU. Neste caso, deve-se:

1. Buscar o fio no canal endocervical pois ele pode ter quebrado, não mais se exteriorizando pelo orifício externo do colo ou se encontrar enrolado no interior do canal (nesse último caso pode-se tentar recuperar o fio com auxílio da escova utilizada na coleta do preventivo);
2. Se o fio seguir sem ser visualizado, solicitar ultrassonografia transvaginal para verificar se houve expulsão do DIU ou mesmo migração do mesmo para a cavidade abdominal (a migração do DIU para a cavidade abdominal é uma complicação rara — entre 0,3 e 2,6, a cada 1.000 — devendo ser suspeitada sempre que não há identificação do DIU na cavidade uterina e não houver relato de expulsão.

Expulsão do DIU

- A taxa de expulsão do DIU varia entre 02 e 10% quando a inserção é realizada a partir de 04 semanas pós-parto, 07 a 15% se a inserção ocorre até 10 minutos após a dequitação, e entre 24 e 27% se esse procedimento é executado entre 10 minutos da saída da placenta até 48 horas pós-parto;
- A colocação do DIU após cesariana apresenta probabilidade de expulsão entre 03 e 12%, e após abortamento de 03 a 05%;
- Se alguma parte do DIU se encontrar abaixo do orifício interno do útero, o DIU deve ser removido (caso seja desejo da pessoa usuária, um novo DIU, estéril, pode ser inserido imediatamente, desde que não haja gravidez em curso);
- Nunca se deve reinsserir o DIU que foi expulso.

Gestação

- Deve-se avaliar a possibilidade de gestação caso ocorra atraso menstrual ou menstruação em padrão diferente do habitual (nesse caso deve-se realizar teste rápido de gravidez);
- Se for confirmada a gestação, explicar que a presença do DIU aumenta o risco de abortamento, incluindo abortamento infectado, e parto prematuro, sendo o risco de abortamento associado à retirada do DIU inferior ao risco causado por sua permanência. Dessa forma, havendo consentimento da pessoa usuária, está indicada a remoção do dispositivo o mais precocemente possível.
- Caso seja optado pela não retirada do dispositivo, seja por questões técnicas ou por desejo da pessoa, esta deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco. É importante assegurar que não há associação de malformações fetais com a gestação em presença de DIU, e orientar sobre os sinais de alerta que sugerem abortamento e/ou infecção, como sangramento vaginal, dor abdominal, corrimento vaginal de coloração ou odor alterados, febre, que indicam necessidade de avaliação em unidade de saúde.

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

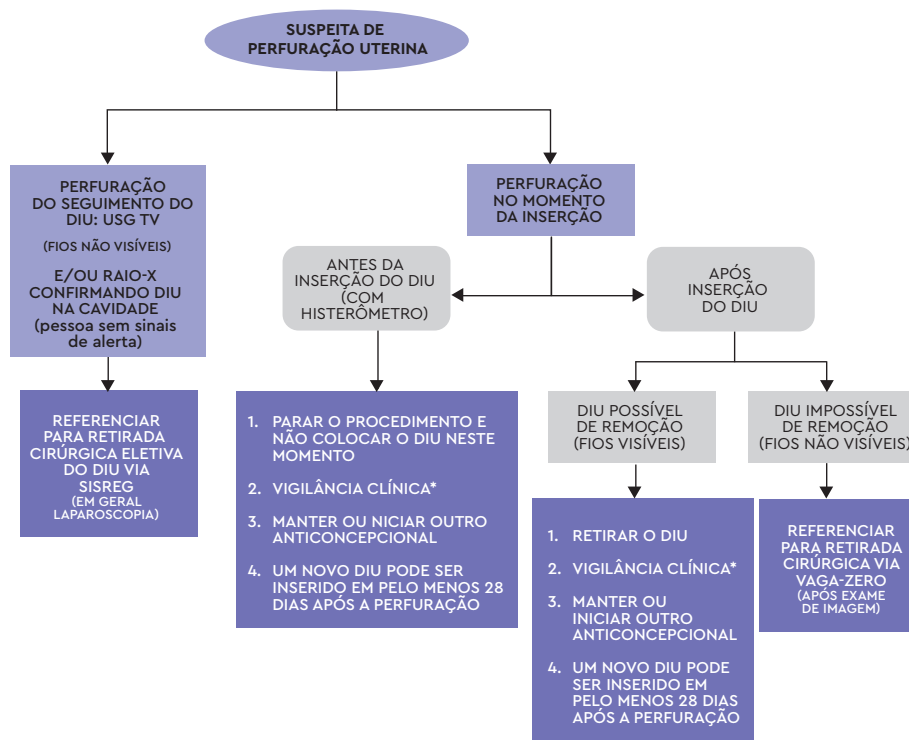
- O DIU não aumenta o risco de infecção por HIV e outras IST, mas não confere proteção contra elas, sendo fundamental fornecer orientações quanto às práticas de sexo seguro, incluindo o uso de preservativo;
- Em caso de diagnóstico de cervicite ou Doença Inflamatória Pélvica (DIP), deve-se tratar seguindo os protocolos adequados, não estando indicada a retirada do DIU, a não ser em casos de agravamento ou não melhora clínica em até 03 (três) dias após o início da antibioticoterapia;
- Caso haja desejo de retirada do DIU pela pessoa, em vigência de infecção, a extração só deve ser realizada após o início da administração dos antibióticos.

COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À INSERÇÃO

Perfuração uterina

Trata-se de evento raro, ocorrendo em cerca de 0,1% dos procedimentos, e quando presente costuma evoluir com resolução espontânea sem necessidade de maiores intervenções. Os principais sinais de suspeição da ocorrência de perfuração são dor intensa persistente, sangramento intenso ininterrupto pelo orifício cervical (e não pelo sítio do pinçamento) e histerometria acima do esperado.

Nessas situações, parar imediatamente o procedimento e retirar o DIU caso este já tenha sido inserido. Seguir orientações do fluxograma abaixo:



Fonte: Adaptado de Sales, Carolina em Contracepção em foco.

A pessoa deve permanecer em repouso tendo os sinais vitais aferidos a cada 10 a 15 minutos pelo período de uma hora. Buscar sinais de instabilidade hemodinâmica ou de irritação peritoneal. Pode ser dada alta domiciliar se após algumas horas de observação não surgirem sinais de alarme, como sangramento intenso, dor intensa sem melhora ou suspeita de hemoperitônio. Recomenda-se retorno para reavaliação após 48h e orienta-se evitar relações sexuais com penetração vaginal pelas próximas duas semanas. Nos casos em que for necessária a avaliação para retirada cirúrgica no mesmo dia, o encaminhamento deve ser feito via plataforma Vaga-Zero.

REAÇÃO VAGAL

Pode ocorrer pela dor visceral ou por tração de estruturas viscerais durante a inserção. Caracteriza-se por hipotensão, palidez, bradicardia e sudorese. Para diminuir a sua incidência, evitar manobras bruscas e tração excessiva do colo do útero. A elevação dos membros da pessoa e observação resolve a maioria dos casos em poucos minutos.

Em caso de suspeita de reação vagal:

1. Interromper o procedimento e retirar o instrumental (pinça, espécuro);
2. Elevar membros inferiores e aferir pressão arterial;
3. Ofertar água;
4. Conversar com a pessoa, no sentido de tranquilizá-la;
5. Após a melhora do quadro, perguntar se há desejo de continuar a inserção do DIU. Em caso afirmativo, seguir o procedimento normalmente, mantendo a atenção para recorrência dos sintomas.

INFECÇÃO PÉLVICA

Para reduzir a probabilidade desta complicação é imprescindível buscar na avaliação clínica prévia à inserção sinais sugestivos de cervicite bacteriana, assim como identificar na história epidemiológica se há risco elevado de IST, como história de parceria sexual com corrimento uretral ou vaginal. Na presença de infecção cervical ou história epidemiológica de risco muito elevado, deve-se administrar tratamento de cervicite bacteriana seguindo as recomendações do Ministério da Saúde. Quando a triagem pré-inserção é realizada de forma cuidadosa, o percentual de infecções pélvicas após inserção é muito baixo (0,2%) podendo se manifestar em até 20 dias após a colocação.

Na suspeita de infecção endometrial ou de anexos (dor intensa à mobilização do colo uterino, dor pélvica aguda e cervicite), compartilhe o cuidado com a equipe médica. Deve-se instituir terapia antibiótica, não sendo recomendada a retirada do DIU, a menos que haja persistência dos sintomas. Em casos de vaginite, o tratamento segue os protocolos clínicos vigentes, sem necessidade de retirada do DIU.

A microbiota vaginal não se altera pelo uso do DIU com cobre. Portanto, quando há diagnóstico de vaginose bacteriana, deve-se iniciar o tratamento habitual e não há evidências de que o DIU com cobre altere a prevalência deste processo infeccioso. Pessoas usuárias de DIU com cobre com desenvolvimento de tricomoníase e/ou candidíase também devem receber tratamento habitual, sem necessidade de remoção do DIU.

REFERÊNCIAS

FEBRASGO. Inserção de DIU pós-parto e pós-abortamento. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/413-insercao-de-diu-pos-parto-e-posabortamento>

ACOG Practice Bulletin nº 121: Long-acting reversible contraception: Implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol.* 2011 Jul; 118(1): 184–196.

Atenção à Saúde da Mulher Privada de Liberdade. Edição, distribuição e informações: Universidade Federal de Santa Catarina Campus Universitário, 88040–900, Trindade Florianópolis – SC.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836 de 1º de Dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, nº 26)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Técnico para Profissionais de Saúde: DIU de Cobre TCu 380. Brasília Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 44 p. : il.

CAVALCANTI, A. K. S.; SAMCZUK, M. L.; BONFIM, T. E. O Conceito Psicanalítico do Luto: uma Perspectiva a Partir de Freud e Kleinº *Psicólogo inFormação*, v. 17, nº 17, pp. 87–105, 31 dez. 2013.

COFEN nº Resolução 690/2022. Normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo.

http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-690-2022_96063.html

COMMITTEE OPINION No. 670: Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception, *Obstetrics & Gynecology*: August 2016 – Volume 128 – Issue 2 – p e32-e37.

FEBRASGO. Contracepção reversível de longa ação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2016.

FEBRASGO. Inserção de DIU pós-parto e pós-abortamento. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/413-insercao-de-diu-pos-parto-e-posabortamento>

CURTIS KM, JATLAOUI TC, TEPPER NK et al. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016. MMWR Recomm Rep; 65(4): 11- 14.

DIAS, Sónia Maria Ferreira, e outros, Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo. Sónia Ferreira Dias, Cristianne Famer Rocha (Estudos OI; 32) ISBN 978-989-8000-84-2.

DOKA, K. J. Disenfranchised grief: recognizing hidden sorrow. Lexington: Lexington 1989.

KARASU et al, 2017. Lidocaine for pain control during intrauterine device insertion° J Obstet Gynaecol Res.; 43(6): 1061-1066.

LOPEZ LM et al, 2015. Interventions for pain with intrauterine device insertion° Cochrane Database Syst Rev. 29(7): CD007373.

OLIVEIRA, D. O. P. S.; CAMARGO, D. S.; RODRIGUES, V. nº C. G. Saúde reprodutiva e contracepção. In: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A. L. (ed.) Saúde LGBTQIA+: Práticas de Cuidado Transdisciplinar. Santa do Parnaíba (SP): Manole, 2021. cap. 37, p. 907-921.

OMS. Organização Mundial da Saúde Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisas. Planejamento familiar UM MANUAL GLOBAL PARA PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE. 2017.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304_por.pdf;jsessionid=CF1A4A66ED9E0DB855BFA9EE69FE39A8?sequence=6

PARKES, Colin Murray. Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações. Tradução de Maria Helena Pereira Franco. São Paulo: Summus, 2009.

PANICHYAWAT N, et al, 2020. 10% lidocaine spray for pain control during intrauterine device insertion: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial BMJ Sex Reprod Health, 47(3): 1-7.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – SMS – FLORIANÓPOLIS / ENFERMAGEM. Inserção e Retirada do Dispositivo Intra-uterino (DIU) de cobre.

https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/08_10_2018_15.26.55.6316cf808ca76c1afb5336f66fb5a7cc.pdf

NOTA TÉCNICA nº 01 DE 2017 Assunto: Inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) SMS-RIO/SUBPAV/CAP 4.0.

ROSENBERG, M.B. Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais / Marshall B. Rosenberg; [tradução Mário Vilela]. São Paulo: Ágora, 2006.

SAMY et al, 2019. Evaluating different pain lowering medications during intrauterine device insertion: a systematic review and network meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 111 (3): 553–561.

SÃO PAULO (cidade). Secretaria da Saúde. Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde. Comissão de Sistematização da Assistência em Enfermagem. Processo de Enfermagem na APS. 1ª Edição.rev, São Paulo, SMS, 2022.

TORRES, W.C. A criança diante da morte: desafios, 8.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1999.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. Memento fitoterápico para prática clínica na AB [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Núcleo Telessaúde Santa Catarina; organizado por: Gisele Damian Antonio Gouveia, Cesar Simionato. Dados eletrônicos. Florianópolis: CCS/UFSC, 2019.

VIEIRA, CAROLINA SALES; DE NADAI, MARIANE NUNES; DE MELO PEREIRA DO CARMO, LILIAN SHEILA; BRAGA, GIORDANA CAMPOS; INFANTE, BRUNA FREGONESI; STIFANI, BIANCA M.; FERRIANI, RUI ALBERTO; QUINTANA, SILVANA MARIA. Timing of postpartum etonogestrel-releasing implant insertion and bleeding patterns, weight change, 12-month continuation and satisfaction rates: a randomized controlled trial. *Contraception*, v. 100, nº 4, p. 258–263, OCT 2019. (13/00795–3).

VIEIRA, Daniela Koeller Rodrigues et al. Compartilhamento do Cuidado entre os Níveis da Atenção à Saúde: ambulatório especializado e Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/IFF, 2020. 16p.

VILLELA, W. Saúde integral, reprodutiva e sexual da mulher. Redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Coletivo de Saúde Feminista Sexualidade e Saúde.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018.

ANEXOS

ATÍPIAS DO COLO UTERINO

**TERMO DE CONSENTIMENTO
INFORMADO DE INSERÇÃO DE
DISPOSITIVO INTRAUTERINO
DE COBRE TCU 380A (DIU)**

**TERMO DE HABILITAÇÃO
PARA INSERÇÃO, REVISÃO E
REMOÇÃO DE DISPOSITIVO
INTRAUTERINO (DIU)**

ATÍPIAS DO COLO UTERINO

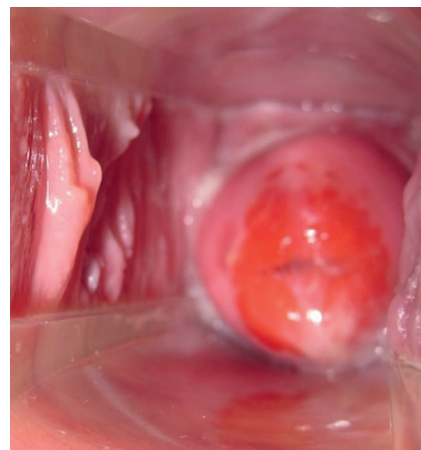
No momento da inspeção do colo uterino é possível encontrar algumas alterações, podendo ou não inviabilizar a inserção do DIU naquele momento, como é o caso da cervicite, onde será necessário realizar tratamento antes da inserção. Outras alterações, como ectopias cervicais e cistos de Naboth não inviabilizam a inserção do DIU.

O cisto de Naboth é um cisto repleto de muco cervical, observado na superfície do colo uterino. Surge quando há obstrução do ducto de uma glândula de Naboth, com acúmulo da secreção, gerando um cisto esbranquiçado, de aspecto arredondado e liso, semelhante a uma pústula. Podem ocorrer isoladamente ou em grupos, e eventualmente podem ocorrer após alguma irritação ou infecção local. Os cistos não tendem desaparecer espontaneamente, porém tampouco costumam requerer tratamento, pois consistem em condição benigna. A presença de cisto de Naboth não contraindica a inserção do DIU.

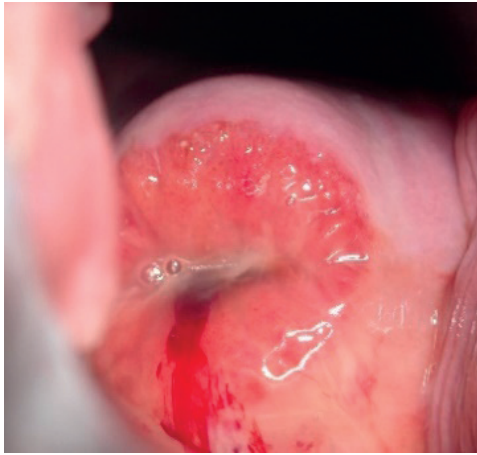
Chamamos ectopia cervical o fenômeno no qual ocorre um reposicionamento da junção escamocolunar (JEC), com externalização do epitélio colunar pelo orifício cervical. Observa-se à inspeção do colo uterino uma área avermelhada margeando o orifício externo do colo, que denominamos mácula rubra. Trata-se de um achado benigno, comum em adolescentes e adultas jovens, em particular na presença de contraceptivos hormonais ou de tabagismo. Ao longo da vida, a JEC tende a adentrar o canal, não sendo necessária intervenção na maioria dos casos. A presença de ectopia não impede a inserção do DIU. A presença de ectopia pode favorecer a instalação de algumas IST como as originadas a partir da infecção pela *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* e o *Papilomavirus* humano (HPV).



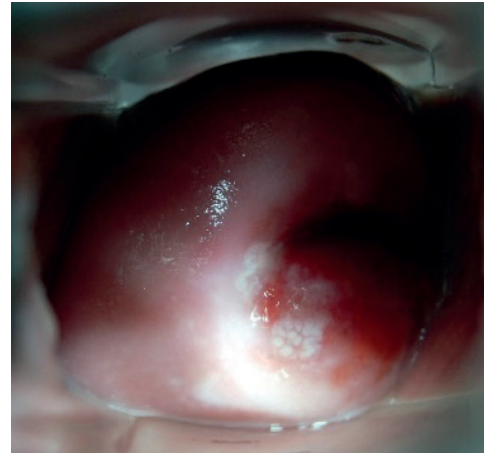
Algum líquido cervical branco e ectopia cervical



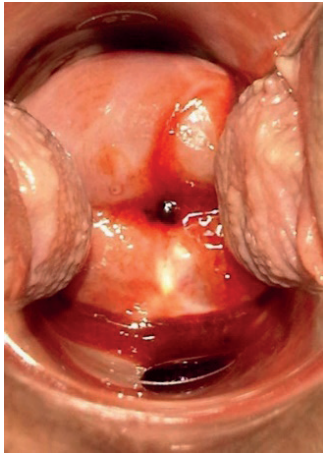
Ectopia cervical, nulípara, em uso de pílula anticoncepcional



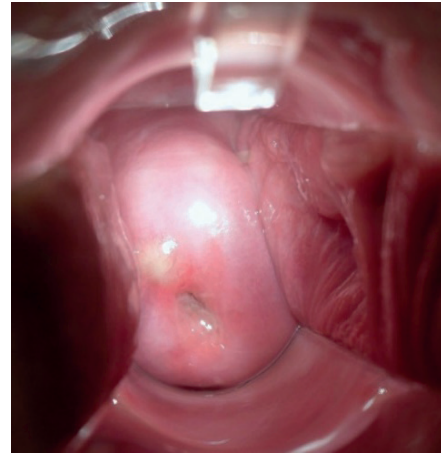
Ectopia cervical 6 semanas pós-parto



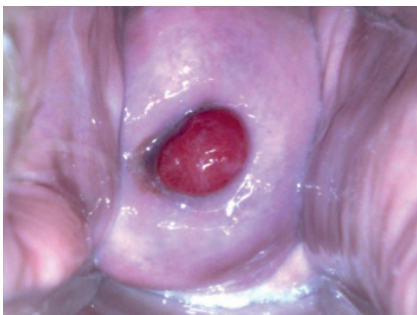
Lesão por HPV



Cisto de Nabot



Cisto de Naboth



Pólipo vermelho e esponjoso visível saindo do orifício



Polipectomia bem sucedida



Cervicite

Imagens cedidas: <https://www.beautifulcervix.com/>

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE TCU 380A (DIU)

Eu, _____, CNS _____, telefone () _____, manifesto meu desejo de usar como método anticoncepcional o dispositivo intrauterino (DIU), depois de ter recebido orientações sobre os demais métodos anticoncepcionais.

Declaro que recebi devidamente informações sobre as condições de uso e riscos deste método estando ciente de que:

- Benefícios do DIU de cobre: Não contém hormônios, altamente efetivo, prático – não precisa lembrar diariamente de usá-lo, longa ação, retorno rápido à fertilidade, não interfere na lactação, altas taxas de continuidade;
- A efetividade do DIU – como qualquer método contraceptivo – não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha de 3 a 8 para cada 1000 pessoas/ano, mesmo que corretamente colocado e posicionado;
- Os relatórios médicos existentes indicam que quando as pessoas portadoras de DIU engravidam existe uma ocorrência maior de aborto;
- Em alguns casos existe risco de desenvolver Doença Inflamatória Pélvica – DIP, que pode levar a oclusão tubária ou gravidez ectópica, prejudicando a fertilidade futura;
- Poderá ocorrer penetração parcial ou total do DIU na parede do útero ocasionando perfuração do útero e eventualmente a necessidade de cirurgia;
- Cuidados pós-inserção: 1ª consulta de revisão até 30 dias da inserção, não é necessário repouso habitualmente, usar outro método contraceptivo até o dia da revisão, uso de preservativos para prevenção de IST;
- Após a colocação do DIU, poderão ocorrer cólicas e (ou) dores abdominais, associadas ou não a sangramentos;
- O dispositivo intrauterino – DIU Tcu 380 tem prazo de validade de 10 anos e após este período um novo DIU deverá ser inserido para manutenção da contracepção;
- O DIU que contém cobre pode gerar uma reação cutânea alérgica do tipo urticária;
- A taxa de expulsão do DIU colocado no pós-parto imediato é de 12% (doze por cento), sendo de minha responsabilidade o comparecimento para controle às consultas na unidade de atenção primária observar sinais de alerta como febre, dor pélvica aguda e persistente, suspeita de gravidez, e procurar atendimento.

Declaro por fim, ter entendido todas as explicações, que me foram prestadas em linguagem clara e simples, e esclareci todas as dúvidas que me ocorreram, estando plenamente contente com as informações recebidas, compreendendo perfeitamente o alcance e riscos deste método contraceptivo. Assim sendo, autorizo a inserção do dispositivo intrauterino – DIU de cobre 380.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20 _____ .

assinatura e carimbo
profissional que inseriu o DIU

assinatura e carimbo
profissional da supervisão clínica da inserção do DIU

TERMO DE HABILITAÇÃO PARA INSERÇÃO, REVISÃO E REMOÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

NOME DO(A) ENFERMEIRO(A) (sem abreviações):

Nº DO REGISTO PROFISSIONAL (COREN-RJ): _____

ESPECIALIZAÇÃO: (concluída)



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE /
FAMÍLIA E COMUNIDADE



OBSTÉTRICA



SAÚDE
COLETIVA

DATA DO TREINAMENTO	CARGA HORÁRIA	ASSINATURA E CARIMBO DA SUPERVISÃO CLÍNICA	Nº DE DIU INSERIDO POR TURNO
/ / (dia) (mês) (ano)	(horas)		
/ / (dia) (mês) (ano)	(horas)		
/ / (dia) (mês) (ano)	(horas)		
/ / (dia) (mês) (ano)	(horas)		
/ / (dia) (mês) (ano)	(horas)		
/ / (dia) (mês) (ano)	(horas)		

DATA DO TREINAMENTO	CARGA HORÁRIA	ASSINATURA E CARIMBO DA SUPERVISÃO CLÍNICA	Nº DE DIU INSERIDO POR TURNO
(dia) / (mês) / (ano)	(horas)		
(dia) / (mês) / (ano)	(horas)		
(dia) / (mês) / (ano)	(horas)		
(dia) / (mês) / (ano)	(horas)		
(dia) / (mês) / (ano)	(horas)		
(dia) / (mês) / (ano)	(horas)		
CARGA HORÁRIA TOTAL	(horas)		
/ / TREINAMENTO TEÓRICO (data da conclusão)	/ / TREINAMENTO TEÓRICO-PRÁTICO (data da conclusão)		

Nº TOTAL DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU) INSERIDOS NO TREINAMENTO PROFISSIONAL: _____

assinatura e carimbo profissional que inseriu o DIU	assinatura e carimbo profissional da supervisão clínica da inserção do DIU
--	---

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 8º andar, Cidade Nova – CEP: 20211-110

www.prefeitura.rio/web/sms

Formato: 21,0 cm x 29,7 cm • Tipografia: Cera Pro



SAÚDE

