

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Desfechos da Inserção de Dispositivo Intrauterino de
cobre por Obstetrizes e Enfermeiras Obstétricas em
um Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar**

Thalita Vital Botelho

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Ciências.**

Área de concentração: Saúde Pública
**Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza Vilela
Borges**

São Paulo

2021

Desfechos da inserção de Dispositivo Intrauterino de cobre por obstetrites e enfermeiras obstétricas em um centro de parto normal peri-hospitalar

Thalita Vital Botelho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza Vilela Borges

Versão revisada

São Paulo

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Botelho, Thalita

Desfechos da inserção de DIU de cobre por obstetrites e enfermeiras obstétricas em um centro de parto normal peri hospitalar / Thalita Botelho; orientadora Ana Luiza Vilela Borges. -- São Paulo, 2021.

97 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2021.

1. dispositivo intrauterino. 2. enfermeira obstétrica. 3. obstetritz. 4. contracepção. 5. centro de parto normal perihospitalar. I. Vilela Borges, Ana Luiza, orient. II. Título.

DEDICATÓRIA

Às mulheres que diariamente encontram
obstáculos na conquista de seus direitos,
À minha avó Zoraci (*in memoriam*) a qual me nutriu
de amor e gratidão à vida.
À minha mãe, Elília, por me gestar e ser a melhor
professora que eu poderia ter.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus e à minha avó Zoraci (*in memoriam*) por iluminarem dos céus a minha trajetória, me mostrando a direção a seguir e me encorajando nos momentos de fraqueza.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Ana Luiza Vilela Borges, por toda a paciência e disponibilidade em ensinar. Sou grata por todos os ensinamentos que me fizeram crescer enquanto aluna e profissional.

À Faculdade de Saúde Pública pelo acolhimento e pelo sentimento de pertencimento.

Aos Médicos Sem Fronteiras e a equipe de parteiras do projeto *Ahmad Shah Baba* por me trazerem tantos ensinamentos e terem me aproximado do cuidado em planejamento reprodutivo.

À Casa Angela, local onde fui acolhida como voluntária e me desenvolveu até o cargo de supervisão. Em especial a toda equipe que sempre confiou e me apoiou na execução deste trabalho. Sou grata a Angela Gehrke, que foi pioneira em um trabalho desafiador e cheio de amor, a Anke Riedel e a Associação Comunitária Monte Azul por terem fortalecido o sonho de uma Casa de Parto inserida na comunidade e não terem deixado a inspiração e essência de Angela se apagarem.

Ao meu companheiro, Raphael Cruz, pelo apoio incondicional e imensurável, você fez com que essa caminhada fosse mais leve e possível.

À toda a minha família, em especial a minha mãe, Elília, minha maior incentivadora. Jamais me esquecerei dos seus olhos no dia em que recebeu a notícia do meu ingresso no mestrado.

Às minhas borboletas da equipe Panapaná, por me incentivarem e proporcionarem tudo que fosse necessário para a conclusão deste trabalho.

A todas as mulheres que confiaram em nós, obstetrizas e enfermeiras obstétricas, para serem cuidadas e respeitadas. Vocês são a razão de tudo isso!

“Nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes. Você terá que manter-se vigilante durante toda a sua vida.”

Simone de Beauvoir

APRESENTAÇÃO

Me formei como obstetrix em 2013, desde então tive a oportunidade de trabalhar em diferentes contextos. Meu primeiro emprego foi com a assistência ao parto, em uma maternidade pública da periferia de São Paulo. Na época, foi desafiador aplicar à prática todo o conhecimento que tive ao longo da graduação, especialmente sobre autonomia das mulheres, respeito e humanização do parto.

Minha atuação na Casa Angela iniciou-se em 2015, ainda como voluntária, participando de grupos de gestantes, puericultura e atendimentos ambulatoriais. Posteriormente, fui convidada a trabalhar por alguns plantões na assistência ao parto. Me lembro como hoje da primeira mulher e bebê que acompanhei o nascimento naquele cenário: Aline e Zoé me trouxeram a esperança na minha profissão e na transformação da realidade obstétrica do nosso país.

Em 2016, trabalhei junto à uma Organização Não-Governamental de ajuda humanitária e morei por 6 meses no Afeganistão. Durante esse período, tive a oportunidade de emergir em uma cultura e religião totalmente diferentes das minhas. Lá, eu pude atuar em diversos setores, entre eles um ambulatório de planejamento reprodutivo conduzido por parteiras e que oferecia atendimento às mulheres que chegavam por demanda espontânea ao serviço. Aprendi a inserir o DIU com parteiras afegãs, elas me treinaram por um longo período e juntas fomos aprimorando os atendimentos e protocolos.

Quando retornei ao Brasil, em 2017, fui contratada pela Casa Angela e nesse momento o Ministério da Saúde iniciava o incentivo para a inserção de DIU por obstetrixes e enfermeiros. A construção do protocolo de DIU na Casa Angela iniciou-se no mesmo período, tendo grande incentivo por parte da Secretaria Municipal de Saúde, o qual pude participar da elaboração na sua primeira versão.

A experiência com o DIU, a atuação de enfermeiros e obstetrixes nesse cuidado e a resistência por parte das organizações médicas me incentivaram a refletir sobre o meu objeto de estudo.

RESUMO

Desfechos da inserção de Dispositivo Intrauterino de cobre por obstetrizas e enfermeiras obstétricas em um centro de parto normal peri-hospitalar.

Apesar de ser um método anticoncepcional de alta eficácia, o dispositivo intrauterino (DIU) ainda é subutilizado no Brasil. Estudos apontam que a sua disponibilidade é menor nas regiões periféricas, contribuindo para a desigualdade no acesso ao método. Além da baixa oferta do método, estudos relatam que barreiras organizacionais contribuem para a sua subutilização. A falta de profissionais capacitados para a inserção do DIU é um dos exemplos dessas barreiras, tornando-se um dos obstáculos para se atingir os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. O panorama apresentado sinaliza a necessidade de se expandir o atendimento em saúde reprodutiva, incorporando outros profissionais de saúde ao aconselhamento e oferta de métodos contraceptivos, incluindo o DIU. **Objetivo:** Avaliar os desfechos da inserção do DIU de cobre de intervalo por obstetrizas e enfermeiras obstétricas em um Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPNp). **Método:** Estudo do tipo quantitativo transversal. O cenário do estudo foi um CPNp localizado na região sul da cidade de São Paulo. A população de estudo contemplou mulheres que tiveram o DIU de cobre inserido por obstetrizas e enfermeiras obstétricas da instituição. Os critérios de inclusão foram ter 18 anos de idade ou mais no momento da entrevista telefônica, ter retornado ao serviço para a consulta de *follow-up* e estar usando o DIU de cobre por, no mínimo, seis meses. A coleta de dados foi realizada a partir de prontuários e contato telefônico. Os desfechos analisados foram a taxa de perfuração uterina, taxa de expulsão do DIU com 30 a 45 dias e no primeiro ano de uso, taxa de remoção do DIU no retorno, nível de dor durante a inserção, interrupção do uso e grau de satisfação com o método. Os dados foram analisados no *Stata*® 15.0. **Resultados:** Dentre as 75 inserções de DIU, não houve nenhuma perfuração uterina; 1,3% dos DIU foram expulsos com 30 a 45 dias de uso e 5,3% no primeiro ano de uso; a taxa de necessidade de remoção no retorno foi de 4,0%; e o score médio de dor foi 4,2 (dp= 3,3). Dentre aquelas que ainda usavam o DIU no momento da entrevista, 93,1% se consideraram satisfeitas com o método. **Conclusão:** A inserção de DIU por enfermeiras obstétricas e obstetrizas mostrou ser eficaz, com desfechos similares aos observados em outros estudos em que o profissional médico foi o responsável pelas inserções.

Descritores: Dispositivo intrauterino. Enfermeira obstétrica. Obstetrix. Contracepção. Centro de parto normal peri-hospitalar.

ABSTRACT

Outcomes of Copper Intrauterine Device insertion by midwives and obstetric nurses in a freestanding birth centre.

Despite being an effective contraceptive method, the intrauterine device (IUD) still underused in Brazil. Extensive research has shown the availability is lower in peripheral regions, contributing to inequality in access to the method. In addition, authors report that organizational barriers contribute to underutilization. The lack of trained professionals to insert the IUD is one of the examples of these barriers, becoming one of the obstacles to achieving the Sustainable Development Goals. Presented panorama indicates the need to expand reproductive health care, incorporating other health workers to contraceptive methods offer and counseling, including IUD. **Objective:** Evaluate the copper IUD outcomes inserted by midwives and obstetric nurses in a freestanding birth center **Method:** Cross-sectional quantitative study in a freestanding birth center located in the southern region of São Paulo city. The study population are women who had the IUD performed by professionals from the institution. Inclusion criteria were being 18 years or older at the time of interview, having returned to the service for the follow-up appointment and having been using the copper IUD for at least 6 months. Data collection was performed from medical records and telephone contact. Outcomes analyzed were uterine perforation rate, IUD expulsion rate from 30 to 45 days and in the first year of use, IUD removal rate on return, pain level during insertion, discontinuation of use and satisfaction level with IUD. Data were analyzed by Stata® 15.0. **Results:** Among the 75 IUD insertions, there was no uterine perforation, IUD expulsion rated 1,3% within 30 to 45 days of use and 5,3% in the first year of use, IUD removal rate during follow-up appointment was 4,0% and the mean pain score was 4.2 (dp= 3,3). Among those who still used IUD, at the time of the interview, 93.1% considered themselves satisfied with the method. **Conclusion:** IUD insertion performed by obstetric nurses and midwives are effective, with similar outcomes to those observed in other studies where the medical professional was responsible for the insertions. **Descriptors:** Intrauterine device. Nurse. Midwife. Contraception. Freestanding birth center

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	13
1.2 PLANEJAMENTO REPRODUTIVO.....	16
1.3 DISPOSITIVO INTRAUTERINO	19
1.4 INSERÇÃO DE DIU POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE	23
II. OBJETIVOS.....	36
2.1 OBJETIVO GERAL	36
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
III. MÉTODO.....	37
3.1 DESENHO DO ESTUDO	37
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	37
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	42
3.4 COLETA DE DADOS	43
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	44
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	47
3.7 QUESTÕES ÉTICAS.....	48
IV. RESULTADOS	48
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E REPRODUTIVO DAS MULHERES.....	49
4.2 CARACTERÍSTICAS DAS INSERÇÕES DO DIU	53
4.3 ADAPTAÇÃO AO MÉTODO.....	55
4.4 CONTINUIDADE CONTRACEPTIVA E SATISFAÇÃO COM O USO DO DIU	57
4.5 DESFECHOS DA INSERÇÃO DO DIU POR ENFERMEIRAS E/OU OBSTETRIZES	59
V. DISCUSSÃO	60
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
VII. REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES.....	68
APÊNDICE 1 - TERMO DE ANUÊNCIA DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA CASA ANGELA	80
APÊNDICE 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM	80
PESQUISA.....	80
APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)	83
APÊNDICE 4 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE PRONTUÁRIO	85
APÊNDICE 5 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE ENTREVISTA	88
TELEFÔNICA.....	88
ANEXOS.....	91
ANEXO 1 - IMPRESSO AUTO PREENCHIVEL PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM	91
DE INSERÇÃO DE DIU	91

ANEXO 2 - PRONTUÁRIO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA INSERÇÃO DE DIU.....	93
ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLOCAÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	95
CURRÍCULO LATTES	97

I. INTRODUÇÃO

1.1 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

No início da década de 90, grupos feministas iniciaram um grande movimento ao redor do mundo, levantando questionamentos sobre direitos humanos, gênero e a influência desses aspectos sobre a saúde sexual e reprodutiva, fomentando uma discussão sobre até que ponto as políticas defendidas e implementadas pelos governos influenciavam na liberdade e no direito de escolha dos indivíduos. Em 1994, o movimento de mulheres teve papel protagonista na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada em Cairo, Egito, e organizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), quando certas questões demográficas, tais como o planejamento reprodutivo, tratadas até então como temática puramente econômica, foram discutidas dentro da perspectiva dos direitos humanos (ARILLA e LAGO, 2014).

Ainda que tenha havido forte resistência de esferas mais conservadoras, como o Vaticano e países islâmicos, houve avanços na concepção da saúde reprodutiva como parte dos direitos humanos, assim como nas discussões de gênero (ARILLA e LAGO, 2014). É importante salientar que o conceito de direitos reprodutivos surgiu, inicialmente, a partir de um marco “não-organizacional”, ou seja, periférico aos grandes debates e organizações reconhecidas mundialmente. Emergiu de um encontro feminista internacional, em 1984, localizado em Amsterdã (*International Women's Health Meeting*), em que a terminologia de direitos reprodutivos foi legitimada e aceita como representação dos ideais de autonomia reprodutiva das mulheres. Foi a partir desses esforços que as discussões da CIPD levaram a uma definição final e amplamente aceita dessas questões (CORREA e ÁVILA, 2003), conceituando a saúde reprodutiva como:

Um estado de completo bem-estar físico, social e mental e não simples ausência da doença e enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, assim, a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco, a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não o fazer, quando e com que frequência (UNITED NATIONS, 1994, p.62).

A CIPD testemunhou grande participação das mulheres, refletindo a luta do movimento feminista. A decisão por ter filhos passou a ser vista como uma escolha livre de discriminações, avançando para além do controle demográfico e incorporando reflexões sobre igualdade de gênero, de modo a convocar o público masculino a assumir seu papel de corresponsabilidade nas questões reprodutivas (CORRÊA et al., 2006). Além disso, a CIPD é também considerada um marco para o reconhecimento dos direitos reprodutivos nas políticas e programas governamentais, visto que os 179 países reunidos acordaram um Plano de Ação elencando temas prioritários nas agendas governamentais, nacionais e internacionais, que deveria ser cumprido nos 15 anos seguintes (VILLELA e SAAR, 2010). Esse Plano considerou grupos como foco de políticas e programas de saúde reprodutiva até então ignorados, dentre eles adolescentes, mulheres solteiras, idosos e homens (VENTURA, 2009).

A construção do conceito de direitos sexuais, por sua vez, partiu de um ponto diferente dos direitos reprodutivos. Em Cairo, discussões sobre o assunto vieram à tona e a saúde sexual acabou sendo incorporada às questões de saúde reprodutiva (CORRÊA et al., 2006). Todo esse movimento serviu de alicerce para que, em 1995, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, surgisse a definição de direitos sexuais, alcançando maior expressão política nos anos 2000, por meio do movimento gay e lésbico (ARILLA e LAGO, 2014).

A CIPD trouxe ainda ponderações importantes sobre as taxas de morbimortalidade materna, favorecendo discussões que viriam à tona em 2000, no encontro da Cúpula do Milênio promovido pela ONU, em Nova York. Nesse encontro, foi estabelecido um compromisso internacional entre os 191 países-membros da ONU para cumprir os oito Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM). Elaborados com a finalidade de avaliar o desempenho das nações, por meio de parâmetros, metas e indicadores mensuráveis, os ODM deveriam ser alcançados até o ano de 2015. Tais objetivos tratavam de temas centrais como pobreza, fome, educação, igualdade de gênero, mortalidade infantil, saúde materna, HIV/AIDS, malária, sustentabilidade ambiental e estabelecimento de parcerias globais com foco no desenvolvimento (UN, 2015).

Especificamente em relação às questões de saúde sexual e reprodutiva, destaca-se o Objetivo 5 (Melhorar a saúde da gestante), no qual as metas consistiam na redução da mortalidade materna em dois terços; aumento da prevalência de uso de métodos contraceptivos; diminuição das taxas de fecundidade na adolescência e

da necessidade insatisfeita por contracepção e a meta 5b, “alcançar até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva” (ARILLA e LAGO, 2014; VILLELA e SAAR, 2010). Refletindo sobre a perspectiva histórico-conceitual dos direitos reprodutivos, a inclusão da saúde reprodutiva nos ODM trouxe conquistas e corroborou para um esforço mundial em se alcançar as metas. Por outro lado, os indicadores estabelecidos foram pouco ambiciosos e tinham o intuito de adequar-se à realidade de países de mais baixa renda, fazendo com que países de alta renda não necessitassem de grandes esforços para alcançá-los (CORRÊA e ALVES, 2005).

O Brasil alcançou algumas metas dos ODM como, por exemplo, o combate à fome, acesso à educação básica, redução da mortalidade infantil e o combate à epidemia de HIV/AIDS. Porém, são justamente as metas relacionadas à redução da mortalidade materna¹ que foram as mais desafiadoras (IPEA, 2014), pois a meta estabelecida nos ODM significaria uma redução das taxas de morte materna no país para, no máximo, 35 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos. Porém, em 2015, a taxa foi 60 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, representando uma redução em torno de 50%, ainda aquém do esperado (BRASIL, 2018a). A taxa manteve-se praticamente inalterada dois anos após, sendo 64,5 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos em 2017 (BRASIL, 2019b). Estima-se que, durante pandemia por COVID-19, esse número tenha sofrido um aumento, visto que, em 2020, o Brasil foi responsável por 77% das mortes maternas por COVID-19 no mundo (TAKEMOTO et al., 2020).

Em 2015, com o suporte do Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas, foi implantado um sistema de consulta aos países membros para se discutir uma nova agenda de desenvolvimento global. Portanto, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) foram construídos em um trabalho coletivo, tornando ainda mais fidedignas as metas a serem implementadas pelas nações, de modo a promover o pleno desenvolvimento e a diminuição das desigualdades sociais. O conjunto de 17 objetivos globais a serem alcançados até 2030 englobam três perspectivas do desenvolvimento sustentável: social, econômica e ambiental. O foco é a redução da desigualdade de modo universal, incluindo populações marginalizadas e em situações de vulnerabilidade (UN, 2015).

Os ODS caminham em conformidade com a Plataforma de Ação de Pequim. Destacam-se, neste projeto, os objetivos 3 e 5, respectivamente: “o acesso universal

¹ A mortalidade materna é definida como todo óbito ocorrido durante a gestação, parto e até 42 dias após o parto, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez (MS, 2009b).

a serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive para planejamento familiar, informação e educação, e a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais” e “acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos, conforme o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e a Plataforma de Ação de Beijing e os documentos finais de suas conferências de revisão” (WHO, 2018b).

Isso significa que o acesso aos serviços e ações em planejamento reprodutivo é parte fundamental dos ODS. Ao favorecer o espaçamento entre gestações, por exemplo, é possível contribuir para uma melhor condição de saúde das mulheres e seus filhos; permitir que mulheres/casais e adolescentes planejem suas gestações de acordo com seu desejo pode ampliar o acesso à formação educacional e posterior inserção no mercado de trabalho; empoderar mulheres quanto as suas escolhas reprodutivas contribui para ampliar e fortalecer a igualdade de gênero (STARBIRD et al., 2016).

1.2 PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

CLELAND et al. (2012) estimaram que, nos últimos 20 anos, o aumento do uso de métodos contraceptivos reduziu as taxas de mortalidade materna em cerca de 40%, tanto nos países de baixa renda quanto nos países de média renda. É inegável que o acesso aos métodos contraceptivos modernos² contribui para a prevenção de gestações não intencionais e abortos inseguros, sendo esses uma causa relevante de morte materna, especialmente em países com leis restritas ao aborto, como é o caso do Brasil.

Alguns autores se propuseram a investigar, por meio de revisões sistemáticas, a associação entre a intenção (ou não) de engravidar e os desfechos dessas gestações. Porém, as limitações metodológicas nos estudos primários e a falta de uma ferramenta adequada para avaliar a intenção de engravidar tornaram os resultados inconclusivos (HALL et al., 2017). Diante das lacunas, HALL et al. (2018)

² Métodos modernos de contracepção são definidos como métodos não comportamentais e incluem esterilização feminina e masculina, pílulas hormonais orais, injetáveis, dispositivo intrauterino (DIU), preservativos masculinos e femininos, implante e contracepção de emergência (UN, 2017).

conduziram um estudo de coorte no Malawi, localizado na África Subsaariana, no qual as mulheres grávidas foram entrevistadas quanto ao planejamento da gravidez em curso. Tal informação foi coletada por meio da escala *London Measure of Unplanned Pregnancy*, elaborada no Reino Unido e já validada no Brasil (BORGES et al., 2016). Posteriormente, essas mesmas mulheres foram novamente entrevistadas em um período mínimo de 28 dias pós-parto, com o intuito de obter informações sobre o desfecho da gestação. Os resultados mostraram que a gestação não intencional, ou seja, aquela que ocorre quando não há a pretensão de engravidar, é um importante fator de risco para natimortalidade em países de baixa renda, além de apresentar risco aumentado para depressão pós-parto. Os achados fornecem evidências quanto à importância de subsidiar mulheres e casais a alcançarem suas metas reprodutivas e o quanto isso pode afetar positivamente a saúde materna e perinatal (HALL et al., 2018).

Por sua vez, a relação entre o uso de métodos contraceptivos modernos e a prevenção de gestações não intencionais é consenso na literatura. Estima-se que, se todas as mulheres que desejassem evitar uma gestação utilizassem um método contraceptivo moderno, seria possível reduzir em 70% as gestações não intencionais, o que corresponderia a uma diminuição de 74 para 22 milhões ao ano (SINGH et al., 2014).

Dados mundiais de 2019 mostraram que 48% das mulheres entre 15 e 49 anos de idade usavam método contraceptivo. A prevalência de uso de contraceptivos era maior no Leste e Sudeste Asiático, Europa, América do Norte, América Latina e Caribe (em torno de 60%), ao passo que na África Central e Ocidental essa taxa era inferior a 25%. Estima-se que, no mundo, 190 milhões de mulheres têm necessidade insatisfeita por contracepção, ou seja, querem adiar ou limitar o número de filhos, mas não utilizam métodos contraceptivos (UNITED NATIONS, 2019).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, mostrou que 80,6% das mulheres brasileiras casadas de 15 a 49 anos usavam método contraceptivo. Esses dados sinalizam um avanço quando comparados aos achados da PNDS de 1986, em que 77% das mulheres em união relataram usar método contraceptivo. Houve, ainda, uma redução de 40% para 29% nas taxas de laqueadura no período (1986 e 2006), ou seja, observou-se mudança no *mix* contraceptivo. A participação masculina aumentou por meio da vasectomia (2,8% a 5,1%) e do uso da camisinha (4,6% a 13,0%), além do aumento do uso de preservativo masculino na

primeira relação sexual entre as jovens de 15 a 24 anos (18,0% a 62,9%) (BRASIL, 2009a). Pesquisa realizada em 2019 com dados da Pesquisa Nacional de Saúde – 2013 mostrou que o uso de métodos contraceptivos no Brasil ainda permanece centrado em três métodos: a pílula (40,6%), o preservativo masculino (20,4%) e a esterilização feminina (17,3%) (IBGE, 2021), dos quais dois são considerados métodos de curta ação³ (TRINDADE et al., 2019). A principal desvantagem dos métodos de curta ação é a necessidade da motivação, muitas vezes diária, por parte da usuária, para a manutenção de sua eficácia. Alguns métodos de curta ação ainda necessitam de uma intervenção de profissional de saúde, como por exemplo, os injetáveis (BRADLEY et al., 2009; CURTIS et al., 1997; MONTGOMERY et al., 1997; STAVETEIG, 2015), o que pode gerar a descontinuidade do uso.

Embora o Brasil apresente uma alta taxa de prevalência de uso de métodos contraceptivos, semelhante a de países de alta renda como Reino Unido e Noruega (ALKEMA et al., 2013), o uso de anticoncepcionais difere entre as mulheres a depender da escolaridade, renda e raça/cor; portanto, as brasileiras com algum grau de vulnerabilidade são as mais expostas ao não uso de métodos contraceptivos (TRINDADE et al., 2019) e, conseqüentemente, a vivenciar uma gestação não intencional, que chega a 55% no país (THEME-FILHA et al., 2016).

Dados da PNDS de 2006 também mostraram que 8,3% das mulheres brasileiras tinham necessidade insatisfeita por contracepção (BRASIL, 2009a). Ainda que pareça um dado positivo comparado a outros países em que essa taxa alcança 30%, como por exemplo, Yemen e Uganda (ALKEMA, 2013), isso representava, em 2006, mais de três milhões de mulheres em idade reprodutiva (BRASIL, 2009a). Estima-se, ainda, que as mulheres com necessidade insatisfeita por contracepção contribuam com mais da metade das gestações não intencionais que ocorrem no Brasil (CARVALHO, 2018).

Ainda em relação ao *mix* contraceptivo no Brasil, sabe-se que os métodos contraceptivos de longa duração, os chamados LARC (*long-acting reversible contraception*)⁴ são pouco usados. O dispositivo intrauterino (DIU), por exemplo, apesar de ser o segundo método anticoncepcional reversível mais utilizado no mundo,

³ Métodos de curta ação são métodos que dependem da ação do usuário para manter a sua eficácia e efeito contraceptivo (FEBRASGO, 2016).

⁴ LARC são métodos que oferecem ação contraceptiva por um longo período (DIU e implante subdérmico) (FEBRASGO, 2016).

com prevalência de uso de 17% (UNITED NATIONS, 2019), era utilizado por apenas 1,9% das brasileiras em 2013 (BRASIL, 2009a) e 4,4% em 2019 (IBGE, 2021). Estudos regionais confirmam que o uso do DIU é realmente baixo, sendo da ordem de 3% no Rio Grande do Sul em 2015 (GONÇALVES et al., 2018) e 2,5% em São Paulo, no mesmo ano (LAGO et al., 2020). O implante, por sua vez, apresenta barreiras e dificuldades no acesso, devido ao seu alto custo e indisponibilidade na atenção primária, utilizado por 2% das mulheres (UNITED NATIONS, 2019). No Brasil, segundo a PNDS 2006, cerca de 0,4% das mulheres já utilizaram o implante como contracepção (BRASIL, 2008).

Por serem métodos que oferecem ação contraceptiva por longo período, cujo efeito não depende da memória ou de nenhuma outra ação adicional de quem os utiliza, como por exemplo, procurar um serviço com regularidade para a obtenção do método, os LARC têm maior eficácia contraceptiva quando comparados aos métodos de curta ação, com taxa de gravidez menor que 1% a ano (WHO, 2018a). Isso justifica o fato de que a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Ministério da Saúde, *Center for Disease Control and Prevention*, *American Academy of Pediatrics* e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), recomendarem a sua oferta em ampla escala às mulheres (WHO, 2006; BRASIL, 2013; OTT et al., 2014; CURTIS, 2016; FEBRASGO, 2016; BRASIL, 2018b; WHO, 2018a). Isso inclui o DIU de cobre, único LARC largamente disponível na rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.3 DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Em 1962, após Jack Lippes apresentar suas experiências em uma conferência internacional sobre o uso do DIU *Lippes loop*, foi quando o primeiro DIU foi aceito pela comunidade médica. Posteriormente, muitos modelos e tipos de dispositivo foram desenvolvidos e aprovados para serem utilizados em larga escala (GUILLEBAUD, 2017).

São três os tipos de DIU atualmente desenvolvidos pela indústria: DIU de cobre (sendo o modelo TCU-380A o mais comum), combinado de cobre e prata e de ação hormonal (Levonorgestrel) (POLI et al., 2009).

Denominado de anticonceptivo intrauterino de cobre e prata, segundo o fabricante, o DIU combinado é um dispositivo em formato aproximado de “Y”, que tem duração de 5 anos. Seu fino núcleo de prata promove a diminuição da fragmentação do cobre, melhorando a eficácia do método. Estudos randomizados concluíram que se trata de um método seguro e eficaz, com resultados comparáveis aos demais tipos de DIU. Apesar de ser recomendado às mulheres com fluxo menstrual intenso, pois tem menos efeitos colaterais, ainda não existem comprovações científicas sobre a sua ação na diminuição das cólicas e fluxo menstrual. Vale ressaltar que os estudos já publicados sobre esse dispositivo foram realizados na década de 80 e 90, com avaliação do produto numa concentração de cobre de 200mm², inferior à comercializada atualmente (380mm²) (CHAMPION et al., 1988).

O DIU hormonal, ou sistema intrauterino, tem duração de 5 anos e está disponível no mercado em duas concentrações, levonorgestrel 52mg e levonorgestrel 19,5mg. Sua ação ocorre por meio da liberação de levonorgestrel dentro da cavidade uterina, com mínima absorção sistêmica. Inibe o espessamento do endométrio, além de tornar o muco cervical mais espesso, dificultando a mobilidade do espermatozoide e impossibilitando a fecundação. A ação do levonorgestrel também pode levar à anovulação em aproximadamente 25% das mulheres (BRASIL, 2013). Os principais efeitos secundários do DIU hormonal são sangramento irregular e infrequente, amenorreia, acne, dores de cabeça, náusea, edema, mudanças de humor e cistos ovarianos. Dentre suas principais vantagens, está a redução das cólicas menstruais e diminuição dos sintomas de endometriose (BRASIL, 2013; WHO, 2018a).

O Tcu-380A é um tipo de DIU em formato de “T”, constituído por polietileno estéril e recoberto por cobre (FERREIRA et al., 2015). Dentre as suas principais vantagens, destaca-se a alta eficácia, com incidência de falha de 0,6 a 0,8%; necessidade de uma única intervenção para o início da sua ação, garantindo menor interferência de fatores externos, como necessidade de comprometimento do parceiro e a dependência da memória para usar; período de duração recomendado pelo fabricante de 10 anos; e, por fim, retorno imediato da fertilidade após a sua retirada (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016; STAVETEIG, 2015). Seu mecanismo de ação não é plenamente conhecido, porém sabe-se que a presença do DIU provoca uma reação inflamatória e o cobre, por sua vez, desencadeia ações bioquímicas locais, levando a alterações no endométrio e muco cervical, tornando o ambiente hostil para a ascensão dos espermatozoides. Seu uso não impede o processo ovulatório, mas tem ação

endometrial que impossibilita a nidação (POLI et al., 2009). Dentre os efeitos secundários do DIU de cobre, estão as alterações do ciclo menstrual, com sangramento mensal intenso (principalmente nos 3 a 6 primeiros meses) e cólicas menstruais (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016; WHO, 2018a).

Uma revisão sistemática que incluiu nove ensaios clínicos randomizados concluiu que não houve diferença nas taxas de gestação entre as usuárias de DIU hormonal e DIU de cobre em uma concentração maior que 250mm², mas a taxa de expulsão foi menor dentre as que utilizavam o DIU hormonal (FRENCH et al., 2004). Outro estudo publicado em 2017, também avaliou a taxa de gestação e expulsão entre ambos os DIU e mostrou que as usuárias de DIU de cobre estavam mais propensas à expulsão e a engravidar no primeiro ano de uso, quando comparadas às usuárias de DIU hormonal (PHILLIPS et al, 2017).

O DIU (hormonal ou cobre) é considerado um excelente método para mulheres que buscam contracepção reversível de longa duração, sendo também indicado às puérperas por ser compatível com a amamentação. O método pode também ser utilizado por mulheres nulíparas, adolescentes e durante a peri-menopausa, sem acarretar prejuízos à saúde. O DIU é recomendado em situações de pós-abortamento, induzido ou espontâneo, desde que não haja infecção, podendo ser inserido imediatamente após os procedimentos de aspiração manual intrauterina ou curetagem.

De modo geral, são raras as situações em que o DIU de cobre é contraindicado; mesmo mulheres com histórico de gestação ectópica, neoplasia intraepitelial cervical, ectopia cervical ou infecção por HIV, tabagistas, com fatores de risco para doenças cardiovasculares e hipertensas, podem usar o método (WHO, 2015; BRASIL 2018b).

As possíveis intercorrências relacionadas ao uso do DIU, independentemente se de cobre ou hormonal, são a perfuração uterina e a expulsão. A perfuração é um evento raro, cuja taxa varia de 0,13% a 0,22% e que, geralmente, ocorre durante o procedimento de inserção. A expulsão é mais frequente, com taxa de até 10% no primeiro ano de uso, podendo variar de acordo com a idade e paridade da mulher (GIORDANO, 2015). Revisão sistemática publicada pela Cochrane avaliou as intercorrências relacionadas ao uso do DIU de cobre e concluiu que o modelo Tcu-380A possui uma taxa de expulsão que varia de 2,4% a 8,2% (KULIER et al., 2007).

No Brasil, podem ser encontrados os tipos Tcu-380A, hormonal e combinado de cobre e prata, esse último com apenas uma marca fabricante no país. Na rede

privada, é possível ter acesso a todos os tipos de DIU citados, pois alguns planos de saúde oferecem o procedimento de inserção e os dispositivos dentro do rol de atividades previstas. Na rede pública, está disponibilizado o modelo Tcu-380A e, desde agosto de 2020, o município de São Paulo incorporou a oferta do DIU hormonal em alguns casos, como síndromes anêmicas, anemia falciforme, HIV positivo em fase 1 e 2, adolescentes residentes em regiões de alta vulnerabilidade social, cardiopatas de risco intermediário ou alto à gestação e mulheres com sangramento uterino anormal, conforme nota técnica nº0007/2020 (PMS/SMS, 2020).

Em 2014, foi conduzida uma pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de São Paulo sobre a oferta e o acesso ao método. Os resultados mostraram que apenas 63,2% delas inseriam o DIU; outras 31,4% encaminhavam para outros serviços e 4,7% não inseriam e nem referenciavam as mulheres (FIGUEIREDO et al., 2014). Os encaminhamentos foram para unidades de cuidados complexos, como hospitais, sobrecarregando tais serviços desnecessariamente, tendo em vista que a inserção do DIU é um procedimento relativamente simples, podendo ser feito por profissional treinado (WHO, 2012; BRASIL, 2018b; WHO, 2018a). As UBS que tinham apenas médicos generalistas na equipe assistencial mostraram mais restrição à inserção do DIU, provavelmente porque, no Brasil, o procedimento ainda está fortemente vinculado à especialização médica de ginecologia. Além disso, foi observado que a disponibilidade do DIU é menor nas regiões periféricas e menos favorecidas da cidade de São Paulo quando comparadas com outras regiões (FIGUEIREDO et al., 2014), contribuindo para a manutenção da desigualdade no acesso ao método contraceptivo.

Além da baixa oferta do método na atenção básica de saúde, autoras relatam que barreiras organizacionais certamente contribuem para a sua subutilização, como falta de material necessário para a inserção; falta de conhecimento dos profissionais sobre os critérios de elegibilidade; ausência de protocolos disponíveis nos serviços de saúde; necessidade de agendamento prévio com longo tempo de espera; condicionamento à participação de grupos como pré-requisito para a inserção; desinformação e solicitação de exames desnecessários (HEILBORN e PORTELLA, 2009; GONZAGA et al., 2017). Não existem evidências que sustentem a prática de realização rotineira de exames como hemograma, teste de HIV e infecções sexualmente transmissíveis, glicemia e colpocitologia oncótica para a inserção do

DIU. Por sua vez, a inspeção cervical e o exame bimanual são necessários antes da inserção (CURTIS, 2016; WHO, 2016).

A falta de profissionais capacitados para a inserção do DIU é um dos principais exemplos das barreiras para sua oferta e disponibilização. A OMS sinaliza que o número de profissionais de saúde treinados não é suficiente para atender à demanda contraceptiva, sendo a escassez de recursos humanos um dos principais obstáculos para se atingir os ODS (JANOWITZ et al., 2012; WHO 2012). O panorama apresentado sinaliza a necessidade de se expandir o atendimento em saúde reprodutiva, o que inclui a incorporação de outros profissionais de saúde ao aconselhamento e oferta de métodos contraceptivos. Diante disso, há um esforço mundial em otimizar o potencial de trabalho desses profissionais, permitindo uma distribuição mais equilibrada de habilidades e responsabilidades entre os próprios trabalhadores (NABUDERE et al., 2011).

Com o intuito de otimizar a assistência ofertada, a OMS elaborou o documento *Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting*, com recomendações baseadas em evidências científicas, destinadas a gestores e governos com intuito de guiá-los na elaboração de políticas públicas na área de saúde materna e neonatal (WHO, 2012). Nesse documento, estão descritas diferentes classes profissionais que podem atuar diretamente na atenção à saúde da mulher e do recém-nascido, dentre elas o profissional obstetrix e a enfermeira obstétrica (*midwife*).

1.4 INSERÇÃO DE DIU POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

No Sistema Único de Saúde (SUS), a inserção de DIU é realizada majoritariamente por médicos. No entanto, obstetrizes e enfermeiros têm competência legal para tal procedimento. No Brasil, a partir de 2010, obstetrizes⁵ e enfermeiros foram legalmente reconhecidos como profissionais habilitados a prescrever e inserir o

⁵ Não há menção do profissional obstetrix no parecer, porém o decreto N. 94.406/87 que dispõe do serviço da enfermagem, classifica como enfermeiros os titulares de diploma de Enfermagem, titulares de diploma de Obstetrix ou de Enfermeiro Obstétrico (BRASIL, 1987). No Brasil, existe um único curso de graduação em Obstetrícia, que foi implementado em 2005 pela Universidade de São Paulo (USP). Até dezembro de 2019, segundo o COFEN, existiam cerca de 298 obstetrizes ativas no país, atuando, principalmente, na assistência ao parto em maternidades públicas e privadas.

DIU de cobre, por meio do Parecer Nº17/2010 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (COFEN, 2010). Em 2017, em resposta à solicitação do Ministério da Saúde sobre a atuação dos enfermeiros no atendimento ao planejamento reprodutivo com uso de medicamentos e insumos, o COFEN publicou parecer alegando não haver necessidade de uma Resolução específica, uma vez que a Resolução Nº358/2009 já abrange o tema como parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem e da consulta de enfermagem (COFEN, 2017).

Desde 2017, há incentivo do Ministério da Saúde para aumentar a oferta de DIU tanto a nível de atenção primária à saúde, quanto nos casos de cuidado pós-parto e pós-aborto. Tal incentivo contempla treinamentos para enfermeiros e obstetrias das maternidades do Brasil e ampliação do acesso ao DIU nos serviços de atenção primária. Por sua vez, o Ministério da Saúde publicou em 2018 um manual técnico para profissionais de saúde sobre o DIU de cobre, com recomendações para a sua inserção e enfatizando a importância da participação da enfermagem nesse cuidado (BRASIL, 2018b).

Na contramão desse movimento, em dezembro de 2019, o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica 38/2019-DAPES/SAPS/MS (BRASIL, 2019a) a pedido do Conselho Federal de Medicina (CFM), revogando a nota técnica anterior de nº 5/2018-CGSMU/DAPES/SAS/MS que considerava enfermeiros e obstetrias aptos a inserção de DIU (BRASIL, 2018). Desde então, várias entidades, como COFEN, Associação de Alunos e Egressos do Curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo, Associação Brasileira de Obstetriz e Enfermeiros Obstetras e *experts* na área de contracepção vêm questionando a Nota. O Conselho Nacional de Saúde publicou a recomendação nº 007, de 24 de janeiro de 2020, de que o Ministério da Saúde reavaliasse essa Nota e permitisse que enfermeiros e obstetrias realizem o procedimento de inserção de DIU na rede pública (CNS, 2020). Até meados de 2021, a decisão do Ministério da Saúde permanecia inalterada.

Do ponto de vista legal, enfermeiros capacitados estão respaldados a inserir e realizar o manejo do DIU. Desde 2010, o COFEN posiciona-se sobre o assunto e respalda esses profissionais por meio do Parecer Nº17/2010 (COFEN, 2010). Porém, para que a prática seja abrangida pelo SUS nos diferentes municípios, faz-se necessário que o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde adotem a inserção de DIU por enfermeiros e obstetrias em suas diretrizes.

Este estudo insere-se neste contexto de debate no país sobre a competência legal de enfermeiros e obstetrias para inserir o DIU e, nesse sentido, pretendeu avaliar os desfechos do DIU de cobre inserido por obstetrias e enfermeiros. Para guiar a condução deste estudo, procurou-se identificar as variáveis usadas na análise de desfechos das inserções de DIU por enfermeiros e obstetrias descritos na literatura, nacional e internacional. Para isso, foi conduzida uma revisão bibliográfica integrativa em setembro de 2019, nas bases de dados BVS Brasil, CINAHL, EMBASE, PUBMED e SCOPUS, por meio dos descritores descritos no Quadro 1. A pergunta direcionadora foi: “Quais são os desfechos usados para avaliar a inserção de DIU por obstetrias e enfermeiras obstétricas?”.

Quadro 1 – Estratégia de busca adotada conforme base de dados, São Paulo, 2019.

Nome da base	Estratégia adotada
BVS Brasil	(“dispositivo intrauterino” OR intrauterine device”) AND (“inserção OR “insertion”) AND (“enfermeiros” OR “midwives”)
CINAHL	(“Intrauterine Devices”) AND (“inclusion” OR “insertion” OR “pain”) AND (“nurse” OR “midwife”)
EMBASE	(“Intrauterine Devices”) AND (“inclusion” OR “insertion” OR “pain”) AND (“nurse” OR “midwife”)
PUBMED	(“Intrauterine Devices”) AND (“inclusion” OR “insertion” OR “pain”) AND (“nurse” OR “midwife”)
SCOPUS	(“Intrauterine Devices”) AND (“inclusion” OR “insertion” OR “pain”) AND (“nurse” OR “midwife”)

Os critérios de inclusão dos estudos foram: estudos publicados na língua inglesa ou portuguesa, com desenho de pesquisa clínica e suas derivações, que tinham o DIU de cobre ou hormonal como intervenção e corte temporal de 2009 a 2019. *A priori*, a revisão teve como objetivo encontrar estudos com desfechos das inserções de DIU somente em nível ambulatorial, porém, devido à dificuldade de identificá-los dentro da limitação temporal estabelecida, optou-se por incluir também as inserções de DIU que ocorreram no período pós-parto (pós-placentária e até 48h pós-parto), portanto, em contexto hospitalar. Dentre os critérios de exclusão, considerou-se os artigos que não apresentavam as variáveis e as etapas de análise

de dados claras quanto aos desfechos, os que eram estudos de relato de experiência e os que avaliaram o conhecimento dos profissionais.

A busca foi realizada em três etapas (Figura 1): busca por meio de descritores nas bases de dados, seleção com base na leitura de títulos e resumo e, por fim, leitura na íntegra desses artigos pré-selecionados. A análise dos estudos foi estruturada em uma planilha no programa *Excel* e as referências foram organizadas por meio do *software ReadCube papers*. Foram encontrados 306 artigos nas bases de dados, dos quais 126 foram excluídos por estarem duplicados e 173 foram excluídos após leitura de título e resumo. Posteriormente, 3 artigos foram excluídos após a leitura na íntegra, uma vez que não se enquadravam nos critérios de inclusão. Ao término desse processo, quatro artigos foram incluídos nessa revisão. A Figura 2 sistematiza o processo de inclusão, exclusão e seleção dos artigos.

Figura 1 – Sistematização da busca, São Paulo 2019.

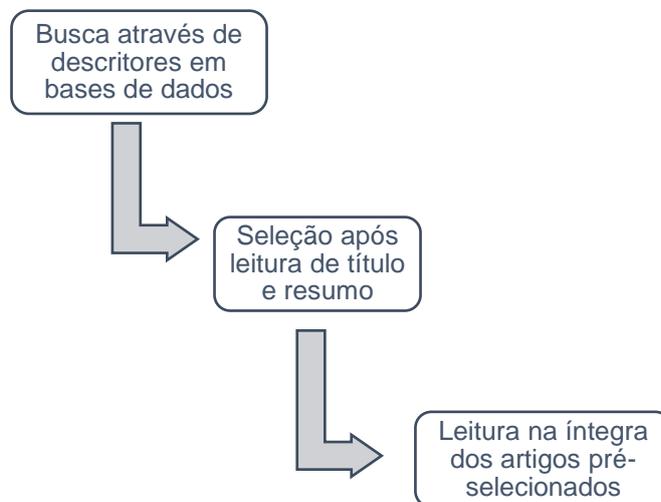
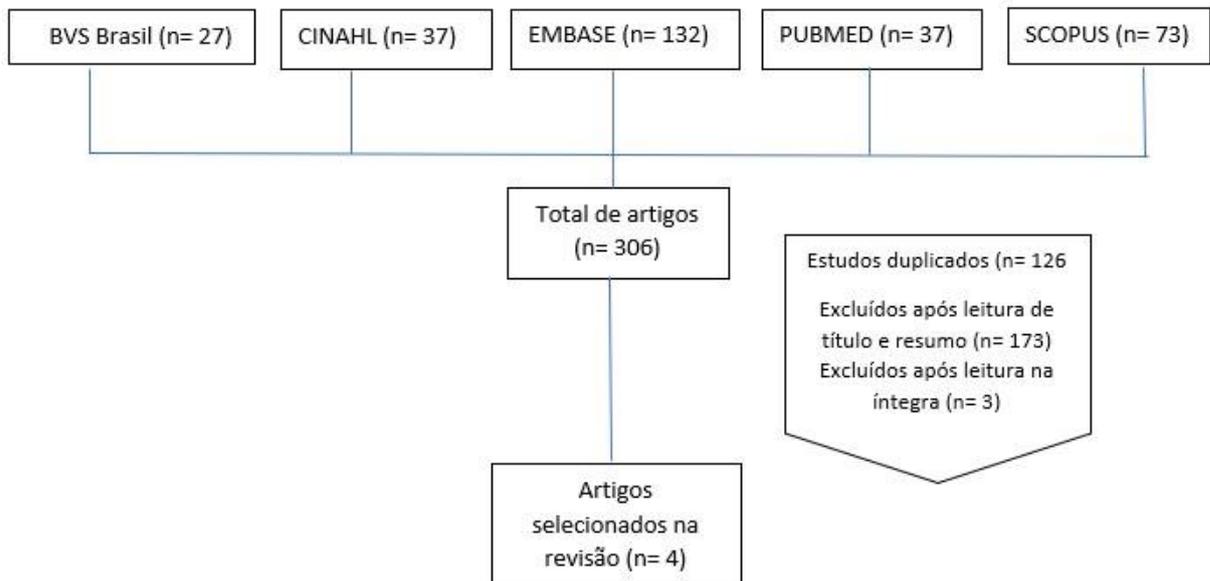


Figura 2 – Busca nas bases bibliográficas e número de artigos encontrados, São Paulo, 2019.



Os quatro estudos selecionados (KEMENY et al., 2016; BHADRA et al., 2018; MAKINS et al., 2018; MUGANYIZI et al., 2018) foram conduzidos em países diferentes, Austrália, Tanzânia, Índia e, por fim, um estudo multicêntrico, que analisou dados de Sri Lanka, Tanzânia, Quênia, Nepal, Bangladesh e Índia. Importante salientar que o trabalho conduzido na Tanzânia fez parte desse mesmo estudo multicêntrico. O motivo de escolha dos dois artigos que contemplam dados do mesmo país dá-se pelo fato que, na Tanzânia, foram analisadas novas variáveis (remoção e descontinuidade do DIU) relevantes para essa revisão.

O Quadro 2 apresenta os quatro estudos selecionados, sendo identificados segundo a autoria, ano de publicação, país de condução, desenho de estudo, tipo de DIU inserido, momento da inserção, categoria profissional, amostra, variáveis analisadas, principais achados e limitações do estudo.

Quadro 2 – Distribuição dos estudos, segundo autoria, ano de publicação, país de condução, desenho do estudo, tipo de DIU, momento da inserção, profissional que executou a inserção, tamanho da amostra, variáveis analisadas e principais resultados. São Paulo, 2019.

Autor Ano	País	Desenho do estudo	Tipo de DIU	Cenário da inserção	Profissional	Follow- up	Amostra	Variáveis analisadas	Principais resultados
Kemeny et al. (2016)	Austrália	Estudo de coorte	Cobre (n=41) e hormonal (n=166)	Ambulatorial	Enfermeiros	6 meses	207 inserções	<ul style="list-style-type: none"> - Inserção bem-sucedida (sem caracterização sobre a mensuração dessa variável) - Necessidade de intervenção ou assistência médica - Expulsão - DIU removido e reinserido - DIU removido e não reinserido 	<p>Inserções:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 89% foram clientes com parto anterior e 11% foram clientes nulíparas; - 91% dos DIU tiveram inserções bem-sucedidas por enfermeiras e sem assistência médica; - Não houve diferença significativa entre mulheres nulíparas e com paridade em termos de probabilidade de necessitar de assistência médica. <p>53% das clientes voltaram para o <i>follow-up</i> durante o período de 6 meses, com os seguintes resultados:</p>

Autor Ano	País	Desenho do estudo	Tipo de DIU	Cenário da inserção	Profissional	<i>Follow- up</i>	Amostra	Variáveis analisadas	Principais resultados
									<p>- 2% de expulsão em período que variou de 4 a 10 semanas de uso;</p> <p>- 1% foi removido e reinsertado devido mal posicionamento;</p> <p>- 3% removido e não reinsertado por escolha da mulher.</p> <p>Limitações: metade das mulheres com inserção bem-sucedida não retornaram para o <i>follow-up</i>.</p>
Muganyizi et al. (2018)	Tanzânia	Estudo de coorte	Cobre	Pós-parto vaginal e cesárea	Enfermeiros obstétricos/ obstetizes recém- treinadas	4 a 6 semanas	2.347 inserções	<ul style="list-style-type: none"> - Infecção uterina - Expulsão - Remoção do DIU por razões clínicas - Descontinuidade 	<p>Foram analisadas apenas as mulheres que voltaram para a consulta de <i>follow-up</i> (n=596):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2,7% de infecção uterina; - 2,3% de expulsão; - 4,4% de remoções por razões clínicas; - 5,5% de taxa de descontinuação após 6 semanas;

Autor Ano	País	Desenho do estudo	Tipo de DIU	Cenário da inserção	Profissional	Follow- up	Amostra	Variáveis analisadas	Principais resultados
									- Inserção por EO/O é eficaz e segura, quando comparado com outros estudos onde o DIU foi inserido por médicos.
Bhadra et al. (2018)	India	Caso- controle	Cobre	Pós-parto vaginal e cesárea	Enfermeiros e médicos	6 semanas	2.416 inserções por médico 4.759 inserções por enfermeiros	- Expulsão - Remoção do DIU Descontinuidade	Inserções: - 71,5% pós placentária e pós-parto vaginal; - 28,5% durante cesariana; - 92,8% das inserções pós-parto vaginal foram por enfermeiros. 63,4% das mulheres voltaram para a consulta de <i>follow-up</i> ($n=4.551$), com os seguintes resultados: - 6,3% taxa de descontinuidade após 6 semanas (médicos e enfermeiras); - 0,3% de expulsão entre enfermeiras e 0% entre médicos

Autor Ano	País	Desenho do estudo	Tipo de DIU	Cenário da inserção	Profissional	<i>Follow- up</i>	Amostra	Variáveis analisadas	Principais resultados
									<p>(nenhuma expulsão em cesárea);</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0,1% de remoção por enfermeiras e 0,8% por médicos, a principal razão foi por escolha da mulher; - Não houve perfurações; - Após o treinamento das enfermeiras, as taxas de aceitabilidade do método entre as mulheres aumentaram drasticamente sem aumento de complicações. <p>- Limitações: não é possível compreender se os dados analisados foram do período de treinamento e capacitação dos enfermeiros.</p>

Autor Ano	País	Desenho do estudo	Tipo de DIU	Cenário da inserção	Profissional	Follow- up	Amostra	Variáveis analisadas	Principais resultados
Makins et al. (2018)	Sri Lanka, Tanzânia, Quênia, Nepal, Bangladesh, Índia	Estudo de coorte	Não relata	Pós-parto vaginal e cesárea	Médicos, enfermeiros generalistas e obstetristas/ enfermeiros obstétricos	6 semanas	27.395 inserções por médicos 5.695 por enfermeiros generalistas, 2.969 por EO/O ⁶	- Expulsão	<ul style="list-style-type: none"> - Total de 36.766 inserções, sendo 53% pós-parto vaginal e 47% pós cesariana; - Não houve diferenças nas taxas de expulsão entre médicos e EO/O; - Inserção por enfermeiros generalistas tiveram 67% menos chances de resultar em expulsão quando comparado com médicos depois de ajustada por país e método de inserção (aOR 0.33; 95% IC 0.216-0.495). - Limitações: na maior parte dos países analisados, a inserção foi majoritariamente realizada por médico.

⁶ EO/O= Enfermeiros obstétricos/obstetristas

A análise dos artigos selecionados mostrou que a maioria teve como metodologia estudos de coorte (KEMENY et al., 2016; MAKINS et al., 2018; MUGANYIZI et al., 2018), sendo apenas um de caso-controle (BHADRA et al., 2018). Os resultados apresentados apontam para a segurança da inserção de DIU por enfermeiros generalistas e enfermeiros obstétricos/obstetizes em diversos contextos. A coleta de dados foi realizada no retorno de *follow-up* das mulheres, sendo que esse período variou entre 4 a 6 semanas (BHADRA et al., 2018; MAKINS et al., 2018; MUGANYIZI et al., 2018) ou 6 meses (KEMENY et al., 2016). Não houve descrição sobre as razões para se determinar o tempo de retorno, apesar de existirem recomendações que seja realizado em torno 3 e 6 semanas após o procedimento (BRASIL, 2013; WHO, 2018a).

Apenas um estudo avaliou os casos de insucesso da inserção de DIU por enfermeiros (KEMENY et al., 2016). Os motivos para tal foram orifício cervical interno impérvio (9 casos), necessidade de auxílio para avaliar o tamanho e posição do útero ou gerenciamento de resultados clínicos/laboratoriais anormais (4 casos), solicitação de anestésico local (2 casos) e suporte na falha de liberação do DIU através do aplicador (1 caso). Em todos esses casos, foi solicitado auxílio e intervenção médica. Além disso, foram relatados 2 casos de insucesso na inserção por enfermeiro e médico, sem especificação dos motivos.

O tipo de DIU utilizado foi majoritariamente o de cobre (KEMENY et al., 2016; MUGANYIZI et al., 2018; BHADRA et al., 2018). Há um estudo que avaliou também o DIU hormonal (KEMENY et al., 2016) e outro que não descreveu o modelo (MAKINS et al., 2018). Um único estudo analisou desfechos de DIU ambulatorial (KEMENY et al., 2016); os demais avaliaram resultados do DIU inserido no período pós-parto vaginal ou cesárea no momento pós-placentário ou em até 48h pós-parto (BHADRA et al., 2018; MAKINS et al., 2018; MUGANYIZI et al., 2018). Os profissionais responsáveis pela inserção foram médicos (BHADRA et al., 2018; MAKINS et al., 2018), enfermeiros generalistas (BHADRA et al., 2018; MAKINS et al., 2018) ou obstetizes/enfermeiros obstétricos (KEMENY et al., 2016; MAKINS et al., 2018; MUGANYIZI et al., 2018), sendo os dois últimos profissionais analisados dentro de uma mesma categoria.

As principais variáveis utilizadas para a análise dos desfechos das inserções foram:

a) expulsão (KEMENY et al., 2016; BHADRA et al., 2018; MAKINS et al., 2018; MUGANYIZI et al., 2018);

b) remoção do DIU, por razões clínicas ou por escolha da mulher (KEMENY et al., 2016; BHADRA et al., 2018; MUGANYIZI et al., 2018);

c) taxa de descontinuidade (BHADRA et al., 2018; MUGANYIZI et al., 2018).

Nessa revisão, observou-se que alguns desfechos quanto ao uso do DIU foram ignorados, entre eles a dor durante o procedimento de inserção e a satisfação das mulheres quanto ao método.

Apesar de não incorporada na revisão apresentada por não se tratar de um estudo primário, uma revisão sistemática conduzida por pesquisadores da Alemanha e Suíça com o objetivo de avaliar o efeito e segurança da atuação de outros profissionais na oferta de contraceptivos injetáveis, implantes, DIU, laqueadura e vasectomia, em países de baixa e média renda, considerou, especificamente sobre o DIU, dois ensaios clínicos randomizados realizados na Colômbia (1977) e no Brasil (1995), que compararam a inserção de DIU por enfermeiros e médicos (POLUS et al., 2015). Nesses estudos, os enfermeiros receberam treinamento que variou de seis a oito semanas, incluindo a prática com no mínimo 10 inserções autônomas de DIU. Os resultados sugeriram pouca ou nenhuma diferença nas taxas de continuidade do método quando inserido por enfermeiro ou médico. Quanto às taxas de remoção, taxas de complicações e gravidez não intencional, os estudos mostraram um nível muito baixo de evidência, devido à pequena amostra e quantidade de estudos. Com relação ao insucesso da inserção entre mulheres nulíparas, a taxa pareceu ser maior naquelas que tiveram o DIU inserido por enfermeiros; já para as múltiparas, não houve diferença. O grupo de mulheres que teve o enfermeiro como responsável pela inserção apresentou taxas mais baixas de dor durante o procedimento.

Essa revisão sistemática possibilitou concluir que a inserção do DIU por profissionais como enfermeiros e obstetrias pode se constituir em uma intervenção efetiva e segura. No entanto, o nível de evidência foi baixo, sugerindo a realização de novas pesquisas que avaliem o impacto da oferta de DIU por esses profissionais e que haja o acompanhamento das mulheres a longo prazo (POLUS et al., 2015).

No contexto brasileiro, o primeiro estudo sobre a temática foi publicado em 1995 (fora do critério de busca da revisão) e mostrou uma taxa maior de insucesso durante o procedimento de inserção quando realizado por enfermeiro, principalmente em nulíparas, não sendo observadas diferenças nas taxas de complicações entre

médicos e enfermeiros. As taxas de expulsão, remoção e falha do método foram semelhantes entre os dois profissionais (LASSNER et al., 1995). Em 2020 e 2021, dois novos estudos foram conduzidos no Paraná (também fora do critério da revisão): um deles avaliou os desfechos da inserção de DIU de intervalo, ou seja, inserido a nível ambulatorial, por médicos e enfermeiros; e o outro incluiu também a inserção no pós-parto imediato. Em ambos os estudos, não foram observadas diferenças nas taxas de expulsão, remoção e perfuração entre médicos e enfermeiros, mostrando que a inserção de DIU por enfermeiros é segura (TRIGUEIRO et al., 2020, 2021). Embora esses dois últimos estudos tenham sido publicados após a revisão integrativa, não contemplaram variáveis diferentes para analisar os desfechos das inserções de DIU.

A pergunta de pesquisa que guiou a condução deste estudo foi: quais foram os desfechos da inserção do DIU de cobre por obstetrizes e enfermeiras obstétricas em nível ambulatorial em um Centro de Parto Normal Peri-hospitalar (CPNp)? Nossa intenção era saber se a incorporação dessas categorias profissionais à rotina de serviços de saúde reprodutiva na inserção do DIU de cobre é segura considerando certos desfechos. Nossos resultados, por certo, possibilitarão fundamentar o debate em torno da competência legal de enfermeiras e obstetrizes na inserção do DIU de cobre.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os desfechos da inserção do DIU de cobre ambulatorial por obstetrizas e enfermeiras obstétricas em um Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimar a taxa de perfuração uterina durante e após a inserção do DIU de cobre;

Estimar a taxa de expulsão do DIU de cobre com 30 a 45 dias;

Estimar a taxa de expulsão do DIU de cobre no primeiro ano de uso;

Estimar a taxa de remoção do DIU de cobre na consulta de *follow-up*, bem como as razões para isso;

Mensurar o nível de dor das mulheres com relação à inserção do DIU de cobre;

Estimar a proporção de mulheres que continuavam a usar o DIU de cobre aos 6 e 12 meses após a inserção e os principais motivos para a interrupção do uso;

Avaliar a satisfação das mulheres com o uso do DIU de cobre após 6 meses da inserção.

III. METÓDO

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal.

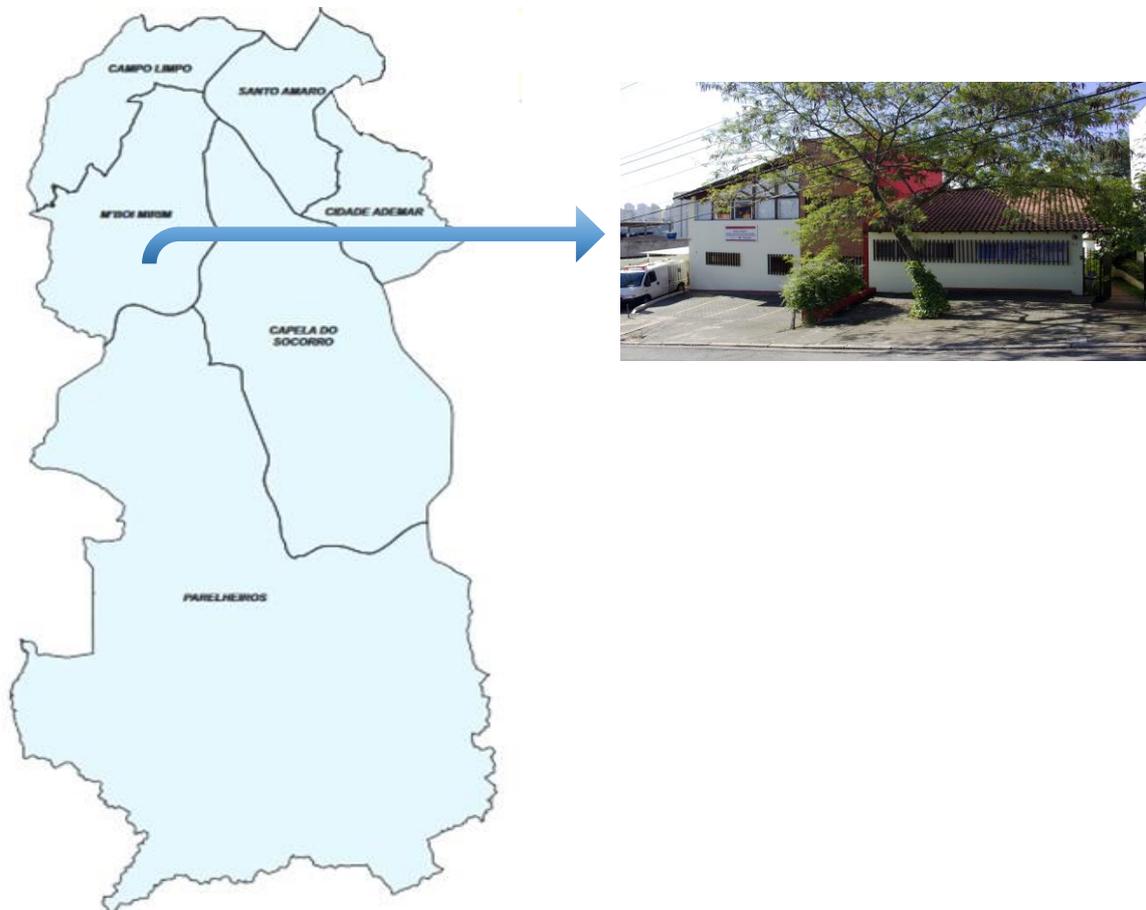
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi conduzido em um CPNp localizado na região sul da cidade de São Paulo, denominado Casa Angela – Centro de Parto Humanizado. O serviço foi inaugurado em 2009 por iniciativa da Associação Comunitária Monte Azul, após um longo trabalho iniciado na década de 80 pela obstetriz alemã Angela Gehrke na comunidade do bairro Jardim Monte Azul. Em 1997, Angela fundou a Casa de Parto Monte Azul, sendo a primeira casa de parto da cidade de São Paulo, onde atendeu partos e prestou assistência às gestantes por dois anos. Em 1999, o serviço foi fechado e em 2000 Angela faleceu, mas serviu de inspiração para a construção da Casa Angela, que se mantém ativa na mesma comunidade e inserida na subprefeitura do M'boi Mirim, como mostra a Figura 3.

A instituição constitui-se em uma Organização Social e recebe recursos por meio do convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), de doações de empresas, organizações, fundações e pessoas físicas. A Casa Angela atende pelo SUS mulheres que realizam pré-natal em alguma UBS do município de São Paulo.

O atendimento em saúde é realizado principalmente por obstetrizes e enfermeiras obstétricas baseado no ciclo gravídico-puerperal, por meio de acompanhamento pré-natal, assistência ao parto humanizado, atendimento pós-parto com grupo de puericultura até o primeiro ano de vida e, mais recentemente, com o serviço de planejamento sexual e reprodutivo. No momento da realização deste estudo, a equipe assistencial era constituída por 14 obstetrizes, 15 enfermeiras obstétricas e 8 técnicas de enfermagem, mas também contava com equipe multidisciplinar de doulas, educadora, fonoaudióloga, fisioterapeuta e pediatra.

Figura 3 – Mapa da Coordenadoria Regional de Saúde e Subprefeitura (CRS) Sul da cidade de São Paulo (2018) e localização da Casa Angela.



Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br>

Desde a sua inauguração, a Casa Angela já acompanhou mais de 2500 partos, com média de atendimentos de 320 consultas de pré-natal/mês, realização de 42 grupos/mês destinados a gestantes e puérperas, 37 nascimentos/mês e 123 consultas de pós-parto/mês. A Casa Angela também conta com o Núcleo de Pesquisa, Ensino e Consultoria (NUPEC), que tem como função proporcionar cursos de capacitação para profissionais na área de saúde da mulher, prestar consultoria a instituições de saúde com foco na assistência humanizada, promover treinamentos à própria equipe da Casa Angela, viabilizar pesquisa científica e auxiliar na análise dos indicadores assistenciais da instituição.

As mulheres que desejam realizar o acompanhamento na Casa Angela frequentam um grupo de acolhimento que acontece semanalmente, sempre às quartas-feiras e no primeiro sábado de cada mês. As informações sobre esse grupo

encontram-se disponíveis no *site* e nas mídias sociais da instituição (www.casaangela.org.br). Durante esse encontro, são apresentadas as instalações, os critérios de elegibilidade para o acompanhamento (PMSP/SMS, 2019), os serviços oferecidos, o modelo de assistência e as rotinas da instituição.

As gestantes iniciam o acompanhamento na Casa Angela apenas no terceiro trimestre de gestação, ou seja, a partir de 28 semanas de gestação, com a participação na Consulta de Boas-Vindas. Nessa Consulta, são oferecidas informações sobre hábitos de vida saudável e cuidados com a gravidez. As enfermeiras e obstetrias convidam individualmente as gestantes para realizarem uma triagem de risco, com base nas informações do pré-natal e avaliação dos exames laboratoriais e de imagem. Se enquadrada nos critérios de elegibilidade, a gestante inicia o atendimento pré-natal na Casa Angela e são agendados os grupos de gestantes⁷. Caso contrário, ela é orientada sobre a necessidade de um parto hospitalar e o acompanhamento na Casa Angela é então interrompido.

As consultas de pré-natal são distribuídas entre consultas individuais e consultas coletivas. Nessa última modalidade, as gestantes frequentam as consultas de acordo com a sua idade gestacional, de modo que os encontros aconteçam sempre com o mesmo grupo de mulheres, permitindo a construção de uma rede de apoio entre elas. As consultas coletivas ocorrem com 36 semanas de gestação, com a temática sobre plano de parto; 38 semanas, com orientações sobre os sinais de trabalho de parto e exercícios que favorecem o parto normal; e 39 semanas, com atividades que reforçam o vínculo afetivo e emocional de preparação para o parto. Em todos os encontros, é viabilizado um momento coletivo de troca de informações, que é facilitado por uma enfermeira ou obstetria, e um momento individual, com avaliação clínica e exame físico obstétrico⁸.

⁷ Em agosto de 2021, a Casa Angela oferecia grupos preparatórios para as gestantes e famílias com os seguintes temas: gestação saudável; fases do trabalho de parto e movimento corporal; plano de parto e plano B; amamentação; cuidados com o bebê e pós-parto. Desde março de 2021, por demanda da Interlocução da Saúde da Mulher do Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” (CEJAM), a Casa Angela também passou a oferecer grupos preparatórios virtuais específicos para as gestantes usuárias das UBS gerenciadas pelo CEJAM. Desde setembro de 2021, as UBS gerenciadas pela Associação Comunitária Monte Azul também foram incluídas na oferta dos grupos virtuais.

⁸ Durante o período de pandemia pelo COVID-19 esse fluxo foi alterado: o acolhimento tornou-se virtual, as gestantes passaram a realizar a Consulta de Boas-vindas por meio de teleconsulta, os grupos de gestante passaram a acontecer virtualmente e as consultas coletivas foram suspensas, ou seja, todo o atendimento pré-natal presencial tornou-se individual.

Ao longo da assistência pré-natal, caso seja detectado algum fator de risco, o acompanhamento é interrompido e a mulher é orientada sobre a necessidade de um parto hospitalar, oferecendo a oportunidade de manter a participação nos grupos de gestantes.

Respeitando os critérios de elegibilidade para admissão de trabalho de parto estabelecidos em protocolo (PMSP/SMS, 2019), o parto acontece em quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto) onde as mulheres são admitidas ainda em trabalho de parto e permanecem até cerca de 2 horas após o nascimento. Nesse ambiente, elas encontram práticas integrativas e complementares de alívio da dor como bola, cavalinho, chuveiro, banheira, aromaterapia, entre outros. São também incentivadas a terem dois acompanhantes de sua escolha para as apoiarem durante todo o processo. Os quartos de pós-parto são denominados alojamento conjunto, onde a mulher permanece com seu bebê até o momento da alta, que acontece entre 24 a 48h.

Após o parto, são agendados dois retornos de puerpério, sendo o primeiro entre 2 a 10 dias pós-parto e, o segundo, entre 30 a 40 dias pós-parto. Após o encerramento das consultas de puerpério, as mulheres retornam com seus bebês para o grupo de puericultura, denominado Grupo Meu Bebê, cujos encontros são bimestrais até o primeiro ano de vida. Nesse grupo, são oferecidas informações sobre o desenvolvimento e as necessidades do bebê de acordo com a faixa etária, baseando-se na pedagogia Waldorf (STEINER, 2014; LANZ, 2016), auxiliando os pais na elaboração da parentalidade. Os bebês também são pesados e medidos para avaliação da curva de crescimento.

Com o incentivo do Ministério da Saúde para aumentar a oferta do DIU às mulheres, o atendimento ao planejamento reprodutivo foi implementado pela primeira vez na Casa Angela em janeiro de 2018. As profissionais receberam treinamento teórico via SMS-SP e, após a elaboração do protocolo institucional baseado em diretrizes nacionais e internacionais (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016; BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018b; WHO 2018a) e pactuação com o hospital de referência, uma profissional externa (médica de família e comunidade), com experiência na inserção de DIU, foi convidada para conduzir a capacitação prática de duas obstetrias, que posteriormente replicaram a capacitação para o restante da equipe. Até agosto de 2021, três enfermeiras/obstetrias estavam aptas para inserção autônoma do DIU de cobre. Cada enfermeira e obstetria foi treinada quanto a estratégias para o

aconselhamento sobre o método, anamnese, avaliação clínica, critérios de elegibilidade para a inserção e possíveis complicações do procedimento, além do manejo pós-inserção, conforme protocolo institucional (PMSP/SMS, 2019). Todas realizaram a inserção supervisionada de, pelo menos, 12 DIU de cobre, bem como o atendimento à consulta de *follow-up* com 30 a 45 dias pós-inserção.

O fluxo para o atendimento e inserção de DIU de cobre na instituição é dinâmico e já sofreu mudanças ao longo do tempo. Durante o período de treinamento, foi aberta uma agenda de atendimentos para o DIU, tendo como único critério para agendamento o interesse pelo método contraceptivo. As mulheres que inseriram o DIU nesse período eram provenientes de diversas regiões de São Paulo, sendo algumas referenciadas pela UBS, outras por meio de indicação de amigas e familiares, não sendo necessariamente mulheres no período pós-parto e nem usuárias do serviço de pré-natal e parto da Casa Angela.

Ainda, durante os grupos de gestante e consultas de pós-parto, era abordado o tema contracepção e planejamento reprodutivo. O método era disponibilizado após quatro semanas do parto às mulheres que fizeram acompanhamento durante a gestação na Casa Angela e/ou às moradoras da comunidade Monte Azul, priorizando adolescentes e mulheres em vulnerabilidade social. Portanto, o perfil de mulheres que receberam o atendimento foi variado, sendo a grande maioria em idade reprodutiva e com gestação e parto anteriores.

A inserção do DIU de cobre ocorria tanto em uma consulta específica para isso, quanto durante a segunda consulta de puerpério, a depender do desejo da mulher e da disponibilidade de profissional capacitada ao procedimento. Ao contrário de muitas outras UBS que inserem o DIU de cobre, em que as mulheres passam por vários agendamentos/procedimentos até a inserção, as mulheres que desejavam o método passavam por aconselhamento contraceptivo, assinavam o termo de consentimento informado para colocação do DIU de cobre (Anexo 3) e, se enquadradas nos critérios de elegibilidade, tinham o DIU inserido no mesmo dia, como recomendam as diretrizes mais atualizadas (BRASIL, 2013; CURTIS, 2016; WHO, 2016; BRASIL, 2018b; WHO, 2018a).

O acompanhamento dos efeitos na saúde, satisfação e qualquer outro problema que a mulher pudesse enfrentar aconteciam de 30 a 45 dias após a inserção. Antes desse período, a mulher poderia entrar em contato via telefone para esclarecer quaisquer dúvidas e, inclusive, antecipar o atendimento, se necessário. Durante a

consulta de *follow-up*, era realizada uma anamnese sobre a adaptação ao método e possíveis queixas; posteriormente, realizado exame especular para verificar a presença dos fios do DIU. Caso não fossem visualizados, a mulher era referenciada ao serviço de origem (UBS ou serviço privado) para a realização de uma ultrassonografia. Até onde se sabe, este era o único serviço público no Brasil onde o DIU de cobre era inserido apenas por enfermeiras obstétricas e obstetrias. Importante ressaltar que, desde 14 de agosto de 2020, a Casa Angela teve as inserções de DIU suspensas por solicitação da SMS-SP em decorrência da Nota Técnica nº 38/2019 DAPES/SAS/MS publicada em dezembro de 2019 (BRASIL, 2019a). Com isso, a atuação dessas profissionais na oferta de DIU de cobre no âmbito da atenção primária à saúde foi anulada, prejudicando o acesso das mulheres ao método.

Com a experiência adquirida no processo de capacitação da equipe, a Casa Angela desenvolveu, em 2019, junto ao NUPEC, um curso de capacitação teórico-prática de inserção do DIU para profissionais externos, o qual acarretou a inserção de 55 DIU e a capacitação de quatro obstetrias, que atuavam no serviço público ou de forma autônoma no sistema privado.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população de estudo foi composta por mulheres que tiveram o DIU inserido por profissionais da Casa Angela no período de janeiro de 2018 a fevereiro de 2020. Trata-se de DIU de intervalo, ou seja, inserido a nível ambulatorial. Os critérios de inclusão foram idade igual ou maior a 18 anos no momento da entrevista telefônica, ter retornado ao serviço para a consulta de *follow-up* e ter tido o DIU de cobre inserido, no mínimo, 6 meses antes da entrevista, pelo fato de que o período de adaptação com o método é de seis meses (WHO, 2018a). Os critérios de exclusão foram mulheres cujos prontuários não foram localizados e mulheres que foram/são funcionárias da instituição, para evitar viés na coleta de dados.

3.4 COLETA DE DADOS

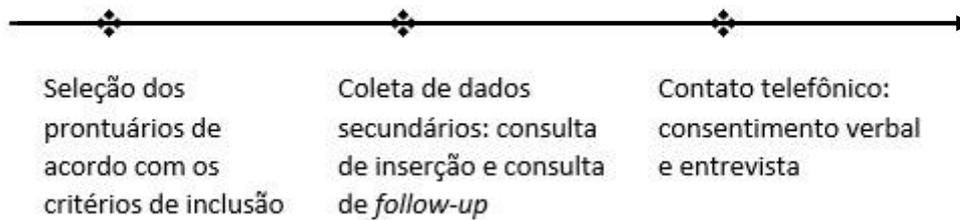
A coleta de dados foi realizada de duas formas: por meio de planilha institucional com informações das mulheres que tiveram o DIU de cobre inserido entre janeiro de 2018 e fevereiro de 2020 e por meio de entrevista telefônica.

Os prontuários foram levantados para a organização do banco de dados, de acordo com o objetivo e critérios de inclusão da pesquisa. A partir dos dados secundários (Apêndices 3 e 4), foram coletadas informações sociodemográficas, como idade e escolaridade, histórico reprodutivo e história contraceptiva, além de dados sobre a inserção do DIU e a consulta de *follow-up*. Todas as mulheres que se enquadravam nos critérios de inclusão receberam contato pela instituição via *Whatsapp*, para que a pesquisa e seus objetivos fossem apresentados; elas receberam uma cópia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foi solicitada autorização para serem contactadas pela pesquisadora, além de questionadas sobre o melhor horário para participar da entrevista telefônica. Na data e horário previamente acordados, a pesquisadora entrou em contato via telefone, obtendo o seu consentimento verbal e, então, foi conduzida a entrevista, por meio do questionário estruturado, que teve duração de aproximadamente 15 minutos. O foco desse questionário foi colher dados sobre a expulsão, remoção, satisfação e interrupção do uso; além de aplicar a escala de dor, com o intuito de analisar o grau de dor no momento da inserção do DIU. Além disso, as participantes tiveram a oportunidade de esclarecer dúvidas com relação à utilização do DIU. Durante as entrevistas, os dados foram sendo digitados num *laptop*, sendo o instrumento de coleta e gerenciamento de dados desenvolvido no *Google Forms*. A Figura 4 apresenta a linha do tempo seguida para a coleta de dados.

Na impossibilidade do contato via *Whatsapp*, a pesquisadora realizou quatro tentativas de contato telefônico com cada mulher em horários variados e em todos os dias da semana. Como forma de identificar outros meios de contato, a pesquisadora também buscou pelos prontuários pré-natal das mulheres não encontradas.

Ao término da coleta de dados, a planilha obtida a partir dos dados secundários foi sincronizada a planilha gerada pelo *Google Forms*.

Figura 4 – Momentos dos dados, São Paulo 2020.



3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados proposto foi elaborado pela própria pesquisadora e embasado nos estudos oriundos da revisão integrativa (apêndices 4 e 5). O instrumento foi dividido em cinco seções: informações sociodemográficas, histórico reprodutivo e contraceptivo, inserção do DIU, adaptação ao método e desfechos após 6 meses da inserção.

Foi aplicado um pré-teste à população de colaboradoras da instituição que tiveram o DIU inserido no local de pesquisa (n= 8) que possibilitou o aprimoramento do instrumento. Esses dados do pré-teste foram excluídos posteriormente.

As variáveis analisadas foram:

1) **Dados do prontuário – Consulta de inserção do DIU**

a) *Dados sociodemográficos*

- Data de nascimento;
- Anos completos;
- Acompanhamento prévio na instituição: sim ou não;

b) *Histórico reprodutivo e contraceptivo*

- Número de gestações anteriores;
- Número de abortos anteriores;
- Histórico de curetagem: sim ou não e ano da realização de curetagem;
- Número de partos: vaginal, cesárea, instrumental e ano do último parto;

- Cirurgia pélvica uterina anterior: tipo de cirurgia e ano;
- Método contraceptivo prévio ao DIU: preservativo, tabelinha, coito interrompido, diafragma, pílula, DIU de cobre, injetável;
- Volume de sangramento menstrual: pequeno, médio/moderado ou intenso;
- Cólicas menstruais: ausentes, fracas, moderadas ou intensas.

c) *Inserção do DIU*

- Data da inserção;
- Histerometria (cm);
- Inserção bem-sucedida: não ou sim;
- Intercorrências na inserção: reflexo vasovagal; perfuração uterina; outros

2) Dados do prontuário – Consulta de *follow-up*

d) *Adaptação ao método*

- Queixas: cólicas, fluxo menstrual irregular, fluxo menstrual intenso, menstruação prolongada, parceiro queixa-se dos fios, *spotting*, corrimento, dor na relação sexual;
- Expulsão: não ou sim;
- Perfuração: não ou sim;
- Mal posicionamento: não ou sim;
- Utilização de anti-inflamatório não hormonal (AINH) para dismenorreia: não ou sim;
- Utilização de método combinado por 30 dias: não ou sim;
- Retirou o DIU: não ou sim;
- Necessidade de ultrassonografia: não ou sim;
- Motivo para realização de ultrassonografia: fios não visualizados, DIU mal posicionado, dor intensa, sangramento aumentado e solicitação da mulher.
- Resultado da ultrassonografia: DIU normoinserido, DIU baixo, DIU mal posicionado.

3) Dados da entrevista telefônica:

e) Dados sociodemográficos

- Nível de escolaridade: ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino superior completo, pós-graduação;

- Exerce algum trabalho remunerado: não ou sim;

- Cor da pele: negra, parda, branca, amarela e indígena;

f) Informações adicionais

- Situação conjugal no momento da inserção do DIU: solteira ou em união;

g) Sobre o método

- Como conheceu o método: mídias, profissional de saúde da UBS, profissional de saúde do sistema privado, indicação de parentes/amigas, outros;

- No momento da inserção do DIU você recebeu algum aconselhamento ou orientação sobre o método? não ou sim;

- Você achou que foi o suficiente para se sentir segura? não ou sim;

- Dor durante a inserção: utilizada a escala verbal numérica (EVN) graduada de zero a dez, sendo que, na faixa de 0-2, a dor foi classificada leve; 3-7 como dor moderada; e 8-10 como dor intensa (SOUSA, 2002).

h) Desfechos da inserção (a partir de 6 meses)

- DIU foi expulso: não ou sim;

- Perfuração uterina: não ou sim;

- Necessidade de intervenção cirúrgica; não ou sim;

- Outras complicações em decorrência do DIU;

- A decisão pelo DIU foi compartilhada com alguém: não ou sim;

- Compartilhada com: parceiro, familiar, amigo ou amiga, outros;

- Durante a inserção estava acompanhada: não ou sim;

- Acompanhada por: parceiro, familiar, amigo ou amiga, outros;

- Continua utilizando o método: não ou sim;

- Motivo para interrupção: cólicas, fluxo menstrual irregular, fluxo menstrual intenso, intenção de engravidar, menstruação prolongada, *spotting*, gestação, infecção uterina, mal posicionamento, outros;

- Satisfação com o método: insatisfeita, parcialmente satisfeita, satisfeita, não sabe;

- Satisfação do parceiro com o método: insatisfeita, parcialmente satisfeita, satisfeita, não sabe, não se aplica;
- Colocaria o DIU novamente: não ou sim;
- Indicaria o DIU para amigas/familiares: não ou sim;
- Pretende usar o DIU nos próximos: 6 meses, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 10 anos.
- Motivos para interromper nesse período: desejo de engravidar, insatisfação, medo de prejudicar a saúde, parceiro deseja que eu retire, efeitos colaterais, trocar o DIU, mudança de método.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados em planilha do Excel e as análises estatísticas foram conduzidas no software Stata 15.0. As reinserções de DIU foram excluídas das análises.

Os resultados foram descritos por meio de número absoluto, proporção, médias e desvio-padrão. Os desfechos analisados foram:

1- Taxa de perfuração uterina, calculada pela proporção de mulheres com perfuração uterina dentre o total de mulheres que inseriram o DIU;

2- Taxa de expulsão do DIU após 30 a 45 dias de inserção e no primeiro ano de uso, calculada pela proporção de mulheres que tiveram expulsão do DIU, nos períodos citados, dentre o total de mulheres que inseriram o DIU;

3- Taxa de remoção do DIU e os principais motivos, calculada pela proporção de usuárias que tiveram necessidade ou desejo de remoção do dispositivo na consulta de *follow-up*;

4- Nível de dor durante a inserção, descrito pelo score médio da EVA;

5- Proporção de mulheres que descreveu a dor conforme classificação (leve, moderada e intensa);

6- Interrupção do uso e principais motivos, calculada pela proporção de mulheres que relataram (durante entrevista telefônica) ter interrompido o uso do DIU dentre o total de mulheres que o inseriram;

7- Grau de satisfação das mulheres com o método, calculada pela proporção de usuárias que se classificaram como satisfeitas dentre aquelas que permaneceram utilizando o método.

3.7 QUESTÕES ÉTICAS

Considerando o que preconiza a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012), sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras, que trata de pesquisa com seres humanos, as participantes da pesquisa foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa, bem como sobre a manutenção do sigilo, do anonimato da sua pessoa e do seu direito de participar ou não da mesma. Inicialmente, o projeto de pesquisa passou por apreciação da instituição por meio da análise da Comissão de Pesquisa para anuência (apêndice 1) e foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSPUSP), parecer nº 4.099.818.

O TCLE (apêndice 2) foi enviado às participantes da pesquisa via *WhatsApp* e a coleta de dados foi iniciada apenas após consentimento verbal. Durante o momento da coleta de dados, todas as mulheres incluídas neste estudo tiveram a oportunidade de esclarecer dúvidas com relação ao uso do DIU de cobre.

IV. RESULTADOS

No período de janeiro de 2018 a fevereiro de 2020, 189 mulheres tiveram o DIU de cobre de intervalo inserido na Casa Angela por profissionais da instituição, durante e após período de treinamento.

Das 189 mulheres, 13 foram/são colaboradoras da instituição e 58 não compareceram na consulta de *follow-up*, portanto foram excluídas deste estudo. Outras 8 mulheres foram também excluídas, pois seus prontuários não foram encontrados; 32 foram consideradas como perda devido ao fato de não terem sido localizadas, mesmo após três tentativas de contato, e três mulheres se recusaram a

participar da pesquisa. Portanto, a população do estudo é composta por 75 mulheres que inseriram o DIU de cobre de intervalo (Quadro 3).

Quadro 3 – Número de mulheres e inserções de DIU de cobre de intervalo segundo critérios de inclusão e exclusão, São Paulo, SP – 2020.

	Total	Funcionárias	Não compareceram ao follow-up	Prontuários não localizados	Perdas	Recusa	População do estudo
Mulheres	189	13	58	8	32	3	75

A seguir, são apresentados o perfil sociodemográfico e reprodutivo das mulheres, característica das inserções do DIU, adaptação ao método, continuidade contraceptiva e desfechos das inserções – perfuração uterina, expulsão, remoção no retorno, grau de dor e satisfação das mulheres que permanecem em uso do método.

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E REPRODUTIVO DAS MULHERES

A média de idade das mulheres no momento da inserção do DIU de cobre foi 28,2 anos (dp=5,8), sendo a idade mínima de 17 anos e a máxima de 41 anos. A faixa etária mais prevalente foi entre 25 e 29 anos (41,3%). A maioria classificou-se como negra (54,7%), estava em união (86,7%), tinha ensino superior (44,0%) ou médio (44,0%) completos, exercia trabalho remunerado (64,0%) e fez acompanhamento prévio de pré-natal na instituição (73,3%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das mulheres segundo as características sociodemográficas, São Paulo, SP – 2020.

Variável	N	%
Idade (anos)		
<25	19	25,3
25-29	31	41,3
≥30	25	33,4
Cor da pele		
Branca	34	45,3
Negra	41	54,7
Situação conjugal		
Solteira	10	13,3
Em união	65	86,7
Escolaridade		
Ensino fundamental ou menos	9	12,0
Ensino médio completo	33	44,0
Ensino superior completo	33	44,0
Trabalho remunerado		
Não	27	36,0
Sim	48	64,0
Acompanhamento prévio de pré-natal na instituição		
Não	20	26,7
Sim	55	73,3
Total	75	100,0

Em relação ao histórico reprodutivo, o perfil mostra que metade teve uma gestação anterior (54,7%), um parto vaginal (74,7%) e grande parte não relatou abortamento anterior (89,3%); 94,7% também não relataram histórico de cirurgia pélvica uterina (Tabela 2). Dentre as que já haviam realizado cirurgia pélvica uterina, houve relatos de conização, retirada de cisto ovariano e laparotomia por gestação ectópica.

Tabela 2 - Distribuição das mulheres segundo histórico reprodutivo antes da inserção do DIU, São Paulo, SP – 2020.

Variável	N	%
Número de gestações anteriores		
Nenhuma	7	9,3
Uma	41	54,7
Duas ou mais	27	36,0
Parto vaginal anterior		
Não	19	25,3
Sim	56	74,7
Cesárea anterior		
Não	64	85,3
Sim	11	14,7
Aborto anterior		
Não	67	89,3
Sim	8	10,7
Cirurgia pélvica uterina		
Não	71	94,7
Sim	4	5,3
Total	75	100,0

Com relação ao ciclo menstrual antes da inserção do DIU, 69,0% das mulheres consideravam seu volume menstrual moderado. Um terço considerava as cólicas menstruais fracas (33,3%). Mais da metade relatou ter compartilhado a decisão de inserir o DIU com alguém (62,7%) (Tabela 3). Quando questionadas sobre como conheceram o DIU, um terço relatou que foi na própria Casa Angela (31,2%), durante o período de acompanhamento gravídico-puerperal, mas as mídias também sobressaíram (22,1%) (dados não apresentados em Tabela).

Tabela 3 – Distribuição das mulheres segundo comportamentos que antecederam a inserção do DIU, São Paulo, SP – 2020.

Variável	N	%
Volume menstrual*		
Pequeno	11	15,5
Moderado	49	69,0
Intenso	11	15,5
Cólica menstrual**		
Ausente	15	20,8
Fraca	24	33,3
Moderada	21	29,2
Intensa	12	16,7
Decisão pela utilização do DIU compartilhada		
Não	28	37,3
Sim	47	62,7
Total	75	100,0

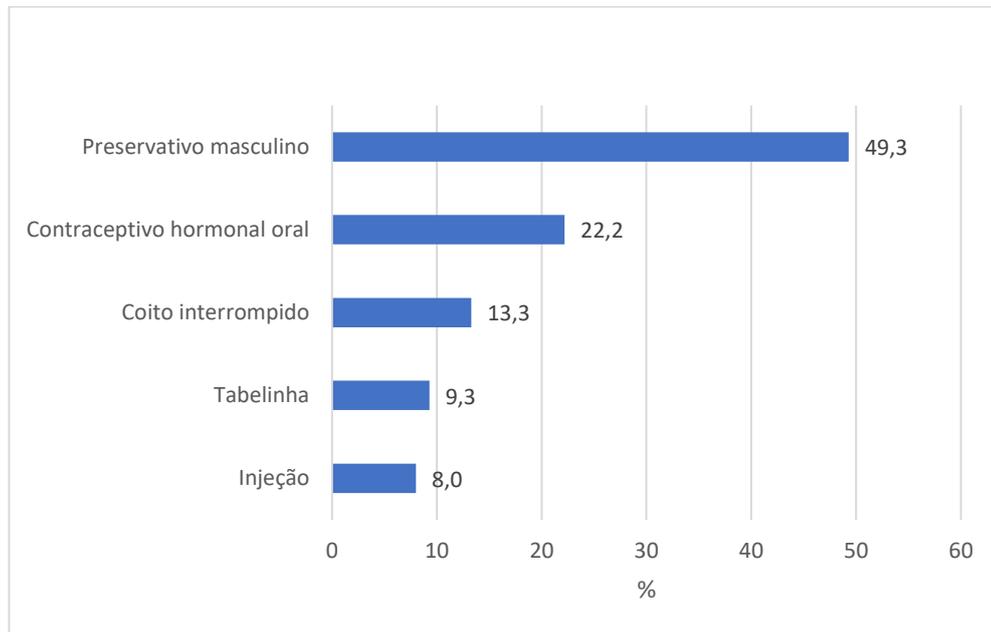
Notas:

* Quatro mulheres não possuíam essa informação em prontuário.

** Três mulheres não possuíam essa informação em prontuário.

Os métodos contraceptivos usados logo antes da inserção do DIU foram o preservativo masculino (49,3%), o contraceptivo hormonal oral (22,2%) e o coito interrompido (13,3%) (Figura 5). Sendo que apenas duas mulheres já haviam utilizado o DIU como contracepção em algum momento de suas vidas, tendo a expulsão como motivo para terem interrompido o uso.

Figura 5 – Método contraceptivo anterior ao uso do DIU, São Paulo, SP – 2020.



Notas:

Algumas mulheres usavam dupla contracepção.

Uma mulher não possuía informação em prontuário.

4.2 CARACTERÍSTICAS DAS INSERÇÕES DO DIU

Todos os procedimentos de inserção de DIU foram realizados por obstetrias ou enfermeiras obstétricas. Houve apenas um caso de intercorrência durante um procedimento, em que uma mulher apresentou síndrome vaso vago, mas obteve melhora após manejo da equipe.

A Tabela 4 mostra que a maior parte das mulheres relatou ter recebido aconselhamento contraceptivo (98,7%) durante a inserção. Dentre as que receberam tal aconselhamento, quase a totalidade o considerou suficiente para se sentir segura com o método (98,6%) (dados não apresentados em Tabela). Pouco mais da metade das mulheres estavam acompanhadas durante a inserção do DIU (56,0%), sendo o parceiro o acompanhante mais frequente (56,0%), além de uma mulher que esteve acompanhada pela psicóloga que a atendia na própria instituição (dados não apresentados em Tabela). Quanto à histerometria, 95,9% ficaram entre 6 e 9 cm.

Tabela 4 – Inserção do DIU segundo recebimento de aconselhamento, acompanhamento e histerometria, São Paulo, SP – 2020.

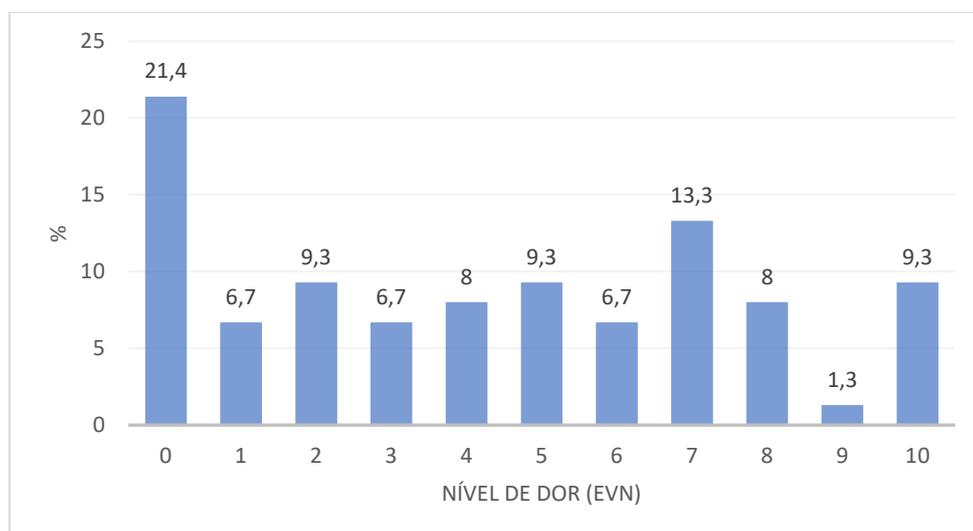
Variável	N	%
Mulher recebeu aconselhamento durante a inserção		
Não	1	1,3
Sim	74	98,7
Mulher foi acompanhada para inserção do DIU		
Não	32	42,7
Sim	42	56,0
Não se lembra	1	1,3
Histerometria (cm)*		
<6	2	2,7
6-9	70	95,9
>9	1	1,4
Total	75	100,0

Nota:

*Duas mulheres não possuíam essa informação registrada em prontuário.

Ao ser aplicada a EVN para mensurar o nível de dor referente ao procedimento de inserção do DIU, o score médio foi 4,2 (dp=3,3), sendo o valor mínimo igual a zero e o valor máximo igual a dez (Figura 6); 37,3% das mulheres classificaram a dor como leve (EVA 0-2); 44,0% como moderada (EVA 3-7) e 18,7% como intensa (EVA 8-10) (dados não apresentados em Tabela).

Figura 6 – Distribuição das mulheres segundo a escala de dor (EVN) referente à inserção do DIU, São Paulo, SP – 2020.

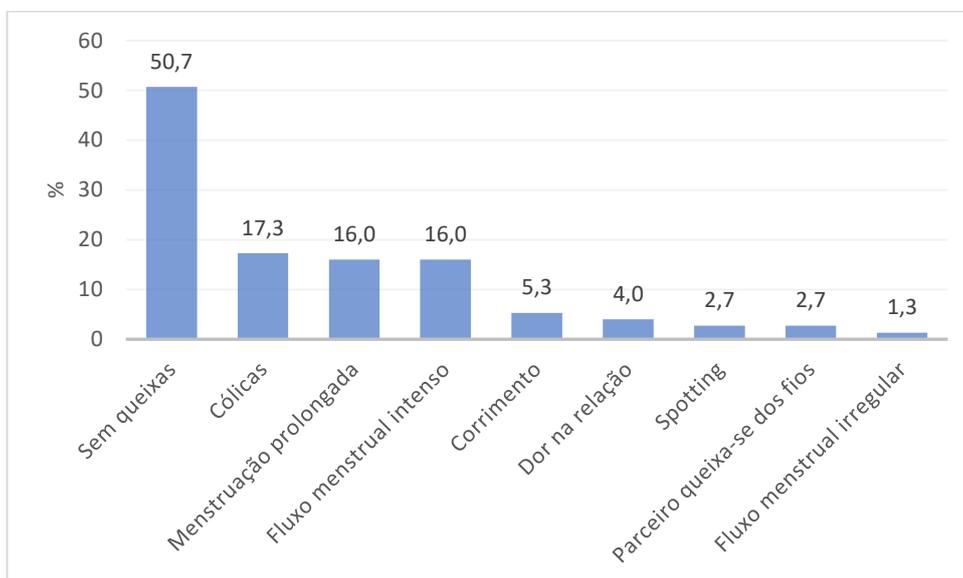


4.3 ADAPTAÇÃO AO MÉTODO

Todas as mulheres que tiveram o DIU inserido na Casa Angela foram agendadas para a consulta de *follow-up* em torno de 30 a 45 dias após a inserção. Dentre as que compareceram na consulta e que compõem a população deste estudo, praticamente metade retornou de 30 a 45 dias após a inserção (46,6%); outra parte compareceu antes do que o preconizado (44,0%) e 9,4% depois do que o preconizado.

Durante o atendimento na consulta de *follow-up*, 49,3% das mulheres apresentaram queixas com relação à adaptação ao método. Dentre as queixas apresentadas, a maior parte estavam relacionada ao ciclo menstrual, como cólicas (17,3%), menstruação prolongada (16,0%) e fluxo menstrual intenso (16,0%) (Figura 7). Importante salientar que apenas 11 mulheres possuíam mais de uma queixa. O uso de anti-inflamatório via oral para manejo da dismenorreia foi necessário em 70,8% dos casos (Tabela 5).

Figura 7 – Queixas apresentadas na consulta de *follow-up* com relação à adaptação ao DIU, São Paulo, SP – 2020.



A utilização de método combinado até o momento da consulta de *follow-up* ocorreu em 75,3% dos casos, conforme orientação no dia da inserção.

O exame de ultrassonografia não é solicitado rotineiramente, porém em 14 casos, houve alguma indicação para que isso ocorresse. Os motivos foram: solicitação da mulher (n=8), fios não visualizados (n=2), dor pélvica intensa (n=2), suspeita de

mal posicionamento (n=1) e sangramento aumentado (n=1). Com relação ao resultado da ultrassonografia, apenas oito tiveram o resultado registrado em prontuário, sendo que, em seis casos, foi constatado DIU normoinserido, um caso DIU de inserção baixa e um de mal posicionamento (Figura 8) (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das inserções segundo avaliação em consulta de *follow-up*, São Paulo, SP – 2020.

Variável	N	%
Utilização de anti-inflamatório para dismenorrea*		
Não	21	29,2
Sim	51	70,8
Mal posicionamento observado na consulta		
Não	73	97,3
Sim	2	2,7
Solicitação de ultrassonografia durante a consulta		
Não	61	81,3
Sim	14	18,7
Utilização de método combinado até o <i>follow-up</i>**		
Não	18	24,7
Sim	55	75,3
Total	75	100,0

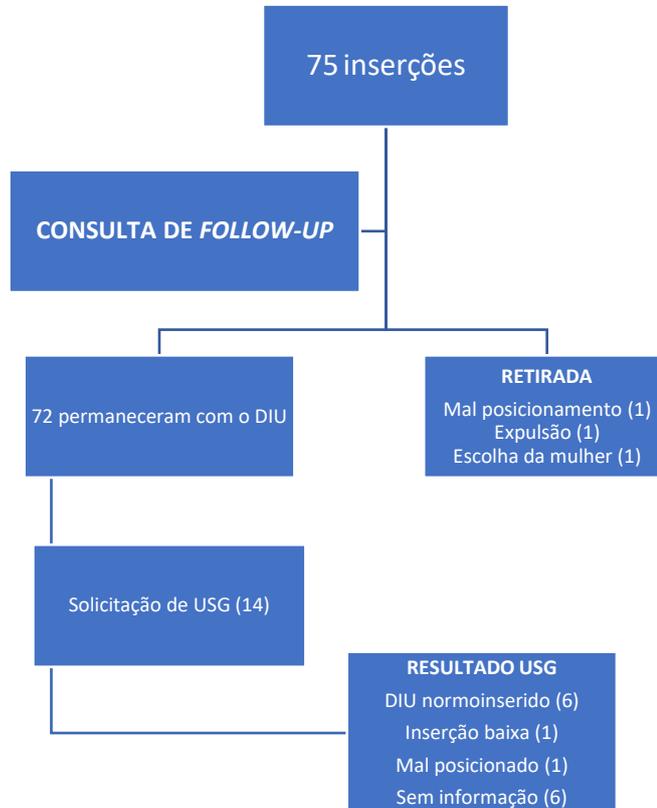
Notas:

* Três mulheres não possuíam essa informação em prontuário.

** Duas mulheres não possuíam essa informação em prontuário.

Três mulheres retiraram o DIU durante o atendimento de *follow-up*, sendo uma por mal posicionamento, uma por solicitação própria e a última por expulsão (o DIU foi encontrado na cérvix uterina). Portanto, a taxa de expulsão com 30 a 45 dias de uso foi de 1,3% (Tabela 7).

Figura 8 – Consulta de *follow-up* e intervenções, São Paulo, SP – 2020.

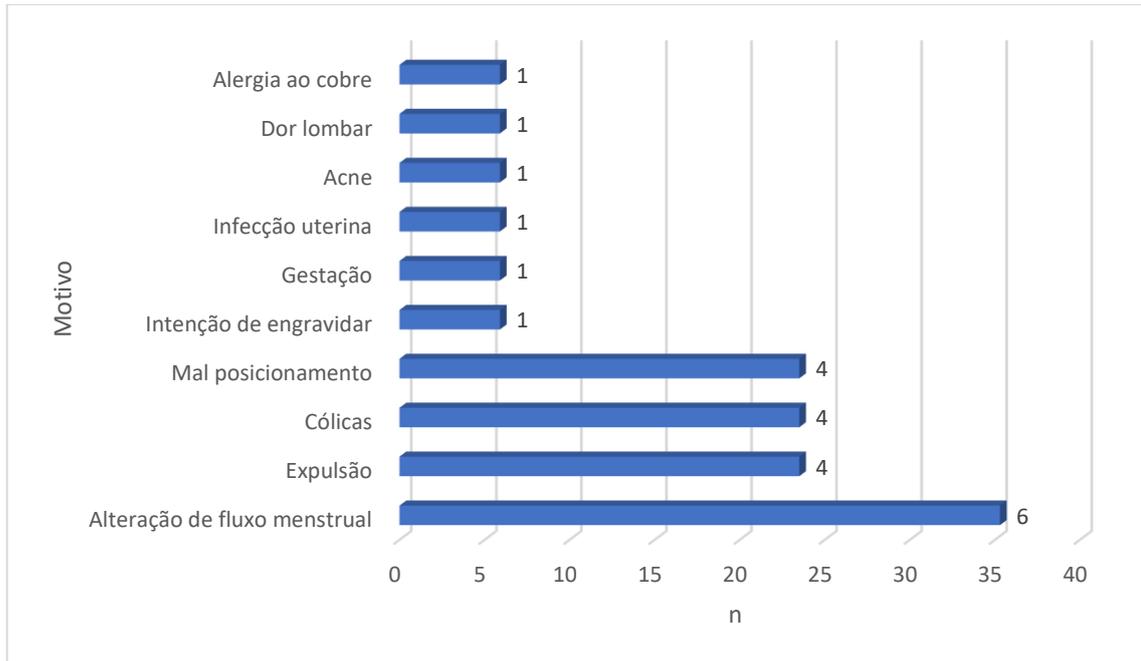


4.4 CONTINUIDADE CONTRACEPTIVA E SATISFAÇÃO COM O USO DO DIU

Ao realizar contato telefônico com as mulheres que estavam dentro do critério de inclusão do estudo, observou-se que 77,3% delas ainda utilizavam o DIU no momento da entrevista (n=58). Aos 6 meses após a inserção, 86,7% continuavam usando o DIU e, aos 12 meses após a inserção, 81,3% continuavam usando o DIU.

Dentre as mulheres que interromperam o uso do DIU até o momento da entrevista (n=17), os principais motivos relatados foram a expulsão (23,5%) e alteração do fluxo menstrual (35,3%), que inclui irregularidade, aumento do fluxo e menstruação prolongada, conforme mostra a Figura 9. Algumas mulheres relataram mais de um motivo para a interrupção.

Figura 9 – Motivos para descontinuar o uso do DIU, São Paulo, SP – 2020.



Nota: uma mesma mulher pode ter tido mais de um motivo para interromper o uso do DIU.

Dentre as mulheres que continuavam a usar o DIU, foi questionado quanto tempo ainda pretendiam utilizar o método. A maioria referiu um período de 8 a 10 anos (70,7%) (Tabela 6), tendo como principal razão para isso o vencimento do método (63,8%) e o desejo de engravidar no futuro (25,9%).

Em relação à satisfação com o uso do DIU, consideradas apenas as mulheres que continuaram utilizando o método até o momento da entrevista (n=58), 93,1% se consideraram satisfeitas e 84,5% relataram acreditar que seus parceiros também se consideravam satisfeitos (Tabela 6).

A totalidade das mulheres entrevistadas, incluindo as que interromperam o uso, relatou que indicariam o DIU para amigas e familiares e 87,0% utilizariam o método novamente (dados não apresentados em Tabela).

Tabela 6 - Distribuição das mulheres que usavam o DIU no momento da entrevista, segundo a satisfação com o uso do DIU. São Paulo, SP – 2020.

Variável	N	%
Período que pretende usar o DIU (anos)		
0-3	9	15,5
4-7	5	8,6
8-10	41	70,7
Não sabe	3	5,2
Satisfação com o uso do DIU		
Não satisfeita	4	6,9
Satisfeita	54	93,1
Satisfação do parceiro na perspectiva feminina		
Não satisfeito	3	5,2
Satisfeito	49	84,5
Não se aplica/não tem parceiro	5	8,6
Não sabe	1	1,7
Total	58	100,0

4.5 DESFECHOS DA INSERÇÃO DO DIU POR ENFERMEIRAS E/OU OBSTETRIZES

Os desfechos da inserção do DIU de cobre por obstetrites e enfermeiras obstétricas estão sintetizados na Tabela 7. Dentre as inserções analisadas, não houve nenhuma perfuração uterina; a expulsão do DIU pôde ser observada durante a consulta de *follow-up*, com taxa de 1,3%, ou ao longo do primeiro ano de uso do DIU, observada em 5,3% dos casos. A remoção do DIU durante a consulta de *follow-up* ocorreu em 4,0% dos casos. Com relação ao nível de dor, a média de *score* da classificação foi 4,2 (dp= 3,2), o que representa uma dor de intensidade moderada. A maior parte das mulheres que mantiveram o uso do DIU se consideraram satisfeitas com o método (93,1%). Não houve relato de complicações graves relacionadas ao uso do DIU dentre a população estudada, como perfuração uterina ou migração para cavidade abdominal.

Tabela 7 – Desfechos da inserção do DIU por obstetrizes e enfermeiras obstétricas, São Paulo, SP – 2020.

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

Nota:

*Dentre aquelas que continuavam a usar no momento da entrevista.

V. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar os desfechos da inserção do DIU de cobre de intervalo por enfermeiras obstétricas e obstetrizes em um CPNp, em um país onde ainda se questiona a competência legal desses profissionais para tal procedimento. Por meio de entrevista telefônica com 75 mulheres, cujo DIU de cobre foi inserido na Casa Angela entre 2018 e 2020, observou-se que as inserções foram bem-sucedidas, com nenhum caso de perfuração uterina e poucos casos de expulsão.

Nossos resultados mostram que, em um serviço de saúde onde a totalidade dos DIU foram inseridos por enfermeiras e obstetrizes, as taxas de perfuração, expulsão e necessidade de remoção foram equivalentes aos de outros estudos conduzidos no Brasil, Tanzânia, Índia, Austrália, Sri Lanka, Quênia, Nepal e Bangladesh (KEMENY et al., 2016; BHADRA et al., 2018; MAKINS et al., 2018; MUGANYIZI et al., 2018; TRIGUEIRO et al., 2020, 2021).

Os resultados confirmam que a inserção do DIU de cobre realizada por enfermeiros e obstetrizes é um procedimento seguro da mesma forma que outros estudos nacionais e internacionais já mostraram. Dentre os estudos nacionais, destacam-se dois publicados após a coleta de dados deste estudo. Um deles analisou os desfechos das inserções de DIU de cobre e hormonal, de intervalo e no pós-parto imediato, entre 30 e 40 dias de uso, sendo o enfermeiro o profissional responsável por 58% das inserções de DIU de intervalo. A taxa global de expulsão foi 1,2%, não

havendo diferença estatisticamente significativa entre inserções realizadas por médicos ou enfermeiros; a perfuração foi analisada dentre todas as inserções de DIU (intervalo e pós-parto imediato) e totalizou 0,9% dos casos (TRIGUEIRO et al., 2021). O segundo estudo teve como foco apenas as inserções de DIU de cobre de intervalo – da mesma forma que este estudo – sendo os desfechos analisados por até 12 meses de uso. A taxa de interrupção após 6 meses da inserção foi semelhante à encontrada neste estudo; já aos 12 meses, foi duas vezes maior, e teve como principais motivos sangramento irregular (6,0%), efeitos colaterais (6,0%), expulsão (1,2%) e perfuração (1,2%) (TRIGUEIRO et al., 2020). Embora a comparação seja delicada, uma vez que os estudos apresentaram metodologia distinta, justamente por não avaliarem separadamente as inserções realizadas por enfermeiros e médicos, é possível observar que os desfechos do presente estudo não diferiram dos apontados nesses artigos. Tais resultados complementam a justificativa de que o posicionamento atual do Ministério da Saúde e CFM com relação à interrupção da inserção de DIU por enfermeiros e obstetrias, não tem amparo nas evidências científicas produzidas até então, nem no nível nacional nem em âmbito global.

Em outros países, a posição sobre a competência legal para inserção do DIU é bastante diversa. Na Tanzânia, por exemplo, as inserções de DIU de intervalo por obstetrias já é um procedimento bem estabelecido nos serviços. Desde dezembro de 2015, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) implementou um programa de treinamento para a inserção de DIU pós-parto no país e, com isso, as obstetrias foram incorporadas também nesse atendimento, uma vez que possuem maior participação na assistência ao parto e, conseqüentemente, maior oportunidade de oferecer o método nessa ocasião. Estudo conduzido em seis maternidades do país avaliou o resultado de inserções de DIU pós-parto realizadas por obstetrias, com retorno entre 4 e 6 semanas de uso. Os resultados mostraram uma taxa de expulsão de 2,3% e a necessidade de remoção em 4,4% dos casos, ratificando que a inserção de DIU no pós-parto imediato por enfermeiros e obstetrias é um procedimento confiável (MUGANYISIS et al., 2018).

O *task shifting*, ou seja, a mudança/partilha de competências legais entre os profissionais de saúde, é uma preocupação não só de países de baixa renda, mas também de países de alta renda e com sistemas de saúde públicos universais, como a Austrália. Um estudo conduzido nesse país incluiu 207 inserções ambulatoriais de DIU de cobre e hormonal, analisando os desfechos em seis meses de uso, sendo que

91% das inserções foram realizadas por enfermeiros e 9% tiveram o apoio de um médico. A taxa de expulsão foi 2% e apenas 4% dos DIU tiveram necessidade de remoção; não houve perfurações uterinas descritas no estudo (KEMENY et al., 2016). Tais dados confirmam que, mesmo considerando estudos conduzidos em diferentes países e com diferentes realidades e sistemas de saúde, os achados estão em consenso com os encontrados neste trabalho.

Ainda que a taxa de expulsão no primeiro ano de uso observada neste estudo tenha se mostrado superior aos demais estudos conduzidos em outros contextos, trata-se de evento cuja taxa esperada é de até 10% (KULIER et al., 2007; PEIPERT et al., 2011; AOUN et al., 2014; GIORDANO, 2015). Portanto, a taxa aqui observada insere-se dentro de um parâmetro considerado adequado.

A dor tem sido um desfecho pouco analisado nas pesquisas sobre dispositivos intrauterinos, principalmente com relação ao DIU de cobre. Além disso, os estudos, em sua maioria, avaliam as inserções realizadas por médicos, não sendo possível afirmar se o procedimento realizado por enfermeiros ou obstetrites traria maior ou menor sensação dolorosa à mulher. Apesar disso, as mulheres deste estudo, em sua maioria, classificaram a dor da inserção do DIU de cobre de intervalo como moderada. Na Casa Angela, as inserções foram realizadas em momentos diversos do ciclo menstrual e o uso de antiinflamatório não esteróide antes do procedimento foi oferecido como uma alternativa, ficando a critério da mulher a sua utilização.

Pesquisa realizada em Portugal avaliou os fatores relacionados à ansiedade e dor durante a inserção do DIU hormonal em 161 mulheres que tiveram o método inserido por médicos. A escala de dor EVA aplicada logo após a inserção teve um score médio de 4,71 (dp=2,59), a dor foi classificada como moderada (EVA 3-7) por 65,6% das mulheres e como intensa (EVA 8-10) por 14,4% delas. Embora o score médio tenha sido semelhante ao encontrado neste trabalho, a prevalência de classificação da dor como intensa e moderada foi maior. Porém, a comparação destas pesquisas com os resultados encontrados deve ser feita com cuidado, uma vez que os dispositivos analisados foram diferentes e as mulheres foram interrogadas sobre o nível de dor em torno de dois anos após a inserção, podendo se configurar em um dado subestimado.

O Ministério da Saúde, no Manual Técnico para Profissionais de Saúde – DIU com Cobre TCu 380A, relata que apenas 5% das mulheres sentem níveis moderados ou agudos de dor (BRASIL, 2019), o que não condiz com os achados deste e de outros

estudos que focaram nessa dimensão sob a ótica das mulheres. A inserção do DIU realmente parece ser um procedimento doloroso e estratégias para minimizar essa dor deveriam ser abordadas nos manuais, protocolos e diretrizes, com o intuito de sensibilizar os profissionais para isso.

Meta-análise que avaliou os efeitos do uso de medicação na percepção de dor durante as inserções de DIU concluiu não haver evidências de que qualquer intervenção farmacológica possa reduzir a percepção de dor associada ao procedimento (ELKOULY e MAHER, 2017). Apesar da ausência de comprovação científica, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) e a OMS (WHO, 2018) recomendam como opção o uso de antiinflamatório não esteróide por via oral antes do procedimento. O Ministério da Saúde, embora esclareça que o DIU possa ser inserido em qualquer momento do ciclo menstrual, sugere a inserção no período menstrual como uma opção para redução da sensação dolorosa (BRASIL, 2013). Outros protocolos também sugerem a realização do bloqueio paracervical, procedimento que consiste na injeção de anestésico em região cervical, como é o caso do *Bixby Center for Global Reproductive Health* da *University of California*, Estados Unidos (CASON e GOODMAN, 2016).

De toda forma, permanece uma lacuna no conhecimento que se tem com relação ao manejo da dor durante a inserção do DIU, tendo em vista que se trata de um procedimento doloroso sob a perspectiva das mulheres e que ainda não existem evidências científicas que comprovem o benefício das intervenções farmacológicas. Até o momento, não há estudos que tenhamos encontrado em nossas buscas sobre o impacto das técnicas não farmacológicas na percepção de dor das mulheres. Ainda não se sabe, por exemplo, se existe uma relação entre a presença do acompanhante e a dor experienciada durante a inserção do DIU, pois os poucos estudos elaborados com a temática dor não relataram se as mulheres foram acompanhadas ou não à consulta de inserção do DIU. No presente estudo, aproximadamente metade das mulheres estava acompanhada e a maioria delas classificou a dor como moderada ou leve. Além disso, quase a totalidade relatou se sentir segura após o aconselhamento contraceptivo recebido; pode ser que a informação prévia sobre o procedimento tenha impactado na percepção de dor. O ambiente também pode ser algo relevante nesse sentido. Na Casa Angela, as inserções de DIU ocorrem no mesmo consultório onde as consultas de pré-natal são realizadas, sendo um local previamente conhecido pela maioria das mulheres que buscaram o serviço para a inserção do DIU. Diante dos

resultados encontrados no presente estudo, acreditamos que esses aspectos influenciaram positivamente na percepção de dor das usuárias.

A utilização do DIU está associada a uma alta satisfação por parte das mulheres. Esse fato foi observado na pesquisa conduzida em Zambia, por exemplo, em que 94,1% das mulheres relataram estar satisfeitas ou muito satisfeitas com o método (BLUMENTHAL et al., 2016); nos Estados Unidos, em que 80% das usuárias estavam satisfeitas (PEIPERT et al., 2011); em São Paulo, em que 94,7% delas estavam altamente satisfeitas (BORGES et al., 2017); e em Recife, em que 77,8% das nulíparas e 76,7% das múltiparas se consideraram completamente satisfeitas (SCAVUZZI et al., 2016). O estudo CHOICE, conduzido nos Estados Unidos, mostrou que, quando as barreiras relacionadas a custo, acesso e conhecimento são removidas, as mulheres escolhem com maior frequência os LARC, o que as leva a continuar o uso do método e a se sentir muito satisfeitas com a escolha (MCNICHOLAS et al., 2014).

A satisfação parece advir da confiança no método e da não necessidade de realizar várias intervenções para se obter a ação contraceptiva. Estudo conduzido no Recife observou que mais de 90% das usuárias relataram confiar no método e na possibilidade de indicá-lo para outras pessoas (SCAVUZZI et al., 2016). Neste estudo, mesmo entre as mulheres que interromperam o uso do DIU, a possibilidade de indicação do método para amigas e familiares foi amplamente descrita. O nível de conhecimento acerca do DIU ainda é baixo entre as mulheres; além disso, aquelas que possuem algum conhecimento prévio sobre o método apresentam maior interesse em utilizá-lo (WHITAKER et al., 2008; BORGES et al., 2020).

Com relação à adaptação ao uso do DIU de cobre, observou-se que as alterações de fluxo menstrual e cólicas foram as principais queixas dentre as usuárias do método, como era de se esperar, tendo em vista que se trata justamente dos efeitos colaterais mais comuns (WASIM et al., 2018). Apesar dos efeitos colaterais impactarem o estilo de vida das mulheres e serem um motivador para a interrupção do uso, estudo que analisou dados de *Demographic and Health Surveys* de 14 países entre os anos de 1993 e 2008 mostraram que a probabilidade média de descontinuidade do uso do DIU foi 13,2% em 12 meses de uso, sendo 8,9% por motivos relacionados ao método, como efeitos colaterais, tendendo a diminuir ao longo do tempo de utilização (MOHAMED et al., 2011). Ainda assim, é de extrema relevância que, durante o aconselhamento contraceptivo, sejam abordados os efeitos

colaterais esperados e os impactos deles na qualidade de vida da usuária, de modo a considerá-los no momento da escolha contraceptiva.

Com relação às características sociodemográficas e histórico obstétrico das usuárias de DIU cuja inserção ocorreu em um cenário de CPNp, observou-se uma maior prevalência de mulheres jovens com idade entre 25-29 anos, com ao menos uma gestação anterior, autodeclaradas como negras, exercendo trabalho remunerado e alto nível de escolaridade, o está em consonância com trabalho conduzido nas cidades de São Paulo, Aracaju e Cuiabá, em que mulheres jovens e com filhos tiveram mais chance de se interessarem pelo uso do DIU quando comparadas às sem filhos (BORGES et al., 2020). Além disso, mulheres mais escolarizadas mostraram estar mais bem informadas com relação ao método e, por isso, provavelmente o buscam com maior frequência (SCAVUZZO et al., 2016; BORGES et al., 2020).

Pesquisas nacionais mostraram que os métodos mais utilizados anteriormente ao DIU eram os hormonais e de barreira (SCAVUZZO et al., 2016) (TRIGUEIRO et al., 2020; CAMPO et al., 2020). Isso também foi observado neste estudo, entretanto, o uso do preservativo foi muito mais frequente. Apesar das mulheres estarem em busca de um método altamente eficaz, estavam utilizando um método de média eficácia com taxa de falha no uso correto de 2% e no uso típico de 15% (BRASIL, 2010). Dentre as 75 mulheres incluídas neste estudo, 37 iniciaram o uso do DIU no mesmo ano em que pariram e podem não ter tido a oportunidade de acesso a outro método contraceptivo de alta eficácia, optando pelo preservativo masculino, uma vez que este não necessita de prescrição médica e não há qualquer contraindicação para a sua utilização.

A porcentagem de mulheres que retornou ao serviço para a consulta de *follow-up* foi superior ao encontrado no estudo do Paraná (57%) (TRIGUEIRO et al., 2020) e na Austrália (53%) (KEMENY et al., 2016), porém semelhante aos achados da Índia (63%) (BHADRA et al., 2018). Parece que a procura por um serviço de CPNp surge por desejo próprio da mulher no momento da gestação e parto, o qual pode ser bastante vulnerável; ser acolhida nessa situação pode repercutir na vinculação com o serviço, culminando na ampliação da frequência/participação dos atendimentos. Ainda assim, um terço das mulheres com inserções de DIU não retornaram ao serviço e não o procuraram para esclarecimento de possíveis questões relacionadas ao uso do método.

Uma estratégia para aumentar o retorno dessas mulheres ao serviço seria realizar busca ativa por meio de contato telefônico e oferecer um contato para que elas tenham liberdade de procurar o serviço na presença de intercorrências ou dificuldades na adaptação ao método, além de capacitar as equipes para um atendimento empático e que promova vínculo. Outra estratégia seria o uso de tecnologias digitais, uma vez que possibilitam o compartilhamento de conteúdo em saúde e a realização de vídeo chamadas para as consultas de *follow-up* do DIU, tendo como opção o agendamento presencial posterior, quando houver a necessidade de exame físico. Tal estratégia tem sido sugerida desde março de 2020, de acordo com o *guideline* sobre planejamento reprodutivo em contextos de pandemia, publicado pela OMS, devido à pandemia pelo vírus SARS-CoV-2 e necessidade de medidas de prevenção da disseminação, como o isolamento social e o fechamento de serviços não essenciais (WHO, 2020).

Os resultados deste estudo apresentam subsídios para a elaboração e implementação de políticas públicas e sinalizam para a inclusão de obstetrites e enfermeiros na assistência ao planejamento reprodutivo e contracepção. Além disso, evidencia o trabalho desempenhado por um CPNp no atendimento integral ao planejamento reprodutivo e que foi interrompido durante a pandemia de COVID-19, período em que as mulheres já têm muitos direitos negligenciados e o acesso à saúde impactado.

A pesquisa apresenta algumas limitações. Uma delas é em relação à avaliação da dor, tendo em vista que a informação não foi obtida logo após o procedimento de inserção do DIU, ou seja, o viés de memória e a adaptação com o método podem ter interferido na percepção das mulheres. Incluir essa informação em prontuário é fundamental para uma análise mais fidedigna da dor. Cerca de um terço das mulheres não retornaram à instituição para a consulta de *follow-up*, o que impossibilitou a coleta de dados com relação às possíveis complicações e desfechos desse grupo. Outro ponto relevante é com relação ao número de mulheres participantes do estudo. Apesar da população ser composta por todas as mulheres que inseriram o DIU no serviço e que atendiam os critérios de inclusão, trata-se ainda de um grupo composto por poucas mulheres. Entretanto, esse aspecto em nada desmerece os resultados observados.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que a inserção de DIU de cobre por enfermeiras obstétricas e obstetrias é eficaz. Além disso, os desfechos são similares aos observados em diversos outros estudos, conduzidos também entre mulheres cujo DIU foi inserido por médicos. Enfermeiros e obstetrias treinados são aptos a realizar o procedimento de maneira segura, eficaz e com taxas de perfuração, expulsão com 30 a 45 dias de uso, remoção e grau de dor similares, ou até mais baixas, que as observadas em outros estudos, sejam nacionais ou internacionais. Além disso, são profissionais formados sob a perspectiva do cuidado e da promoção em saúde o que, além de ampliar o acesso aos métodos contraceptivos, pode tornar o momento oportuno na abordagem de outras temáticas relacionadas à saúde da mulher e aos direitos sexuais e reprodutivos.

VII. REFERÊNCIAS

ALI, M.M. et al. **Long-term contraceptive protection, discontinuation and switching behaviour: intrauterine device (IUD) use dynamics in 14 developing countries**. London. World Health Organization and Marie Stopes International, 2011.

ALKEMA, L. et al. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. **Lancet**. Vol. 381, pp.1642-52, 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23489750/>>. Acesso em: 05 Jan. 2021.

ARILLA, M.; LAGO, T. **Cairo +20 e políticas públicas no Brasil: consolidando e ampliando direitos**. São Paulo: Oficina Editorial, 2014.

AOUN, J. et al. Effects of age, parity, and device type on complications and discontinuation of intrauterine devices. **Obstetrics Gynecology**. Vol. 123, n. 03, p. 585–92, 2014. Disponível em: <https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2014/03000/Effects_of_Age,_Parity,_and_Device_Type_on.15.aspx>. Acesso em: 20 Ago. 2020.

BHADRA, B. et al. The impact of using nurses to perform postpartum intrauterine devices insertions in Kalyane Hospital, India. **International Journal Gynaecology Obstetrics**. Vol 143, n. 1, p. 33-37, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30225877/>>. Acesso em: 05 Jan. 2021.

BORGES, A.L.V. et al. Evaluation of the psychometric properties of the London measure of unplanned pregnancy in Brazilian Portuguese. **BMC Pregnancy and Childbirth**. 16, 244, 2016. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1037-2>>. Acesso em: 06 Jan. 2020. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000400008>>. Acesso em 15 Jun. 2021.

BORGES, A.L.V. et al. Satisfação com o uso de métodos contraceptivos entre usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, out./dez., 2017, vol. 17, n. 4, p. 757-764.

BORGES, A.L.V. et al. Knowledge about the intrauterine device and interest in using it among women users of primary care services. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 28, e3232, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3140.3232>> Acesso em 27 Fev. 2020.

BRADLEY, S.E.K.; HILARY, M.S.; SHANE, K. **Levels, trends, and reasons for contraceptive discontinuation**. DHS Analytical Studies N^o. 20, 2009. Calverton, Maryland, USA: ICF Macro. Disponível em: <<http://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS20/AS20.pdf>>. Acesso em: 16 Set. 2020.

BRASIL. Decreto n^o 94.406, de 8 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei n^o 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Brasília, DF: Palácio do Planalto, 8 Jun. 1987. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm#:~:text=DECRETO%20No%2094.406%2C%20DE,enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm#:~:text=DECRETO%20No%2094.406%2C%20DE,enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias.)>. Acesso em: 16 Nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher - PNDS 2006**. Relatório. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a, 300p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 30 Jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b, 84p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf>. Acesso em: 30 Jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n^o 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde. 12 dez 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 20 Jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. **Cadernos de Atenção Básica**, n.26, 1^a ed. Brasília, DF; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de atenção básica: saúde das mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016, 230 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>. Acesso em: 07 Jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf>. Acesso em: 07 Jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual técnico para profissionais de saúde: DIU com cobre T Cu 380A**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018b. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf>. Acesso em: 24 Jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 38/2019-DAPES/SAPS/MS. Revogação de Notas Técnicas**. Brasília, DF: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 18 dez 2019a. Disponível em:

<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2019_nota_tecnica_diu.pdf>. Acesso em: 24 Jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2019: Uma Análise da Situação de Saúde com Enfoque em Doenças Imunopreveníveis e na imunização**. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em:

<<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/05/Saude-Brasil-2019-imunizacao.pdf>>. Acesso em: 25 Jan. 2021.

BLUMENTAL, P.D. et al. Dedicated PPIUD Inserter Working Group. Comparative safety and efficacy of a dedicated postpartum IUD inserter versus forceps for immediate postpartum IUD insertion: a randomized trial. **Contraception**. Vol. 98, n. 3, 2018, pp. 215-219. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.04.019>> Acesso em 01 Jul. 2021.

CAMPOS, L.F.S. et al. Avaliação da satisfação das usuárias do dispositivo intrauterino T CU 380A acompanhadas no ambulatório de planejamento familiar em um hospital escola de Recife, Pernambuco. **Revista de Medicina (São Paulo)**. nov.-dez. 2020, vol. 99, n. 6, p. 538-44. Disponível em:

<<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/148822>>. Acesso em 20 Abr. 2021.

CARVALHO, A.A. Demanda por contracepção no brasil em 2006: Contribuição para a implementação das preferências de fecundidade. **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 24, n. 10, 2019, pp. 3879-3888. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413->

812320182410.27252017> Acesso em 30 Set. 2020;

CASON, P.; GOODMAN, S. Protocol for Provision of Intrauterine Contraception. USCF **Bixby Center Beyond the Pill**. San Francisco, 2016.

CHAMPION, C.B. et al. A three-year evaluation of TCU 380Ag and multiload Cu 375 intrauterine devices contraception. **Contraception**. Vol. 38, n. 6, 1988, pp. 631-9. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3219853/>> Acesso em 13 Set. 2020;

CLELAND, J. et al. Contraception and health. **Lancet**. vol. 380, n. 9837, 2012, pp. 149-56. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22784533/>> Acesso em 13 Out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução COFEN – 17/2010. **Trata-se de encaminhamento dos documentos em epígrafe pela Secretaria do COFEN para análise de Parecer sobre “viabilidade dos enfermeiros realizarem procedimentos com medicamentos e insumos para planejamento reprodutivo**. Brasília – DF: COFEN; 2017. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/parecer-no-17-de-2010-cofen-ctln/>> Acesso em 13 Out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução COFEN – 278/2017. **Trata-se de encaminhamento dos documentos em epígrafe pela Secretaria do COFEN para análise de Parecer sobre “viabilidade dos enfermeiros realizarem procedimentos com medicamentos e insumos para planejamento reprodutivo**. Brasília – DF: COFEN; 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação nº 007, de 24 de Janeiro de 2020**: Relatório Técnico. Disponível em: <<http://www.susconecta.org.br/wp-content/uploads/2020/02/Reco007-Ao-MS-Recomenda-a-revoga%C3%A7%C3%A3o-da-NT-38-2019-sobre-inser%C3%A7%C3%A3o-de-DIU.pdf>>. Acesso em: 20 Mai. 2020.

CORRÊA, S.; ALVES, J.E.D. As Metas do Desenvolvimento do Milênio: grandes limites, oportunidades estreitas. **Revista Brasileira De Estudos De População**, vol. 22, n. 1, p. 177–189, 2005. Disponível em: <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/263/pdf_244> Acesso em 13 Dez. 2020.

CORRÊA, S.; ALVES; J.E.D; JANNUZZI, P.M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: **Cavenaghi S, coordenador. Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. – Rio de Janeiro: ABEP; 2006. p. 27-62.

CORRÊA, S.; ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos pauta global e percursos brasileiros. *In*: Berquó, Elza. **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: UNICAMP, 2003. p.17-78.

CURTIS, K.M. Selected practice recommendations for contraceptive use. **Center of Disease Control and Prevention**; vol. 65, n. 4, pp.1-66, 2016. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6205a1.htm>> Acesso em 13 Dez. 2020.

CURTIS, S.L.; BLANC, A.K. Determinants of contraceptive failure, switching, and discontinuation: analysis of DHS contraceptive histories. **DHS Analytical Reports**, N^o. 6. Maryland; 1997. Disponível em: <<https://www.dhsprogram.com/publications/publication-ar6-analytical-studies.cfm>> Acesso em 15 Dez. 2020.

ELKHOULY, N.I.; MAHER, M.A. Different analgesics prior to intrauterine device insertion: is there any evidence of efficacy? **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, vol. 22 n^o. 3, pp 222-226, 2017. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13625187.2017.1317340>> Acesso em: 30 Jan. 2021.

ESPEY, E.M.D.; OGBURN, T.M.D. Long-acting reversible contraceptives: intrauterine devices and the contraceptive implant. **Obstetrics & Gynecology**. vol. 117, n. 3, p. 705-19, 2011. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21343774/>> Acesso em 15 Dez. 2020.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Contracepção reversível de longa ação. **Série orientações e recomendações FEBRASGO**. São Paulo: 2016. v. 3, n. 1. Disponível em:<https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/03CONTRACEPCAO_REVERSIVEL_DE_LONGA_ACAO.pdf> Acesso em 15 Jul. 2020.

FERREIRA, V.G.; BILIBIO, D.G.; CAVENAGHI, V. Dispositivo intrauterino de cobre. **Femina**. Vol. 43, n. 1, p. 15-20, 2015.

FIGUEIREDO, R.; MAYER DE CASTO, J.; KALCKMANN, S. Planejamento familiar e reprodutivo na atenção básica do município de São Paulo: direito constitucional respeitado? **Boletim do Instituto de Saúde**. Vol. 15, n. 2, p. :13, 2014. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/p/ses-30141?lang=fr>>. Acesso em 20 Abr. 2021.

FRENCH, R. et al. Progestogen-releasing intrauterine systems versus other forms of reversible contraceptives for contraception. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Vol. 3, CD001776, 2004. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001776.pub2/full>>. Acesso em 20 Abr. 2021.

GIORDANO, M.V.; GIORDANO, L.A.; PANISSET; K.S. Dispositivo Intrauterino de cobre. **Femina**. Vol. 43, (Supl 1), p. 15-20, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43nsuppl1/a4850.pdf>>. Acesso em 20 Abr. 2021.

GONÇALVES, T.R. et al. Desigualdades sociais no uso contraceptivos em mulheres adultas no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 53, p. 28, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000861>>. Acesso em 10 Mar. 2021.

GONZAGA, V.A.S. et al. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Vol. 51, n. 0, p. 1-8, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016046803270>>. Acesso em 30 Abr. 2021.

GUILLEBAUD, J.; MACGREGOR, A. **Contraception: your questions answered**. 7th edition. London: Elsevier; 2017.

HALL, J.A. et al. Reassessing pregnancy intention and its relation to maternal, perinatal and neonatal outcomes in a low-income setting: A cohort study. **PLoS one**. Vol. 13, n. 10, p. 1-16, 2018. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0205487>>. Acesso em 30 Jan. 2021.

HALL, J.A. et al. Pregnancy intention and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. **Association of Maternal and Child Health Programs**. Jan. 2017; vol. 21, p. 670-704. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28093686/>>. Acesso em 30 Jan. 2021.

HEILBORN, M.L.; PORTELLA, A.P. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no estado do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**. vol. 25, n. 2, p. 269-78, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/DsccxkQCyjbSbkd9nfYVd6Q/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 10 Jan. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde: ciclos de vida. Rio de Janeiro. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA E SECRETARIA DE PLANEJAMENTO (IPEA) E SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E INVESTIMENTO ESTRATÉGICO (SPI/MP). **Objetivos do Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília; 2014.

JANOWITZ, B.; STANBACK, J.; BOYER, B. **Task sharing in family planning**. *Studies in Family Planning*, vol. 43, n. 1, p. 57–62, 2012.

KEMENY, F.; DIGIUSTO, E.; BATESON, D. Insertion of intrauterine contraceptive devices by registered nurses in Australia. **Australian and New Zeland Journal of Obstetrics and Gynaecology**. vol. 56, p. 92-96, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26662068/>>. Acesso em 10 Jan. 2021.

KULIER, R. et al. Copper containing, framed intra-uterine devices for contraception. **The Cochrane database of systematic reviews**. Vol. 4: CD005347, 2007. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17943851/>>. Acesso em 10 Nov. 2020.

LAGO, T. et al. Diferencias da prática contraceptiva no Município de São Paulo, Brasil: resultados do inquérito populacional ouvindo mulheres. **Caderno de Saúde Pública**. Vol. 36, nº. 10, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/3NjthK468fMgw8PSKhy6WFR/?lang=pt>>. Acesso em 20 Jan. 2021.

LANZ, R. **A pedagogia Waldorf - caminho para um ensino mais humano**. São Paulo: Ed. Antroposófica. 2016.

LASSNER, K.J. et al. Comparative study of safety and efficacy of IUD insertions by physicians and nursing personnel in Brazil. **Pan American Journal of Public Health**.; vol. 29, p. 206-15, 1995. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/26888>>. Acesso em 10 Nov. 2020.

MAKINS, A. et al. FIGO postpartum intrauterine device initiative: complication rate across six countries. **International Journal Gynecology Obstetrics**. Set. 2018, vol. 143 n. 1, p. 20-27. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30225873/>>. Acesso em 10 Nov. 2020.

MCNICHOLAS, C. et al. The contraceptive CHOICE project round up: what we did and what we learned. **Clin Obstet Gynecol**. 2014, vol. 57, n. 4, pp. 635-643. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4216614/pdf/nihms624012.pdf>>. Acesso em 08 Jan. 2021.

MEIRIK, O. et al. The Frameless copper IUD (GyneFix) and the TCu380A IUD: results of an 8-year multicenter randomized comparative trial. **Contraception**. vol. 80, n. 2, p. 133-41, 2009. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19631788/>>. Acesso em 20 Nov. 2020.

MONTGOMERY, M.R. et al. **The consequences of imperfect fertility control for childrens survival health and schooling**. DHS Analytical Reports N^o.7. Maryland; 1997.

MUGANYIZI, P. et al. Clinical outcomes of postpartum intrauterine devices inserted by midwives in Tanzania. **International Journal Gynecology Obstetrics**. Vol. 143, n. 1, p. 38-42, 2018. Disponível em: <[https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12603#:~:text=All%20PPIUD%20insertions%20by%20midwives,%25\)%20with%20overall%20method%20discontinuation](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12603#:~:text=All%20PPIUD%20insertions%20by%20midwives,%25)%20with%20overall%20method%20discontinuation)>. Acesso em 20 Nov. 2020.

NABUDERE, H.; ASIIMWE, D.; MIJUMBI, R. Task shifting in maternal and childhealth care: an evidence brief for Uganda. **International journal of technology assessment in health care**. Vol. 27, p. 173-9, 2011. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21450128/>>. Acesso em 30 Nov. 2020.

OTT, M.A.; SUCATO, G.S. Contraception for adolescents pediatrics. Committee on Adolescence. **American Academy of Pediatrics**. Vol. 134, n. 4, p.1257-81, 2014. Disponível em: <<https://pediatrics.aappublications.org/content/134/4/e1244> >. Acesso em 30 Nov. 2020.

PAUL, D. et al. Programmatic experience of post-partum IUD use in Zambia: an observational study on continuation and satisfaction. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, vol. 21, n. 5, pp. 356-360, Julho 2016. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625187.2016.1201655>>. Acesso em: 25 Ago. 2020.

PEIPERT, J.F. et al. Continuation and satisfaction of reversible contraception. **Obstetrics Gynecology**. Vol. 117, n. 5, p. 1105–13, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3548669/>>. Acesso em: 20 Ago. 2020.

PHILLIPS, S.J. et al. Continuation of copper and levonorgestrel intrauterine devices: a retrospective cohort study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. Vol. 217, n. 1, p. 57 e1 – 57 e6, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937817304167>>. Acesso em: 07 Nov. 2021.

POLI, M.E.H. *et al.* Manual de anticoncepção da FEBRASGO. **Femina**. vol; 37, n. 9, p. 459-92, 2009. Disponível em: <http://criticaresaude.com.br/_recursos/download/manual_de_anticoncepcao_febrasgo_2009.pdf>. Acesso em 25 Nov. 2020.

POLUS, S. *et al.* Optimizing the delivery of contraceptives in low and middle-income countries through task shifting: a systematic review of effectiveness and safety. **Reproductive Health**. Abr. 2015, vol. 1, n. 12, p. 27. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12978-015-0002-2>>. Acesso em 25 Nov. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde (PMSP/SMS). **Manual técnico das casas de parto do Município de São Paulo**. São Paulo: 2019; SMS.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Nota Técnica nº 007/2020: Estabelece os critérios para indicação do sistema intrauterino (SIU) de levonogestrel nas unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo**. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/NOTA_TECNICA_007_2020_SAUDE_DA_MULHER_SIU_DE_LEVONORGESTREL.pdf> Acesso em 20 Abr. 2021.

SCAVUZZI, A. Adesão e grau de satisfação em nuligestas e mulheres com parto anterior usuárias de dispositivo intrauterino. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. vol. 38, p. 132–139, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/6zNKS3BxCy9CZ9vnYpRg9zq/?format=pdf&lang=en>> . Acesso em 20 Mar. 2021.

SINGH, S.; DARROCH, J.E.; ASHFORD, L.S. **Adding it up: the costs and benefits of investing in sexual and reproductive health**. United Nations Population Fund. New York; 2014.

SOUSA, F.A.E.F. Dor: o quinto sinal vital. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. 2002, vol. 10, n. 3, p. 446-7. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000300020>>. Acesso em 19 Fev. 2021.

STARBIRD, E.; NORTON, M.; MARCUS, R. Investing in family planning: key to achieving the Sustainable Development Goals. **Global Health: Science and Practice** June 2016, vol. 4, n. 2, p.191-210. Disponível em: <<https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00374>>. Acesso em 19 Fev. 2021.

STAVETEIG, S.; MALLICK, L.; WINTER, R. Uptake and Discontinuation of Long-Acting Reversible Contraceptives (LARCs) in Low-Income Countries. **DHS Analytical Studies Nº. 54**. Rockville, Maryland, USA: ICF International. Disponível em: <<https://www.dhsprogram.com/publications/publication-as54-analytical-studies.cfm>>. Acesso em 30 Jul. 2020.

STEINER, R. **A cultura atual e a educação Waldorf**. São Paulo: Ed. Antroposófica. 2014.

TAKEMOTO, M.L.S. et al. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **International Journal Gynaecology Obstetrics** vol. 151, n. 1 pp. 154–156, Jul. 2020. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.13300>>. Acesso em: 18 Jul. 2021.

THEME-FILHA, M.M. et al. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil national survey: 2011/2012. **Reproductive Health**, v. 13, (Suppl 1), p. 236-265, 2016. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/32702>>. Acesso em 23 Mai. 2020.

TRIGUEIRO, T.H. et al. Follow-up of copper intrauterine device insertion by nurses: a prospective longitudinal study. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 73, n. 4, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0156>>. Acesso em 30 Abr. 2021.

TRIGUEIRO, T.H. et al. Inserção de dispositivo intrauterino por médicos e enfermeiros em uma maternidade de risco habitual. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Vol.42, e20200015, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200015>>. Acesso em 28 Mai. 2021.

TRINDADE, R.E. et al. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres Brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**. Outubro 2019. Disponível em: <<https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-de-contracepcao-e-desigualdades-do-planejamento-reprodutivo-das-mulheres-brasileiras/17372?id=17372&id=17372#:~:text=Os%20m%C3%A9todos%20utilizados%20pelas%20brasileiras>>

eiras, acesso%20%C3%A0%20contracep%C3%A7%C3%A3o%20no%20pa%C3%A
Ds.> Acesso em: 15 Out. 2020.

UNITED NATIONS (UN). **Report of the International Conference on Population and Development: Cairo**; 1994 [Internet]. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em 23 Mai. 2020.

UNITED NATIONS (UN). **The Millenium Development Goals Report**. New York, 2015. [Internet]. Disponível em: <[https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)>. Acesso em 15 Abr. 2021.

UNITED NATIONS (UN). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **Contraceptive Use by Method 2019** – Data Booklet. New York; 2019.

VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. Fundo de Populações das Nações Unidas: Brasília; 2009.

VILLELA, W.V.; SAAR, E. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: rumos para o Cairo +20**. Brasília; 2010.

WASIM, T. et al. Outcome of immediate postpartum insertion of intrauterine contraceptive device: Experience at tertiary care hospital. **J Pak Med Assoc**. Abr. 2018, vol. 68, n. 4, p. 519-525. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29808038/>>. Acesso em 20 Mar. 2021.

WIEBE, E.R. A companson of three inserion pain associated with three different types of intrauterine device. **International Journal Gynaecology Obstetrics**. vol. 129, p. 172, Maio de 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25556075/>> Acesso em: 10 Jan. 2021.

WHITAKER, A.K. et al. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. **Contraception**. Vol. 78, n. 3, pp. 211-7, set. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18692611>> Acesso em: 19 Mai. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task**

shifting. Geneva; 2012. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843/en/>. Acesso em 10 Out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. Guidelines Review Committee, Sexual and Reproductive Health and Research, 5^a ed. Geneva; 2015. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>>. Acesso em 20 Out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Selected practice recommendations for contraceptive use**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 3^a ed. Geneva; 2016. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/>. Acesso em 20 Abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Department of Reproductive Health and Research, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. **Family planning – a global handbook for providers**. Baltimore and Geneva; 2018a. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em 30 Abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2018). **World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. World Health Organization. 2018b. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272596>>. Acesso em 30 Abr. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE ANUÊNCIA DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA CASA ANGELA



NUPEC - Núcleo de Pesquisa, Ensino e Consultoria e Comissão Científica – Casa Angela

Termo de Ciência e Interesse no Desenvolvimento do Projeto

Título do Projeto: Desfechos da Inserção de DIU de cobre por obstetrizes e enfermeiras obstétricas em um centro de parto normal peri-hospitalar.

Nome do pesquisador responsável pelo desenvolvimento da pesquisa na Casa Angela:
Thalita Vital Botelho

O Núcleo de Pesquisa, Ensino e Consultoria (NUPEC) da Casa Angela declara ciência e interesse no desenvolvimento Projeto acima citado, e irá colaborar após:

1. Parecer positivo de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
2. Assinatura dos pesquisadores no Documento: Termo de ciência, responsabilidade e compromisso com a guarda, o uso e a divulgação dos dados e arquivos de pesquisa. Esse documento deverá ser assinado pelo pesquisador responsável após a aprovação do projeto pelo CEP.

São Paulo, 28 de Abril de 2020.

Nome e assinatura do pesquisador responsável

Nathalie Leister
Nome e assinatura do responsável pelo NUPEC

Gisele Almeida Lopes
Nome e assinatura de membro da Comissão Científica da Casa Angela

CASA ANGELA
RUA MAHAMED AGUIL, 34
SÃO PAULO /SP 05801-060
TELEFONE: +55 11 5852-5332
WWW.CASAANGELA.ORG.BR

ENDEREÇO DA SEDE:
AV. TOMAS DE SOUSA, 552
05836-350 SÃO PAULO SP
TEL (11) 5851-5370
MONTEAZUL@MONTEAZUL.ORG.BR

APÊNDICE 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desfechos da Inserção de DIU de Cobre por Obstetrizes e Enfermeiras Obstétricas em um Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar

Pesquisador: THALITA VITAL BOTELHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31414120.1.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública USP/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.099.818

Apresentação do Projeto:

O projeto de desenho observacional e transversal, analisa a evolução da inserção de DIU de cobre realizado por obstetrizes e enfermeiras obstétricas em um Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar, através de análise de prontuário e de entrevistas telefônicas.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é o de avaliar os desfechos da inserção do DIU de cobre por obstetrizes e enfermeiras obstétricas em um Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPN-p).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos são mínimos, advindos da entrevista telefônica.

Benefício individual citado: "é possível esclarecer dúvidas que possam surgir acerca do método".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de interesse para a saúde coletiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi reelaborado seguindo as sugestões apresentadas por este CEP. O risco foi adequadamente informado como sendo mínimo e relativo à realização da entrevista. Além disso, como se trata de entrevista por meio eletrônico, o espaço para assinatura foi adequadamente substituído pela opção concordo/ não concordo em participar.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 4.099.818

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa bem desenhada, sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS DO PROJETO_1529903.pdf	17/05/2020 15:46:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/05/2020 15:46:15	THALITA VITAL BOTELHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_anuencia.doc	29/04/2020 20:33:45	THALITA VITAL BOTELHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Thalita_EQ_revisado_27_MARCO.pdf	27/03/2020 19:35:36	THALITA VITAL BOTELHO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoThalitaVital.pdf	27/03/2020 19:16:14	THALITA VITAL BOTELHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 19 de Junho de 2020

Assinado por:

José Leopoldo Ferreira Antunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Thalita Vital Botelho, obstetriz da Casa Angela e aluna do programa de mestrado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, estou convidando a Sra. _____ a participar de livre espontânea vontade como voluntária da pesquisa: **Desfechos da inserção de DIU de cobre por obstetrites e enfermeiras obstétricas em um Centro de Parto Normal Peri-hospitalar** desenvolvida por mim e sob orientação da Prof.^a Dr.^a Ana Luíza Vilela Borges.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: Este estudo tem como justificativa a importância da inclusão de obstetrites e enfermeiros no cuidado em saúde reprodutiva. Seu objetivo é avaliar os resultados da inserção de DIU de cobre na Casa Angela por esses profissionais. A sua participação se dará por meio de uma entrevista telefônica, na qual irá responder perguntas sobre a inserção, uso rotineiro do DIU e adaptação ao método contraceptivo.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: O potencial risco dessa pesquisa é algum transtorno emocional, causado por constrangimento que possa ocorrer durante a entrevista. Caso isto ocorra, a entrevista poderá ser interrompida e você poderá recusar-se a participar, sem qualquer tipo de prejuízo. Como benefício, é possível esclarecer dúvidas que possam surgir acerca do método.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Se consentir em participar, você responderá perguntas sobre o DIU via telefone, que terá duração de aproximadamente 10 minutos.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: A Sra. será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sendo livre para recusar ou desistir a qualquer momento. A recusa não acarretará qualquer dano ou penalidade do seu acompanhamento na Casa Angela. As informações obtidas serão mantidas em sigilo, sendo utilizadas apenas para fins de pesquisa, e sua identidade será respeitada. Os resultados obtidos poderão ser publicados em revistas científicas ou utilizados em eventos/congressos científicos, resguardando sempre a sua identidade.

Uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido será fornecida a Sra via e-mail ou *WhatsApp*. O estudo poderá ser interrompido mediante aprovação prévia do CEP quanto à interrupção ou quando for necessário, para que seja salvaguardado o participante da pesquisa.

Em caso de dúvidas, poderei esclarecer a qualquer momento com a pesquisadora responsável no seguinte e-mail: thalita.botelho@usp.br ou telefone: (11) 995706642. O

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo também poderá ser consultado para dúvidas/denúncias relacionadas à Ética da Pesquisa e localiza-se na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP, horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 9h às 12h e das 13h às 15h telefone, (11) 3061-7779, que tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho. Assinei duas vias deste termo de consentimento livre e esclarecido, o qual também foi assinado pelo pesquisador que me fez o convite e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Declaro que concordo em participar desse estudo, dando o meu consentimento verbal.

Atenciosamente,

Thalita Vital Botelho
Pesquisadora

São Paulo, ____ de _____ de 20__.

APÊNDICE 4 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO INSERÇÃO DO DIU	
1. Dados Sociodemográficos	
Nome: _____	Telefone: () _____
Data da coleta de dados: ____/____/____	
Data de nascimento: ____/____/____	Anos completos: _____
Acompanhamento prévio na Casa Angela <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim	
2. Histórico Reprodutivo e Contraceptivo	
Gestações anteriores: ____ Abortos anteriores: ____ Curetagem: ____ Ano: _____	
Partos vaginais: ____ Partos cesárea: ____ Partos instrumentais: ____ Ano último parto: ____	
Cirurgia pélvica uterina anterior <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim Qual: _____ Ano: _____	
Métodos contraceptivos utilizados ao longo da vida Preservativo <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim Tabelinha <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim Coito interrompido <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim Diafragma <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim Pílula <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim DIU de cobre <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim Injetável <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim	
Volume de sangramento menstrual <input type="checkbox"/> 0- Pequeno <input type="checkbox"/> 1- Médio/Moderado <input type="checkbox"/> 2- Intenso	

Cólicas menstruais <input type="checkbox"/> 0- Ausentes <input type="checkbox"/> 1- Fracas <input type="checkbox"/> 2- Moderadas <input type="checkbox"/> 3- Intensas
3. Inserção do DIU
Data da inserção: ___/___/___
Histerometria (cm): _____
Inserção bem-sucedida <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim
Intercorrências na inserção do DIU <input type="checkbox"/> 0- Reflexo vasovagal <input type="checkbox"/> 1- Perfuração uterina <input type="checkbox"/> 2- Outras
PRONTUÁRIO – CONSULTA DE <i>FOLLOW-UP</i>
Data da consulta: ___/___/___ Dias após inserção: _____
Queixas Cólicas <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim Fluxo menstrual irregular <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim Fluxo menstrual intenso <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim Menstruação prolongada <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim Parceiro queixa-se dos fios <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim <i>Spotting</i> <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim Corrimento <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim Dor na relação sexual <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim
Expulsão <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim

<p>Perfuração</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p>
<p>Mal posicionado</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p>
<p>Utilização de anti-inflamatório não hormonal (AINH) para dismenorreia</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p>
<p>Utilizou método contraceptivo combinado por 30 dias?</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p>
<p>Se sim, qual? _____</p>
<p>Retirou o DIU</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p>
<p>Necessidade de ultrassonografia</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p>
<p>Motivo para realização de ultrassonografia</p> <p>Fios não visualizados <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p> <p>DIU mal posicionado <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p> <p>Dor intensa <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p> <p>Sangramento aumentado <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p> <p>Solicitação da mulher <input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p>
<p>Resultado da ultrassonografia</p> <p><input type="checkbox"/> 1- DIU normoinserido <input type="checkbox"/> 1- DIU baixo <input type="checkbox"/> 2- DIU mal posicionado</p>

APÊNDICE 5 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE ENTREVISTA TELEFÔNICA

1. Sobre o Método
<p>Nome: _____</p> <p>Data da entrevista: ___/___/___</p>
<p>Olá, meu nome é Thalita e conforme conversamos via <i>WhatsApp</i> estou entrando em contato para entrevistá-la sobre o DIU. Como você está?</p>
<p>Nível de escolaridade</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Ensino Fundamental Incompleto</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Ensino Fundamental Completo</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Ensino Médio Completo</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Ensino Superior Completo</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Pós-Graduação</p>
<p>Exerce algum trabalho remunerado</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p>
<p>Cor da pele</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Preta <input type="checkbox"/> 1- Parda <input type="checkbox"/> 2- Branca <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Indígena</p>
<p>Como conheceu o método</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Mídias <input type="checkbox"/> 1- Profissional de saúde da UBS <input type="checkbox"/> 2- Profissional de saúde do sistema privado <input type="checkbox"/> 3- Indicação de parentes/amigas <input type="checkbox"/> 4- Outros</p>
<p>No momento da inserção do DIU você recebeu algum aconselhamento ou orientação sobre o método?</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p>
<p>Se sim, você achou que foi o suficiente para se sentir segura?</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p>

<p>Durante o momento da colocação do DIU, de zero a dez como você classificaria a sua dor? Se não teve dor a classificação é zero, se foi moderada a referência é cinco e se foi intensa a classificação é 10.</p> <p>_____</p>
<p>Foi detectada a expulsão do DIU?</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p>
<p>Você teve alguma perfuração no útero após a colocação do DIU?</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p> <p>Se sim, houve necessidade de cirurgia?</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p>
<p>Você teve alguma outra complicação em decorrência do uso do DIU?</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p> <p>Qual?</p> <p>_____</p>
<p>A decisão pelo DIU foi compartilhada com alguém?</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p> <p>Com quem?</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Parceiro <input type="checkbox"/> 1- Familiar <input type="checkbox"/> 2- Amigo ou amiga <input type="checkbox"/> 3- Outros</p>
<p>Durante a inserção você estava acompanhada?</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p> <p>Por quem?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Parceiro <input type="checkbox"/> 2- Familiar <input type="checkbox"/> 3- Amigo ou amiga <input type="checkbox"/> 4- Outros</p>
<p>Você continua utilizando o DIU?</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não <input type="checkbox"/> 1- Sim</p>

Se não, por qual motivo interrompeu o uso?

Cólicas 0- Não 1- Sim

Fluxo menstrual irregular 0- Não 1- Sim

Fluxo menstrual intenso 0- Não 1- Sim

Intenção de engravidar 0- Não 1- Sim

Menstruação prolongada 0- Não 1- Sim

Escapes/*Spotting* 0- Não 1- Sim

Gestação 0- Não 1- Sim

Infecção uterina 0- Não 1- Sim

Mal posicionamento 0- Não 1- Sim

Outros: _____

Você está satisfeita com o DIU?

0- Estou insatisfeita 1- Mais ou menos satisfeita 2- Estou satisfeita 3- Não sei

Seu parceiro está satisfeito com o método?

0- Está insatisfeito 1- Mais ou menos satisfeita 2- Está satisfeita 3- Não sei 3- Não se aplica

Você colocaria o DIU novamente?

0- Não 1- Sim

Indicaria o DIU para uma amiga ou familiar?

0- Não 1- Sim

Pretende usar o DIU nos próximos

0- 6 meses 1- 1 ano 2- 2 anos 3- 10 anos

Por qual motivo pretende retirar o DIU após esse período?

0- Desejo engravidar 1- Insatisfação 2- Medo de prejudicar a saúde
 3- O parceiro deseja que eu retire 4- Efeitos colaterais 5- Trocar o DIU

6- Mudança de método

Deseja falar ou perguntar algo? Tem alguma dúvida?

Agradeço a sua participação na pesquisa.

ANEXOS

ANEXO 1 - IMPRESSO AUTO PREENCHIVEL PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM DE INSERÇÃO DE DIU

DATA: ___/___/___		 	
NOME: _____		IDADE: _____	
Endereço: _____			
Bairro: _____	Cidade: _____	CEP: _____	Nº _____
Telefone: _____	UBS: _____		

Quantos dias dura o seu sangramento? _____
 Quanto tempo entre uma menstruação e outra? _____
 O volume do sangramento é () pequeno () médio/moderado () intenso ?
 Você costuma ter cólicas () ausentes () fracas () moderadas () intensas?
 Qual foi a data da sua última menstruação (DUM)? _____

Existe alguma chance de você estar grávida? [Não [Sim
 Você já teve filhos? [Não [Sim. Quantos? _____
 Quando foi seu último Parto? _____ Foi: vaginal () cesárea (). Já teve algum aborto? [Não [Sim. Precisou de curetagem [Não [Sim. Quando? _____

Você usa algum método contraceptivo? [Sim [Não

Qual?

[Camisinha [Sim [Não. Com que frequência? [Sempre [Às vezes [Nunca
 [Tabela [Sim [Não. Com que frequência? [Sempre [Às vezes [Nunca
 [Coito interrompido [Sim [Não. Com que frequência? [Sempre [Às vezes [Nunca
 [Diafragma [Sim [Não. Costuma esquecer? Com que frequência? [Sempre [Às vezes
 [Pílula [Sim [Não. Costuma esquecer? Com que frequência? [Sempre [Às vezes
 [Injeção [Sim [Não. Costuma esquecer? Com que frequência? [Sempre [Às vezes

Você já utilizou o DIU como método contraceptivo antes? [Sim [Não Quando? _____. Por qual motivo deixou de usar? _____

Por que você quer por o DIU? _____

Você já fez o exame de Papanicolaou? [Sim [Não. Em que ano? _____. Estava normal? [Sim [Não

VOCÊ TEM ALGUMA DESSES SINTOMAS OU ALTERAÇÃO DE SAÚDE?

Teve ou tem alguma Infecção sexualmente transmissível? [Não [Sim. Quais? [Gonorréia [Sífilis [Herpes
 [Trichomonas [HIV [Chlamídia [HPV [outras: _____
 Você já fez algum tipo de cirurgia pélvica/uterina? [Não [Sim. Quando? _____. Que tipo de cirurgia? _____
 Você tem alergia ao cobre ou a algum medicamento? [Não [Sim. Qual? _____
 Você está com anemia? [Não [Sim
 Você tem/teve mioma? [Não [Sim
 Você tem/teve endometriose [Não [Sim
 Você já tem ou teve Câncer de Colo do Útero ou de Útero? [Não [Sim
 Você tem algum tipo de problema de coagulação/ alteração no sangue? [Não [Sim
 Você tem algum tipo de má-formação no útero? [Não [Sim. Qual? _____

Você já foi acompanhada na Casa Angela? [Não [Sim

Como ficou sabendo da inserção do DIU aqui na Casa

Angela? _____

Assinatura: _____

ANEXO 2 - PRONTUÁRIO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA INSERÇÃO DE DIU



PRONTUÁRIO DIU

IDENTIFICAÇÃO: Nº ATENDIMENTO: _____ DATA: ___/___/___ NOME: _____ IDADE: _____
ANTECEDENTES GINECOLÓGICO/OBSTÉTRICO- ORIENTAÇÕES PRÉ-INSERÇÃO: Paridade: G: ___ P: ___ A: ___ Data último parto: _____ Método contraceptivo atual: _____ Participação do grupo: () SIM () NÃO Orientações sobre o mecanismo de ação, riscos, técnica de inserção e efeitos adversos () SIM () NÃO Leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) () SIM () NÃO Validação da ficha já preenchida pela mulher () NÃO () SIM Resultado Teste Rápido gravidez: Positivo () Negativo () Resultado Papanicolaou: ___/___/___ Resultado de exames: _____ Há alguma contra-indicação para inserção do DIU?. Qual? _____
EXAME FÍSICO: Inspeção Genital: () sem alterações () alterações: _____ Toque Bimanual: () Anteroversoflexão (AVF) () retroversão (RV) – Dor na palpação ou mobilização do colo () NÃO () SIM Exame especular: Mucosa vaginal () sem alterações () alterações: _____ Secreção vaginal () sem alterações () alterações: _____ Histerometria: _____ centímetros Descrição da Inserção: () sem alterações () alterações: _____ Tamanho Aproximado do Fio: _____ centímetros Observação: _____ <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 10px;">○</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Colo: () sem alterações alterações: _____ </div> </div>
ORIENTAÇÕES FINAIS Abstinência sexual por 7 dias () SIM () NÃO Uso de método contraceptivo combinado por 30 dias () SIM () NÃO Uso de AINH – VO – 8/8h se dor ou sangramento () SIM () NÃO Entrego Bula do DIU lote _____ () SIM () NÃO Via TCLE () SIM () NÃO Agendamento retorno data ___/___/___ Observação _____ _____ _____ _____
Assinatura e Carimbo: Profissional 1: _____ Profissional 2: _____



CONSULTA RETORNO APÓS INSERÇÃO DIU - DATA: __/__/__

Queixas e dúvidas _____

Está de método contraceptivo combinado por 30 dias () SIM () NÃO Qual: _____

Utilizou de AINH – VO – 8/8h se dor ou sangramento () SIM () NÃO

Exame Físico: Toque vaginal () sem alterações () alterações: _____

Presença do fio do DIU () SIM () NÃO – DIU bem posicionado () SIM () NÃO

Observação _____

Necessidade de solicitação de USG () SIM () NÃO se sim porque: _____

ORIENTAÇÕES

Manter rotina semestral no 1º ano e anual após (avaliação saúde da mulher) () SIM () NÃO

Reforçar validade de 10 anos do DIU () SIM () NÃO

Reforçar sinais de alerta (febre, dor, odor, sangramento) () SIM () NÃO

Outras orientações _____

Assinatura e Carimbo:

Profissional 1 : _____

Profissional 2: _____

OUTRAS ANOTAÇÕES

Data: __/__/__ Hora: __: __

Data: __/__/__ Hora: __: __

Data: __/__/__ Hora: __: __

Data: __/__/__ Hora: __: __

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLOCAÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLOCAÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Eu, _____, RG _____, residente à rua _____ telefone _____, manifesto meu desejo de usar como método anticoncepcional o dispositivo intrauterino (DIU), depois de ter sido orientada sobre os demais métodos anticoncepcionais para o meu caso.

Declaro que recebi as seguintes informações:

O DIU é um pequeno objeto plástico que será colocado dentro do útero, por profissional habilitado, podendo ser retirado a qualquer momento, se houver necessidade ou se for meu desejo retirá-lo.

Como qualquer outro método anticoncepcional, mesmo quando bem indicado e bem colocado, pode apresentar falhas. Cinco a oito mulheres em cada mil engravidam usando DIU no primeiro ano. Este número diminui ao longo do tempo.

Como qualquer procedimento, a colocação do DIU não é livre de riscos. Pode ocorrer, em casos raros, perfuração uterina, hemorragia ou infecções. Se, no momento da colocação, surgir algum imprevisto, o procedimento será suspenso, visando garantir minha saúde e bem estar.

Mulheres que usam DIU podem ter alteração no ciclo menstrual e cólicas. Esses sintomas são mais comuns nos primeiros três meses e diminuem ou desaparecem com o passar do tempo.

Para diminuir a possibilidade de complicações e aumentar a eficácia do método, é muito importante que sejam seguidas as informações fornecidas pelo profissional de saúde, bem como as revisões periódicas programadas. Se aparecerem sintomas que possam indicar problemas com o DIU, como hemorragias, dor intensa, corrimento vaginal amarelado ou febre sem explicação, devo me dirigir à unidade onde meu DIU foi colocado.

Declaro, ainda, que recebi a orientação de que o DIU funciona apenas como anticoncepcional e não serve para prevenir doenças sexualmente transmissíveis, tendo sido orientada de com preveni-las.

Entendi as informações que me foram fornecidas em linguagem clara e simples e tive todas as minhas dúvidas esclarecidas. Recebi o cartão da paciente onde constam informações sobre o tipo do meu DIU, quando devo fazer a próxima revisão e quando devo trocá-lo.

Assinatura e carimbo do profissional que prestou as informações: _____

Assinatura e carimbo do profissional que colocou o DIU _____

Assinatura da paciente _____

São Paulo, __ de _____ de 20__.

CURRÍCULO LATTES



Thalita Vital Botelho

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4946697985392247>
 ID Lattes: 4946697985392247
 Última atualização do currículo em 12/02/2021

Graduada em Obstetrícia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades (2013), especialização lato sensu em Gestão em Enfermagem pela UNIFESP, aluna do programa de mestrado da Faculdade de Saúde Pública/USP. Atualmente atua como Obstetriz no Centro de Parto Humanizado Casa Angela e é vinculada a Organização de Ajuda Humanitária Médicos Sem Fronteiras, trabalhou na Maternidade Estadual de Cateiras e na Casa do Parto de Sapopemba na assistência ao parto. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Thalita Vital Botelho
Nome em citações bibliográficas	BOTELHO, T. V.
Lattes ID	http://lattes.cnpq.br/4946697985392247

Endereço

Endereço Profissional	Casa Angela. Rua Mahamed Aguil Jardim Mirante 05801060 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 58525332 URL da Homepage: http://www.casaangela.org.br/
-----------------------	---

Formação acadêmica/titulação

2019	Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Desfechos das Inserções de DIU por obstetras e enfermeiras obstétricas em um Centro de Parto Normal Peri-hospitalar, Orientador: Ana Lúcia Vieira Borges.
2017	Especialização em andamento em Gestão em Enfermagem. (Carga Horária: 416h). Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil.
2009 - 2013	Graduação em Obstetrícia. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Formação Complementar

2016 - 2016	Advanced Life Support in Obstetrics. (Carga horária: 20h). Médicos Sem Fronteiras, MSF, Espanha.
2013 - 2013	Cardiotocografia. (Carga horária: 3h).
2013 - 2013	Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras, ABENFO, Brasil.
2013 - 2013	Centro de partos normais e Parteira no Reino Unido. (Carga horária: 4h). Centro de Apoio à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, CEAP/FSP, Brasil.
2013 - 2013	Cardiotocografia. (Carga horária: 4h).
2013 - 2013	Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras, ABENFO, Brasil.
2013 - 2013	Transporte Neonatal e Pediátrico. (Carga horária: 8h). Hospital Samaritano, SAMARITANO, Brasil.
2012 - 2012	Resuscitação Neonatal. (Carga horária: 8h).



Ana Luiza Vilela Borges

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2416217745367478>

ID Lattes: 2416217745367478

Última atualização do currículo em 12/07/2021

Possui graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (1991), mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2000 e 2005), pós-doutorado no Population, Family and Reproductive Health Department da Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, em Baltimore, Estados Unidos (2013) e livre-docência pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (2014). Atualmente, é Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. Tem realizado pesquisas nas áreas de saúde sexual e reprodutiva, com ênfase em contracepção e intenção reprodutiva. É membro do UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP) Research Project Review Panel, da Organização Mundial da Saúde. Tem duas filhas e esteve de licença-maternidade em 2006/2007 e 2009/2010.

(Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Ana Luiza Vilela Borges
Nome em citações bibliográficas	BORGES, Ana Luiza Vilela;Borges, Ana Luiza Vilela;BORGES, ANA LV;Ana Luiza Vilela Borges, ALVB;Ana Luiza Borges;Ana Luiza Vilela;Vilela, Ana Luiza;VILELA BORGES, ANA LUIZA;Borges, Ana Luiza;Ana Luiza Vilela Borges;Borges, Ana Luiza Vilela
Lattes ID	 http://lattes.cnpq.br/2416217745367478

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. R. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 Cenqueira César 05403000 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617652 Fax: (11) 30617662 URL da Homepage: http://www.ee.usp.br
-----------------------	---

Formação acadêmica/titulação

2001 - 2005	Doutorado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil. Título: Adolescência e vida sexual: análise do início da vida sexual de adolescentes residentes na zona leste do município de São Paulo, Ano de obtenção: 2005. Orientador: Néia Schor. Palavras-chave: Saúde reprodutiva; Saúde sexual; Saúde do adolescente; Anticoncepção. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas.
1997 - 2000	Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil. Título: Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido,Ano de Obtenção: 2000. Orientador: Sonia Tucunduva Philippi. Palavras-chave: Amamentação; Produção de leite materno.