

Inserção de dispositivo intrauterino por médicos e enfermeiros em uma maternidade de risco habitual

Insertion of intrauterine device for doctors and nurses in a low-risk maternity hospital

Inserción del dispositivo intrauterino para doctores y enfermeras en una maternidad de riesgo habitual

Tatiane Herreira Trigueiro^a 

Gisele Szalow de Lima^a 

Rayssa Borges^a 

Paulo Ricardo Bittencourt Guimarães^b 

Silvana Regina Rossi Kissula Souza^a 

Marilene Loewen Wall^a 

Como citar este artigo:

Trigueiro TH, Lima GS, Borges R, Guimarães PRB, Souza SRRK, Wall ML. Inserção de dispositivo intrauterino por médicos e enfermeiros em uma maternidade de risco habitual. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200015. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200015>

RESUMO

Objetivo: Caracterizar a produção referente a inserção de Dispositivos Intrauterinos por médicos e enfermeiros em uma maternidade de risco habitual.

Método: Pesquisa exploratória transversal, com coleta retrospectiva de dados secundários de prontuários de mulheres que receberam o dispositivo em maternidade de risco habitual em Curitiba, Paraná, ao longo de 12 meses. Dados coletados entre outubro/2017 a março/2018 que passaram por análise descritiva e Teste Qui quadrado.

Resultados: Das 828 inserções, existiu diferença significativa entre mulheres que receberam o DIU no Centro Obstétrico (247) e Ambulatório (571) quanto a taxa de expulsão ($p=0,00001$), existindo mais chance de expulsão no pós-parto imediato (*Odds ratio* 8,73), não existiu diferença significativa entre enfermeiros (481) e médicos (347) ($p=0,07$), contudo, mais chance de expulsão quando foi o médico (*Odds ratio* 3,60). As principais intercorrências foram dismenorréia e vaginose.

Conclusão: A inserção do DIU no ambulatório pelo enfermeiro se demonstrou tão segura quanto pelo médico.

Palavras-chave: Dispositivos intrauterinos. Saúde da mulher. Planejamento familiar. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To characterize the production related to the insertion of Intrauterine Devices by doctors and nurses in a low-risk maternity hospital.

Method: Cross-sectional exploratory research, with retrospective collection of secondary data from medical records of women who received the device in a low-risk maternity hospital in Curitiba, Paraná, over 12 months. Data collected between October/2017 to March/2018 that underwent descriptive analysis and Chi-square test.

Results: Of the 828 insertions, there was a significant difference between women who received the IUD at the Obstetric Center (247) and Ambulatory (571) in terms of the expulsion rate ($p=0,00001$), with a greater chance of expulsion in the immediate postpartum period (*Odds ratio* 8.73), there was no significant difference between nurses (481) and doctors (347) ($p=0,07$), however, more chance of expulsion when the doctor was (*Odds ratio* 3.60). The main complications were dysmenorrhea and vaginosis.

Conclusion: The insertion of the IUD in the ambulatory by the nurse proved to be as safe as by the doctor.

Keywords: Intrauterine devices. Women's health. Family planning (public health). Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar la producción referente a la inserción de dispositivos intrauterinos por parte de médicos y enfermeras en un hospital de maternidad de riesgo habitual.

Método: investigación exploratoria transversal, con recopilación retrospectiva de datos secundarios de registros médicos de mujeres que recibieron el dispositivo en un hospital de maternidad de riesgo habitual en Curitiba, Paraná, durante 12 meses. Datos recopilados entre octubre/2017 a marzo/2018 que se sometieron a un análisis descriptivo y prueba de Chi-cuadrado.

Resultados: De las 828 inserciones, hubo una diferencia significativa entre las mujeres que recibieron el DIU en el Centro de Obstetricia (247) y Ambulatorio (571) en términos de la tasa de expulsión ($p=0,00001$), con una mayor probabilidad de expulsión en el período posparto inmediato (*Odds ratio* 8.73), no hubo diferencias significativas entre enfermeras (481) y médicos (347) ($p=0,07$), sin embargo, hubo más posibilidades de expulsión cuando era médico (*Odds ratio* 3.60). Las principales complicaciones fueron dismenorrea y vaginosis.

Conclusión: la inserción del DIU en el ambulatorio por parte de la enfermera resultó ser tan segura como la realizada por el médico.

Palabras clave: Dispositivos intrauterinos. Salud de la mujer. Planificación familiar. Enfermería.

^a Universidade Federal do Paraná (UFPR), Departamento de Enfermagem. Curitiba, Paraná, Brasil.

^b Universidade Federal do Paraná (UFPR), Departamento de Estatística. Curitiba, Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

Atualmente os serviços de saúde públicos brasileiro disponibilizam gratuitamente oito métodos contraceptivos, sendo eles diafragma, camisinha, pílula e injeção hormonal combinada, pílula e injeção somente de progesterona e o Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre⁽¹⁾.

O DIU consiste em um objeto sólido de formato variável, inserido pelo colo uterino, para se alocar na cavidade uterina, tendo como principal finalidade evitar a gestação. Existem diferentes apresentações desse dispositivo, como o de cobre e os hormonais, contudo o Ministério da Saúde brasileiro disponibiliza gratuitamente o DIU de cobre, sendo o Tcu380A o mais utilizado⁽¹⁻²⁾.

O DIU tem efetividade de até 12 anos após sua colocação e provoca reação inflamatória devido a ser um corpo estranho na cavidade uterina. Essa reação, provocada por meio de alterações bioquímicas e morfológicas, produz lesão tecidual mínima endometrial capaz de tornar o ambiente estéril, alterar o muco cervical e ter ação espermicida, prevenindo a gestação. Dessa forma, vale ressaltar que a ovulação não é afetada⁽²⁾.

Quanto a sua eficácia, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma ser de 99,4%, ou seja, a partir do uso correto, as chances de gestação ficam em torno de 0,6%. Sendo que, dentre as mulheres que optam pelo DIU de cobre, cerca de 78% permanecem com este por pelo menos um ano⁽³⁾. E de acordo com o Manual de Critérios médicos de elegibilidade para o uso de contraceptivos⁽⁴⁾, as evidências científicas indicam condições para a qual não há restrição para o uso do DIU de cobre como, indicado tanto para nulíparas quanto para multíparas, após o parto, preferencialmente imediatamente após a expulsão da placenta ou após quatro semanas; após cesariana; após abortamento no primeiro trimestre e para mulheres que tem contra indicações do uso de hormônio como as tabagistas, obesas, com histórico de câncer de mama e na família.

Apesar de seguro existem alguns riscos após inserção como a perfuração uterina, infecção, expulsão, falha contraceptiva e gravidez ectópica. E, vale ressaltar que, este método não protege contra as doenças sexualmente transmissíveis, devendo ser associado a um método de barreira⁽²⁾. Revisão sistemática publicada pela Cochrane evidenciou que existe maior risco de expulsão do DIU quando inserido no pós-parto imediato, entretanto, os autores reforçam que o benefício de proporcionar contracepção efetiva logo após o parto pode superar esta desvantagem, que o acompanhamento clínico e a educação em saúde podem ajudar a detectar sinais e sintomas de complicações⁽⁵⁾. Assim, o aconselhamento no planejamento reprodutivo precisa ir além da entrega de métodos contraceptivos, mas sim ter enfoque na educação em saúde sexual e reprodutiva e na ampliação de opções.

A atenção e a incorporação do planejamento reprodutivo no cotidiano e prática assistencial do enfermeiro ocorre por

meio do respaldo da Lei do exercício profissional 7.498/86⁽⁶⁾ e por meio da Consulta de Enfermagem, como parte da sistematização da assistência de Enfermagem respaldada pela resolução 358/2009⁽⁷⁾ seja na atenção primária, assim como nas maternidades. Dessa forma, se o DIU for a escolha da mulher e esta estiver em conformidade clínica com sua atual condição de saúde, além do profissional médico, o parecer técnico 17/2010⁽⁸⁾ do Conselho Federal de Enfermagem, ressalta que, desde que recebam o devido treinamento, inexistente impedimento para que enfermeiros realizem a inserção de DIU às usuárias do Sistema Único de Saúde, embora, tal prática ainda seja alvo de constante análise e discussão da sua legalidade.

Dessa forma, a atuação do enfermeiro com vistas ao planejamento reprodutivo ocorre, além da oferta e orientação dos métodos contraceptivos, também mediante conhecimento e implementação das políticas de saúde existentes no país e município, engajamento em educação em saúde, busca de conhecimento técnico-científico quanto às melhores evidências científicas.

A partir da busca da literatura nacional sobre a prática de inserção de DIU pelo enfermeiro, percebeu-se escassez de artigos publicados, dessa forma, o desenvolvimento desta pesquisa se tornou relevante na medida em que é preciso conhecer a população assistida por estes profissionais e disseminar ações que possam auxiliar no respaldo na inserção do DIU pelo enfermeiro no Brasil. Diante do exposto, emergiram as seguintes questões: Qual a produção dos médicos e enfermeiros referente a inserção de DIU em uma maternidade? Quais os indicadores referentes a taxa de expulsão do DIU? Assim o objetivo foi caracterizar a produção referente a inserção de Dispositivos Intrauterinos de médicos e enfermeiros em uma maternidade de risco habitual.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa quantitativa exploratória de corte transversal com coleta retrospectiva de dados secundários. Foram reunidos prontuários de mulheres que tiveram inserção do DIU em uma maternidade de risco habitual no município de Curitiba, Paraná, no período de agosto de 2016 a agosto de 2017. Esse período compreende o primeiro ano de inserção de DIU pelo profissional enfermeiro, visto que antes este procedimento era realizado somente por médicos. Foram incluídos todos os prontuários de mulheres que receberam o DIU nesse período, totalizando 828.

As inserções de DIU nesta maternidade ocorre em dois locais, no Centro Obstétrico, pós-parto imediato, são realizadas apenas por médicos e no Ambulatório onde médicos e enfermeiros realizam a inserção para as mulheres atendidas no pós-parto tardio e àquelas que optaram pelo DIU como método contraceptivo sem necessariamente terem tido seus partos na maternidade. A maternidade preconiza ainda que

as mulheres que tiveram o DIU inserido passem por consulta com o médico ou enfermeiro após 30 a 40 dias da colocação do Dispositivo no Ambulatório.

Os dados foram coletados entre outubro de 2017 a março de 2018 e os prontuários foram reunidos a partir de uma ficha de controle preenchida por um funcionário do setor administrativo. Posteriormente, foi realizada a leitura e coleta de informações no prontuário e foi alimentado um instrumento contendo os seguintes dados: data e local da inserção do DIU, idade, escolaridade, histórico gestacional, motivo da escolha do método, profissional responsável pela inserção do DIU, indicações clínicas, histerometria, intercorrências durante a inserção, avaliação do retorno de 30 dias e outros eventuais retornos ocorridos no período.

Os dados foram organizados em planilha Excel e analisados por meio de análise descritiva e Teste Qui quadrado, complementado pelo cálculo da *Odds ratio* (OR), por meio do programa *Statística* versão 7.0, com nível de significância de 5%.

A pesquisa obedece aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética institucional em 25 de setembro de 2017, sob o Parecer nº 2.294.265.

■ RESULTADOS

A partir da análise dos 828 prontuários, quanto ao local de inserção do DIU, constatou-se que no Ambulatório ocorreram 581 (70,17%) e no Centro Obstétrico 247 (29,83%) procedimentos. A média de idade das mulheres foi de 25,97 anos, sendo a idade mínima de 14 e a máxima de 44 anos, com desvio padrão de 6,27. Sendo a faixa etária mais prevalente entre 20 e 25 anos. Em relação à escolaridade, chama-se atenção que 352 (42,51%), tinham segundo grau completo e a soma de mulheres com ensino superior completo e incompleto chegou a 187 (22,59%) conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Idade e escolaridade de mulheres com implantação do DIU em uma maternidade de risco habitual – Curitiba, PR, Brasil, 2016-2017 (n=828)

Variáveis	n	(%)
Idade		
até 15 anos	13	1,57
15 a 20 anos	148	17,87
20 a 25 anos	273	32,97
25 a 30 anos	209	25,24
30 a 35 anos	111	13,41
35 a 40 anos	56	6,76
40 a 45 anos	17	2,05
45 a 50 anos	1	0,12
Escolaridade		
Nenhum	1	0,12
1º grau incompleto	102	12,32
1º grau completo	60	7,25
2º grau incompleto	106	12,80
2º grau completo	352	42,51
Superior Completo	98	11,84
Superior incompleto	89	10,75
Sem informação	20	2,42

Fonte: Dados da pesquisa, 2016-2017.

Em relação à paridade, 260 (31,40%) das mulheres eram primigestas e 241 (29,11%) secundigestas e quanto ao momento da inserção do DIU, 231 (27,89%) ocorreram no pós-parto imediato, 15 após curetagem (1,81%) e uma (0,12%) recebeu o DIU com sedação, 335 (40,45%) no pós-parto tardio e 246 (29,71%) por busca direta no Ambulatório.

Como indicação para utilizar o DIU de cobre como método contraceptivo, foram encontrados 556 (67,15%) lactantes, 10 (1,21%) tabagistas, cinco (0,60%) hipertensas, duas (0,24%) com histórico de câncer de mama e uma (0,12%) com diagnóstico de epilepsia.

Quanto ao profissional responsável pela inserção do DIU na maternidade, 481 (58,09%) foi realizado por enfermeiros e 347 (41,91%) por médicos. No Ambulatório foram realizadas 581 inserções, sendo 481 (82,79%) realizadas por enfermeiro e 100 (17,21%) por médicos.

Sobre a histerometria, foram encontrados 548 registros, a média foi de 8,06 centímetros (cm), sendo o mínimo 6 cm, o máximo 12 cm, com desvio padrão de 0,84. A respeito do método contraceptivo utilizado anteriormente, esta

informação constava somente em 286 (34,54%) do número total dos prontuários, sendo o mais citado o anticoncepcional hormonal oral (ACO) por 130 (15,70%) mulheres, seguido do método de barreira masculino como a camisinha por 88 (10,63%) delas, conforme Tabela 2.

No momento da inserção, 815 (98,43%) das mulheres não apresentaram intercorrências, contudo, foram encontrados 11 (1,32%) registros desta natureza e em dois (0,24%) prontuários não constava esta informação. Dentre as intercorrências registradas, a mais prevalente, vista em sete prontuários, foi o sangramento e, com um caso cada, a vaginose bacteriana, palidez cutânea, náusea e necessidade de troca de Dispositivo.

Das 828 mulheres que receberam o DIU, o retorno foi realizado por 477 (57,61%) delas e destas, 217 apresentaram alguma queixa, sendo a mais prevalente a dismenorréia em 68 (8,21%) prontuários, conforme Tabela 3.

A expulsão do DIU foi constatada em 33 (3,98%) dos prontuários. Em relação ao momento da inserção, existe diferença significativa entre mulheres que receberam o DIU no Centro Obstétrico e Ambulatório quanto a taxa de

Tabela 2 – Métodos contraceptivos anteriormente utilizados por mulheres que receberam o DIU em uma maternidade de risco habitual – Curitiba, PR, Brasil, 2016-2017 (n=828)

Método utilizado anteriormente	n	(%)
Sem Informação	542	65,46
ACO	130	15,70
Camisinha masculina	88	10,63
Injetável trimestral	19	2,29
Injetável mensal	17	2,05
DIU	11	1,33
Nega uso	10	1,21
Anel vaginal	4	0,48
ACO (minipílula)	3	0,36
Tabelinha	1	0,12
DIU e camisinha	1	0,12
ACO e camisinha	1	0,12
ACO e injetável mensal e trimestral	1	0,12

Fonte: Dados da pesquisa, 2016-2017.

Tabela 3 – Intercorrências apresentadas no retorno de 30 dias por mulheres que estavam com o DIU em uma maternidade de risco habitual – Curitiba, PR, Brasil, 2016-2017 (n=217)

Intercorrência	n	(%)
Dismenorréia	68	31,33
Vaginose Bacteriana	47	21,65
Menorragia	32	14,74
Metrorragia	24	11,05
Dispareunia	13	5,99
Companheiro Sente o Fio do DIU	10	4,60
Leucorréia	5	2,30
DIU não visualizado	4	1,84
Perfuração miometrial	2	0,92
Cefaléia	2	0,92
Disúria	2	0,92
Alterações Intestinais	2	0,92
Lesão Intraepitelial	1	0,47
Infecção urinária	1	0,47
Endometrite	1	0,47
Tontura	1	0,47
Polaciúria	1	0,47
Irritabilidade	1	0,47

Fonte: Dados da pesquisa, 2016-2017.

expulsão ($p=0,00001$), existindo 8,73 vezes mais chance de haver expulsão quando o procedimento é realizado no Centro Obstétrico logo após o parto (*Odds ratio* 8,73).

Referente ao local de inserção do dispositivo na maternidade, em relação aos procedimentos realizados no Ambulatório (pós-parto tardio ou a pedido) pelo médico e pelo enfermeiro quanto à expulsão, verificou-se que não existiu diferença significativa entre enfermeiros e médicos ($p=0,07$), contudo, houve 3,61 vezes (*Odds ratio* 3,60750) mais chance de haver expulsão quando o responsável pela colocação foi o médico (Tabela 4). Cabe ressaltar que o

número de profissionais médicos que realizam o procedimento é superior ao de enfermeiros, visto presença também de médicos residentes no local.

Quanto à relação de expulsão com o número de partos vaginais, 17 (3,29%) mulheres nulíparas ou primíparas tiveram expulsão, enquanto 16 (5,13%) mulheres com dois ou mais partos vaginais tiveram expulsão. Observou-se que não há relação significativa entre o número de partos vaginais e o percentual de expulsão ($p=0,19$), não obstante, mulheres que tiveram parto vaginal tiveram 1,5 mais chance de expulsão (*Odds ratio* 1,55656).

Tabela 4 – Relação entre a taxa de expulsão, profissional responsável, local da inserção e quantidade de partos das mulheres que receberam o DIU em uma maternidade de risco habitual – Curitiba, PR, Brasil, 2016-2017

Variável	Expulsão		p	OR
	Sim	Não		
	n(%)	n(%)		
Profissional responsável (Ambulatório)				
Enfermeiro	4 (0,83)	477 (99,17)	0,07	3,61
Médico	3 (3,00)	97 (97,00)		
Local de inserção				
Centro Obstétrico	26 (10,73)	221 (89,47)	0,00001	8,73
Ambulatório	7 (1,20)	574 (98,80)		
Parto				
0 ou 1	17 (3,29)	499 (96,71)	0,19	1,55
2 ou mais	16 (5,13)	296 (94,87)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016-2017.

DISCUSSÃO

Neste estudo, percebeu-se que as mulheres atendidas, em sua maioria, são jovens em idade fértil, que já tiveram pelo menos uma gestação e buscaram o DIU de cobre como método de planejamento reprodutivo, dados que são semelhantes a outros estudos, inclusive de outros países. Pesquisa realizada em um hospital de Recife, Brasil, com 157 mulheres que receberam o DIU de cobre, a média de idade foi de 25 a 27 anos⁽⁹⁾. Na Austrália, das 207 mulheres que receberam o dispositivo, tinham entre 16 e 50 anos, com média de 33 anos, dessas 185 (89%) tiveram pelo menos um parto anterior e 22 (11%) eram nulíparas⁽¹⁰⁾.

Sobre a escolaridade das mulheres neste estudo a maioria tinha o segundo grau completo, chama-se atenção para a quantidade de mulheres com ou cursando ensino superior, sendo semelhante ao estudo realizado em Recife, Brasil, em que, dentre as mulheres que receberam o DIU, as nulíparas em média haviam completado o ensino médio e as que já tinham um parto anterior não o completaram⁽⁹⁾. O que difere da pesquisa realizada em um hospital no Paquistão,

do total de 1.230 mulheres que receberam o DIU de cobre após o parto, 918 (73,4%) não possuíam o ensino médio⁽¹¹⁾.

Em relação aos métodos utilizados anteriormente do DIU para planejamento reprodutivo, o contraceptivo oral combinado foi o mais relatado de uso anteriormente à escolha do DIU de cobre. Dado semelhante foi encontrado, das 157 mulheres que receberam o Dispositivo em um hospital do Recife, 113 utilizavam anteriormente o contraceptivo oral hormonal, seguido do injetável (63) e, mais da metade relataram que a escolha pelo Dispositivo ocorreu em virtude do desejo de abandonar o uso de hormônios⁽⁹⁾. Acredita-se que a escolha pelo DIU de cobre pode ocorrer por diversas razões, dentre elas, o fato de não haver hormônios, menor chance de falha contraceptiva devido ao fato de não necessitar de lembrar sobre a ingestão diária, durabilidade da ação, dentre outros.

Assim, há a necessidade de difusão e incentivo ao planejamento reprodutivo pelos serviços de saúde brasileiros visto a fragilidade de informação acessível e a dificuldade da mulher em associar suas metas reprodutivas com a utilização de um método seguro, eficaz e compatível com

seu bem-estar. Algumas mulheres relatam que na iniciação sexual o método de barreira masculino é utilizado, contudo abandonado com a estabilização do relacionamento, posteriormente recorrem ao anticoncepcional oral, mas em virtude dos efeitos colaterais, o abandonam, levando a gestações não planejadas. Assim, a fim de garantir os direitos sexuais e reprodutivos da mulher é necessário a ampliação das estratégias para sua efetiva concretização⁽¹²⁾, dessa forma a inserção de DIU pelos enfermeiros se torna uma estratégia de ampliação tanto de oferta de método contraceptivo, quanto do leque de profissionais habilitados para inserção.

Neste estudo os profissionais que realizaram a inserção do DIU foram médicos e enfermeiros, sendo que este último tem a prática de inserção já consolidada em diversos países, como na Inglaterra⁽¹³⁾, na Tanzânia⁽¹⁴⁾ e nos Estados Unidos, quais devidamente treinados podem inserir métodos anti-concepcionais reversíveis de ação prolongada, como o DIU de cobre e hormonal⁽¹⁵⁾. Na Austrália, desde 2012, o Serviço de Planejamento Familiar de New South Wales, organização vinculada ao governo, iniciou o treinamento de Enfermeiras para a inserção de DIU hormonal e de cobre⁽¹⁰⁾. E, na Índia, a partir de 2013, o governo mudou sua política para que enfermeiros e parteiras treinadas pudessem inserir DIU após o parto e iniciou capacitações para a efetivação de tal prática pelo país a fim de melhorar e incentivar o planejamento reprodutivo⁽¹⁶⁾.

Pesquisa realizada na Austrália, entre fevereiro de 2012 a maio de 2014, acompanhou quatro enfermeiros treinados para inserção de DIU e constatou que, dos 207 procedimentos realizados, 194 (93,7%) foram realizados com sucesso e sem intercorrências, em 13 (6,3%) foi necessário ajuda de outro profissional ou não foi possível a inserção, e as principais razões foram pacientes que apresentaram estenose de orifício cervical interno, obter apoio de outro profissional para avaliar o tamanho ou posição do útero, resultados citopatológicos anormais, solicitação de anestesia local e apoio devido falha do mecanismo de liberação do Dispositivo⁽¹⁰⁾.

Em relação ao retorno ao serviço para acompanhamento de intercorrências, nesta investigação, foi de 57,6%, dado semelhante ao encontrado em outros serviços, como na Austrália em que a taxa de retorno foi de 53%⁽¹⁰⁾. Dentre as intercorrências registrados nos prontuários deste estudo a dismenorréia e a vaginose bacteriana foram as mais frequentes. Em um hospital no Paquistão 1.250 mulheres que foram acompanhadas em seis meses da inserção DIU de cobre após o parto, 833 não tiveram complicações, contudo dentre as 417 mulheres que apresentaram, o distúrbio menstrual (238) e o corrimento vaginal (193) foram observados⁽¹¹⁾. O aumento do volume de sangramento vaginal também foi a queixa mais relatada após retorno em dois estudos, um no Brasil⁽⁹⁾ e outro na Índia⁽¹⁷⁾.

Revisão sistemática evidenciou que o risco de resultados adversos relacionados à gravidez não planejada, perfuração, infecção, sangramento intenso ou remoções por sangramento entre usuários jovens de DIU é baixo e pode não ser clinicamente significativo, contudo, o risco de expulsão é maior em mulheres mais jovens em comparação com mulheres com mais idade. Entretanto o DIU é um método de contracepção seguro, reversível e altamente eficaz⁽¹⁸⁾.

Quanto as taxas de expulsão do DIU este estudo evidenciou que foi maior quando a inserção é realizada no pós-parto imediato no Centro Obstétrico e dados da literatura confirmam esses resultados. Revisão sistemática constatou que as inserções pós-parto imediata, após dez minutos e em 48 horas após o parto, resultaram em maiores taxas de expulsão do que a inserção entre quatro e seis semanas após o parto ou a inserção em mulheres que não estavam no período pós-parto⁽¹⁹⁾. Coorte realizada nos Estados Unidos acompanhou 96 mulheres que receberam o DIU hormonal (55) e de cobre (41) imediatamente após o parto, destes 21 hormonais e apenas 8 de cobre sofreram expulsão, sendo que, desses, 25 ocorreram entre as seis primeiras semanas pós parto. Neste estudo as mulheres que receberam o DIU hormonal foram mais propensas a expulsarem o Dispositivo em comparação às que receberam o DIU de cobre⁽²⁰⁾.

Quanto ao momento de inserção de DIU, neste estudo apenas profissionais médicos o realizavam no Centro Obstétrico, no pós-parto imediato, contudo, pesquisas em outros países demonstram que enfermeiros, quando treinados realizam tal prática de forma rotineira e segura, estudo realizado nos Estados Unidos demonstrou que das 123 inserções de DIU, 68 (55%) hormonal e 55 (45%) de cobre realizados no pós parto imediato, 53 (43,1%) foram por enfermeiros especialistas em obstetrícia ou saúde da mulher⁽²⁰⁾. Estudo realizado na Índia evidenciou que a inserção de DIU no pós-parto imediato por enfermeiros devidamente treinados é tão segura quanto a realizada por médicos⁽¹⁶⁾.

Em um hospital da Tanzânia⁽¹⁴⁾ das 596 inserções de DIU de cobre no pós-parto imediato realizados por parteiras treinadas, apenas 43 mulheres apresentaram complicações na consulta de retorno após seis semanas da inserção, dentre estas, 14 (2,3%) expulsões, 16 (2,7%) infecções uterinas e 26 (4,4%) pedidos de remoção. Dados que reforçam os achados neste estudo e nesta população investigada em relação a prática da inserção de DIU de cobre por enfermeiros e médicos apresentar-se segura quando comparados.

Assim, onde os recursos humanos para a saúde são um problema, permitir que as Enfermeiras e profissionais especialistas em obstetrícia realizem inserções de DIU pode promover o acesso planejamento familiar pós-parto e reduzir a necessidade não atendida de contracepção

pelas mulheres, especialmente em serviços que atendem populações de baixa renda e locais onde os médicos são escassos⁽¹⁴⁾.

Por fim, quanto a expulsão em relação a paridade, estudo que investigou 84 nulíparas e 73 mulheres com parto anterior que receberam o DIU de cobre em um hospital do Recife, Brasil, evidenciou que a taxa de descontinuidade do método por expulsão foi similar nos dois grupos, 9,6% e 6,8% respectivamente⁽⁹⁾, dado semelhante ao encontrado neste estudo quanto à taxa de expulsão em relação à paridade.

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou conhecer a produção da prática de inserção de DIU de cobre pelo enfermeiro. As taxas de intercorrências e expulsão mostraram-se abaixo das apresentadas na literatura e a inserção do DIU, no pós-parto tardio e a pedido em mulheres de idade fértil pelo enfermeiro, nesta população, demonstrou-se tão segura quanto a realizada pelo médico. Não obstante, este estudo possibilitou conhecer a população de mulheres que receberam o dispositivo neste período, sendo elas jovens, com um bom nível de escolaridade, primigestas e no pós-parto tardio.

Diante dos resultados encontrados, ressalta-se a importância da inserção do enfermeiro e sua produtividade na inserção de DIU frente à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos desde a atenção primária ao nível hospitalar. Para tanto, reforça-se a necessidade do aumento de oferta dos cursos de treinamento para estes profissionais visto benefícios à sociedade, no que tange ao aumento da oferta deste método a longo prazo e livre do hormônios, e aos serviços, no aumento de procedimentos ofertados com qualidade, segurança e não centrado em apenas uma categoria profissional.

Chama-se atenção também para o incentivo da inserção de DIU por este profissional no pós-parto imediato, sendo esta mais uma estratégia para incentivo do planejamento reprodutivo, ampliação da oferta de método contraceptivo seguro e diminuição de gestações não planejadas no país.

Recomenda-se que estudos desta natureza em locais onde ocorra a inserção de DIU pelo enfermeiro sejam realizados e publicados a fim de fortalecer e incentivar outros serviços, visto que tal prática realizada por este profissional está em constante discussão legal. Aponta-se para as limitações desta investigação, pois ocorreu em apenas uma maternidade do município com delimitação temporal.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Blog da Saúde [Internet]. Brasília; c2016-2020 [citado 2018 mar 28]. Conheça os métodos contraceptivos oferecidos pelo SUS; [aprox. 1 tela]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/materias-especiais/51645-saiba-mais-sobre-os-metodos-contraceptivos-oferecidos-pelo-sus>
2. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de anticoncepção [Internet]. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2015 [citado 2017 mar 27]. Disponível em: <https://armazendadiciencia.files.wordpress.com/2017/08/manual-anticoncepcao-febrasgo-2015-pdf.pdf>
3. World Health Organization (CH). Selected practice recommendations for contraceptive use. Geneva: WHO; 2016 [cited 2018 Mar 20]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252267/1/9789241565400-eng.pdf>
4. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition. Geneva: WHO; 2015 [cited 2018 Mar 20]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf
5. Lopez LM, Bernholc A, Hubacher D, Stuart G, Van Vliet HAAM. Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(6):CD003036. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003036.pub3>
6. Presidência da República (BR) Decreto de Lei n. 7.498, de 25 junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF; 1986 [citado 2018 mar 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm
7. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN-358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN; 2009 [citado 2018 mar 20]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
8. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Parecer n. 17/2010/COFEN/CTLN, de 11 de novembro de 2010. Trata-se de encaminhamento dos documentos em epígrafe pela Secretaria do Conselho Federal de Enfermagem, para análise e emissão de Parecer sobre a “viabilidade dos Enfermeiros realizarem procedimentos com Medicamentos e Insumos para Planejamento Familiar Reprodutivo”. Brasília: COFEN; 2010 [citado 2018 mar 20]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-n-172010-cofen-ctl_n_6148.html
9. Scavuzzi A, Souza ASR, Amorim MMR. Continued compliance and degree of satisfaction in nulligravida and parous women with intrauterine contraceptive devices. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2016;38(3):132-9. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0036-1580709>
10. Kemeny F, Digiusto E, Bateson D. Insertion of intrauterine contraceptive devices by registered nurses in Australia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2016;56(1):92-6. doi: <https://doi.org/10.1111/ajo.12427>
11. Wasim T, Shaukat S, Javed L, Mukhtar S. Outcome of immediate postpartum insertion of intrauterine contraceptive device: Experience at tertiary care hospital. *J Pak Med Assoc*. 2018 [cited 2018 Sep 26];68(4):519-25. Available from: https://jpma.org.pk/article-details/8637?article_id=8637
12. Medeiros TFR, Santos SMP, Xavier AG, Gonçalves RL, Mariz SR, Sousa FLP. Women's experience with contraception from the perspective of gender. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(2):e57350. doi: <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.57350>

13. The Family Planning Association (UK). Your guide to the IUS: helping you choose the method of contraception that's best for you. Derby: FPA; 2018 [cited 2018 Sep 26]. Available from: <https://www.fpa.org.uk/sites/default/files/ius-your-guide.pdf>
14. Muganyizi PS, Kimario G, Ponsian P, Howard K, Sethi M, Makins A. Clinical outcomes of postpartum intrauterine devices inserted by midwives in Tanzania. *Int J Gynecol Obstet* 2018; 143(Suppl. 1):38–42. doi: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12603>
15. Kelly PJ, Cheng AL, Carlson K, Witt J. Advanced practice registered nurses and long-acting reversible contraception. *J Midwifery Womens Health*. 2017;62(2):190-5. doi: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12578>
16. Yadav V, Balasubramaniam S, Das S, Srivastava A, Srivastava A, Kumar S, et al. Comparison of outcomes at 6 weeks following postpartum intrauterine contraceptive device insertions by doctors and nurses in India: a case-control study. *Contraception*. 2016;93(4):347-55. doi: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.12.012>
17. Blumenthal PD, Lerma K, Bhamrah R, Singh S, 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*. 2018;98(3):215-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.04.019>
18. Jatlaoui TC, Riley HEM, Curtis KM. The safety of intrauterine devices among young women: a systematic review. *Contraception*. 2017;95(1):17-39. doi: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.10.006>
19. Sonalkar S, Kapp N. Intrauterine device insertion in the postpartum period: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2015;20(1):4-18. doi: <https://doi.org/10.3109/13625187.2014.971454>
20. Goldthwaite LM, Sheeder J, Hyer J, Tocce K, Teal SB. Postplacental intrauterine device expulsion by 12 weeks: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(6):674.e1-674.e8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.08.001>

■ **Autor correspondente:**

Tatiane Herreira Trigueiro

E-mail: tatiherreira@gmail.com

Recebido: 04.02.2020

Aprovado: 28.05.2020

Editor associado:

Helga Geremias Gouveia

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti