

Attitudes on counselling in the postpartum contraception – results of a multicentric survey

Avaliação das práticas dos profissionais de saúde na contraceção após o parto – resultados de um estudo multicêntrico

Ana Rolha^{1*}, Simone Subtil^{1*}, Margarida Cal², Daniela David³, Luísa Cerqueira⁴, Carolina Carvalho⁵, João Coimbra⁶, Joana Simões⁶, Rita Vasconcelos⁷, Maria Flores⁷, Teresa Bombas^{1,8}

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Centro Hospital Universitário São João, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Centro Hospitalar Universitário do Algarve e Hospital de Braga

Abstract

Overview and Aims: Pregnancy is an opportunity to perform postpartum contraceptive counselling, which is important to reduce the rate of unwanted pregnancies. With the purpose of knowing the attitudes, behaviours and concerns of health professionals about contraception in the postpartum period, a multicentre study was conducted in Portugal.

Study design, population and methodology: A questionnaire with questions related to attitudes, practices and concerns of contraceptive counselling in pregnancy and postpartum was created and distributed in six hospital centres. This survey was intended for health professionals (physicians and nurses) and was conducted in order to ensure the anonymity and confidentiality of the participants. Descriptive study of the answers obtained.

Results: There were 310 answers: 175 from doctors (56,5%) and 135 from nurses (43,5%). During pregnancy, 35.5% (n=110) always inform the woman about contraceptive options and 18.1% (n=56) if the possibility of tubal ligation arises. At discharge, the majority (81.6%, n=253) inform and advise about contraceptive options. There are 45 professionals (14.5%) who do not inform women, pointing out as reasons 'the not appropriateness of the moment' and 'lack of time'. The majority of respondents consider that women should have contraceptive counselling during pregnancy (78.4%, n=243) and about one fifth (21.6%, n=67) do not. The reasons given being: 'information should be referred to the postpartum review consultation' and 'the information given at discharge is sufficient' (41.8%, n=28). In this group, 25.4% (n=17) does not intend to change their attitude, 11.9% (n=8) states that they will change their attitude e 46.3% (n=31) consider changing their attitude.

Conclusions: In the population studied, contraceptive counselling during pregnancy is not universal. Although most of the professionals considered contraceptive counselling during pregnancy important, in current practice it is deferred to maternity discharge or to the postpartum review consultation.

Keywords: Contraceptive; Counselling.

Resumo

Introdução e objetivos: A gravidez constitui uma oportunidade para realizar aconselhamento contraceptivo para o pós-parto, sendo este importante para reduzir a taxa de gravidez não desejada. Com o objetivo de conhecer as atitudes, comportamentos e preocupações dos profissionais de saúde sobre a contraceção no pós-parto foi realizado um estudo multicêntrico em Portugal.

Desenho do estudo, população e metodologia: Foi elaborado um questionário para profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que foi distribuído em seis centros hospitalares. Foi garantido o anonimato e confidencialidade dos participantes. Procedeu-se a um estudo descritivo das respostas obtidas.

Resultados: Obtiveram-se 310 respostas: 175 de médicos (56.5%) e 135 de enfermeiros (43.5%). Durante a gravidez, 35.5% (n=110) informa sempre a mulher das opções contraceptivas, 36.5% (n=113) informa apenas em situações especiais e 18.1% (n=56) se a hipótese de laqueação tubária se colocar. Na alta da maternidade, a maioria (81.6%, n=253) informa e orienta sobre as opções contraceptivas. Existem 45 (14.5%) profissionais que não informam a mulher sobre contraceção, apontando como razões a 'não adequação do momento' e a 'falta de tempo'. A maioria dos inquiridos considera que a mulher deve ter aconselhamento contraceptivo durante a gravidez (78.4%, n=243) e cerca de um quinto (21.6%, n=67) considera que não, sendo os motivos apontados: 'esta informação deve ser remetida para a consulta de revisão puerperal' e 'a informação dada na alta é suficiente'. Neste grupo, 25.4% não tenciona mudar a sua atitude e 46.3% pondera modificar esta atitude.

Conclusões: Na população avaliada, o aconselhamento contraceptivo não é universal. A maioria dos profissionais considera importante que o aconselhamento contraceptivo deve ser realizado durante a gravidez. No entanto, na prática atual o aconselhamento contraceptivo é diferido para a alta da maternidade ou para a consulta de revisão puerperal.

Palavras-chave: Aconselhamento; Contraceção.

INTRODUÇÃO

O aconselhamento contraceptivo para o pós-parto é uma notável medida de saúde pública, com ganhos a médio e a longo prazo. No puerpério, o retorno da fertilidade é imprevisível: as mulheres que não amamentam ou que não amamentam em exclusivo podem ter uma ovulação 4 a 6 semanas após o parto^{1,2}. Existe evidência que 35 a 57% das mulheres retoma a sua vida sexual 6 semanas após o parto^{1,3}. A consulta de revisão pós-parto realizada às 6 semanas, habitualmente nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários, carece, em muitos casos, de profissionais habilitados na colocação de métodos contraceptivos de longa duração, diferindo o acesso à contraceção⁴. Além disso, muitas mulheres não comparecem na consulta de revisão puerperal, sendo as principais razões os cuidados ao recém-nascido, limitações em termos de transportes e barreiras na comunicação^{1,4,5}.

Assim, torna-se evidente a importância de um aconselhamento contraceptivo eficaz, seguro e informado realizado no período pré-natal e reforçado no pós-parto, com o propósito de reduzir a taxa de gravidez não desejada e de otimizar o intervalo entre gestações melhorando os desfechos obstétricos de uma gravidez futura⁶.

Neste estudo, procurámos avaliar a atitude, a prática e as preocupações dos profissionais de saúde no aconselhamento contraceptivo na gravidez e no pós-parto.

MÉTODOS

Foi realizado um questionário composto por questões relacionadas com as atitudes, práticas e preocupações de aconselhamento contraceptivo na gravidez e no pós-parto. O inquérito foi realizado e validado por um grupo de especialistas em Ginecologia e Obstetrícia com diferenciação em contraceção. As questões foram precedidas por um texto explanatório enunciando o objetivo do estudo. As duas primeiras questões procuraram caracterizar a população (idade, género e profissão). A terceira questão esteve relacionada com a abordagem contraceptiva para o pós-parto durante a gravidez, considerando se é realizada sempre ou se apenas em determinadas circunstâncias. O último grupo de questões incluiu as atitudes e práticas adotadas durante o internamento no puerpério e à data alta.

Foram incluídos profissionais (médicos e enfermeiros) dos Serviços de Obstetrícia de seis centros hospita-

1. Centro Hospitalar Universitário de Coimbra – Serviço de Obstetrícia A, Coimbra, Portugal.

2. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal.

3. Centro Hospitalar Universitário de Coimbra – Serviço de Obstetrícia B, Coimbra, Portugal.

4. Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal.

5. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

6. Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal.

7. Hospital de Braga, Braga, Portugal.

8. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Serviço de Obstetrícia A, Coimbra, Portugal. Sociedade Portuguesa da Contraceção.

*Both authors contributed equally to this work and are considered to be co-first authors.

QUADRO I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO (N=310).

Caraterísticas demográficas	n (%)
Sexo	
Feminino	271 (87,4)
Masculino	38 (12,3)
Idade por grupos (anos)	
1.]≤24]	1 (0,3)
2. [25-29]	40 (12,9)
3. [30-34]	55 (17,7)
4. [35-39]	56 (18,1)
5. [40-44]	36 (11,6)
6. [45-49]	21 (6,8)
7. [50-54]	35 (11,3)
8. [55-59]	36 (11,6)
9.]≥60]	25 (8,1)
Profissão	
1. Médico especialista	119 (38,4)
2. Médico interno	56 (18,1)
3. Enfermeiro	135 (43,5)

lares terciários portugueses (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Centro Hospital Universitário São João, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Centro Hospitalar Universitário do Algarve e Hospital de Braga).

A participação no estudo foi voluntária, tendo sido limitada aos profissionais de saúde presentes nos respetivos Serviços durante os meses de abril a julho de 2019. O inquérito foi preenchido de forma anónima, após consentimento informado. Os dados recolhidos foram utilizados apenas para o presente estudo pelos investigadores principais, cumprindo-se todas as normas de ética e confidencialidade.

A análise estatística foi realizada usando o Microsoft Excel®.

Este trabalho foi realizado em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Contraceção.

RESULTADOS

Foram incluídos 310 profissionais (Quadro I): 175 médicos (56,5%) e 135 enfermeiros (43,5%), sendo 12,3% (n=38) do género masculino e 87,4% (n=271) do género feminino, com uma média de idades de

41,9±11,4 anos. Dos médicos, 38,4% (n=119) eram especialistas e 18,1% (n=56) internos da Especialidade de Ginecologia-Obstetrícia. (Quadro I)

Atitude e comportamento sobre aconselhamento contraceptivo durante a gravidez e pós-parto

Durante a gravidez, cerca de um terço dos profissionais inquiridos (35,5%, n=110 – 36,0% dos médicos e 34,8% dos enfermeiros) informa sempre a mulher das opções contraceptivas, 36,5% (n=113) informa apenas em situações especiais (39,4% dos médicos e 32,6% dos enfermeiros), 19,4% (n=60) realiza aconselhamento apenas em grupos vulneráveis (18,9% dos médicos e 20,0% dos enfermeiros) e 18,1% (n=56) se a hipótese de laqueação tubária (LT) se colocar (26,7% dos médicos e 6,7% dos enfermeiros). Não faz qualquer tipo de aconselhamento durante a gravidez 7,7% (n=24) dos profissionais (6,3% dos médicos (n=11) e 9,6% dos enfermeiros (n=13).

Na alta do puerpério, a maioria (81,6%, n=253) dos profissionais informa e orienta sobre as opções contraceptivas. Deste grupo, 41,5% (n=105) prescreve contraceção progestativa oral e informa sobre o início da contraceção, 33,2% (n=84) orienta para contraceção intrauterina na consulta de revisão ou fornece e inicia contraceção (26,9%, n=68). Apenas um inquirido refere colocar dispositivos intrauterinos (DIU) durante o parto por cesariana.

Uma minoria (14,5%, n=45) dos profissionais não informa as mulheres à data da alta sobre contraceção, apontando como principais razões a 'não adequação do momento' (35,6%, n=16) e a 'falta de tempo' (31,1%, n=14). No que diz respeito a classes profissionais, 8% (n=14) dos médicos e 23% (n=31) dos enfermeiros não informa as mulheres à data da alta sobre contraceção. As razões apontadas pelos médicos são 'não considerar que seja o momento adequado' (4,6%, n=8) e 'não ter tempo para o fazer' (2,9%, n=5). Na classe de enfermagem os motivos referidos para não realização de aconselhamento à data da alta são 'não ter tempo para o fazer' (6,7%, n=9), 'não considerar que seja o momento adequado' (5,9%, n=8), 'não ter condições para o fazer' (3,0%, n=4) e 'considerar ser uma tarefa dos cuidados de saúde primários' (1,5%, n=2). Um enfermeiro referiu ainda não estar motivado para o fazer. (Quadros II e III)

QUADRO II. ATITUDE E COMPORTAMENTO SOBRE ACONSELHAMENTO CONTRACETIVO DURANTE A GRAVIDEZ E PÓS-PARTO.

Questão	n (%)
‘Durante a gravidez informa a mulher das opções contraceptivas para o pós parto?’	
1. Sim, sempre	110 (35,5)
2. Sim, se a hipótese de laqueação tubar se colocar	56 (18,1)
3. Sim, em situações especiais	113 (36,5)
4. Sim, em grupos vulneráveis	60 (19,4)
5. Não	24 (7,7)
6. Outra	19 (6,1)
‘Na alta da maternidade informa e orienta a mulher sobre as opções contraceptivas?’	
1. Sim	253 (81,6)
2. Não	45 (14,5)
3. Outra	12 (3,9)
‘Se respondeu sim, como procede?’	
1. Faço uma prescrição e informo sobre o início da contraceção	105 (41,5)
2. Forneço contraceção e informo sobre o início da contraceção	19 (7,7)
3. Coloco um implante	36 (14,2)
4. Injetável	12 (4,7)
5. Coloco um DIU/SIU no pós-parto imediato	0 (0,0)
6. Coloco um DIU/SIU durante a cesariana	1 (0,3)
7. Oriento para contraceção intrauterina na consulta de revisão	84 (33,2)
8. Outra	112 (44,3)
‘Se respondeu não, a(s) razão(s) são:’	
1. Não considero que seja o momento adequado	16 (35,6)
2. Considero ser uma tarefa dos cuidados de saúde primários	2 (4,4)
3. Não tenho tempo para o fazer	14 (31,1)
4. Não tenho condições para o fazer	5 (11,1)
5. Não estou motivado(a) para o fazer	1 (2,2)
6. Outra	14 (31,1)

Preocupações sobre aconselhamento contraceptivo durante a gravidez e pós-parto

A maioria inquirida (78,4%, n=243) considera que a mulher deve ter aconselhamento contraceptivo durante a gravidez, dos quais 87,2% (n=212) considera o terceiro trimestre e o final da gravidez como o momento mais adequado. Relativamente ao grupo profissional, 75,4% (n=132) dos médicos e 82,2% (n=111) dos enfermeiros considera que a mulher deve ter aconselhamento contraceptivo durante a gravidez, bem como 66,3% (n=116) e 71,1% (n=96) concordam que o momento mais adequado é o início do terceiro trimestre e o final da gravidez, respetivamente.

Cerca de um quinto dos profissionais inquiridos

(21,6%, n=67) considera que não deve ser realizado aconselhamento durante a gravidez (24,6% (n=43) médicos e 17,8% (n=24) enfermeiros). Os motivos mencionados para a não realização de aconselhamento durante a gravidez são: ‘a informação deve ser remetida para a consulta de revisão puerperal’ (49,3%, n=33); ‘a informação deve ser remetida para o momento da alta’ (41,8%, n=28) e ‘não ser pertinente esta informação antes do parto’ (38,8%, n=26). Neste grupo, 25,4% (n=17) dos profissionais não tenciona mudar a sua atitude, dos quais 13 são médicos e 4 são enfermeiros; 11,9% (n=8) refere que irá mudar a atitude (4 médicos e 4 enfermeiros) e 46,3% (n=31) pondera vir a modificar esta atitude (20 médicos e 11 enfermeiros). (Quadros IV e V)

QUADRO III. ATITUDE E COMPORTAMENTO SOBRE ACONSELHAMENTO CONTRACETIVO DURANTE A GRAVIDEZ E PÓS-PARTO POR CLASSE PROFISSIONAL.

Questão	Médicos n (%)	Enfermeiros n (%)
'Durante a gravidez informa a mulher das opções contraceptivas para o pós-parto?'		
1. Sim, sempre	63 (36,0)	47 (34,8)
2. Sim, se a hipótese de laqueação tubar se colocar	47 (26,7)	9 (6,7)
3. Sim, em situações especiais	69 (39,4)	44 (32,6)
4. Sim, em grupos vulneráveis	33 (18,9)	27 (20,0)
5. Não	11 (6,3)	13 (9,6)
6. Outra	2 (1,1)	17 (12,6)
'Na alta da maternidade informa e orienta a mulher sobre as opções contraceptivas?'		
1. Sim	159 (90,9)	94 (69,6)
2. Não	14 (8,0)	31 (23,0)
3. Outra	2 (1,1)	17 (12,6)
'Se respondeu sim, como procede?'		
1. Faço uma prescrição e informo sobre o início da contraceção	101 (57,7)	4 (3,0)
2. Forneço contraceção e informo sobre o início da contraceção	14 (8,0)	5 (3,7)
3. Coloco um implante	36 (20,6)	0 (0,0)
4. Injetável	12 (6,9)	0 (0,0)
5. Coloco um DIU/SIU no pós-parto imediato	1 (0,6)	0 (0,0)
6. Coloco um DIU/SIU durante a cesariana	0 (0,0)	0 (0,0)
7. Oriento para contraceção intrauterina na consulta de revisão	62 (35,4)	22 (16,3)
8. Outra opção	42 (24,0)	70 (51,9)
'Se respondeu não, a(s) razão(s) são:'		
1. Não considero que seja o momento adequado	8 (4,6)	8 (5,9)
2. Considero ser uma tarefa dos cuidados de saúde primários	0 (0,0)	2 (1,5)
3. Não tenho tempo para o fazer	5 (2,9)	9 (6,7)
4. Não tenho condições para o fazer	1 (0,6)	4 (3,0)
5. Não estou motivado(a) para o fazer	0 (0,0)	1 (0,7)
6. Outra razão	2 (1,1)	12 (8,9)

DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde recomenda realizar aconselhamento contraceptivo antes e após o parto e considera o intervalo de tempo ótimo entre duas gestações de 18 meses^{1,5,7}. Os principais riscos associados a intervalos mais curtos entre gestações são o baixo peso à nascença, recém-nascidos pequenos para a idade gestacional e o parto pré-termo, implicando este último o risco de morte neonatal, paralisia cerebral e sequelas neurocognitivas a longo prazo^{1,7}. Alguns grupos mais vulneráveis, como as adolescentes e mulheres com baixo nível educacional, têm intervalos menores entre gestações, aumentando a morbimortalidade materna e infantil^{7,8,9}.

Assim, o aconselhamento contraceptivo durante a gravidez e no pós-parto assume extrema importância.

Uma vez que o tempo de retorno da fertilidade é difícil de prever, podendo esta regressar 45 dias após o parto em mulheres que não amamentam, é recomendado pela OMS a oferta de contraceção nas primeiras 6 semanas após o parto^{10,11}.

Verifica-se ainda que a atitude e comportamento dos profissionais de saúde no aconselhamento contraceptivo durante a gravidez não é universal, no entanto uma grande parte dos profissionais inquiridos (78,4%) considera que o aconselhamento contraceptivo deve ser realizado durante a gravidez. Efetivamente, a maioria (81,6%, n=253) dos profissionais realiza aconselhamento

QUADRO IV. PREOCUPAÇÕES SOBRE ACONSELHAMENTO CONTRACETIVO DURANTE A GRAVIDEZ E PÓS-PARTO

Questão	n (%)
‘Considera que durante a gravidez a mulher deve ter aconselhamento contraceptivo?’	
1. Sim	243 (78,4)
2. Não	67 (21,6)
‘Se respondeu sim, em que momento?’	
1. Início do 3.º trimestre e no final da gravidez	181 (74,5)
2. Outro momento	22 (9,1)
3. Não sei	5 (2,1)
‘Se respondeu não, clarifique as razões:’	
1. A mulher não está motivada	21 (31,3)
2. Não considero que seja pertinente	26 (38,8)
3. Não tenho tempo para o fazer	4 (6,0)
4. A informação na alta é suficiente	28 (41,8)
5. Esta informação deve ser remetida para a consulta de revisão puerperal	33 (49,3)
6. Não sei como o fazer	0 (0,0)
7. Outra razão	2 (3,0)
‘Se respondeu não, pondera modificar a sua atitude?’	
1. Sim	8 (11,9)
2. Não	17 (25,4)
3. Talvez	31 (46,3)

contracetivo à data da alta, destacando a excelência dos cuidados em saúde materna em Portugal. É também de referir que 90,9% (n=159) dos médicos afirmou informar e orientar a mulher sobre as opções contraceptivas à data da alta, mas apenas 69,6% (n=94) dos enfermeiros o referiu fazer. Um estudo realizado por Dude *et al.* num centro terciário nos EUA mostrou uma realidade diferente da que se verificou no nosso estudo, em que na maioria dos casos houve falha no aconselhamento durante o internamento após o parto⁷. Também outro estudo que decorreu em Itália mostrou que apenas 15,8% das puérperas inquiridas teve aconselhamento contraceptivo durante a gravidez ou no pós-parto. Importa ainda referir que 86,2% das puérperas entrevistadas apreciava ter recebido aconselhamento contraceptivo¹².

No nosso estudo, verificou-se que um grupo considerável de profissionais (64,5%, n=200) não realiza aconselhamento contraceptivo de forma sistemática durante a gravidez, diferindo-o para a alta da maternidade ou até para a consulta de revisão puerperal. Encontrou-se ainda um grupo de inquiridos (14,5%, n=45) que também não realiza aconselhamento contraceptivo na alta da maternidade, protelando esse momento para

a consulta de revisão puerperal. Cerca de 40,0% das mulheres não comparece na consulta de revisão pós-parto¹³, ficando assim comprometido o planeamento reprodutivo das mulheres. As principais razões apontadas para a não realização deste aconselhamento, quer pelos profissionais médicos quer pelos enfermeiros, foram a ‘não adequação do momento’ (35,6%, n=16) e a ‘falta de tempo’ (31,1%, n=14).

Tendo em consideração que uma parte significativa das mulheres não comparece na consulta de revisão pós-parto¹³, o aconselhamento deve ser iniciado preferencialmente durante as consultas pré-natais, devendo ser continuado até ao período pós-parto. No nosso estudo, apenas 35,5% (n=110) dos profissionais realiza sempre aconselhamento durante a gravidez e 81,6% (n=253) refere fazê-lo sempre na alta da maternidade. Na avaliação das práticas de aconselhamento pela classe profissional, verifica-se que a percentagem de médicos e enfermeiros que realiza sempre aconselhamento durante a gravidez é semelhante (36,0% vs. 34,8%), no entanto, na alta da maternidade há uma maior percentagem de médicos informar e orientar a mulher sobre as opções contraceptivas (90,9% vs. 69,6%).

QUADRO V. PREOCUPAÇÕES SOBRE ACONSELHAMENTO CONTRACETIVO DURANTE A GRAVIDEZ E PÓS-PARTO POR CLASSE PROFISSIONAL.

Questão	Médicos n (%)	Enfermeiros n (%)
‘Considera que durante a gravidez a mulher deve ter aconselhamento contraceutivo?’		
1. Sim	132 (75,4)	111 (82,2)
2. Não	43 (24,6)	24 (17,8)
‘Se respondeu sim, em que momento?’		
1. Início do 3.º trimestre e no final da gravidez	116 (66,3)	96 (71,1)
2. Outro momento	11 (9,6)	11 (8,1)
3. Não sei	2 (1,1)	3 (2,2)
‘Se respondeu não, clarifique as razões:’		
1. A mulher não está motivada	17 (9,7)	5 (3,7)
2. Não considero que seja pertinente	17 (9,7)	9 (6,7)
3. Não tenho tempo para o fazer	4 (2,3)	0 (0,0)
4. A informação na alta é suficiente	18 (10,3)	10 (7,4)
5. Esta informação deve ser remetida para a consulta de revisão puerperal	24 (13,7)	9 (6,7)
6. Não sei como o fazer	0 (0,0)	0 (0,0)
7. Outra razão	0 (0,0)	2 (1,5)
‘Se respondeu não, pondera modificar a sua atitude?’		
1. Sim	4 (2,3)	4 (3,0)
2. Não	13 (7,4)	4 (3,0)
3. Talvez	20 (11,4)	11 (8,1)

Cerca de um quinto dos profissionais (21.6%, n=67) considera que o aconselhamento não é relevante durante a gravidez, apontando como principais motivos: ‘a informação à data da alta ser suficiente’ (41,8%, n=28) e ‘esta informação deve ser remetida para a consulta de revisão puerperal’ (49,3%, n=33). Muitas mulheres preferem ter este aconselhamento no período pré-natal, dado que no período pós-parto o foco encontra-se nos cuidados ao recém-nascido e na recuperação do parto¹. Dos profissionais inquiridos que não considera que a contraceção deva ser discutida antes do parto, 25,4% (n=17, dos quais 13 médicos e 4 enfermeiros) não pondera a mudança de atitude. Isto demonstra a necessidade de promover uma formação contínua, fomentando o interesse e a necessidade de melhorar os cuidados assistenciais obstétricos. Além disso, a realização do aconselhamento contraceutivo durante as visitas pré-natais pode ter um impacto positivo na relação médico-doente, na consolidação de confiança, aumentado consequentemente a satisfação e a adesão à contraceção no pós-parto.

Um aconselhamento adequado passa por garantir que a mulher compreende a eficácia, a segurança e as reações adversas dos métodos existentes; pela avaliação dos antecedentes que impliquem a sua inelegibilidade e pela discussão informada e partilhada acerca da integração de um determinado método⁵.

A colocação de contraceção intrauterina no pós-parto imediato, definida pela inserção nas primeiras 48 horas pós-parto, é uma medida eficaz na redução da taxa de gravidez não planeada, estando associada a menor desconforto durante a inserção e a menos efeitos adversos em comparação com a sua inserção 4-6 semanas depois do parto⁹. As taxas de continuação aos 6 meses são superiores, estando descrito que 74% das mulheres a quem foi colocado um dispositivo intrauterino (DIU) imediatamente após o parto ainda não tinha mudado de método um ano depois da colocação¹. Apesar de estarem descritas taxas de expulsão mais elevadas do que com a inserção diferida, os benefícios podem superar os riscos, principalmente em grupos vulneráveis a quem o acesso à consulta de revisão pode ser dificultado. Um estudo

recente de Pearson *et al.* veio confirmar que o aconselhamento no período pré-natal e reforçado na admissão antes do parto aumenta a escolha de contraceção intrauterina¹⁰. Além disso, o uso de panfletos informativos, passíveis de serem partilhados com os familiares, foram adjuvantes eficazes na escolha deste método contraceutivo. O treino dos profissionais de saúde envolvidos no aconselhamento contraceutivo nos cuidados de saúde materna deve ser continuamente promovido, sendo crucial a prática das técnicas de colocação de implante e de inserção contraceutivos intrauterinos, nomeadamente na sua colocação per-cesariana, assim como a gestão das possíveis complicações e dos efeitos adversos⁹. A informação escrita através de folhetos informativos pode ser uma alternativa ou mesmo um complemento à data da alta do puerpério. Atendendo à elevada abstenção à consulta de revisão pós-parto encontrada na literatura, o aconselhamento ou mesmo a provisão de um método contraceutivo reversível e de longa duração após o parto durante o internamento é uma medida no controlo do risco de gestações não planeadas⁷.

O aconselhamento contraceutivo durante a gravidez não é universal, sendo que a maioria dos profissionais difere o aconselhamento para a alta da maternidade. No entanto, existe um grupo de mulheres que tem alta sem aconselhamento contraceutivo, sendo as razões mais frequentes a ‘falta de tempo’ e a ‘não adequação do momento’, condicionando ainda uma elevada taxa de gravidez não desejada e as consequentes implicações negativas na saúde pública.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todos os profissionais que participaram no estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Floyd S. Postpartum Contraception Options. *Obstet Gynecol Clin North Am* [Internet]. 2020;47(3):463-75. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2020.04.007>
2. Jackson E, Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: A systematic review. *Obstet Gynecol*. 2011;117(3):657-62.
3. British Pregnancy Advisory Service. Sex and contraception after childbirth Supporting women's choices in the postnatal period. 2014; Available from: <https://www.bpas.org/media/1187/sex-and-contraception-after-childbirth.pdf>
4. McCance K, Cameron S. Midwives' experiences and views of giving postpartum contraceptive advice and providing long-acting

reversible contraception: A qualitative study. *J Fam Plan Reprod Heal Care*. 2014;40(3):177-83.

5. Engin-Üstün Y, Üstün Y, Çetin F, Meydanli MM, Kafkaslı A, Sezgin B. Effect of postpartum counseling on postpartum contraceptive use. *Arch Gynecol Obstet*. 2007;275(6):429-32.

6. Ahrens KA, Nelson H, Stidd RL, Moskosky S, Hutcheon JA. Short interpregnancy intervals and adverse perinatal outcomes in high-resource settings: An updated systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2018;1-23.

7. Dude A, Matulich M, Estevez S, Liu LY, Yee LM. Disparities in Postpartum Contraceptive Counseling and Provision among Mothers of Preterm Infants. *J Women's Heal*. 2018;27(5):676-83.

8. Exavery A, Mrema S, Shamte A, Bietsch K, Mosha D, Mbaruku G, et al. Levels and correlates of non-adherence to WHO recommended inter-birth intervals in Rufiji, Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:1-8.

9. Pradhan E, Canning D, Shah IH, Puri M, Pearson E, Thapa K, et al. Integrating postpartum contraceptive counseling and IUD insertion services into maternity care in Nepal: Results from stepped-wedge randomized controlled trial. *Reprod Health*. 2019;16(1):1-15.

10. Pearson E, Senderowicz L, Pradhan E, Francis J, Muganyizi P, Shah I, et al. Effect of a postpartum family planning intervention on postpartum intrauterine device counseling and choice: Evidence from a cluster-randomized trial in Tanzania. *BMC Womens Health*. 2020;20(1):1-13.

11. World Health Organization, Special Programme of Research D. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization. 2022.

12. Bastianelli C, Farris M, Benagiano G, D'Andrea G. Unmet needs and knowledge of postpartum contraception in Italian women. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2013;40(4):514-8.

13. Stuebe A, Auguste T, Gulati M. ACOG COMMITTEE OPINION Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol*. 2018;131(5):E140-50.

CONTRIBUIÇÕES

Desenho do estudo, colheita e análise de dados – AR, SS, MC, DD, LC, CC, JC, JS, RV, MF, TB. Interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual – AR e SS. Ambas as autoras contribuíram de igual forma para este manuscrito e são consideradas co-primeiras autoras. TB – Orientação e revisão crítica do conteúdo intelectual.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores não reportam conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ana Rolha
E-mail: anarolha@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-8482-6034>

RECEBIDO EM: 19/10/2022

ACEITE PARA PUBLICAÇÃO: 20/11/2022