

Relação entre tempo de inserção do dispositivo intrauterino no pós-parto, taxa de expulsão e gestações consecutivas

Relationship between the insertion time of the intrauterine device in the postpartum, expulsion rate and consecutive pregnancy

Relación entre el tiempo de inserción del dispositivo intrauterino en el puerperio, la tasa de expulsión y los embarazos consecutivos

DOI:10.34119/bjhrv7n2-231

Originals received: 02/23/2024

Acceptance for publication: 03/15/2024

Ana Paula da Cunha

Mestra em Saúde Materno-Infantil pela Universidade Federal Fluminense (UFF)
Instituição: Centro Universitário de Volta Redonda (UNIFOA)
Endereço: Avenida Dauro Peixoto Aragão, 1325, Três Poços, Volta Redonda - Rio de Janeiro
E-mail: ana.cunha@foa.org.br

André Luiz Baptista Reis

Pós-Graduado em Geriatria e Gerontologia
Instituição: Centro Universitário de Barra Mansa (UBM)
Endereço: Avenida Nossa Senhora das Graças, 235, São Geraldo, Volta Redonda - Rio de Janeiro
E-mail: andre.rbl@gmail.com

Cristina Lopes Baptista

Especialista em Ginecologia e Obstetrícia
Instituição: Hospital Municipal Prefeito Aurelino Gonçalves Barbosa
Endereço: Avenida Nossa Senhora das Graças, 235, São Geraldo, Volta Redonda - Rio de Janeiro
E-mail: cristinalbaptista@hotmail.com

Selma Maria de Azevedo Sias

Doutora em Ciências Pneumologica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Instituição: Universidade Federal Fluminense (UFF)
Endereço: Rua Marques do Paraná, 303, Centro, Niterói - Rio de Janeiro
E-mail: selma_sias@id.uff.br

Renato Bravo de Souza

Doutor em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Instituição: Universidade Federal Fluminense (UFF)
Endereço: Rua Marques do Paraná, 303, Centro, Niterói - Rio de Janeiro
E-mail: rsbravo@predialnet.com.br

Elton Bicalho de Souza

Doutor em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Instituição: Centro Universitário de Volta Redonda (UNIFOA)

Endereço: Rua Vereador Pinho de Carvalho, 267, Centro, Barra Mansa - Rio de Janeiro

E-mail: elton.souza@foa.org.br

RESUMO

O período pós-parto é um momento oportuno para fornecer contracepção às mulheres. Como a maioria das mulheres é sexualmente ativa após seis semanas ao parto, e a ocorrência de uma gravidez subsequente não intencional pode vir a ser um problema, uma alternativa viável para evitar uma gestação indesejada é o dispositivo intrauterino de cobre (DIU) inserido no pós-parto, um método duradouro, de baixo custo, não hormonal e que não interfere na lactação. Avaliar a taxa de expulsão do dispositivo intrauterino de cobre inserido no pós-parto imediato e no pós-parto precoce, e gestações subsequentes, bem como verificar a prevalência de expulsão de DIU nas participantes, analisar a correlação entre expulsão com o tempo de inserção e tipo de parto, e avaliar as taxas de gestações indesejadas subsequentes. Estudo de coorte prospectivo com gestantes atendidas em uma maternidade pública localizada na cidade de Volta Redonda - RJ. O dispositivo utilizado foi o modelo DIU de cobre Tcu 380A[®], sendo a inserção realizada por médico ginecologista e obstetra, ou residente da área em formação sob supervisão direta. A revisão do DIU se deu em acompanhamento ambulatorial por consultas agendadas pelo serviço. Para avaliação dos dados de importância para a pesquisa, como tipo de parto, expulsão, gestações subsequentes, satisfação com o método e demais variáveis foi utilizado um instrumento elaborado para a pesquisa. Foram realizadas análises descritivas e, para verificar a associação entre as variáveis utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson e o teste de Fisher. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Centro Universitário de Volta Redonda. A média de idade entre as participantes foi de 28,1 + 6,84 anos. O perfil apresentou que a maioria era solteira (64,5%), com ensino médio completo (53,8%) e cor de pele declarada não branca (63,3%). A maioria das inserções (53,6%) foi realizada no parto vaginal, e 46,4% na cesariana, sendo que a maior parte (n = 113) dos dispositivos também foi inserido no pós-parto precoce. A colocação do DIU no pós-parto imediato foi significativamente maior em mulheres que realizaram cesariana. Foi observada prevalência de não expulsão (47,3%) dos dispositivos nas mulheres participantes. Ocorreu associação significativa entre parto cesáreo e não expulsão do DIU. Quando verificada a relação entre tempo de inserção do dispositivo e expulsão do mesmo foi observada associação significativa entre expulsão e inserção após 10 minutos de parto. Apenas 02 participantes tiveram gestação subsequente. Verificou-se uma baixa prevalência de gestação indesejada e menores taxas de expulsão do DIU quando inseridos no pós-parto imediato e em partos do tipo cesárea. Existem poucas contraindicações para dispositivos intrauterinos, sendo assim, este método deve ser considerado por obstetras-ginecologistas e outros prestadores de cuidados obstétricos ao aconselharem as mulheres sobre as opções para o início imediato da contracepção no pós-parto.

Palavras-chave: período pós-parto, anticoncepção, dispositivos intrauterinos.

ABSTRACT

The postpartum period is an opportune time to provide women with contraception. As most women are sexually active within six weeks of giving birth and the occurrence of a subsequent unintended pregnancy can be a problem. A viable alternative to avoid an unwanted pregnancy is the copper intrauterine device (ID) inserted in the postpartum period, because a lasting method, cheap and does not interfere with lactation. To evaluate the rate of expulsion of the

copper intrauterine device inserted in the immediate postpartum and early postpartum, and subsequent pregnancies, as well as verify the prevalence of ID expulsion in the participants, analyze the correlation between expulsions with the time of insertion and type of childbirth and to assess the rates of subsequent unintended pregnancies. Prospective cohort study with pregnant women attended at a public maternity hospital located in Volta Redonda, Brazil. Sociodemographic data were taken from the pregnant woman's hospitalization form and/or the child's live birth certificate. The devices were inserted in all participants who accepted and consented to participate. The device used was the Tcu 380A[®] copper ID model, with insertion performed by a gynecologist and obstetrician, or a resident of the area undergoing training and supervised. The revision of the ID took place in outpatient follow-up through consultations scheduled by the service. For the evaluation of important data for the research, such as type of delivery, expulsion, subsequent pregnancies, satisfaction with the method and other variables, an instrument designed for the research was used. Descriptive analyzes were performed and, to verify the association between variables, Pearson's chi-square test and Fisher's test were used. This research was approved by the ethics committee. The mean age among the participants was 28.1 + 6.84 years. The profile showed that most were single (64.5%), had completed high school (53.8%) and declared non-white skin color (63.3%). Most insertions (53.6%) were performed during vaginal delivery, and 46.4% during cesarean section, and most of childbirth (n = 113) were also inserted in the early postpartum period. ID placement in the immediate postpartum period was significantly higher in women who had a cesarean section. There was a prevalence of non-expulsion (47.3%). There was a significant association between cesarean delivery and non-expulsion. When checking the relationship between insertion time and expulsion, a significant association was observed between expulsion and insertion after 10 minutes of childbirth. Only 02 participants had a subsequent pregnancy. There was a low prevalence of unwanted pregnancies and lower rates of ID expulsion when inserted in the immediate labor-delivery and in cesarean-type deliveries. There are few contraindications for intrauterine devices, so this method should be considered by obstetricians-gynecologists and other obstetric care providers when advising women on options for immediately starting postpartum contraception.

Keywords: postpartum period, intrauterine, contraception devices.

RESUMEN

El periodo posparto es un momento oportuno para proporcionar métodos anticonceptivos a las mujeres. Dado que la mayoría de las mujeres son sexualmente activas seis semanas después del parto, y que la aparición de un embarazo no deseado posterior puede convertirse en un problema, una alternativa viable para evitar un embarazo no deseado es el dispositivo intrauterino (DIU) de cobre insertado en el puerperio, un método no hormonal de larga duración y bajo coste que no interfiere con la lactancia. Evaluar la tasa de expulsión del dispositivo intrauterino de cobre insertado en el puerperio inmediato y postparto precoz, y embarazos posteriores, así como verificar la prevalencia de expulsión del DIU en las participantes, analizar la correlación entre expulsión y tiempo de inserción y tipo de parto, y evaluar las tasas de embarazos no deseados posteriores. Se trató de un estudio prospectivo de cohortes de gestantes atendidas en una maternidad pública localizada en la ciudad de Volta Redonda - RJ. El dispositivo utilizado fue el DIU de cobre Tcu 380A[®], y la inserción fue realizada por un ginecólogo y obstetra, o un residente en el área bajo supervisión directa. El DIU se revisó durante las citas de seguimiento ambulatorio programadas por el servicio. Se utilizó un instrumento diseñado para la investigación para evaluar datos de importancia para el estudio, como el tipo de parto, la expulsión, los embarazos posteriores, la satisfacción con el método y otras variables. Se realizaron análisis descriptivos y se utilizaron la prueba de chi cuadrado de

Pearson y la prueba de Fisher para comprobar la asociación entre las variables. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Humana del Centro Universitario Volta Redonda. La edad media de los participantes fue de 28,1 + 6,84 años. El perfil mostró que la mayoría eran solteros (64,5%), habían completado la escuela secundaria (53,8%) y declararon que su color de piel no era blanco (63,3%). La mayoría de las inserciones (53,6%) se realizaron durante el parto vaginal y el 46,4% durante la cesárea, y la mayoría (n = 113) de los dispositivos también se insertaron en el posparto precoz. La inserción del DIU en el puerperio inmediato fue significativamente mayor en las mujeres a las que se practicó una cesárea. Hubo una prevalencia de no expulsión (47,3%) de los dispositivos en las mujeres participantes. Hubo una asociación significativa entre la cesárea y la no expulsión del DIU. Cuando se comprobó la relación entre el momento de inserción del dispositivo y su expulsión, se encontró una asociación significativa entre la expulsión y la inserción después de 10 minutos de trabajo de parto. Sólo 02 participantes tuvieron embarazos posteriores. Hubo una baja prevalencia de embarazos no deseados y menores tasas de expulsión del DIU cuando se insertó en el posparto inmediato y en los partos por cesárea. Existen pocas contraindicaciones para los dispositivos intrauterinos, por lo que este método debería ser tenido en cuenta por los ginecólogos-obstetras y otros profesionales de la atención obstétrica a la hora de asesorar a las mujeres sobre las opciones para el inicio inmediato de la anticoncepción en el periodo posparto.

Palabras clave: puerperio, anticoncepción, dispositivos intrauterinos.

1 INTRODUÇÃO

Dentre os direitos sexuais e reprodutivos, o planejamento reprodutivo se destaca uma vez que implica no respeito à liberdade e autonomia das pessoas para decidir, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em qual momento de suas vidas¹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda um mínimo de vinte e quatro meses para uma nova tentativa de gravidez subsequente, entretanto, a repetição da gravidez antes deste período, especialmente no primeiro ano pós-parto atinge patamares entre 10 a 44%, com maior prevalência entre adolescentes. Sabe-se que mulheres que têm gestações consecutivas com uma diferença inferior a doze meses entre os partos tem mais chances de apresentarem resultados adversos à saúde, incluindo sangramento uteroplacentário, rotura prematura de membranas e rotura uterina. Os bebês nascidos de gestações de curto intervalo têm maior risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer e restrição de crescimento. Por estas razões as opções contraceptivas devem ser discutidas durante o pré-natal e, se desejado, iniciadas o mais rápido possível após o parto^{1,2}.

O início da contracepção reversível de ação prolongada - LARCs (*Long-acting reversible contraceptives*, acrônimo em inglês usado em todos os idiomas) no momento do parto diminui a repetição rápida de nascimentos, e a colocação pós-parto imediata de um

dispositivo intrauterino (DIU) é segura, de baixo custo³, não interfere na amamentação, e não depende da motivação da usuária para manter sua eficácia - sabe-se que praticamente todas as mulheres no pós-parto são elegíveis para o uso de LARC⁴, e que possuem baixas taxas de falhas e, por estas razões, deve ser oferecido como uma alternativa de método contraceptivo para mulheres que desejam evitar gravidez subsequente⁵.

Colocar um DIU no pós-parto e antes da alta hospitalar pode ser bom, pois o momento e o lugar são convenientes para começar um método contraceptivo com alto potencial de eficácia, praticidade, segurança, de longa duração, reversível e não-hormonal, e dará segurança para a mulher de que ela não ficará grávida^{1,2}.

O Ministério da Saúde preconiza a inserção do DIU no pós-parto imediato, ou seja, em até 10 minutos após dequitação placentária em detrimento da inserção no pós-parto precoce (entre 10 minutos até 48 horas) e no pós-parto tardio (após 48 horas até 4 semanas) por estar relacionado a menores prevalências de expulsão do dispositivo – visualização e/ou toque parcial ou completo do dispositivo no canal cervical ou ainda a verbalização pela mulher da extrusão do DIU¹.

A literatura não demonstra aumento no risco de complicações entre mulheres que inserem DIU nos diferentes momentos de pós-parto^{5,6}, porém, as taxas de expulsão variam amplamente entre os estudos, com maior prevalência de expulsão no pós-parto tardio e no pós-parto precoce^{5,6,7}. A inserção no pós-parto é contraindicada para mulheres que apresentam sinais de corioamnionite periparto, endometrite, hemorragia e sepse puerperal. Na ausência de sepse puerperal, a inserção do DIU no pós-parto não está associada ao aumento dos riscos de sangramento ou infecção^{5,8}.

Mais da metade das puérperas em maternidades brasileiras não planeja a gestação. Tais resultados demonstram a dificuldade dos serviços públicos, em especial a atenção básica, de incorporar de forma efetiva o planejamento familiar, gerando aumento de gastos tanto para as famílias quanto para o poder público⁹.

O direito da mulher em ter acesso ao método contraceptivo no pós-parto ou pós-abortamento, de acordo com a Lei 9.263 de 12 de Janeiro de 1996 que regulamenta o Planejamento Familiar¹⁰, determina que devem ser oferecidos todos os métodos e técnicas de contracepção que não coloquem em risco a vida e a saúde das mulheres, garantindo a liberdade de opção. O DIU de cobre – dispositivo utilizado pela presente pesquisa é amplamente utilizado em diversos países, porém, o Brasil está na contramão desta tendência, tendo uma estimativa de aproximadamente 1,9%, mesmo sendo um método consolidado com alto potencial de eficácia¹¹.

Por estas razões a presente pesquisa se faz necessária, uma vez que reforça a importância do planejamento familiar, ao acesso aos métodos contraceptivos e, quando o DIU for a opção de método, a importância da inserção no momento oportuno, ou seja, no pós-parto, superando o inconveniente das altas taxas de expulsão.

Entendendo o planejamento reprodutivo como ação relevante em promoção de saúde pública, e sabendo que o DIU é um método eficaz, de baixo custo, e com baixa taxa de expulsão quando inserido em momento oportuno, questiona-se: será que o método é realmente eficaz para evitar gravidez subsequente? Qual a taxa de expulsão do dispositivo quando inserido no pós-parto? Existe diferença de tempo de colocação do DIU nos diferentes tipos de parto? O presente estudo teve como objetivo avaliar a taxa de expulsão do dispositivo intrauterino de cobre inserido no pós-parto imediato e no pós-parto precoce, verificar a prevalência de expulsão de DIU nas participantes, analisar a correlação entre expulsão com o tempo de inserção e tipo de parto e avaliar as taxas de gestações indesejadas subsequentes em uma maternidade pública localizada no Estado do Rio de Janeiro.

2 MÉTODOS

Estudo de coorte prospectiva, realizado com gestantes atendidas em uma maternidade pública localizada na cidade de Volta Redonda, interior do Estado do Rio de Janeiro - referência em baixo e alto risco para o Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro. A pesquisa foi conduzida com mulheres que tiveram seu parto na referida maternidade no período compreendido entre agosto de 2020 a outubro de 2021. Segundo dados fornecidos pela maternidade por meio de indicadores de desempenho e avaliados pela Comissão de Morte Materna e Neonatal da maternidade são realizados, em média, 1.800 partos por ano. Para efeitos do cálculo da amostra, considerou-se um erro amostral de 5%, com nível de confiança de 95%, totalizando 278 mulheres. Considerando as possíveis perdas durante o seguimento, acrescentou-se a esta estimativa 10%, totalizando 306 mulheres, porém, este valor poderia ser superior em função da rotina da maternidade e da quantidade de DIU fornecida para a realização do estudo.

Para serem consideradas elegíveis as mulheres deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: terem realizado o parto na referida maternidade; ter consentido e/ou manifestado o desejo em utilizar o DIU como método contraceptivo; aceite de forma livre e espontânea, independente da idade, consentindo a participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) ou assentimento (anexos 1 e 2).

Foram consideradas não elegíveis para participação gestantes que apresentassem

história de infecções sexualmente transmissíveis adquiridas durante a gravidez e não tratada; infecção intrauterina recente ou ativa; cavidade uterina anormal; câncer de colo uterino; febre ($> 37,8^{\circ}\text{C}$) durante o trabalho de parto; hipotonia ou atonia uterina pós-dequitação; rotura das membranas ovulares > 24 horas antes do parto ou que realizaram esterilização cirúrgica no momento da cesariana de acordo com o protocolo de planejamento familiar do Município de Volta Redonda.

Foram excluídas da pesquisa puérperas que expulsaram o DIU antes da alta hospitalar (por conta do protocolo atual da unidade em não realizar nova tentativa de inserção), mulheres que tiveram dados incompletos nas fichas de acompanhamento e àquelas que não compareceram em ao menos uma consulta de revisão no período de 12 meses após a inserção.

O dispositivo utilizado na presente pesquisa foi fornecido pelo Ministério da Saúde por meio de pactuação com Estado e Municípios. Trata-se do modelo DIU de cobre Tcu 380A[®]. A Inserção do DIU no pós-parto foi realizado por médico ginecologista e obstetra, ou residente da área em formação sob supervisão direta. A revisão do DIU se deu em acompanhamento ambulatorial por consultas agendadas pelo serviço, de acordo com a disponibilidade de marcações da unidade, com a primeira revisão sendo realizada com até 30 dias após o parto.

Os dados sociodemográficos foram retirados da ficha de internação da gestante e, em caso de não preenchimento desta, na declaração de nascido vivo (DNV) da criança. Para o tipo de parto, tempo de inserção e demais variáveis de importância para a pesquisa (expulsão, gestações subsequentes e satisfação com o método) foi utilizado um instrumento elaborado para a pesquisa e validado por um *Expert Review* (anexo 3). Considerou-se como expulsão do DIU a visualização parcial ou completa do dispositivo no canal cervical, ou extrusão espontânea do DIU referida pela participante.

O presente instrumento foi preenchido em caráter evolutivo de acordo com seguimento ambulatorial. Como estratégia adicional, foi realizada busca ativa por telefone das pacientes que não retornaram para a consulta ambulatorial.

A análise estatística foi realizada com auxílio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS[®]). Para variáveis numéricas os dados foram apresentados em média, desvio padrão, amplitude, prevalência (%). Na investigação de associação entre as variáveis utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson e o teste de Fisher. A presente pesquisa foi submetida para apreciação e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Centro Universitário de Volta Redonda (CEP – UniFOA) - CEP registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 35955320.5.0000.5237

(anexo 4).

3 RESULTADOS

Ao total foram captadas 327 mulheres, com média de idade de 28,1 + 6,84 anos (15 – 45 anos). O perfil apresentou que a maioria das participantes era solteira (64,5%), com ensino médio completo (53,8%) e cor de pele declarada não branca (63,3%). A tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas.

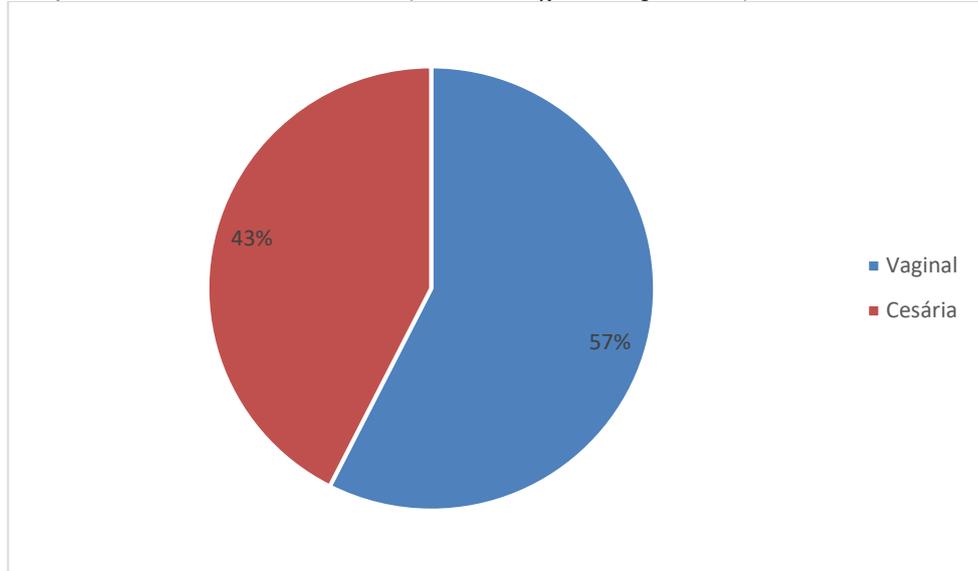
Tabela 1. Características sociodemográficas das gestantes participantes – Volta Redonda, Rio de Janeiro.

Variável	n	%
<i>Estado civil</i>		
Solteira	211	64,5
Casada	70	21,4
União estável	12	3,7
Separada	9	2,8
Viúva	2	0,6
Não declarada	23	7,0
Total	327	100
<i>Escolaridade</i>		
Ensino fundamental incompleto	18	5,5
Ensino fundamental completo	40	12,2
Ensino médio incompleto	55	16,8
Ensino médio completo	176	53,8
Ensino superior incompleto	14	4,3
Ensino superior completo	13	4,0
Não declarada	11	3,4
Total	327	100
<i>Cor de pele declarada</i>		
Branca	120	36,7
Parda	126	38,5
Preta	68	20,8
Amarela	2	0,6
Não declarada	11	3,4
Total	327	100

Fonte: Autores

Com relação ao tipo de parto, a maioria (n = 188) foi de parto vaginal, conforme ilustra o gráfico 1.

Gráfico 1. Tipo de parto das gestantes participantes – Volta Redonda, Rio de Janeiro. Acerca do tempo de inserção do DIU, a maioria dos dispositivos (n = 172) foi inserida no pós-parto precoce (mais de 10 minutos até 48 horas). A maior quantidade de partos normais influenciou significativamente no tempo de inserção do DIU na amostra avaliada (OR = 1,94; $\chi^2 = 8,63$ p = 0,003), conforme demonstra a tabela 2.



Fonte: Autores

Tabela 2. Associação entre tipo de parto e tempo de inserção de dispositivo intrauterino nas gestantes participantes – Volta Redonda, Rio de Janeiro.

Tipo de parto	Inserção PPI	Inserção PPP	P valor	Total
Vaginal	76	112 ^a	0,003	188
Cesariana	79	60 ^b		139
Total	155	172		327

PPI = pós-parto imediato; PPP = pós-parto precoce.
Letras diferentes significa diferença estatística significativa (p < 0,05)

Fonte: Autores

Houve uma perda de 105 participantes (32,1%) que não retornaram em nenhuma consulta ambulatorial, e que também não foi possível contato telefônico. Logo, a análise deste ponto em diante é referente a 222 mulheres que retornaram em ao menos uma consulta ambulatorial. Deste quantitativo 53,6% (n = 119) realizou parto vaginal e 46,4% (n = 103) realizou cesariana, sendo que a maioria (n = 113) dos dispositivos também foi inserido no pós-parto precoce, porém, a colocação do DIU no pós-parto imediato foi significativamente maior em mulheres que realizaram cesariana (OR = 2,32; $\chi^2 = 9,46$ p = 0,002), conforme demonstra a tabela 3.

Tabela 3. Associação entre tipo de parto e tempo de inserção de dispositivo intrauterino nas gestantes participantes não faltosas – Volta Redonda, Rio de Janeiro.

Tipo de parto	Inserção PPI	Inserção PPP	P valor	Total
Vaginal	47 ^a	72	0,002	119
Cesariana	62 ^b	41		103
Total	109	113		222

PPI = pós-parto imediato; PPP = pós-parto precoce.
Letras diferentes significa diferença estatística significativa (p < 0,05)
Fonte: Autores

Foi observada maior prevalência de não expulsão (n = 105; 47,3%) dos dispositivos nas mulheres participantes, e uma taxa de 36% (n = 80) de expulsão. Houve dúvida em expulsão ou não em 37 participantes (16,7%). Foi verificada associação significativa entre parto cesáreo e não expulsão do DIU ($\chi^2 = 33,3$ p < 0,001), conforme demonstra a tabela 4. Quando verificada a relação entre tempo de inserção do dispositivo e expulsão do mesmo (tabela 5) foi observada associação significativa entre expulsão e inserção após 10 minutos de parto.

Tabela 4. Associação entre tipo de parto e expulsão do dispositivo intrauterino nas gestantes participantes – Volta Redonda, Rio de Janeiro.

Tipo de parto	Não expulsão	Expulsão	Dúvida	P valor	Total
Vaginal	52 ^a	60	7	0,001	119
Cesariana	53 ^b	20	30		103
Total	105	80	37		222

Letras diferentes significa diferença estatística significativa (p < 0,05)
Fonte: Autores

Tabela 5. Associação entre tempo de inserção e expulsão do dispositivo intrauterino nas gestantes participantes – Volta Redonda, Rio de Janeiro.

Tipo de parto	Não expulsão	Expulsão	Dúvida	P valor	Total
PPI	54	22 ^a	4	0,001	109
PPP	51	58 ^b	33		113
Total	105	80	37		222

PPI = pós-parto imediato; PPP = pós-parto precoce.
Letras diferentes significa diferença estatística significativa (p < 0,05)
Fonte: Autores

Apenas duas gestantes (0,9%) tiveram gestação subsequente. A descrição das variáveis dessas duas participantes está apresentada na tabela 6, ressaltando que não foram encontradas associações significativas entre gestação recorrente e as variáveis analisadas.

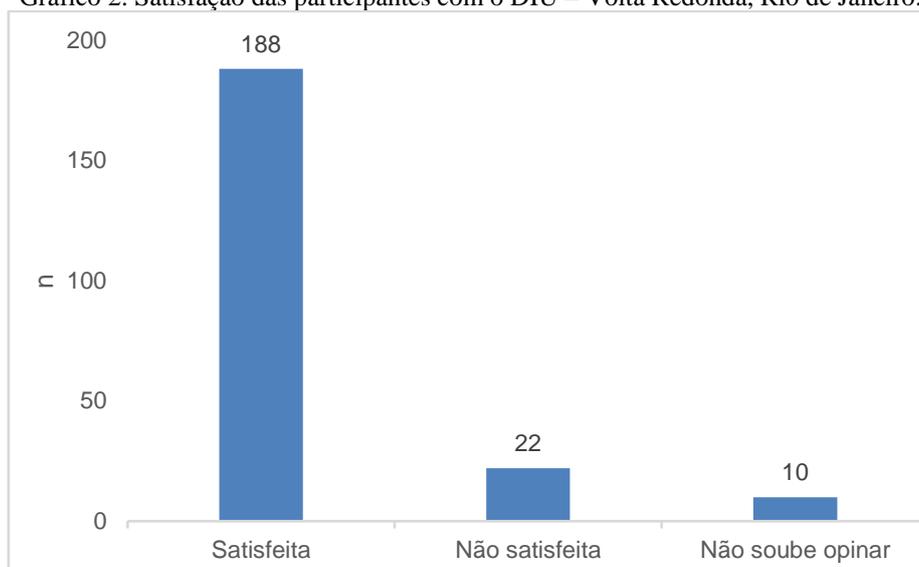
Tabela 6. Descrição das gestantes que apresentaram quadro de gestação recorrente após inserção do dispositivo intrauterino – Volta Redonda, Rio de Janeiro.

Variável	Gestante 1	Gestante 2
Idade	23	25
Estado civil	Solteira	Solteira
Escolaridade	Médio completo	Superior incompleto
Cor de pele referida	Branca	Branca
Tipo de parto	Vaginal	Vaginal
Tempo de inserção do DIU	PPP	PPI
Expulsão do DIU	Não	Não

PPI = pós-parto imediato; PPP = pós-parto precoce.
Fonte: Autores

Por fim foi avaliada a satisfação das gestantes com o DIU. A maioria (n = 188) afirmou que estava satisfeita com o dispositivo, conforme ilustra o gráfico 2.

Gráfico 2. Satisfação das participantes com o DIU – Volta Redonda, Rio de Janeiro.



Fonte: Autores

Das 22 participantes que alegaram não estarem satisfeitas, cinco referiram dor pélvica e três reportaram episódios de sangramento – o restante não quis informar o motivo da insatisfação, e dez mulheres não souberam opinar. A maioria (n = 18) das participantes que declarou insatisfação solicitou a retirada do DIU no momento da consulta.

4 DISCUSSÃO

Ferreira et al.¹² em uma pesquisa cujo objetivo era analisar o perfil de mulheres que

aceitaram ou recusaram inserir DIU no pós-parto imediato em São Paulo - SP encontraram que a média de idade das puérperas que inseriram o dispositivo foi de 27,9 + 7,2 anos, e com maior prevalência de mulheres solteiras (60,3%), resultados que corroboram os achados do presente estudo. Golçalves et al.¹³ em estudo realizado numa Maternidade no Paraná-PR compararam a inserção do DIU no puerpério, suas diferentes técnicas e período de inserção e evidenciaram uma média de idade parecida com a presente pesquisa (27,1 + 5,9 anos), porém, com maior prevalência de mulheres em união estável (56,2%). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁴ apontam que dos mais de dois milhões de nascimentos registrados no Brasil, em 2017, em 35,1% dos procedimentos as mães tinham 30 anos ou mais na ocasião do parto, confirmando a tendência de crescimento na proporção de mães nessa faixa etária. Acerca do estado civil, existem no Brasil cerca de 11,6 milhões de famílias formadas por mães solteiras, o que pode justificar os achados aqui reportados¹⁵.

A maioria (53,8%) das mulheres que aceitaram a inserção do DIU possuía o segundo grau completo. Golçalves et al.¹³ encontrou prevalência de 42,5% das mulheres com ensino médio. Já Scavuzzi et al.¹⁶ que avaliaram o perfil de usuárias de anticoncepcionais hormonais orais ou injetáveis no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira em Recife - PE descrevem que mulheres optantes pelo DIU apresentavam maior escolaridade. A maior escolaridade das participantes pode justificar a opção pelo método, visto que quanto maior a escolaridade, maior o acesso às melhores e mais confiáveis informações referentes aos métodos contraceptivos, em especial o DIU¹⁶.

Em relação a cor de pele referida, 63,3% das mulheres se autodeclararam como não brancas, dados semelhantes aos encontrados por Borges et al.¹⁷ que avaliaram o conhecimento e interesse de mulheres em usar o DIU nas unidades de saúde de São Paulo - SP, Aracaju - SE e Cuiabá - MT, e descrevem uma prevalência de 74,7% que se denominavam como não brancas. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) apresentam que a maior parte dos brasileiros (57%) se declara não branca, o que justifica a elevada prevalência destes achados no estudo e confirma o que se é esperado em um país miscigenado como o Brasil¹⁸.

Na presente pesquisa foi encontrada maior prevalência de inserção do DIU em mulheres que realizaram partos normais (n = 188) e a inserção do dispositivo no pós-parto precoce (n = 172). Hooda et al.¹⁹ em pesquisa realizada na Índia reportam maior prevalência das inserções de DIU no pós-parto imediato (58,3%) e intra-cesariana (41,7%), resultados que contrariam os achados da presente pesquisa. As maiores taxas de DIU inseridos após o parto vaginal podem ser explicadas pelo fato de que a maternidade onde a pesquisa se desenvolveu faz parte de

programas e iniciativas para promoção do parto vaginal. Em relação a maior porcentagem de DIU inseridos no pós-parto precoce a justificativa se dá pelo fato de que nem todos os membros do corpo clínico da maternidade possui treinamento para a colocação do DIU, ou não é adepto a utilização de LARC, portanto, e não raro, o ato fica aos cuidados da rotina no dia seguinte ao parto, com captação direta nos alojamentos conjuntos.

Na atual pesquisa a taxa de expulsão do DIU no pós-parto precoce ($n = 58$; 26,1%) foi maior quando comparado com a inserção no pós-parto imediato ($n = 22$; 10,0%), totalizando 80 expulsões (36%). Enfatiza-se que 37 casos foram classificados como dúvida por não visualização dos fios do DIU na consulta de seguimento e, por isso, foram encaminhados para avaliação por meio de ultrassonografia conforme protocolo preconizado pela unidade. Devido a demanda da rede para realização de exames de imagem, e a não classificação de urgência dos casos supracitados, até o momento da finalização da presente pesquisa as mulheres ainda não haviam realizado o exame.

Segundo Vieira et al.²⁰ o momento adequado para inserção do DIU ainda é controverso. No Brasil, o Ministério da Saúde¹ orienta a inserção do DIU no pós-parto imediato por apresentar taxas de expulsões menores quando comparada com a inserção no pós-parto precoce ou tardio. O parecer do Comitê de Prática Obstétrica do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas revisado pelo *Long-Acting* Grupo de Trabalho de Anticoncepção Reversível também recomenda a inserção do DIU no pós-parto imediato como estratégia para contracepção reversível de longa duração. Segundo o documento elaborado as taxas de expulsão para inserções de DIU pós-parto imediato são mais altas quando comparadas a inserções de intervalo, variando, entre diferentes estudos, de 10–27%²¹.

Menores taxas de expulsão do DIU inserido no pós-parto imediato encontradas no presente estudo são reportadas também em outras pesquisas. Jathaoui et al.⁶ em meta-análise evidencia dados a favor da inserção no pós-parto imediato, apresentando taxa de expulsão de 10,0% e no pós-parto precoce a taxa de expulsão foi de 29,7%. Averbach et al.²² também apontam menor taxa (10,2%) de expulsão para DIUs inseridos no pós-parto imediato, e no pós-parto precoce a taxa foi de 13,2%. Já para Lopes et al.² e Whitaker et al.²³ a inserção do dispositivo no pós-parto imediato ou no pós-parto precoce possuem taxas de expulsão semelhantes.

As taxas de expulsão também variam de acordo com o tipo de parto. Os resultados encontrados na pesquisa (20% para parto cesariana e 60% para parto vaginal) corroboram com achados anteriores, ou seja, menor taxa de expulsão em parto cesariana. Isto se deve ao fato de que quando o DIU é inserido durante a cesárea, o colo uterino não está totalmente dilatado,

sendo mais difícil o DIU ser expelido pelo canal cervical, além de ser mais fácil a colocação por conta da melhor visualização de todo o útero²⁴, podendo o fundo uterino ser atingido com mais facilidade, dificultando a expulsão do dispositivo²⁵.

Ao comparar a expulsão do DIU com o tipo de parto, Sodje et al.²⁶ e Levi et al.²⁷ discorrem que há maior índice de expulsão do dispositivo após o parto vaginal. Averbach²² apresenta taxas de expulsão do DIU de 14,8% para parto vaginal e 3,8% para parto cesáreo. Jatlaoui et al.⁶ em uma revisão sistemática cujo objetivo foi avaliar a expulsão do dispositivo intrauterino no pós-parto revisou 132 estudos que totalizaram 57.936 mulheres avaliadas, e observaram taxa de expulsão superior para partos normais (14,9%) enquanto que para partos cesáreos a taxa foi de 3,6%.

Outro ponto importante que pode influenciar a taxa de expulsão é a experiência e/ou habilidade da equipe para realização do procedimento. Grimes et al.²⁸ atentam para este fato, assim como Cole et al.²⁹ que apresenta em estudo realizado que também avaliou a inserção do dispositivo intrauterino no pós-parto revelando taxa de expulsão significativamente mais alta em inserções realizadas por equipe menos treinada. Thiery et al.³⁰ em estudo multicêntrico realizado cujo objetivo foi avaliar a inserção do dispositivo intrauterino no período de intervalo também mostraram menores taxas de expulsão associadas a inserção por médicos qualificados, embora nenhuma definição de habilidade tenha sido fornecida. Vale ressaltar que na literatura avaliada não foi encontrada nenhuma correlação entre “melhor técnica de inserção” com as taxas de expulsão.

Outro dado que chama a atenção foi a perda de participantes devido a ausência de seguimento (32,1%), um fator limitante do presente estudo, mesmo com todas as mulheres sendo orientadas de forma contundente sobre a importância da consulta de acompanhamento ambulatorial. Golçalves et al.¹³ apresenta uma menor prevalência de perda comparada a presente pesquisa (20,8%). Uma explicação plausível para o não retorno as consultas na maternidade seria a preferência das mulheres por continuarem o seguimento pós-parto nas unidades básicas de saúde, por ficarem mais próximas as residências, evitando assim grandes deslocamentos e problemas relacionados ao transporte para as maternidades¹⁹. Porém, não existe um sistema integrado que permita a comunicação efetiva entre unidades básicas de saúde, policlínicas e maternidades, o que dificulta, por exemplo, saber a atual situação do DIU inserido.

Na atual pesquisa apenas 2 mulheres (0,9%) engravidaram de forma indesejada durante o seguimento. Vieira et al.²⁰ descrevem que as taxas de gestação indesejada após inserção de DIU variam entre 0,6 a 0,8%, resultado muito próximo ao encontrado na pesquisa. Já O'Hanley

et al.³¹ refere taxas de gestação não planejadas pós inserção de DIU de cobre variando entre 2 a 2,8%. Ressalta-se aqui o fato de que as mulheres que engravidaram na presente pesquisa faltaram na consulta (até 30 dias após a alta), e retornaram com o diagnóstico de gravidez em menos de 12 meses de inserção, porém, permaneceram com o DIU até o final da gestação e evoluíram sem complicações e com partos a termo. A satisfação com o método foi evidenciada em 85,4% das participantes. Heller et al.³² em uma coorte prospectiva apresentou uma prevalência de 92,7% de mulheres que estavam “muito” ou “razoavelmente” satisfeitas com o DIU.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres – PNAISM¹¹ tem, entre suas prioridades, a saúde sexual e a saúde reprodutiva, cuja implementação exige profissionais capacitados para o enfoque e discussão de temas variados, muitos deles considerados complexos, como liberdade e autonomia, com vistas ao pleno exercício da sexualidade por parte de mulheres e homens, adolescentes, jovens e demais faixas etárias. Dentre os direitos sexuais e direitos reprodutivos, o planejamento reprodutivo aparece com destaque, já que implica no respeito à liberdade e autonomia das pessoas para decidir de forma livre e responsável se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas^{1,11}.

Existem diferentes métodos de contracepção, com variadas taxas de gravidez indesejada e riscos atribuídos aos métodos³³. A pesquisa Nacer no Brasil³⁴, em 2014, apontou que mais da metade das puérperas entrevistadas não planejou a gestação. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS³⁵, realizada em 2006, revelou que apesar de ter aumentado o uso de outros métodos contraceptivos em comparação à última pesquisa em 1996, a utilização dos métodos hormonais e a laqueadura representaram mais de dois terços das alternativas anticoncepcionais escolhidas pelas mulheres.

A contracepção cirúrgica definitiva possui uma eficácia de até 98,2%, porém, é um método irreversível, sendo uma decisão difícil de se tomar principalmente em casos de primeira gravidez. Os métodos reversíveis hormonais chegam a uma eficácia de até 97%, porém, estão associados ao surgimento de trombozes, cânceres dentre outras intercorrências, e a necessidade de uso diário - se for optado pelo contraceptivo oral³⁶. Já o DIU possui uma eficácia de aproximadamente 99%, sem os efeitos colaterais atribuídos aos métodos hormonais²⁰. Por esta razão os achados aqui demonstrados caracterizam o DIU com uma estratégia segura, de boa confiabilidade e com baixo custo relativo.

5 CONCLUSÃO

A contracepção reversível de longa duração (LARC) pós-parto imediato tem o potencial

de reduzir a gravidez indesejada e de curto intervalo. Ressalta também que as chances de expulsão do DIU são menores quando inserido após o pós-parto imediato, ou seja, em até 10 minutos após dequitação placentária, e em partos do tipo cesárea. O presente estudo confirma estas premissas da literatura, onde verificou-se uma baixa prevalência de gestação indesejada e menores taxas de expulsão do DIU quando inseridos no parto-parto imediato e em partos do tipo cesárea.

As taxas de expulsão observadas no presente estudo foram maiores do que a maioria dos estudos apontam, sugerindo uma correção do protocolo adotado pela maternidade em questão, ou seja, adotando como método prioritário a inserção no pós-parto imediato, conforme recomenda a maioria das pesquisas. Não encorajamos optar pelo parto cesáreo apenas por ter menor taxa de expulsão do DIU.

Um dos pontos fortes da presente pesquisa foi o entendimento da importância da oferta da inserção do DIU no pós-parto por todos os que prestaram assistência a gestante, desde o momento da internação, e não se restringindo apenas a equipe médica. Este tópico que outrora não era abordado na rotina passou a ser apresentado e discutido espontaneamente, sendo que a realização da pesquisa propiciou e estimulou a discussão da utilização de métodos contraceptivos neste momento tão especial da vida de todas as mulheres.

O fornecimento rotineiro de contracepção intrauterina para mulheres em uma maternidade pública é viável, e está associado a ótimos níveis de aceitação pelas mulheres e a uma baixa prevalência de gestação indesejada. Logo, pode ser uma estratégia importante para prevenir intervalos curtos entre gestações e gestações indesejadas.

Recomenda-se que as mulheres sejam aconselhadas sobre todas as formas de contracepção pós-parto em um contexto que permita uma tomada de decisão quando esteja sendo preparada para a realização do parto, e deve sempre ser oferecida uma opção eficaz para contracepção que não prejudique a saúde da mulher. Existem poucas contraindicações para dispositivos intrauterinos, sendo assim, obstetras-ginecologistas e outros prestadores de cuidados obstétricos devem aconselhar as mulheres sobre as opções para o início imediato da contracepção no pós-parto. A educação e os protocolos institucionais são necessários para aumentar a conscientização e melhorar o acesso à inserção do DIU no pós-parto.

REFERÊNCIAS

1. 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 380**. Brasil: Ministério da Saúde, 2018.
2. Lopez LM, Bernholc A, Hubacher D, Stuart G, Van Vilet HAAM. Immediate postpartum insercion of intrauterine device for contraception. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2015; 26(6).
3. Sonalka S et al. A Decision Analysis Modelo f One-Year Effectiveness of Intended Postplacental Compared With Intended Delayed Postpartum Intrauterine Device. **Obstet Gynecol**. 2018; 132(5): 1211-1221.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017. **Altera o Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: DOU, 2017.
5. Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during postpartum period: a systematic reiew. **Contraception**. 2009; 80(1):327-36.
6. Jatlaoui TC et al. Expulsão de dispositivos intra-uterinos após colocação pós-parto: revisão sistemática e metanálise. **Obstet Gynecol**. 2018; 132(4): 895-905.
7. The American College of Obstetricians and Gynecologist. Immediate postpartum long-acting reversible contraception. Committee Opinion No. 670. American College of Obstetricians Ang Gynecologist. **Obstet Gynecol**. 2016; 128(1): e32-7.
8. Welkovic S et al. Post-partum bleeding and infection after post-placental IUD insertion. **Contraception**. 2001; 63(3):155-8.
9. Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
10. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. **Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências**. Brasília: DOU, 1996.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
12. Ferreira PB, Utiyama RY, Tamanaha S, Fukunaga ET. Immediate Postpartum Copper IUD: A Comparative Analysis between Profiles of Women who Accept and who Refuse it. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2022; 44(2):154-160.

13. Gonçalves MR et al. Estudo comparativo entre dispositivos intrauterinos inseridos em mulheres no puerpério sob diferentes técnicas e períodos. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**. 2019; 64(3):213-220.
14. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Serviços e Informações do Brasil. **IBGE divulga resultado da pesquisa Estatísticas do Registro Civil**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestao-publica/2021/11/ibge-divulga-resultado-da-pesquisa-estatisticas-do-registro-civil-2020#:~:text=Foram%202.728.273%20registros%20de%20nascimentos%20em%202020%20C%20queda%20de,desde%20o%20ano%20de%201998>. Acesso em: 12 de novembro de 2022.
15. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. Síntese de indicadores. 2015. Disponível em <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/default.sh> tm Acesso em: 10 de novembro de 2022.
16. 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(1):132-139.
17. Borges ALV et al. Knowledge about the intrauterine device and interest in using it among women users of primary care services. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2020; 28(1):e3232.
18. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **PNAD Contínua – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. 2022. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=destaques> Acesso em: 10 de novembro de 2022.
19. Hooda R et al. Immediate Postpartum Intrauterine Contraceptive Device Insertions in Caesarean and Vaginal Deliveries: A Comparative Study of Follow-Up Outcomes. **International Journal of Reproductive Medicine**. 2016; 2016(1):1-5.
20. Vieira CS, Brito MB, Yazlle MEHD. Contracepção no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2008; 30(9): 470-479.
21. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion. Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception. **Obstet Gynecol**. 2016; 128(2):422–423.
22. Averbach SH, et al. Expulsion of intrauterine devices after postpartum placement by timing of placement, delivery type, and intrauterine device type: a systematic review and meta-analysis. **Am J Obstet Gynecol**. 2020; 223(2):177-188.
23. Whitaker AK, Chen BA. Society of Family Planning Guidelines: Postplacental insertion of intrauterine devices. **Contraception**. 2018; 97(1):2-13.
24. Woo I et al. Six-month and 1-year continuation rates following postpartum insertion of implants and intrauterine devices. **Contraception**. 2015; 92(6):532-535.

25. Lester F et al. Intraesarean insertion of the Copper T380A versus 6 weeks postcesarean: a randomized clinical trial. **Contraception**. 2015; 91(3):198-203.
26. Sodje JDK et al. Feasibility, acceptability, and uptake of postpartum intrauterine contraceptive devices in southern Nigeria. **Int J Gynaecol Obstet**. 2016; 135(2):149-153.
27. Levi EE et al. Intrauterine Device Placement During Cesarean Delivery and Continued Use 6 Months Postpartum: A Randomized Controlled Trial. **Obstetrics And Gynecology**. 2015; 126(1):5-11.
28. Grimes DA et al. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices. **Cochrane Database Syst Rev**. 2010; 12(5):CD003036.
29. Cole LP et al. Postpartum insertion of modified intrauterine devices. **Journal of Reproductive Medicine**. 1984; 29(9):677-82.
30. Thiery M, Van Der Pas H, Delbeke L, Van Kets H. Comparative performance of two copper-wired IUDs (ML Cu 250 and T Cu 200). Immediate postpartum and interval insertion. **Contraceptive Delivery Systems**. 1980; 1(1):27-35.
31. O'Hanley K, Huber DH. Postpartum IUDs: keys for success. **Contraception**. 1992; 45(4):351-61.
32. Heller R, Johnstone A, Cameron ST. Routine provision of intrauterine contraception at elective cesarean section in a national public health service: a service evaluation. **Acta Obstet Gynecol Scand**. 2017; 96(9):1144-1151.
33. Nunes IB et al. Sexualidade no puerpério: uso de contraceptivos. **Brazilian Journal of Health Review** 2021; 4(1):3150-3172.
34. Nacer no Brasil. Instituto Nacional Sobre parto e Nascimento. **Nacer no Brasil: Sumário executivo Temático da Pesquisa**. 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/informe/site/arquivos/anexos/nacerweb.pdf> Acesso em: 2 de dezembro de 2022.
35. 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**. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
36. Lima FMT; Lima HAS; Silva OA. Anticoncepcionais hormonais: interações que podem comprometer sua eficácia. **Brazilian Journal of Health Review** 2021; 4(6):27708-27720.