Avaliação, acompanhamento ultrassonográfico e clínico da inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) durante o parto cesáreo: um estudo-piloto

Evaluation, ultrasonography and clinical follow up of intrauterine device (IUD) insertion during cesarean delivery: A pilot study

Maria Teresa Aquino de Campos Velho[1], Itamar dos Santos Riesgo[2], Raup de Bacco[3], Anaelena Bragança de Moraes[2], Elisandra dos Santos[4]

RESUMO

Introdução: O objetivo deste estudo foi analisar o comportamento do dispositivo intrauterino (DIU) inserido no transoperatório de operações cesarianas, quanto aos aspectos clínicos, ecográficos e de satisfação da usuária. **Métodos:** Foram estudadas 18 pacientes submetidas a cesariana, no Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria, nas quais foi inserido, no transoperatório, um DIU (TCu 380mm). As pacientes foram submetidas à avaliação clínica e ultrassonográfica no 1º, 15º e 42º dias do pós-operatório. O ultrassom avaliou a distância da haste superior do DIU ao endométrio e o volume uterino. **Resultados:** A distância do DIU ao endométrio variou de 2 mm até 6 mm. O volume uterino decresceu, da média de 611,63 cm^3 (1º dia), à média de 75,79 cm^3 (42º dia pós-operatório). Ocorreu apenas uma de retirada de DIU por sangramento excessivo, nos demais casos não se constataram complicações clínicas ou cirúrgicas. Não houve nenhum caso de expulsão do dispositivo. Todas as pacientes declararam estar satisfeitas com o método. **Conclusão:** A ultrassonografia, no acompanhamento do posicionamento do DIU dentro da cavidade uterina, demonstrou não haver mobilidade significativa deste dispositivo, nos três momentos avaliados. O DIU inserido no transoperatório de cesariana pode representar um método de anticoncepção de baixo custo, de fácil e indolor inserção e com benefícios no pós-parto imediato.

UNITERMOS: Anticoncepção, Dispositivo Intrauterino, Cesariana, Ultrassonografia.

ABSTRACT

Introduction: *This study was designed to analyze the behavior of the intrauterine device (IUD) inserted during surgery with caesarean sections, considering clinical, sonographic and user satisfaction aspects.* ***Methods:*** *We studied 18 patients undergoing caesarean section, at the Obstetric Center of the University Hospital of Santa Maria, in which an IUD (TCu 380mm). was inserted during surgery. Patients underwent clinical and ultrasound evaluation at 1, 15 and 42 days after surgery. The ultrasound evaluated the distance from the upper end of the IUD to the endometrium and uterine volume.* ***Results:*** *The distance from IUD to endometrium ranged from 2 mm to 6 mm. The uterine volume decreased from a mean of 611.63 cm3 (Day 1) to a mean of 75.79 cm3 (postoperative day 42). There was only one case of withdrawal of IUD because of excessive bleeding, in the other cases there were no clinical or surgical complications. There was no case of device expulsion. All patients stated that they were satisfied with the method.* ***Conclusion:*** *The ultrasound monitoring of IUD placement within the uterine cavity showed no significant mobility of this device, at the three times evaluated. IUDs inserted during cesarean section may represent a low-cost, easy, and painless contraceptive method, with benefits in the immediate postpartum period.*

KEYWORDS: *Contraception, Intrauterine Device, Cesarean, Ultrasound.*

[1] Doutora. Professora adjunta. Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital Universitário de Santa Maria (DEPE/ HUSM).
[2] Doutor. Professor associado da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
[3] Especialista em Ginecologia e Obstetrícia.
[4] Mestre. Técnico Administrativo.

INTRODUÇÃO

O uso de corpo estranho dentro da cavidade uterina, com a finalidade de evitar a concepção, já era comum aos árabes há muitos séculos. Eles tinham o hábito de colocar pedras dentro do útero das camelas antes de iniciar grandes jornadas pelo deserto, com o objetivo de que estes animais não emprenhassem nas longas travessias que eram realizadas, evitando, com isso, a redução da força de trabalho dos homens. Em mulheres, este mesmo princípio, o da inserção intrauterina de dispositivos com função contraceptiva, foi utilizado somente no início do século XX, mas, devido às altas taxas de expulsão e infecções neste período, foi relegado a planos inferiores na proteção das mulheres para não engravidarem (1).

Historicamente, tem-se que na década de 1960 e 1970 surgiu o polietileno, que veio servir de base para a confecção dos novos dispositivos intrauterinos (DIUs). Posteriormente, os DIUs passaram a ser "medicados" com ouro, prata e cobre, e, dos três metais, o que mostrou melhor relação custo/benefício foi o cobre, que vem sendo empregado até os dias de hoje (1,2,3). Desde então, o dispositivo vem sendo usado largamente em todo o mundo, com excelentes taxas de sucesso e sem grandes complicações.

Mais recentemente, passou-se a empregar o uso de DIUs com um sistema de liberação lenta de progestágeno. A progesterona é um hormônio que tem, entre suas ações no organismo feminino, a propriedade de sedar a contração da musculatura uterina e costuma levar à atrofia do endométrio. Estas duas características deste hormônio vão de encontro aos dois principais efeitos colaterais do DIU medicado com cobre: a dismenorreia e o aumento do volume menstrual. O DIU pode ser utilizado em mulheres em todo período reprodutivo, inclusive no período puerperal, sendo que o seu uso no puerpério imediato não é muito difundido. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2,3) normatizou, em 1983 e em 1996, a metodologia da aplicação do DIU, logo após a dequitação, o chamado "DIU pós-placenta", designação que foi adotada pela OMS (2).

Existem muitos trabalhos demonstrando a segurança e eficácia dos DIUs inseridos durante o período puerperal, onde os autores realizaram o acompanhamento do DIU inserido no pós-parto das mulheres em tempos que variaram de seis meses a dois anos (4,5,6,7,8,9,10,11,12,13). Nesses trabalhos, as datas ou os períodos de retorno das pacientes para a revisão do procedimento foram arbitrados por cada pesquisador.

Um estudo da involução uterina, realizado por Wachsberg, Kurtz, Levine, Solomon e Wapner (14), em 1994, evidenciou que o útero reassumiu dimensões não gravídicas em seis a oito semanas de pós-parto, sem influência da paridade e do aleitamento. González *et al.* (15) observaram que a involução uterina ocorre de forma simétrica, sendo o processo de regressão completado no trigésimo dia. Em estudo realizado no HUSM, por Miletho (16), ao comparar a involução uterina entre parto normal e cesáreo, com e sem uso de ocitocina, não foram encontradas diferenças entre ambos e ficou evidenciada uma involução maior entre o primeiro e o nono dia pós-parto (50% do volume inicial), alcançando regressão total em torno do trigésimo dia.

Com relação ao "DIU pós-placenta", um estudo de coorte prospectivo comparou 147 mulheres que tiveram o dispositivo inserido logo após a dequitação da placenta por via vaginal, com 52 mulheres que tiveram o DIU inserido logo após a dequitação durante a operação cesariana (6). O estudo evidenciou que a taxa de expulsão, nos seis primeiros meses, foi significativamente diferente entre as duas vias de inserção, sendo de 17,1% (±4,2) para o grupo de inserção vaginal e 4,3% (±2,9) para o grupo de inserção por meio da histerotomia. As taxas de expulsão aos 12 meses foram de 18,9% (±4,4) *versus* 13,9% (±5,2), e aos 24 meses de 22,6% (±4,9), *versus* 13,9% (±5,2), respectivamente, sendo as diferenças não significativas. Ambos os grupos apresentaram taxas semelhantes de remoção por indicação médica: 13,5% pós-parto vaginal e 11,3% pós-parto cesáreo. Em outro estudo de coorte prospectivo, foram acompanhadas 19 mulheres que receberam o DIU logo após a dequitação da placenta, por via vaginal, e 19 mulheres que tiveram o dispositivo inserido pós-histerotomia e retirada da placenta. Ficou evidenciada uma taxa de expulsão e de mau posicionamento do DIU de 77,8% para o grupo de parto vaginal *versus* nenhum caso (0%) para o grupo de parto cesáreo ($p<001$) (5,9).

Em uma revisão sistemática realizada por Kappe Curtis (9), ficou evidenciado que a inserção do DIU logo após a dequitação da placenta, independentemente da via de parto, está associada a uma menor taxa de expulsão do que quando comparada com a inserção em qualquer outro momento da vida reprodutiva da mulher. A revisão mostrou também que a taxa de expulsão nas inserções ocorridas no parto cesáreo é mais baixa do que quando comparada com a taxa de expulsão nas inserções do pós-parto vaginal.

A gestação não planejada continua sendo um relato empírico frequente no Centro Obstétrico (CO) do HUSM e representa um número expressivo dos atendimentos realizados. Podem-se citar algumas razões para a ocorrência desse fato: a falta de informações a respeito dos métodos anticoncepcionais, as crendices populares, o desconhecimento do próprio corpo e, possivelmente, a falta de um programa de planejamento familiar bem estruturado oferecido pelo Governo.

A colocação do "DIU pós-placenta" pode ser uma das opções de contracepção com boas chances de ser implementada, já que a futura usuária do método pode ser adequadamente informada e esclarecida durante o acompanhamento pré-natal, e o momento do parto pode ser utilizado como uma boa oportunidade de implementação. Os autores relatam que, utilizando essa técnica, poder-se-ia obter uma proteção prolongada, independentemente do tempo da retomada das atividades sexuais, sem interferir na amamentação, tendo um custo reduzido e com poucos efeitos colaterais (9, 10).

O período gestacional, do parto e do puerpério imediato são, muitas vezes, os momentos em que a mulher tem ou se propõe a ter um atendimento médico mais frequente. Esses momentos deveriam ser valorizados, estrategicamente, oportunizando uma discussão, escolha, planejamento e implementação de um método anticoncepcional, sempre levando em consideração o fato de que estes podem não representar, idealmente, o momento para este tipo de escolha e decisão. Porém, a dificuldade de acesso de muitas mulheres aos serviços de saúde, pelos mais variados motivos, pode fazer com que, para determinado tipo de população feminina, o período gestacional, do parto e do puerpério imediato possam constituir-se em momento oportuno e/ou único para falar-se em anticoncepção (7,9).

Pelos motivos anteriormente expostos e por ser, ainda nos dias atuais no Brasil, a gravidez não planejada um relevante problema de saúde pública que pode ser evitado, propôs-se a realização do presente trabalho. Pretendeu-se estudar o posicionamento do "DIU pós-placenta" por Ultrassom e, ao mesmo tempo, fornecer às usuárias do HUSM, submetidas a parto cesáreo, que aceitaram participar do estudo, a inserção do DIU no transoperatório. Além de estudar o posicionamento do DIU, este já poderia representar um método anticoncepcional, em geral seguro, eficaz e de longa duração.

MÉTODOS

Foram abordadas no Centro Obstétrico do HUSM 80 mulheres, no período de novembro de 2010 a junho de 2011, para as quais foi ofertada a possibilidade da inserção do DIU no momento do parto cesáreo. Destas, 18 pacientes aceitaram fazer parte do estudo.

Assim sendo, foram selecionadas e acompanhadas, de maneira prospectiva, 18 mulheres submetidas ao parto cesáreo, entre novembro de 2010 e junho de 2011. As pacientes eram provenientes de Santa Maria e dos municípios vizinhos.

Todas as pacientes que aceitaram participar do estudo passaram por uma seleção prévia, a partir da qual foram respeitadas as contraindicações e a voluntariedade.

Para todas as 80 pacientes abordadas, foi ofertada uma explicação sobre os objetivos da pesquisa e o método de anticoncepção proposto. As que aceitaram participar do projeto assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, quando solicitado, houve a participação do parceiro no processo. Foram coletados dados, através de um questionário, para conhecimento do perfil social e cultural como: idade, estado civil, escolaridade e profissão. Também foram coletadas informações referentes aos antecedentes obstétricos: número de partos vaginais e cesáreos, número de abortos, indicação da cesárea e intercorrências no transoperatório e pós-parto.

Os critérios de inclusão das participantes no estudo foram os seguintes: ter mais de 18 anos, ser gestante admitida no CO do HUSM para parto cesáreo, aceitação do método contraceptivo proposto, concordar em participar da pesquisa e assinar o TCLE, ausência de fatores de risco para doença inflamatória pélvica, ter parceiro único, ausência de intercorrências negativas clínicas, obstétricas ou cirúrgicas. Os critérios de exclusão foram: gestantes que não cumprirem os critérios anteriores ou que apresentassem intercorrências clínicas, obstétricas ou cirúrgicas que impossibilitassem ou contraindicassem a inserção do DIU.

Quando as pacientes não foram adequadamente esclarecidas sobre o procedimento no pré-natal, tiveram estes esclarecimentos, em momento confortável para elas, antes do parto operatório.

Todas as mulheres foram fortemente orientadas a não ter relações sexuais nos primeiros 42 dias de pós-parto e para, caso ocorresse, a necessidade do uso de preservativos pelo parceiro. Foram estimuladas a amamentar por processo de livre demanda do bebê.

Os DIUs foram introduzidos logo após a retirada da placenta, no transoperatório de cesárea, por um único médico residente do segundo ano, devidamente treinado e sob a previsão de um preceptor. Os dispositivos foram introduzidos manualmente sob visão direta do fundo uterino. Os fios foram direcionados ao orifício cervical interno.

Após o procedimento cirúrgico, o seguimento clínico e ultrassonográfico foi realizado pelo mesmo observador que implantou o DIU nas pacientes. O registro das informações deste seguimento foi realizado com o uso de uma ficha-padrão para os três momentos: 1º, 15º e 42º dias pós-parto. A avaliação clínica ocorreu mediante anamnese, exame físico e preenchimento de protocolo que contemplava as seguintes questões: visualização do fio ao exame especular, possibilidade de expulsão do DIU, presença ou não de cólicas, satisfação com a escolha do método, reinício da atividade sexual e presença ou não de dor durante a relação sexual, caso reiniciada. O exame especular foi realizado em todas as consultas de acompanhamento para verificar a exteriorização do fio-guia do DIU.

Os exames ultrassonográficos foram realizados com um único aparelho, ATL 1500, com transdutor transvaginal com frequência 4-8 MHz e transdutor convexo transabdominal com frequência de 5-2 MHz, sendo que a via transabdominal foi a preferencial. Foram medidos o volume uterino e a distância entre o ápice da haste transversal do DIU e o eco endometrial livre.

Os dados deste estudo foram processados e analisados de forma eletrônica a partir da construção de um banco de dados (Excel 2007), e a análise foi realizada através do software *Statistics Package for Social Science* (SPSS 15.0). Inicialmente, foram realizadas as avaliações das características da amostra para observar distribuição dos dados por meio da análise descritiva de todas as variáveis. Foi utilizada a Análise de Variância de Medidas Repetidas, para comparar o volume uterino e a distância entre o ápice da haste transversal do DIU e o eco endometrial livre, nos três momentos considerados (1º, 15º e 42º dias).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria, sob o nº do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 021.0.243.000-10, e a Carta de Apresentação enviada em 18 de outubro de 2010.

RESULTADOS

Ao traçar o perfil sociodemográfico das participantes deste estudo, constatou-se que 88,9% declararam-se brancas e 11,1% afrodescendentes. Quanto às suas profissões, 55,6% eram trabalhadoras do lar. Ao serem questionadas sobre o seu estado civil, 16,7% declararam-se solteiras, 44,4% casadas e 38,9% em união estável. Quanto à escolaridade, 66,7% tinham o primeiro grau incompleto ou completo e 33,3% tinham o segundo grau incompleto ou completo. Quanto aos parceiros, 33,3% concordaram em discutir/opinar sobre a situação. Com relação aos outros, ou não estavam presentes ou preferiram não opinar.

Em relação à história obstétrica das participantes do estudo, estas tiveram em média 3,8 gestações (2 a 9). Sete mulheres (38,9%) relataram ter tido um aborto prévio, sendo que o número de abortos relatados ficou compreendido entre 1 e 3. Em relação ao tipo de parto, relata-se que quatro mulheres (22,2%) tiveram partos vaginais prévios: três mulheres (16,7%) tiveram um parto e uma delas teve três. Em relação ao parto cesáreo, a distribuição entre as 18 mulheres ficou assim discriminada: 27,8% tiveram um parto cesáreo, 61,1% dois partos cesáreos, 5,6% três e 5,6% cinco partos cesáreos.

O intervalo interpartal variou de 1,1 ano a 10 anos, com uma média de 4,4 anos.

Quando se faz referência ao parto considerado neste estudo, as indicações desse foram: desproporção céfalo-pélvica em 5,6% dos casos, cesárea prévia há menos de 2 anos 5,6%, sofrimento fetal 11,1% e iteratividade 77,8 %.

Todas as pacientes participantes da pesquisa tinham realizado pelo menos um ultrassom (US) ao entrar no estudo. A idade gestacional, no momento do parto, foi calculada pelo primeiro US realizado.

Em relação ao volume uterino, foi analisada a sua regressão puerperal. Estes dados estão expressos na Tabela 1. Na comparação dos volumes uterinos entre os momentos avaliados, foi encontrada diferença significativa ($p<0,01$), o que já era esperado.

Um dos principais aspectos que se pretendeu salientar, neste estudo, foi a observação do posicionamento do DIU dentro da cavidade uterina no pós-operatório através do US transvaginal.

Na Figura 1, é apresentado este comportamento, ou seja, a distância média da haste transversa do dispositivo até o fundo uterino (eco endometrial livre) nos três momentos medidos. Comparando-se as distâncias nos três tempos, obteve-se um resultado não significativo ($p = 0,281$), ou seja, não houve diferença significativa entre as médias das distâncias entre o 1º dia, o 15º e o 42º dia.

O exame especular para verificar a exteriorização do fio do DIU, realizado no 1º dia do acompanhamento das pacientes, não observou, em nenhuma delas, a exteriorização do fio; no 15º dia, o exame detectou a exteriorização do fio em uma das pacientes e no 42º dia, em cinco das 16 pacientes houve a exteriorização do fio. Em relação às intercorrências transoperatórias e do pós-parto imediato, houve apenas um caso de cefaleia pós-raquianestesia. Não ocorreu nenhuma complicação da ferida operatória. Quanto à avaliação das intercorrências, da satisfação com o método e da retomada da atividade sexual, os resultados encontram-se na Tabela 2.

DISCUSSÃO

Na discussão e escolha do método contraceptivo, a participação do marido e/ou companheiro se faz importante. Nesse estudo, houve uma decisão compartilhada em apenas um terço dos casos: 33,3%. As demais mulheres fizeram a sua eleição solitariamente, alegando, na maioria dos casos, que a decisão a respeito do método anticoncepcional era uma questão pessoal.

Nas últimas décadas, profundas mudanças ocorreram na vida das mulheres no Brasil e na América Latina, as quais se traduzem, principalmente, pelo aumento da esperança de vida, pela redução média do número de filhos, pelo aumento do nível educacional com redução do nível de analfabetismo e pela crescente incorporação e per-

Tabela 1 – Médias dos volumes uterinos, em cm^3, avaliados por US transabdominal, nos três momentos pós-operatório de parto cesáreo.

Volume (cm^3)	Momentos Avaliados		
	1ºdia	15º dia	42º dia
Mínimo	250,08	120,19	33,57
Máximo	1.143,54	368,91	129,81
Média (±DP)	611,63 (±272,55)	215,84 (±71,72)	78,30 (±27,87)

Fonte: Dados do autor, 2013.

Tabela 2 – Intercorrências, Satisfação com o método e Retomada da Atividade Sexual, no 1º, 15º e 42º dias após a colocação do DIU.

Intercorrências, satisfação e reinício da atividade sexual	Momentos Avaliados		
	1ºdia	15º dia	42º dia
Cólica	1	0	0
Endometrite	0	0	0
Expulsão do DIU	0	0	0
Satisfação c/escolha	18	18	16
Início atividade sexual	0	0	12
Dor durante relação	0	0	1

Fonte: Dados do autor, 2013.

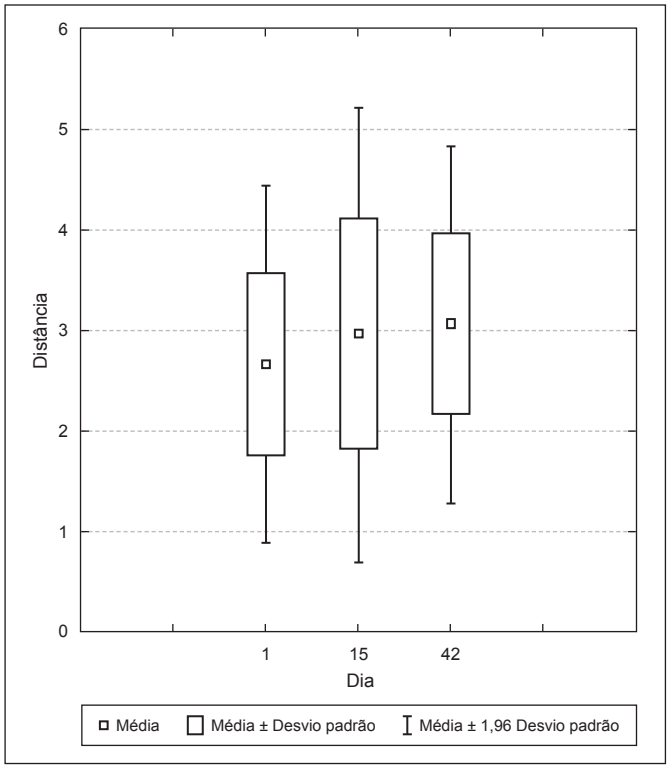


Figura 1 – Distâncias médias do DIU ao endométrio (fundo uterino) nos três momentos avaliados (1º, 15º e 42º dias pós-cesária).
Fonte: Dados do autor, 2013.

manência no mercado de trabalho. Houve, igualmente, o melhoramento de indicadores de saúde e utilização de anticoncepcionais modernos, o aumento do número de lares chefiados por mulheres, dentre outras modificações citáveis (16,17).

As mulheres brasileiras têm diminuído notavelmente a sua fecundidade (17). O número médio de filhos por mulher durante a vida fértil reduziu-se de seis, no começo dos anos 1950, para cinco nos anos 1970; três, nos anos 1990, sendo que nos anos 2000 estas taxas quase se igualaram aos países europeus, circundando 1,6 filho por mulher/ano. Estas taxas globais de fecundidade são o resultado de uma série de fatores que as determinam, como a idade do nascimento do primeiro filho, o nível educacional alcançado, o nível socioeconômico, o local de residência, entre outros (17,18).

Evidências demonstraram que no HUSM, espelhando a realidade regional, persiste a ocorrência de inúmeras gestações não planejadas e recorrências de gestações em adolescentes (19), frutos de um planejamento familiar inadequado. Assim sendo, considerando-se as prerrogativas demográficas anteriormente expostas, este estudo-piloto retomou uma prática já preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1983, quando era estimulada a importância do DIU no planejamento familiar e pretendeu-se também analisar se o dispositivo se deslocaria ou não no período analisado. Como método de anticonceptivo seguro e eficaz, parece ter tido o seu uso subestimado nos últimos tempos, principalmente inserido no pós-parto imediato.

Corroborou-se, no presente estudo, a vantagem relatada por Fernandes e Lippi (13) de que a colocação do DIU, quando feita manualmente e por visão direta proporcionada pela histerotomia, é uma técnica que pode ser classificada como simples, de fácil aprendizagem e treinamento. Na visão dos autores desta pesquisa, esta técnica pode ser estimulada como um aprendizado que pode ser proposto e aplicado na rotina de serviço do CO do HUSM. Tal fato, além de representar um acréscimo no aprendizado dos Médicos Residentes, traria nítidos benefícios às usuárias do método anticoncepcional, destacando-se, dentre outros, a ausência de desconforto na inserção, o menor risco de perfuração uterina e o menor custo do procedimento e como demonstrado, mesmo em poucos casos (estudo-piloto), quase sem mobilidade intra-útero nos pós-42 dias.

Apesar do pequeno número de casos, a inserção do DIU no transoperatório mostrou-se segura, da mesma forma como foi demonstrado em outros estudos (17,18). Além de sua permanência adequada no interior do útero, poder-se-ia dizer que um dos maiores benefícios do procedimento constaria em oferecer a possibilidade de um método anticoncepcional seguro e eficiente, antes mesmo da retomada da atividade sexual. Os dados deste estudo confirmam os encontrados na literatura, já que em 75% dos casos as pacientes referiram ter reiniciado a vida sexual ao redor do 42º dia, em geral, após o parto, e todas estavam satisfeitas com a escolha do método. Apenas uma paciente fez referência à dispareunia, fato que não pode ser atribuído diretamente ao DIU. Como alguns pontos desfavoráveis, têm-se: "perda" do fio e não aderência total ao protocolo, pois duas mulheres não compareceram na última avaliação, motivo pelo qual foram excluídas da pesquisa.

No presente estudo, o controle clínico das pacientes, após a inserção do DIU, foi complementado pela ultrassonografia, como já citado, realizada em três momentos, com o objetivo de avaliar o seu posicionamento. A literatura é controversa em relação aos tempos escolhidos para este tipo de avaliação. No entanto, parece haver consenso que é relevante realizar esse exame na sexta semana do pós-parto para avaliar o posicionamento do DIU (13,20). Este preceito foi seguido nesse estudo, baseado na informação de que ele pode ser importante para prever uma provável expulsão do dispositivo, principalmente quando ele é inserido após partos vaginais e porque, neste momento, as mulheres costumam retomar a atividade sexual (13,20). Por este motivo, a terceira avaliação ecográfica foi realizada no 42º dia pós-parto.

Na avaliação do posicionamento do DIU, ao US, a principal variável observada foi a distância da haste transversa em relação ao eco endometrial livre. Essa dis-

tância, nos três momentos observados, não apresentou variação significativa, o que demonstrou a pouca mobilidade do dispositivo na cavidade uterina no período puerperal, inclusive no tardio. Vários autores demonstraram, em concordância com os resultados do presente estudo, que o DIU colocado através da histerotomia tem pouca probabilidade de expulsão e deslocamento (5,6,9,20,26). Este fato explica-se pela maior facilidade de execução da técnica de inserção, por se ter uma visão real da inserção, no momento do procedimento cirúrgico, feita por médico já habilitado.

Durante o ultrassom transvaginal, adotou-se a distância de 10 mm, da haste transversa do dispositivo até o eco endometrial livre, para considerar o posicionamento do DIU como tópico, porém é importante ressaltar que é ainda um fator controverso na literatura uma medida que seja considerada como padrão para considerar o DIU normoposicionado. Na atualidade, mais importante que a distância entre a haste e o fundo uterino é a localização do dispositivo intra-útero (final da haste vertical acima do orifício cervical interno)(13,21).

Como pontos desfavoráveis verificados acerca do uso do dispositivo no transoperatório de cesarianas, podemos citar a perda do fio-guia, o que pode dificultar o controle clínico periódico do seu posicionamento através da visualização ao exame especular ou de sua constatação ao autoexame e, também, da remoção do DIU, que se faz pelo pinçamento e pela tração do fio-guia. O controle clínico pode ser substituído pelo controle ecográfico e a remoção pelo uso de material adequado.

A "perda" do fio-guia foi frequente nesse estudo (81,25%), mas condizente com outros autores que realizaram a mesma observação (5,12,20). O correto posicionamento do DIU no fundo uterino, da forma mais anatômica possível, ou seja, com as hastes paralelas às paredes uterinas, anterior e posterior, pode ser um fator importante para a manutenção da sua posição, uma vez que o útero irá contrair-se no pós-parto e o manterá posicionado (20,21,22,23).

Constataram-se, ainda, muito desconhecimento e preconceitos das mulheres entrevistadas sobre o DIU, fato referido por outros autores e que nesta pesquisa foi o principal motivo da não aceitação da inserção do dispositivo, mesmo com a divulgação e comentários dos outros resultados que confirmam a segurança e a eficácia do dispositivo inserido no transoperatório de cesariana (24,25).

Pode-se citar como ponto positivo do estudo ser esta uma pesquisa de caráter longitudinal, cujas informações foram coletadas por um único operador, desde a coleta dos dados, a operação cesariana, a inserção do DIU e o acompanhamento ao longo do tempo. Como fatores limitantes, pode-se mencionar o número reduzido de participantes do estudo, o curto tempo de avaliação e o local de abordagem das pacientes que, preferentemente, poderia ter sido o Ambulatório de Pré-natal. No entanto, salientamos, outra vez, tratar-se de um estudo-piloto.

CONCLUSÕES

A Ultrassonografia demonstrou não haver mobilidade significativa intrauterina do DIU nos três momentos de involução uterina em que foi medida a distância do dispositivo em relação ao fundo uterino.

O DIU inserido no transoperatório de cesárea pode representar um método anticoncepcional indolor, de baixo custo e de fácil aprendizado para médicos já treinados nesta cirurgia e pode trazer benefícios para a mulher que deseja anticoncepção no puerpério imediato e que, depois, pode permanecer por, pelo menos, cinco anos.

REFERÊNCIAS

1. Freitas SP. Revisão sobre dispositivo intrauterino. 2010 [acesso em 18 mai 2010]. DIU. Copyright 2010 Web MD, Inc. Disponível em:
2. World Health Organization. Intrauterine devices: their role in family planning care. Geneva: WHO, 1983, p.53. [World Health Organization, 75].
3. World Health Organization. Improving access to quality care in family planning: Medical eligibility criteria for initiating and continuing using use of contraceptive methods. Geneva, 1996.
4. Ricalde RL, Tobias GM, Perez CR, Ramirez NV. Random comparative study between intrauterine device multiload Cu375 and TCu 380A inserted in the postpartum period. Ginecol Obstet Mex 2006; 74: 306-11.
5. Müller ALL et al. Transvaginal ultrasonographic assessment of the expulsion rate of intrauterine devices inserted in the immediate postpartum period: a pilot study. Contraception 2005; 72: 192-5.
6. Zhou SW, Chi IC. Immediate postpartum IUD insertions in a Chinese hospital two year follow-up. Int J Gynaecol Obstet. 1991; 35(2): 157-64.
7. Lara R, Sanchez RA, Aznar R. Aplicación del dispositivo intrauterino a través de la incisión de la cesárea. Ginecol Obstet Mex. 1989; 57(1): 23-27.
8. Celen S, Moroy P, Sucak A, Aktulay A, Danisman N. Clinical outcomes of early postplacental insertion of intrauterine contraceptive devices. Contraception 2004; 69: 279-82.
9. Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review, Contraception 2009; 80: 327-336.
10. Cole LP, Edelman DA, Potts DM, Wheeler RG, Laufe LE. Postpartum insertion of modified intrauterine devices. J Reprod Med. 1984; 29 (9): 677-82.
11. Chi IC, Wilkens L, Rogers S. Expulsions in immediate postpartum insertion of Lippes Loop D and Copper T IUDs and their counterpart Delta devices - an epidemiological analysis. Contraception. 1985; 32 (2): 119-34.
12. Chi IC, Zhou SW, Balogh S, Katherine NG. Post-cesarean section insertion of intrauterine devices. Am J Public Health. 1984; 74 (11): 1281-2.
13. Fernandes JHA, Lippi UG. Avaliação clínica e ultrassonográfica dos dispositivos intrauterinos inseridos pós-placenta. Einstein. 2004; 2(2): 110-4.
14. Wachsberg RH, Kurtz AB, Levine CD, Solomon P, Wapner RJ. Real-Time ultrasonographic analysis of the normal postpartum uterus: technique, variability, and mesurements. J.UltrasoundMed. 1994; 13: 215-21.
15. González EV et al. Involución uterina puerperal: seguimiento ecográfico. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 1992; 57 (2): 85-8.
16. Miletho LFN. Estudo Ultrassonográfico da involução uterina de pós-partos vaginais e cesáreos sem e com uso de ocitócico. [dissertação]. Santa Maria- S: Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria; 1998.
17. Thiery M et al. Immediate postplacental IUD insertion: a randomized trial of sutured (Lippes Loop and TCu22OC) and non-sutured (TCu22OC) models. Contraception. 1983; 28 (4): 299-313.
18. Kisnisci H, Champion CB. A study of delta intrauterine devices in Ankara, Turkey.Int J Gynaecol Obstet. 1985; 23 (1): 51-4.

19. Chi IC, Wilkens L, Rogers S. Expulsions in immediate postpartum insertions of Lippes Loop D and Copper T IUDs and their counterpart Delta devices-an epidemiological analysis. Contraception. 1985; 32 (2): 119-34.
20. Lara R, Sánchez RA, Aznar R. Aplicación del dispositivo intrauterino a través de la incisión de la cesárea. Ginecol Obstet Mex. 1989; 57(1): 23-27.
21. González Ramírez R, Santos Martínez A, Villarreal Cavazos HM. Inserción de dispositivo intrauterino transcesárea. Informe preliminar. Ginecol Obstet Mex.1 1980; 47 (281): 163-7.
22. Morrison C, Waszak C, Katz K. Clinical outcomes of two early postpartum IUD insertion programs in Africa. Contraception. 1996; 53 (1): 17-21.
23. Álvarez Pelayo J, Borbolla Sala ME. DIU transcesárea y sus complicaciones más frecuentes. Ginecol Obstet Mex. 1994; 62 (2): 330-5.
24. Welkovic S, Costa LO, Faúndes A, de Alencar Ximenes R, Costa CF. Postpartum bleeding and infection after post-placental IUD insertion. Contraception. 2001; 63 (3): 155-8.
25. Grimes D, Schulz K, van Vliet H, Stanwood N. Immediate pot partum insertion of intrauterine devices. Cochrane Database Syst Rev. 2003; (1) CD 003036.
26. D Annibale, A.; Surita, F.G. Avaliação da utilização de contracepção no puerpério de adolescentes atendidas no Caism/ Unicamp. Anais do Congresso Paulista de Obstetrícia XIX e Ginecologia. Setembro de 2014, São Paulo, SP.

✉ Endereço para correspondência
Maria Teresa Aquino de Campos Velho
Rua Rodolfo Behr, 1500
97.105-440 – Santa Maria, RS – Brasil
☎ (55) 3220-8710
mtcamposvelho@gmail.com

Recebido: 9/3/2015 – Aprovado: 14/5/2015