



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO/UPE  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

---

**SANGRAMENTO E ENDOMETRITE EM PACIENTES PORTADORAS DE DIU  
INSERIDO APÓS A DEQUITAÇÃO, NA MATERNIDADE DA ENCRUZILHADA  
RECIFE (PE)**

---

**Trabalho apresentado por  
STEFAN WELKOVIC  
para obtenção do grau de mestre em Medicina  
Orientadora: Profa. Dra. Laura Olinda Bregieiro Fernandes Costa  
Co-orientador: Prof. Dr. Ricardo Arraes de Alencar Ximenes**

**Recife, 09 de Setembro de 1997**

W446s Welkovic, Stefan

Sangramento e endometrite em portadoras de DIU inserido após a dequitação, na Maternidade da Encruzilhada – Recife (PE)/ Stefan Welkovic. – Recife, 1997.

77 p.:tab. Color

Trabalho (Mestrado – Curso de Pós-graduação em Medicina – Área de Concentração em Tocoginecologia) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco.

Bibliografia

1. CONTRACEPÇÃO – PUERPÉRIO – DIU
  2. SANGRAMENTO – ENDOMETRITE – DIU
  3. DIU – SANGRAMENTO – ENDOMETRITE
- I. Título

618.14-002/005:314.336 (CDU – 2. ed.)

UPE/BCISAM

STEFAN WELKOVIC

PROFESSOR AUXILIAR DA CADEIRA DE TOCOGINECOLOGIA DA FACULDADE

DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL

RUA VISCONDE DE MAMANGUAPE S/N - ENCRUZILHADA

52030-010 - RECIFE - PERNAMBUCO

FONE (081)4273911 - FAX (081)4273513

*“Enviai-me, ó Pai, do alto dos céus  
o vosso Espírito Paráclito com seus sete dons:  
O Espírito da Sabedoria e Inteligência,  
O Espírito de Conselho e Fortaleza,  
O Espírito da Ciência e Piedade.  
Impregnai-me sobretudo do Espírito do Vosso Temor”.*

(CRISMA, 1974)

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

- Aos meus PAIS, Risto (*in memoriam*) e Maria,  
por todo o esforço que fizeram para me instruir,

- À minha ESPOSA Walméry e aos meus FILHOS, Bárbara, Bernardo e Stefan Jr.,  
por pacientemente terem aceitado a subtração de alguns momentos do nosso convívio,

- A todos os MESTRES que tive ao longo da minha vida, em especial ao Prof. Cícero Ferreira  
Fernandes Costa  
por ter-me incentivado a me tornar mestre e

- A todos os meus ALUNOS,  
razão maior desta minha especialização.

## AGRADECIMENTOS (*ab imo pectore*) :

- À Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da Maternidade da Encruzilhada, não somente pelo fornecimento de dados do Serviço, mas também pela cessão das suas dependências, o que nos levou a um agradável convívio.
- Ao Setor de Estatística da Maternidade da Encruzilhada, que prestativamente cedeu dados do Serviço.
- Ao Dr. Pery Teixeira e ao pessoal da FUNDAJ, que mui gentilmente colaboraram na atualização de dados de pesquisa social.
- Ao pessoal do Laboratório da Maternidade da Encruzilhada, que apesar do excesso de trabalho, aceitou ajudar.
- Ao HEMOPE, na pessoa de Dr. Raul Antônio Moraes Melo que ajudou a esclarecer as dúvidas de hematologia.
- Aos médicos pesquisadores colaboradores, residentes e doutorandos, fundamentais no desenrolar desta pesquisa.
- A Manuel Naércio Danilo Lopes, que me ensinou os primeiros rudimentos de informática e a José Ricardo Moura Leite da Silva, Dr. Roberto Moreira Nunes da Silva e Dra. Assunção Fernanda Magalhães da Costa, que me esclareceram as dúvidas de informática que fatalmente adviram.
- À amiga Márcia Maria Guedes Alcoforado de Moraes, que com seu bom gosto e disponibilidade, armou a interface gráfica para a apresentação deste trabalho.
- Ao Dr. Antônio Marco Duarte de Albuquerque, pela correção do texto em inglês referente ao resumo da tese (SUMMARY).

- À Universidade de Pernambuco, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento Materno Infantil e cadeira de Tocoginecologia, que tanto lutaram para implantação deste mestrado e lutarão cada vez mais, tenho certeza, para atingir os píncaros da excelência
- À minha orientadora Dra. Laura Olinda Bregieiro Fernandes Costa e ao meu co-orientador Dr. Ricardo Arraes de Alencar Ximenes, pelo conhecimento científico, paciência, dedicação, abnegação, e amizade.
- A DEUS, sobretudo.

## **LISTA DAS TABELAS**

- TABELA 1 - Distribuição das pacientes de acordo com a aceitação do DIU PÓS-PLACENTÁRIO.....PAG. 29
- TABELA 2 - Distribuição das pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO e das pacientes que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, de acordo com a faixa etária.....PAG 30
- TABELA 3 - Distribuição das pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO e das pacientes que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, de acordo com a paridade..... PAG 31
- TABELA 4 - Média dos valores das hemoglobinas colhidas antes da retirada da placenta (Hb1) das pacientes que aceitaram (COM DIU) e das que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (SEM DIU) .....PAG 32
- TABELA 5 - Distribuição das pacientes que aceitaram e que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, de acordo com a presença de desvio a esquerda antes da retirada da placenta.....PAG 32
- TABELA 6 - Distribuição das pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO e que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, de acordo com a presença de coágulos, com a presença de sangramento referido pela paciente e com a presença de sangramento referido pela enfermagem nas primeiras 24 horas de puerpério..... PAG 33
- TABELA 7 - Distribuição das pacientes que aceitaram e que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, de acordo com a paridade e com a presença de coágulos no puerpério..... PAG 34

TABELA 8 - Distribuição das pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO e de pacientes que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO que apresentaram sangramento clinicamente excessivo, de acordo com a presença de pelo menos um dos critérios de avaliação clínica (presença de coágulos, sangramento referido pela paciente, sangramento observado pela enfermagem).....	PAG 35
TABELA 9 - Média dos valores das hemoglobinas colhidas no fim do puerpério imediato das pacientes que aceitaram e das que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO.....	PAG 36
TABELA 10 - Média dos valores das hemoglobinas colhidas antes da retirada da placenta e no fim do puerpério imediato das pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO.....	PAG 37
TABELA 11 - Média dos valores das hemoglobinas colhidas antes da retirada da placenta e no fim do puerpério imediato das pacientes que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO.....	PAG 38
TABELA 12 - Distribuição das pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO e que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, de acordo com a presença de desvio à esquerda no fim do puerpério imediato.....	PAG 39
TABELA 13 - Distribuição das pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO e das pacientes que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, de acordo com endometrite diagnosticada clinicamente até o fim do puerpério imediato.....	PAG 40
TABELA 14 - Taxas de retirada de DIU PÓS-PLACENTÁRIO por sangramento na literatura.....	PAG 49

TABELA 15 - Comparação dos valores da hemoglobina em g% obtidos por PETRAGLIA et alli. e os nossos valores em pacientes portadoras de DIU PÓS-PLACENTÁRIO.....PAG 51

TABELA 16- Incidência de endometrite em pacientes usuárias de DIU PÓS-PLACENTÁRIO, de acordo com diversos autores.....PAG 55

## RESUMO

Esta pesquisa foi realizada com a intenção de estudar a ocorrência de sangramento excessivo e endometrite em 145 pacientes puérperas, que permitiram a inserção do DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) após a retirada da placenta. A comparação destas intercorrências foi realizada com 157 pacientes que não aceitaram o DIU inserido nesta ocasião, que permitiram a investigação. As pacientes foram selecionadas na sala de partos da Maternidade da Encruzilhada, no período de 30 de março de 1994 a 15 de Dezembro de 1995. A seleção das pacientes foi realizada por um doutorando, médico-residente treinado ou médico pesquisador colaborador com preenchimento de um protocolo apropriado. Após aceitação ou não do DIU, era colhida amostra de sangue antes da retirada da placenta para avaliação basal dos níveis de hemoglobina. Naquelas pacientes que aceitaram o DIU, este era então inserido até dez minutos após a retirada da placenta. As pacientes de ambos os grupos eram seguidas na enfermaria de puerpério, pelo médico pesquisador colaborador e por médicos-residentes treinados, até o momento da alta, e reavaliadas dez dias após o parto pelo próprio pesquisador, quando era feita nova coleta sangüínea. A análise dos dados foi feita individual e comparativamente entre os grupos de pacientes com e sem DIU, utilizando-se testes estatísticos. A incidência de sangramento clinicamente excessivo foi maior nas pacientes que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO ( $\chi^2=10.01$   $GL=1$   $p=0.001$ ). Os resultados encontrados não mostraram diferença estatisticamente significativa entre as médias das hemoglobinas colhidas antes da retirada da placenta em ambos os grupos estudados ( $t=0.039$   $GL=301$   $p=0.83$ ) e a comparação das médias das hemoglobinas colhidas no fim do puerpério imediato em ambos os grupos, também não mostrou diferença estatisticamente significativa ( $t=1.04$   $GL=297$   $p=0.29$ ). A análise comparativa dos grupos estudados em relação às diferenças individuais das dosagens de hemoglobina obtidas antes da retirada da placenta e no fim do puerpério imediato, não revelou diferença estatisticamente significativa. Houve cinco casos de endometrite diagnosticados clinicamente nas 145 (3.4%) pacientes com DIU-PLACENTÁRIO contra 7 casos de 157 (4.6%) pacientes sem DIU PÓS-PLACENTÁRIO, o que não mostrou diferença estatisticamente significativa ( $p=0.40$ ). O DIU parece ser um método conveniente para ser oferecido no puerpério, pois além das suas vantagens, parece não aumentar a incidência de sangramento excessivo e endometrite.

## SUMMARY

This research was performed with the aim to scrutinize the occurrence of excessive puerperal bleeding and endometritis in 145 patients in puerperium who permitted the insertion of an IUD (intrauterine device) after the placental delivery. The comparison of these problems was performed with 157 patients, which one accepted to be investigated. The patients were selected at the Delivery Room of The Maternidade da Encruzilhada/FESP-UP, between march 30, 1994 and December 15, 1995. The selection was performed by an intern student, a resident or a staff, who fulfill an appropriated protocol. After the acceptance or not of the IUD, a blood sample was obtained in order to evaluate the dosage of the hemoglobin. The IUD was inserted in those patients who accepted it, until ten minutes after the placental withdrawal. The follow up of the patients was done in the nursery by a resident or staff until the discharge and reevaluated ten days after the childbirth by the author, when a new blood sample was obtained. The data analysis was done individual and comparably between the groups of patients with or without the IUD, using specific statistical tests. The incidence of excessive clinical bleeding was higher in the patients who did not accepted the IUD ( $X^2=10.01$   $GL=1$   $p=0.001$ ). There was no significant statistical difference between the media of the hemoglobin in both groups ( $t=0.039$   $GL=301$   $p=0.83$ ) and the comparison of the hemoglobin obtained in the end of the immediate puerperium in both groups did not shown significant statistical difference either ( $t=1.04$   $GL=297$   $p=0.29$ ). The analysis of both groups, related to the individual differences of hemoglobin level before the placental withdrawal and at the end of the immediate puerperium did not show significant statistical difference. There were five cases of endometritis clinically diagnosed of the 145 (3.4%) patients with the IUD compared to seven cases of 157 (4.6%) patients without IUD, with no significant statistical difference. The IUD do not seem to increase the incidence of excessive clinical bleeding and the endometritis.

## ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO.....	PAG 1
2 - OBJETIVOS.....	PAG 13
2.1 - Geral.....	PAG 14
2.2 - Específicos .....	PAG 14
3 - HIPÓTESES.....	PAG 15
4 - METODOLOGIA.....	PAG 17
4.1 - Desenho do estudo.....	PAG 18
4.2 - Critérios para seleção dos sujeitos .....	PAG 18
4.3 - Critérios de inclusão .....	PAG 19
4.4 - Critérios de exclusão para ambos os grupos.....	PAG 19
4.5 - Cálculo da amostra.....	PAG 20
4.6 - Procedimentos.....	PAG 20
4.7 - Acompanhamento dos sujeitos.....	PAG 22
4.8 - Critérios de encerramento para as pacientes que aceitaram o DIU PÓS- PLACENTÁRIO.....	PAG 23
4.9- Critérios de encerramento para as pacientes que não aceitaram o DIU PÓS- PLACENTÁRIO .....	PAG 23
4.10 - Variáveis e conceitos operacionais.....	PAG 23
4.11 - Coleta de dados.....	PAG 25
4.12 - Análise .....	PAG 25
4.13 - Aspectos éticos .....	PAG 26
5 - RESULTADOS.....	PAG 28
5.1 - Caracterização dos grupos em estudo .....	PAG 29
5.2- Análise do sangramento clinicamente excessivo.....	PAG 33

5.3- Análise do nível de hemoglobina.....	PAG 36
5.4- Análise da endometrite.....	PAG 39
6 - DISCUSSÃO.....	PAG 41
7 - CONCLUSÕES .....	PAG 56
8 - SUGESTÕES.....	PAG 58
9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	PAG 60

*“Existem três formas de felicidade:  
a primeira é uma vida de prazeres e de satisfações;  
a segunda é uma vida de cidadão livre e responsável;  
a terceira é viver a vida como pesquisador e filósofo”.*

ARISTÓTELES (SEC. III a C.)

# **1 -INTRODUÇÃO**

Abordando a gravidez na adolescência, COSTA (1980) assim se expressou: “Existe em nós a inabalável convicção de que o ser humano ao propiciar a vinda ao mundo de novas criaturas à sua semelhança, dinamiza a mais sublime e a mais extraordinária das suas potencialidades. É de crer-se que para albergar mister de tão elevado alcance, estejam o soma e também o espírito já adequadamente amadurecidos para a missão que se anuncia”. Da mesma forma, a mulher que apresenta pequenos intervalos entre o nascimento de um filho e outro, por estar orgânica e psicologicamente mal preparada, é considerada mais predisposta a maiores problemas e complicações do que as que procriam com espaçamento maior (WADE et alli., 1994). Menor o intervalo interpartal, maior o risco de morte materna e outras complicações do ciclo gestacional e do parto, sobretudo em mulheres jovens (GUBHAJU, 1986; MALAVANKAR & GRAY, 1991; ATKIN & ALATORRE-RICO, 1992). A mulher necessita de pelo menos um ano e meio a três anos de intervalo entre os partos para se recuperar totalmente de uma gravidez e se preparar para outra (FORTNEY & HIGGINS, 1984).

Além disso, o espaçamento entre os partos parece ter um impacto muito grande na sobrevivência dos filhos (HATCHER et alli., 1979). É de há muito reconhecido, pelo menos nos países em desenvolvimento, que pequenos intervalos interpartais têm efeitos negativos no bem estar da criança nascida antes da nova gravidez (FORTNEY & HIGGINS, 1984) e na sobrevivência da criança a nascer, principalmente em populações com altas taxas de mortalidade infantil (ANDERSON et alli., 1984), independente do fator social (PARK, 1986). Em algumas culturas este conhecimento está tão enraizado na população, que é incorporado à linguagem; “kwashiorkor”, em um dos dialetos de Ghana, significa “uma doença que está ocorrendo com uma jovem criança deslocada do seio materno por um novo bebê”. Em muitas

áreas da África, o bebê que desloca o mais velho é chamado de “ladrão” (FORTNEY & HIGGINS, 1984). Em Zimbabwe diz-se que os filhos que nascem muito perto uns dos outros, se “queimam” mutuamente (HATCHER et alli., 1979).

Os achados da maioria dos estudos sugerem que o intervalo interpartal curto está relacionado com o aumento da mortalidade neonatal e infantil (MORLEY & WOODLAND, 1979; ANDERSON et alli., 1984; SMITH, 1985; GUBHAJU, 1986; ARAÚJO et alli., 1987; WANG & FRAZER, 1994).

Não se entende completamente porque o intervalo interpartal curto aumenta o risco materno e da criança, porém os especialistas sugerem algumas explicações. Em primeiro lugar estaria o esgotamento físico materno. Uma vez que a saúde e o estado nutricional de uma mulher grávida afetam o conceito, o meio ambiente dele, começa antes do nascimento. Uma mulher pode encontrar-se fisicamente esgotada por uma gravidez recente e, se engravidar novamente de forma imediata, evoluir para abortamento espontâneo, morte fetal, ou parir feto de baixo peso ao nascer com probabilidades menores de sobreviver (HATCHER et alli. 1979). A criança nascida com menos de dois anos de diferença do seu irmão mais novo tem o dobro de probabilidade de morrer que aqueles que nasceram em um intervalo maior (HATCHER et alli. 1979). Este risco pode persistir até a idade de quatro anos, pois os irmãos muito próximos competem entre si pelo alimento e por outras necessidades do lar. O desmame de uma criança pode acontecer caso a mãe engravide, privando-a de alimento, e de imunidade, se menor de seis meses de idade. Se dentro dos 20 presumíveis anos de fertilidade o intervalo entre os nascimentos forem de dezessete meses, a prole deverá ser de aproximadamente quatorze filhos e a mãe deverá estar ocupada cuidando de três ou quatro crianças, menores que cinco anos ao mesmo tempo. Quando o intervalo é ampliado para trinta e quatro meses, este número é reduzido para sete filhos, ou seja, a mãe terá uma ou duas crianças com menos de cinco anos de idade (MORLEY & WOODLAND, 1979). Se o

espaçamento pode diminuir a mortalidade em 20%, pode-se salvar por ano 150.000 crianças como no caso de Bangladesh (HATCHER et alli. 1979). Além disso deve ser considerado o estado emocional de uma mulher que está exausta e que sabe que não pode cuidar de seus filhos como realmente desejaria (HAMMOND & COLLINS, 1987).

O relatório preliminar da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (BEMFAM, 1996), revela que a probabilidade de morte para o sétimo filho (mortalidade infantil de 86 por 1000) é 2,3 vezes maior quando comparado ao primogênito (mortalidade infantil de 37 por 1000). Para os nascidos com intervalo inferior a dois anos a probabilidade de morrer durante a infância é duas vezes maior do que para aqueles nascidos com intervalo entre nascimentos superior a quatro anos (BEMFAM, 1996).

Por conta dos efeitos negativos do espaçamento interpartal curto, muitas culturas estabeleceram práticas que servem para retardar uma nova gravidez, pelo menos até que o último bebê seja desmamado (FOURTNEY & HIGGINS, 1984). BRAGA (1991) afirma que a anticoncepção é uma das estratégias para reduzir a mortalidade materna; sendo de alto valor para aquelas pacientes que tiveram gestações de alto risco e para as que tiveram gravidezes mal planejadas. O espaçamento entre os partos de pelo menos dois anos e a anticoncepção em menores de dezoito e maiores de trinta e cinco anos poderiam reduzir a mortalidade materna em até 25% (BRAGA, 1991).

A amamentação prolongada é uma das formas de se retardar a gravidez e é largamente aceito que traz numerosos benefícios tanto para a mãe como para o recém-nascido (WHO, 1983; FORTNEY & HIGGINS, 1984; MAJINGE & LEMA, 1993; SAARIKOSKI, 1993). Para a mãe, é um método natural, conveniente e uma opção que oferece proteção contra gravidez (WINIKOFF et alli.). Para a criança, a amamentação prolongada é um dos mais importantes fatores que melhoram a chance de sobrevivência, crescimento e desenvolvimento. Em muitos países em desenvolvimento, a amamentação tem um papel muito importante no

espaçamento entre os nascimentos (HATCHER, 1979). Para MORLEY & WOODLAND (1979), a redução nos índices de nascimento é essencial para redução das taxas de desnutrição. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o risco de gravidez é muito pequeno em mulheres que amamentam exclusivamente. Em 1988 na Conferência de Consenso Infertilidade e Lactação de Bellagio concluiu-se que mulheres amenorreicas que amamentam exclusiva ou quase exclusivamente estavam protegidas em mais de 98% contra gravidez nos 6 primeiros meses (GRAY et alli., 1990). No entanto, em cada mulher de *per si*, não se pode prever quando será o retorno da fertilidade (HATCHER et alli., 1979).

Embora alguns autores tenham demonstrado que mesmo depois de dezoito meses não mais que 5 a 10% das mulheres tinham chance de conceber antes do reinício da menstruação (WHO, 1983), um estudo de GRAY apud HATCHER et alli. (1979) mostrou que quase 60% das mulheres americanas e quase 40% das filipinas ovularam antes da primeira menstruação, e que quase a metade das mulheres norte-americanas e quase um terço das filipinas ovularam aos seis meses pós-parto. PECKHAM apud MORENO et alli. (1984) revela que 39% das lactantes menstruam aos dois meses e 70% aos seis meses. Com revisão da literatura, EDELMAN et alli. (1981) mostraram que 45% das mulheres lactantes menstruavam na 12ª semana de pós-parto, que 25% das mulheres ovulavam na 12ª semana e 3 a 10% das puérperas lactantes engravidavam antes do retorno da menstruação. Por esta razão eles sugerem que a lactação está longe de ser um perfeito contraceptivo, mesmo em mulheres amenorreicas.

Embora a lactação possa diminuir os nascimentos de uma sociedade em geral, não proporciona individualmente uma garantia de proteção contra a concepção. As mudanças nas práticas sociais fazem da lactação um método anticonceptivo pouco confiável para a mulher individualmente (WANG & FRASER, 1994). Por exemplo, a tendência a usar mais a mamadeira e a complementação precoce, reflete tradições que diminuem a eficácia anticonceptiva da amamentação para as mães lactantes (HATCHER et alli., 1979). KNODEL

apud VANLANDINGHAN et alli. (1991) calculou um aumento na fertilidade de 14 a 64%, caso houvesse uma mudança completa de amamentação prolongada para alimentação artificial. Durante os anos de 1994 e 1995, em São Paulo, MONTEIRO et alli.. (apud WANG & FRASER, 1994 ), observaram que 93% das pacientes iniciaram a lactação, porém aos seis meses só um terço continuava a amamentar, e aos doze meses, apenas um quinto. A pesquisa nacional da BEMFAM (1996) mostrou que abaixo de três meses só 40,3% das crianças são amamentadas exclusivamente e de quatro a seis meses de idade essa taxa cai para 12.8%. Na Maternidade da Encruzilhada, uma pesquisa feita entre mães adolescentes em 1991, mostrou que aos três meses pós-parto, as que continuavam a amamentar limitavam-se a 51% (COSTA & WELKOVIC, 1991).

Assim, como a duração do período de infertilidade do método lactação-amenorréia não é predizível, tem-se recomendado a associação de outro método contraceptivo não mais que seis semanas pós-parto tanto para as mulheres lactantes, como para as não lactantes, ponderando-se os seus efeitos na lactação, na saúde da criança e seus efeitos na saúde da mãe, embora alguns autores acreditem que o uso de qualquer anticoncepcivo diminua o aleitamento (WINIKOFF & MENSCH, 1984). MILLMAN, 1985 apud WINIKOFF & MENSCH (1991) e GOMEZ DE LEON & POTTER (1989), relatam que mulheres que usavam métodos não-hormonais (que não interferem com a lactação) amamentavam menos que as não-usuárias . SMITH (1985) afirma que períodos de amamentação muito curtos encurtam os intervalos interpartais devido ao período desprotegido entre a transição da amamentação não exclusiva e o início do uso de anticoncepcionais.

Os anticoncepcionais hormonais, como a pílula combinada (estrógeno e progestogênio), inibem moderadamente a lactação mas não alteram significativamente a produção de proteínas, gordura e lactose do leite. Os esteróides podem ser detectados no leite, embora em concentrações muito pequenas. As pílulas compostas apenas de progestogênio não

reduzem o volume nem modificam a concentração do leite, nem alteram a duração da amamentação, mas não são de primeira escolha na lactação, pois além de pequenas concentrações de esteróides serem encontradas no leite, não há nenhuma informação de efeitos a longo prazo sobre a criança. Os progestágenos puros injetáveis podem ser utilizados no pós-parto, porém alteram a composição do leite e pequenas quantidades de esteróides são encontradas no mesmo. Desta forma também não são utilizados como anticoncepcionais de primeira escolha durante a lactação (WINIKOFF et alli.).

Os métodos não hormonais parecem não interferir com a lactação. Dentre eles destacam-se o condom, porém sua baixa eficácia, a recusa de uso por alguns homens e a irritação que o látex pode causar tanto no homem como na mulher, fazem com que não haja uma boa acolhida pelos usuários. Usado associado a espermicidas (nonoxinol-9) parece melhorar a eficácia (WINIKOFF et alli.). A taxa de continuidade também é muito pequena (WINIKOFF et alli.).

O diafragma só pode ser utilizado após quatro semanas de puerpério por não se adaptar corretamente ao aparelho genital da mulher, devido às alterações determinadas pela gravidez e parto neste local, impedindo sua correta medição (WINIKOFF et alli.).

Os métodos comportamentais (tabela, Billings, temperatura e sinto-térmico) não têm indicação no puerpério, pois seus indicadores usuais (temperatura basal, consistência do muco cervical, periodicidade dos ciclos) geralmente não são aplicáveis no período pós-parto.

O dispositivo intra-uterino(DIU) parece ser um dos melhores métodos contraceptivos de utilização no puerpério (BLUM & KAPLAN, 1992; DIAZ & CROXATTO, 1993) e juntamente com a laqueadura tubária são os únicos que podem ser utilizados imediatamente após a retirada da placenta (FAÚNDES, 1990), fornecendo assim uma proteção contra gravidez não desejada já ao sair da maternidade ( MORAN et alli., 1992).

Na China, desde 1956 o DIU é colocado no pós-parto e com pacientes cuidadosamente selecionadas, o método foi clinicamente seguro e efetivo (WEN et alli., 1983). Em Pernambuco, data de 1966 o primeiro, e provavelmente único, estudo sobre a inserção de DIU (anel de Zipper) nos primeiros dez dias depois do parto por CONSTANTINO JR. O mesmo autor observou que as pacientes portadoras de DIU PÓS-PLACENTÁRIO, quando comparadas com um grupo controle, tiveram menos dor e menos sangramento. A incidência de infecção nos primeiros dias de pós-parto, foi semelhante à do grupo controle. Além disso concluiu que era um método eficaz, de fácil técnica, pouco oneroso e sobretudo prático. Colocado até dez minutos após a retirada da placenta foi denominado DIU PÓS-PLACENTÁRIO em 1967 por NEWTON.

Nos últimos dez anos, foram publicados muitos trabalhos esclarecedores favorecendo o uso do DIU, de acordo com extensa revisão feita por CHI (1993), a qual mostra que o DIU é muito eficaz, durável, pode ser usado com segurança por mulheres lactantes, têm baixas taxas de remoção devidas a sangramento e/ou dor, e a inserção imediata após a retirada da placenta reduz o risco de expulsão, que está freqüentemente relacionada com a inserção no pós-parto.

Além do mais, há outras vantagens da inserção do DIU após o parto: diminui o desconforto da paciente (porquanto o colo uterino está bastante aberto), possibilita a iniciação precoce de contracepção e supre falhas na orientação anticoncepcional já que a facilidade de contato com o pessoal médico poderá não existir mais tarde, especialmente em países em desenvolvimento (BRENNER, 1983; FARR & RIVERA, 1992). O DIU, de acordo com SAARIKOSKI (1993) tem a vantagem de dar uma proteção eficaz sem interferir com a lactação. WADE et alli. (1994) relatam que o incremento na amamentação favoreceu um acréscimo na escolha do DIU como método contraceptivo no puerpério.

A inserção do DIU no pós-parto pode ser a única oportunidade de oferecer proteção contraceptiva à mulher, opção que também se constitui num direito que ela tem (MOLINA, 1990) , especialmente para aquelas menos favorecidas financeiramente (NEWTON et alli., 1967; KLEINMANN, 1978; LARA-RICALDE & AZNAR-RAMOS, 1992; MORAN et alli., 1992). Em 1968, ZATUCHNI relatou que a tentativa de se fornecer métodos contraceptivos no puerpério já não era uma técnica nova, mas que a abordagem para as mulheres menos favorecidas sócio-economicamente estava subavaliada. É uma técnica segura e conveniente para o planejamento familiar e é também conveniente para as mulheres, pois é comum haver dificuldade após o parto para se deixar os filhos em casa para procurar o Serviço Médico. As pacientes perdem muitas vezes uma manhã ou uma tarde para obter (ou não) uma consulta no posto de saúde. Há também dificuldades financeiras, chegando ao ponto de muitas vezes não existir dinheiro para condução ao posto de saúde mais próximo. Por isso a chance de se proteger de uma gravidez mal planejada pode ser oferecida o mais imediatamente possível às pacientes. Como não é garantido na sua totalidade que uma paciente que está usando apenas o Método de Lactação-amenorréia não irá engravidar (HATCHER et alli. 1979), a dupla proteção do Método de Lactação-amenorréia com o DIU PÓS-PLACENTÁRIO poderia afastar mais ainda as possibilidades de uma gravidez não desejada naquelas mães que pudessem efetivamente amamentar, e protegeria aquelas que, por um motivo qualquer, deixassem de fazê-lo, cobrindo a época de transição entre o término da amamentação e o início de outro tipo de alimentação para a criança (CANAHUATI, 1994).

Não há, entretanto, uma opinião unânime sobre a oferta de métodos contraceptivos com a paciente ainda no hospital entre os diversos estudiosos da contracepção (COEYETAUX, 1989; FAÚNDES, 1990; NOVY, 1991; GUILLEBAUD, 1993). Segundo FAÚNDES(1990), esta orientação deveria ser dada no pré-natal. Além disso, defende uma visita depois de 40 ou 60 dias de pós-parto, quando poderiam ser oferecidos às pacientes

outros serviços, como por exemplo exames preventivos de câncer cérvico-uterino. Por fim, conclui que a iniciação precoce da anticoncepção no pós-parto se faz às expensas de qualidade e deve ser ponderado sobre suas vantagens eventuais .

O potencial de baixas taxas de dor no momento da inserção do DIU, pode ser considerado atualmente uma vantagem para o uso do DIU PÓS-PLACENTÁRIO (FARR & RIVERA, 1992). O mascaramento dos efeitos colaterais do DIU, pela presença dos lóquios e das cólicas é mais um benefício que facilita a inserção do DIU no pós-parto (KAMAL et alli., 1980). Além destas vantagens somam-se altas taxas de continuidade de uso do método (CHI, 1989). MOLINA-SOSA et alli. (1991) concluíram que a aplicação do DIU PÓS-PLACENTÁRIO foi adequada e não houve complicações. Os efeitos colaterais (principalmente as cólicas) foram mais freqüentes durante o primeiro mês de inserção, sendo muito escassas a partir do terceiro mês.

As razões para retirada do DIU, geralmente são por dor, hemorragia e infecção, sendo a hemorragia a causa mais comum (PEDRON NUEVO et alli. 1982; SILVA et alli. 1987). MISHHELL (1979) mostrou que existiu um aumento de sangramento em mulheres que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, porém não houve alteração na concentração de hemoglobina e ferro sérico entre 6 e 12 meses após a colocação do dispositivo. Raramente o uso do DIU causa anemia (MISHHELL, 1979). PEDRON NUEVO et alli. (1982) verificaram que os modelos de DIU que causavam mais queixas de sangramento eram as alças de Lippes e o TCu380, também sem alterar os níveis de hemoglobina. "O aumento do sangramento depende da idade da paciente, número de gestações, tipo de DIU e tempo de uso do método" (ALVAREZ PRATO et alli. 1986).

A inserção do DIU no pós-parto imediato não está necessariamente associada ao aumento no risco de trauma uterino ou infecção (HAGBARD et alli., 1978). Nos estudos de PEREZ-MARRERO (1988), houve uma incidência de sangramento de 13,6% sem nenhum

caso de infecção ou de perfuração. Diversos outros trabalhos mostram a eficácia e as taxas de expulsão do DIU inserido no pós-parto (NEWTON & HARPER, 1967; HALBERT et alli., 1971; HAGBARD, 1978; LAUFE et. al., 1979; AZNAR RAMOS et alli., 1980; WHO, 1980; SIVIN & TATUM, 1981; MISHELL & ROY, 1982; BRENNER, 1983; THIERY et alli. 1983a; THIERY et alli., 1983b; WEN, 1983; STUMPF & LENKER, 1984; VEGA, 1984; WINIKOFF et alli. 1984; BELTRÁN et alli., 1985; CHI et alli. 1985; CASTELAZO-GÜEMES, PEREZ-MARRERO, 1988; CARDENAS et alli., 1989; CHI & FARR, 1989a; KIILHOLMA et alli., 1990; ZHOU & CHI, 1991; CODES, 1991; FARR & RIVERA, 1992; XU et alli., 1992; O'HANLEY & HUEBER, 1992; CHI, 1993; COSTA et alli., 1993; VAN KETS et alli., 1993; CANAHUATI, 1994; GUZMÁN et alli. 1995), enquanto muitos mostram a incidência de complicações infecciosas (CONSTANTINO JR., 1966; MARTINEZ et alli., 1967; ZATUCHNI, 1968; FLEITAS et alli., 1972; ROSENFELD & CASTADOT, 1974; MORLEY & WOODLAND, 1979; CASTELAZO GÜEMES, 1982; POPULATIONS REPORTS, 1982; THIERY et alli., 1982; THIERY et alli., 1983a; THIERY et alli., 1983b; WEN et alli. 1983; TRUSSEL & PEBLEY, 1984; VEGA, 1984; KISNISI & CHAMPION, 1985; MALYSHEVA & BASHMAKOVA; 1986; PEREZ-MARRERO, 1988; MOLINA-SOSA et alli., 1991; LARA-RICALDE & AZNAR-RAMOS, 1992; O'HANLEY, 1992; CHI, 1993; CANAHUATI, 1994; WANG & FRASER, 1994; GUZMÁN et alli., 1995) e hemorrágicas (SWARTZ et alli, 1966; MARTINEZ et. alli., 1967; NEWTON et alli., 1967; HALBERT et alli., 1971; FLEITAS et alli., 1972; REYNOSO et alli., 1982; BELTRÁN & WASZAK, 1985) em pacientes usuárias deste método. Estes trabalhos apenas analisam estas complicações clinicamente e não quantificam as repercussões hematológicas e/ou infecciosas do DIU inserido após a retirada da placenta.

De uma maneira geral, as complicações do DIU inserido no pós-parto parecem ser mínimas, porém estudos de maior escala são necessários para melhor avaliar o método.

Assim, esta pesquisa foi idealizada com o intuito de fornecer aos profissionais de saúde dados elucidativos e mensuráveis que permitam avaliar as complicações hemorrágicas e infecciosas do DIU PÓS-PLACENTÁRIO, a fim de que possa ser considerado como mais uma opção dentre os métodos contraceptivos no puerpério. Desta forma, as pacientes desejosas de espaçar as gravidezes poderão aumentar o intervalo interpartal com mais segurança, sem interferir com a lactação. Além disso, reforça a importância do tema, o fato de que o DIU PÓS-PLACENTÁRIO é particularmente recomendável naquelas pacientes com poucas condições de realizar amamentação exclusiva e também para aquelas que não têm possibilidade de se deslocar com facilidade aos postos de saúde no período pós-parto, para receber as informações em relação à prática contraceptiva. A avaliação do DIU PÓS-PLACENTÁRIO faz-se necessária para saber se a inserção do mesmo não provoca aumento no sangramento próprio do puerpério, ou desencadeia infecção. Na nossa pesquisa não encontramos referências na literatura que quantificassem através da dosagem da hemoglobina as alterações no sangramento puerperal, e é pequeno o número de estudos concernentes às infecções que a inserção do DIU possa desencadear. Daí a importância de avaliar essas alterações através de parâmetros objetivos, acrescentando à clínica, o leucograma e a dosagem de hemoglobina.

*“Chi va piano, va sano.*

*Chi va sano, va lontano”*

(Quem vai devagar, vai com segurança.

Quem vai com segurança vai longe)

PROVÉRBIOS ITALIANOS

## **2 - OBJETIVOS**

## **2.1 - OBJETIVO GERAL**

- Comparar a incidência de complicações hemorrágicas e infecciosas no puerpério em pacientes com DIU PÓS-PLACENTÁRIO com um grupo de pacientes que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO.

## **2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

2.2.1 Comparar a incidência de sangramento clinicamente excessivo no grupo que aceitou o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, com o grupo de puérperas nas mesmas condições, mas que não aceitaram o mesmo.

2.2.2 Comparar o grau de sangramento no grupo que aceitou o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, com o grupo de puérperas nas mesmas condições, mas que não aceitaram o mesmo.

2.2.3 Comparar a incidência de endometrite no grupo que aceitou o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, com o grupo de puérperas nas mesmas condições, mas que não aceitaram o mesmo.

*“Dubitando ad veritatem pervenimus”*

(Duvidando, chegamos à verdade)

(CÍCERO - De officiis - Sec I a C)

## **3 - HIPÓTESES**

### **3.0 - HIPÓTESES**

1. A inserção do DIU PÓS-PLACENTÁRIO não aumenta a incidência nem a intensidade do sangramento no pós-parto.

2. A inserção do DIU PÓS-PLACENTÁRIO não aumenta a incidência de endometrite.

*“ Falar claro é um ato de cortesia... E, mais que  
isso, a clareza é um atributo moral”*

João Bosco Lodi - *Viver e Trabalhar* (1985)

## **4 - METODOLOGIA**

#### **4.1- DESENHO DO ESTUDO**

O estudo foi do tipo prospectivo, analítico, *quasi* experimental (KLEINBAUM, 1992), comparando um grupo de mulheres que aceitaram a inserção do DIU logo após a dequitação, com um grupo semelhante de pacientes que não aceitaram o DIU e que serviu de controle.

#### **4.2 - CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS SUJEITOS.**

As pacientes foram selecionadas dentre moradoras do grande Recife, usuárias do serviço público, que tiveram seus partos vaginais de termo na Maternidade da Encruzilhada, no período de 30 de março de 1994 a 15 de dezembro de 1995. As pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, não possuíam as contra-indicações para o uso do mesmo, relacionadas nos critérios de exclusão para o estudo, e concordaram com a sua colocação logo após a dequitação. Da mesma forma, as que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO também deveriam estar isentas de qualquer item relacionado nos critérios de exclusão, e deveriam aceitar participar do estudo. As pacientes foram selecionadas durante o internamento hospitalar e na sala de partos.

### **4.3 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

As pacientes deveriam:

- Morar no grande Recife e ter endereço fixo.
- Estar conscientes e lúcidas, a fim de compreender as implicações do termo de consentimento.

### **4.4 - CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

As pacientes não deveriam ter:

- Dilatação do colo maior que 6 cm., na admissão.
- Amniorrexe maior que 12 h.
- Patologias que promovessem hemorragias (DPP, PP, retenção placentária, discrasias, etc. ).
- História de febre precedente ao internamento ou clínica sugestiva de infecção.
- Impossibilidade referida de retorno ao Serviço.
- Trabalho de parto com mais de 12 horas de duração.
- Deixado de realizar consultas de pré-natal, incluindo o exame preventivo de câncer de colo uterino.
- Antecedência de doença inflamatória pélvica.
- Antecedência de gravidez ectópica.

Os dois últimos critérios não foram considerados para aquelas pacientes que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO.

#### **4.5 - CÁLCULO DA AMOSTRA**

Utilizamos a equação de MAKUCH & SIMON (1978) *apud* POCOCK (1987) para o cálculo da amostra, com os seguintes parâmetros:

- Erro alfa de 10%
- Erro beta de 50%
- *Power* de 50%
- $f(\alpha, \beta) = 2.7$
- $d = 2.5$

O resultado mostrou uma necessidade de aproximadamente 156 pacientes para cada grupo.

#### **4.6 - PROCEDIMENTOS**

As parturientes, ao chegarem à Maternidade eram informadas individualmente por um doutorando interno, médico-residente treinado ou médico pesquisador colaborador, da possibilidade de poderem ter um DIU inserido imediatamente após o parto. No mesmo momento eram-lhes explicadas as vantagens e desvantagens do método, e lhes era perguntado se desejavam ou não recebê-lo. Caso a resposta fosse positiva, o DIU era inserido após a retirada da placenta e elas entrariam no estudo como pacientes que fariam parte do grupo COM DIU PÓS-PLACENTÁRIO. Caso contrário, solicitava-se sua colaboração em participar da pesquisa. Estas entrariam no estudo como pacientes do grupo SEM DIU PÓS-PLACENTÁRIO. Aquelas que recusassem ambas as proposições entrariam no esquema de rotina do serviço, sendo orientadas pelos clínicos responsáveis pela enfermagem a procurar o ambulatório de Planejamento Familiar. Às pacientes dos grupos COM DIU PÓS-

PLACENTÁRIO e SEM DIU PÓS-PLACENTÁRIO era esclarecida a necessidade de retorno com aproximadamente dez dias.

Para as que aceitaram participar da pesquisa, era lido o termo de consentimento (APÊNDICE) e em seguida, solicitada sua assinatura ou impressão digital.

Imediatamente antes da retirada da placenta era colhida pelo doutorando, médico-residente ou médico pesquisador colaborador, amostra de sangue de aproximadamente 5 ml., de vaso periférico do braço com antisepsia prévia através do sistema MICROTAINER<sup>®</sup>, com agulha MONOJECT<sup>®</sup> 21 X 1”, sendo então enviada a amostra para o laboratório do próprio hospital, onde era feito um estiramento do sangue numa lâmina, que em seguida era submetida à coloração de GIEMSA. A análise hematológica era realizada por leitura direta do estiramento, com subsequente arquivamento das lâminas. A medida da hemoglobina foi realizada através de fotocolorímetro.

As pacientes que desejaram o DIU, tiveram-nos inseridos pelo próprio pesquisador, por um médico pesquisador colaborador ou por médicos-residentes (estes devidamente treinados pelo pesquisador).

Os DIUs utilizados foram do tipo TCU 380A, inseridos através da TÉCNICA MANUAL (sem uso de pinças) e sem anestesia (exceto nos casos de episiotomia), de maneira suave e cuidadosa a fim de evitar perfuração ou causar maior desconforto à paciente. A técnica de inserção reza que, após a retirada da placenta, na paciente ainda em posição ginecológica, coberta com campos estéreis, o obstetra (utilizando indumentária apropriada para o ato tocúrgico) faça a limpeza da vulva e vagina com soro fisiológico e antisséptico a base de polivinilpirrolidona. A seguir, que troque de luvas e segure o DIU com os dedos indicador e médio (desprezando o aplicador). Que introduza em seguida o DIU na cavidade uterina enquanto a outra mão segure o útero, tanto para sustentá-lo, como para perceber quando o DIU chega ao fundo do mesmo. Em lá chegando, retire a mão cuidadosamente para

não tracionar a cauda do DIU e para não deslocá-lo da posição em que finalmente se situou. Habitualmente a cauda fica completamente dentro da cavidade uterina e não aparece através do colo uterino, mas se ficar algo longa poderá ser seccionada até 2 ou 3 cm. do mesmo (STUMPF & LENKER, 1984).

#### **4.7- ACOMPANHAMENTO DOS SUJEITOS**

As pacientes de ambos os GRUPOS, foram acompanhadas na enfermaria de PUERPÉRIO pelo médico pesquisador colaborador ou pelo médico-residente treinado, os quais realizavam o exame clínico e preenchiam uma ficha onde estavam relacionados os dados concernentes a endometrite e sangramento (APÊNDICE), desde o primeiro dia de puerpério até o momento da alta, cerca de 24 horas após o parto. Estas fichas eram recolhidas e arquivadas para uso quando do retorno das pacientes. Estes profissionais foram devidamente orientados pelo pesquisador que também acompanhou as pacientes na ausência dos mesmos. As pacientes também foram submetidas à avaliação pelo pessoal de enfermagem que preenchiam o prontuário da paciente de acordo com a rotina do serviço. O seguimento ambulatorial (com local exclusivo), teve retorno programado para dez dias, com tolerância de 3 dias de atraso ou antecipação (correspondentes a um fim de semana). Nesta ocasião foram avaliadas clinicamente pelo pesquisador, que preencheu a ficha da paciente onde constavam as observações feitas pela enfermeira, sendo também colhida uma amostra de sangue para realização de um hemograma completo pelo mesmo laboratório, que usou a mesma técnica da primeira colheita. As pacientes foram orientadas a retornar exclusivamente ao Serviço na presença de qualquer anormalidade no seu estado de saúde (febre referida e/ou temperatura  $\geq 37.8^\circ$ , corrimento genital com mau cheiro ou aspecto purulento, dor abdominal, sangramento excessivo, ou presença de coágulos), pois seu atendimento era garantido.

#### **4.8- CRITÉRIOS DE ENCERRAMENTO PARA AS PACIENTES QUE ACEITARAM O DIU PÓS-PLACENTÁRIO (TIETZE & LEWIT, 1983)**

Presença de:

- Cólicas uterinas intensas.
- Pedido de retirada do DIU pela paciente.
- Expulsão do DIU.
- Hemoglobina menor que 8 g% na primeira colheita.
- Ausência de retorno ao Serviço no tempo estipulado.

#### **4.9 - CRITÉRIOS DE ENCERRAMENTO PARA AS PACIENTES QUE NÃO ACEITARAM O DIU PÓS-PLACENTÁRIO**

- Ausência de retorno ao Serviço no tempo estipulado.

#### **4.10 - VARIÁVEIS E CONCEITOS OPERACIONAIS**

##### **4.10.1 - VARIÁVEL INDEPENDENTE**

###### **4.10.1.1 - DIU PÓS-PLACENTÁRIO:**

DIU inserido na cavidade uterina até dez minutos após a retirada da placenta.

##### **4.10.2 - VARIÁVEIS DEPENDENTES**

###### **4.10.2.1 - ENDOMETRITE:**

A endometrite foi definida pela:

- presença de febre referida e/ou temperatura  $\geq 38^{\circ}$  C por dois dias consecutivos excluindo as primeiras 24 horas, nos dez primeiros dias do pós-parto, com lóquios fétidos, purulentos ou não, associados ou não à presença de:

- dor à palpação uterina e/ou
- subinvolução uterina e/ou
- presença de desvio à esquerda (presença de células jovens em percentual anormal, tomando por base uma relação bastões/segmentados de 1:16 ).

#### **4.10.2.2- SANGRAMENTO CLINICAMENTE EXCESSIVO**

O sangramento clinicamente excessivo foi definido de acordo com um ou mais dos seguintes critérios:

4.10.2.2.A- SANGRAMENTO REFERIDO PELA PACIENTE - Sangramento referido pela paciente, comparando os lóquios do(s) parto(s) anterior(es) com o atual e informando se estes excedem em quantidade os anteriores, desde que naqueles não tenha havido hemorragias. Se for o primeiro parto, ela compara os seus lóquios com os lóquios das outras pacientes da enfermaria, e/ou

4.10.2.2.B - SANGRAMENTO REFERIDO PELA ENFERMAGEM - Descrição de sangramento aumentado segundo os critérios subjetivos utilizados na prática diária do pessoal de enfermagem e referidos na ficha da paciente, e/ou

4.10.2.2.C - PRESENÇA DE COÁGULOS - Referência de eliminação de coágulos pela paciente (citados como “pedaços”), pelo pessoal de enfermagem, ou pelo médico pesquisador colaborador.

#### **4.10.2.3 - NÍVEL DE HEMOGLOBINA.**

#### **4.11- COLETA DE DADOS**

Durante a permanência da paciente em trabalho de parto, na enfermaria de puerpério e no retorno do fim do puerpério, os seus dados foram colhidos em formulário próprio (APÊNDICE).

#### **4.12 - ANÁLISE**

Foram revisados os protocolos das pacientes, organizados em pasta A-Z por ordem de inserção do DIU e das que não aceitaram o DIU, por ordem de aceitação em participar do estudo.

A digitação e limpeza de dados foi realizada em computador 486 DX4 100, pelo próprio pesquisador, sendo o banco de dados o FOXBASE 2.0, e a análise pelo EpiInfo e SPSS.

Foi analisada a proporção dos casos e controles que apresentavam cada uma das variáveis utilizadas como indicadores de sangramento e de endometrite. Foi feita também análise comparativa do grau de sangramento entre os dois grupos.

As diferenças na incidência de endometrite e sangramento clinicamente excessivo entre os dois grupos foi analisada através de métodos estatísticos apropriados, ou seja:

1. Para comparação de frequência utilizou-se:

- Teste do Qui Quadrado ( $X^2$ ) de PEARSON com correção de YATES quando indicada, e teste exato de FISHER.

2. Risco relativo - para expressar a força da associação entre a exposição ao DIU PÓS-PLACENTÁRIO e o risco de ter sangramento e/ou endometrite, em relação às pacientes que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO.

3. As médias foram comparadas usando-se os testes de:

- *t de Student* - Para a comparação de duas médias entre os grupos.
- *t pareado* - Para análise da variação dos níveis de hemoglobina no mesmo indivíduo em duas ocasiões distintas.

Considerou-se a diferença estatisticamente significativa quando o valor de  $p$  foi  $<0.05$  para todos os testes.

#### **4.13 - ASPECTOS ÉTICOS**

A participação no estudo foi voluntária tanto para as pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, como para aquelas que não o aceitaram. O DIU só foi inserido após esclarecimento verbal das suas vantagens e desvantagens e da autorização escrita, assinada pela paciente. As pacientes que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO também assinaram uma autorização para participar do estudo. Respeitamos a vontade daquelas que se recusaram a participar da pesquisa. Por motivos éticos não se procedeu a randomização das pacientes, tendo-se optado por um estudo do tipo *quasi* experimental.

Baseamo-nos no Código Brasileiro de Ética Médica (1988), na Declaração de Helsinque (1986), e no Guia da Organização Mundial de Saúde para Boa Prática Clínica (1993) para nortear a elaboração da pesquisa.

*“Advances in sciences comes by laying brick upon brick, not by sudden erection of fairy palaces”.*

(“Os avanços na ciência surgem pelo assentar de tijolo sobre tijolo e não pela construção súbita de palácios suntuosos”)

J.S.Huxley(1887/1975)

## **5 - RESULTADOS**

## **5.1- CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS EM ESTUDO**

De 350 pacientes selecionadas para participar do estudo, 302 foram estudadas; sendo 145 que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO e 157 que aceitaram fazer parte do grupo SEM DIU PÓS-PLACENTÁRIO. Esta distribuição está exposta na Tabela 1. As outras 48 pacientes não retornaram para a reavaliação, sendo 14 pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (9,6%), e 34 pacientes sem DIU PÓS-PLACENTÁRIO (21,6%), o que revelou uma diferença estatisticamente significativa ( $X^2 = 5.2$   $GL=1$   $p=0.02$ ).

**TABELA 1** - Distribuição das pacientes de acordo com a aceitação do DIU PÓS-PLACENTÁRIO.

DIU PÓS-PLACENTÁRIO	<i>n</i>	%
Sim	145	48.0
Não	157	52.0
Total	302	100.0

A maioria das gestantes encontrava-se na faixa etária de 20 a 29 anos, tanto no GRUPO das pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO como no grupo de pacientes sem DIU PÓS-PLACENTÁRIO. Não se observou diferença estatisticamente significativa quanto à distribuição de pacientes de acordo com a faixa etária em ambos os grupos, como pode ser visto na TABELA 2.

**TABELA 2 - Distribuição das pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO(COM DIU) e de pacientes que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO(SEM DIU) , de acordo com a faixa etária.**

Idade	Com DIU		Sem DIU	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
≤19	42	29.0	53	33.8
20-29	73	50.3	77	49.0
≥30	30	20.7	27	17.2
Total	145	100.0	157	100.0

$X^2=1.06$   $GL=2$   $p=0.58$

A paridade das pacientes está representada na TABELA 3. Observa-se que no grupo de pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO houve diferença estatisticamente significativa entre as pacientes que pariram mais de um filho em relação às que tiveram um único parto.

**TABELA 3** - Distribuição das pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO(COM DIU) e das pacientes que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO(SEM DIU) , de acordo com a paridade.

Paridade	Com DIU		Sem DIU	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Primíparas	40	27.6	64	40.8
Não-primíparas	105	72.4	93	59.2
Total	145	100.0	157	100.0

$X^2=5.8$   $GL=1$   $p=0.02$

A TABELA 4 mostra a distribuição das pacientes que aceitaram e das que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, de acordo com os valores da hemoglobina colhida antes da retirada da placenta (Hb 1). Não houve diferença estatisticamente significativa.

**TABELA 4 - Média dos valores das hemoglobinas colhidas antes da retirada da placenta (Hb1) das pacientes que aceitaram (COM DIU) e das que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (SEM DIU) .**

Hb1	Com DIU	Sem DIU
<i>Média</i>	11.82	11.83
<i>Desvio padrão</i>	1.56	1.32

$t=0.039$   $GL=301$   $p=0.83$

A tabela 5 mostra a distribuição das pacientes que aceitaram e que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO de acordo com a presença de desvio à esquerda antes da retirada da placenta. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

**TABELA 5 - Distribuição das pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (COM DIU) e que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (SEM DIU), de acordo com a presença de desvio à esquerda antes da retirada da placenta (DESVIO 1).**

Desvio 1	Com DIU		Sem DIU	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	58	40.6	61	39.4
Não	87	59.4	96	60.6
Total	145	100.0	157	100.0

$X^2 = 0.00$   $GL=1$   $p= 0.97$

## 5.2 - ANÁLISE DO SANGRAMENTO CLINICAMENTE EXCESSIVO

A avaliação clínica do sangramento foi realizada através da observação da eliminação de coágulos pela paciente, pelo pessoal da enfermagem ou pelo médico pesquisador colaborador, pela presença de sangramento referido pelas próprias pacientes e pela presença de sangramento descrito pela enfermagem. A distribuição das pacientes está apresentada na TABELA 6.

**TABELA 6 - Distribuição das pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (COM DIU) e que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (SEM DIU), de acordo com a presença de coágulos (AVALIAÇÃO 1), com a presença de sangramento referido pela paciente (AVALIAÇÃO 2) e com a presença de sangramento referido pela enfermagem (AVALIAÇÃO 3) nas primeiras 24 horas de puerpério.**

Avaliação do sangramento	Com DIU		Sem DIU	
	n/total	%	n/total	%
Avaliação 1*	11/145	7.6	28/157	17.8
Avaliação 2 #	7/145	4.8	10/157	6.4
Avaliação 3 @	2/145	1.4	7/157	4.5

\*  $X^2 = 4.69$  GL= 1  $p=0.03$

#  $X^2 = 0.32$  GL= 1  $p=0.57$

@ Fisher=0.17 GL= 1  $p=0.23$

Os parâmetros clínicos que analisaram a incidência de sangramento clinicamente excessivo, mostraram uma diferença estatisticamente significativa com relação à presença de coágulos (AVALIAÇÃO 1) nas paciente que não aceitaram o DIU, enquanto que os demais parâmetros não tiveram diferença estatisticamente significativa (TABELA 6). A análise da associação entre a paridade e a frequência de eliminação de coágulos, em pacientes que aceitaram e que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, não mostrou diferença estatisticamente significativa (TABELA 7).

**TABELA 7 - Distribuição das pacientes que aceitaram e que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, de acordo com a paridade e com a presença de coágulos no puerpério.**

Coágulos	Primíparas (n=104)		Não primíparas (n=198)		Total (n=302)	
	n	%	n	%	n	%
Sim	10	25.6	29	74.4	39	100.0
Não	94	35.7	179	68.2	263	100.0

$$X^2=0.82 \quad GL=1 \quad p=0.36$$

A tabela 8 mostra a distribuição de pacientes que apresentaram pelo menos um dos critérios clínicos para avaliar a presença de sangramento clinicamente excessivo, em pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO e em pacientes sem o DIU PÓS-PLACENTÁRIO. A incidência de sangramento clinicamente excessivo foi significativamente maior nas pacientes que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO.

**TABELA 8 - Distribuição das pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (COM DIU) e de pacientes que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (SEM DIU) que apresentaram sangramento clinicamente excessivo, de acordo com a presença de pelo menos um dos critérios de avaliação clínica (presença de coágulos, sangramento referido pela paciente, sangramento observado pela enfermagem).**

Sangramento clinicamente excessivo	Com DIU		Sem DIU		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	Sim	19	13.1	45	28.7	64
Não	126	86.9	112	71.3	238	78.8
Total	145	100.0	157	100.0	302	100.0

$X^2=10.01$   $GL=1$   $p=0.001$   $RR=0.56$  (IC de 95%; $0.38 < RR < 0.83$ )

### **5.3 - ANÁLISE DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA**

A tabela 9 mostra a distribuição da média dos valores da hemoglobina colhida no fim do puerpério imediato (Hb2), em pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (COM DIU), e das que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (SEM DIU). A análise estatística entre os dois grupos não mostrou diferença estatisticamente significativa.

**TABELA 9 - Média dos valores das hemoglobinas colhidas no fim do puerpério imediato (Hb2) das pacientes que aceitaram (COM DIU) e que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (SEM DIU).**

Hb2	Com DIU	Sem DIU
	<i>n</i> =143*	<i>n</i> =155*
<i>Média</i>	11.95	11.88
<i>Desvio padrão</i>	1.49	1.82

*t*= 1.04 *GL*=297 *p*=0.29

*\*Não foram computados os dados referentes a quatro pacientes (duas COM DIU e duas SEM DIU) que tiveram sangramento ou endometrite mas que deixaram de retornar ao serviço no prazo estipulado.*

A TABELA 10 mostra a média dos valores das hemoglobinas colhidas antes da retirada da placenta e no fim do puerpério imediato em pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO. Não houve diferença estatisticamente significante.

**TABELA 10** Média dos valores das hemoglobinas colhidas antes da retirada da placenta (Hb1) e no fim do puerpério imediato (Hb2), nas pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (COM DIU).

	Com DIU (n=143*)	
	Hb1	Hb2
<i>Média</i>	11.83	11.88
<i>Desvio padrão</i>	1.32	1.82

$t= 0.44$   $GL= 142$   $p=0.66$

\* Não foram computados os dados referentes a duas pacientes que tiveram endometrite, mas que deixaram de retornar ao Serviço no prazo estipulado.

A TABELA 11 mostra a média dos valores das hemoglobinas colhidas antes da retirada da placenta e no fim do puerpério imediato, nas pacientes que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO. Não houve diferença estatisticamente significante.

**TABELA 11 - Média dos valores das hemoglobinas colhidas antes da retirada da placenta (Hb1) e no fim do puerpério imediato (Hb2), nas pacientes que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO(SEM DIU).**

	Sem DIU (n=155*)	
	Hb1	Hb2
<i>Média</i>	11.82	11.87
<i>Desvio padrão</i>	1.58	1.51

*t= 1.44 GL= 154 p=0.29*

*\* Não foram computados os dados referentes a uma paciente que teve infecção de episiotomia, e à outra paciente que teve hemorragia puerperal, que deixaram de retornar ao Serviço no prazo estipulado.*

## 5.4 - ANÁLISE DA ENDOMETRITE

A TABELA 12 mostra a distribuição das pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (COM DIU) e das que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (SEM DIU), de acordo com a presença de desvio à esquerda no fim do puerpério imediato.

**TABELA 12-** Distribuição das pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (COM DIU) e que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (SEM DIU), de acordo com a presença de desvio à esquerda no fim do puerpério imediato (DESVIO 2).

Desvio 2 (n=298)*	Com DIU		Sem DIU	
	n	%	n	%
Sim	22	15.4	25	16.1
Não	121	84.6	130	83.9
Total	143	100.0	155	100.0

$$X^2 = 0.00 \quad GL = 1 \quad p = 0.98$$

\* Não foram computados os dados referentes a quatro pacientes (duas COM DIU e duas SEM DIU) que tiveram sangramento ou endometrite, mas que deixaram de retornar ao Serviço no prazo estipulado

A comparação entre os dois grupos, com relação à presença de desvio à esquerda no fim do puerpério imediato, não teve diferença estatisticamente significativa.

Não foi feita leucometria em quatro pacientes. Duas, do grupo das que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (COM DIU) que tiveram hipótese de endometrite pelos plantonistas, e o DIU foi retirado sem que o diagnóstico fosse firmado; uma, do grupo

das que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (SEM DIU) que teve infecção de episiotomia e uma, do grupo das que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (SEM DIU) que apresentou hemorragia no pós-parto, e que não voltaram para a revisão.

A TABELA 13 mostra a distribuição de pacientes portadoras de DIU PÓS-PLACENTÁRIO e sem DIU PÓS-PLACENTÁRIO, de acordo com a presença de endometrite diagnosticada clinicamente até o fim do puerpério imediato.

**TABELA 13- Distribuição das pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO e das pacientes que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, de acordo com endometrite diagnosticada clinicamente até o fim do puerpério imediato.**

Endometrite (n=302)	Com DIU		Sem DIU	
	n	%	n	%
Sim	5	3.4	7	4.5
Não	140	96.6	150	95.5
Total	145	100.0	157	100.0

$X^2=0.72$   $GL=1$   $p=0.39$   $RR= 0.46$  (IC de 95%;  $0.12 < RR < 1.75$ )

A comparação entre os dois grupos com relação à presença de endometrite, diagnosticada clinicamente não teve diferença estatisticamente significativa.

*“As aparências para a mente são de quatro tipos:*

*As coisas ou são o que parecem ser;*

*ou não são, e nem parecem ser;*

*ou são, e não parecem ser;*

*ou não são, mesmo assim parecem ser.*

Identificar corretamente todos estes casos

é a tarefa do homem sábio”.

EPICTETUS (Sec. II d.C.)

## **6 - DISCUSSÃO**

A despeito da atual política de saúde priorizar a orientação das parturientes com relação ao aleitamento materno (sabidamente um método contraceptivo pleno de benefícios para o lactente e para as nutrizes), muitas mulheres continuam engravidando precocemente durante o puerpério. Isto se deve geralmente às falhas no uso da amamentação como anticoncepção (HATCHER et. al., 1979; EDELMAN et. al., 1981; COSTA & WELKOVIC, 1991; WANG & FRASER, 1992). Apesar das orientações recebidas, muitas mães não fazem aleitamento exclusivo por motivos volitivos ou de pura sobrevivência. É fato notório que a participação da mulher no mercado de trabalho tem aumentado significativamente, a ponto de, na região metropolitana do Recife, 29% das famílias terem a mulher como pessoa de referência (IBGE, 1995). Assim, elas necessitam voltar ao trabalho o quanto antes, independente da lei trabalhista que preza pela “licença-maternidade”, nem sempre cumprida. Uma vez que a mãe retorna ao trabalho, priva o recém nascido do aleitamento correto, com irregularidade dos prazos entre as mamadas, favorecendo a introdução precoce de aleitamento artificial e conseqüentemente o retorno da ovulação. Um estudo de BHROLCHÁIN (1985) mostra que as mulheres inativas têm o intervalo interpartal maior que as mulheres ativas.

Os métodos anticoncepcionais vêm progredindo nas últimas três décadas tanto em novos produtos, quanto na maneira de se utilizá-los. Este progredir se faz não só no sentido de reduzir seus efeitos colaterais, mas também de diminuir o seu custo, de favorecer possibilidades de reversão da fertilidade (os dados estimados pela BEMFAM [1996], são de que 42.3% das mulheres nordestinas são esterilizadas cirurgicamente) e sobretudo de simplificar o seu uso. E assim, cada vez mais, tenta-se fornecer um maior conforto às pacientes, como também promover a todas elas um acesso facilitado para uma proteção a

mais segura possível de gravidezes não planejadas. GUZMAN (apud ZANCONATO et alli.), diz que “na ausência do desejo de ficar grávida, o abandono de um método devido a seus efeitos secundários, seu custo e à insatisfação pessoal, claramente ilustra desvantagem, e não está fora de razão atribuir qualquer gravidez resultante ao fracasso do método”.

Uma vez que a gravidez permite que haja mais amíúde contato com profissionais de saúde, tanto no pré-natal como durante o parto, uma alternativa para incrementar a orientação anticoncepcional é aproveitar esta oportunidade e oferecer métodos utilizáveis com segurança, para que elas já saiam protegidas da Maternidade, sem os inconvenientes e as dificuldades de marcar consultas no pós-parto, impossível às vezes para muitas.

“O DIU parece ser um método interessante para ser oferecido nestas ocasiões” (OCAMPO, 1991), pois a facilidade de introdução, a eficácia teórico-prática, a não interferência com a lactação e a sua reversibilidade, já estão evidenciadas na literatura (OCAMPO, 1991; ZHOU & CHI, 1991; DIAZ & CROXATTO, 1993; BOULTON & LETSKY, 1995). De acordo com MIRANDA et alli. (1996), a aceitação do DIU no pós-parto é maior que nos intervalos interpartais.

FAÚNDES (1990) , em trabalho apresentado na Conferência Internacional sobre a Anticoncepção no Pós-parto em 1990, afirmou que o período que compreende o trabalho de parto é totalmente inadequado para dar informação às mulheres, exceto aquela que está relacionada com o processo de nascimento.

Outros pesquisadores ponderam que estas pacientes, com o intuito de fazer o controle periódico do DIU, a fim de evitar suas complicações (CUADRA & FIRMANI, 1984), mais adiante terão acesso a atenções adicionais que só irão melhorar a sua saúde, como por exemplo, a prevenção de câncer de colo uterino (CODES, 1991; ROJNIK et alli., 1995).

Em vista do grande número de estudos que discutem exaustivamente as vantagens e desvantagens de se oferecer o DIU às pacientes ainda no hospital, a nossa preocupação

residiu em contribuir na verificação do aumento ou não do sangramento no pós-parto, em pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, e se este favorece a instalação de endometrite, pois a literatura é limitada em relação ao assunto.

O aspecto ético da aceitação ou não do DIU PÓS-PLACENTÁRIO influenciou no desenho do nosso estudo, dificultando que ele fosse randomizado, pois o DIU só foi colocado naquelas pacientes que autorizaram por escrito a sua inserção após serem informadas de suas vantagens e desvantagens. As pacientes que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, também autorizaram por escrito sua entrada no estudo e tiveram garantida orientação sobre anticoncepção no decorrer da pesquisa.

Optamos por um estudo do tipo *quasi-experimental*, de acordo com a nomenclatura de KLEINBAUM (1992), que é um tipo de estudo utilizado quando a randomização é dificultada.

A abordagem da paciente pelo pessoal médico, no tocante às vantagens e desvantagens do DIU, foi uniformizada de acordo com as informações fornecidas pelo corpo docente da Cadeira de Tocoginecologia aos alunos do curso regular, doutorandos e médicos-residentes.

Observamos que as pacientes que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, tiveram um menor retorno ao serviço (21.6% que não aceitaram o DIU contra 9.6% das que aceitaram o DIU), apesar de equalizados todos os esforços no sentido de enfatizar a importância da volta para ambos os grupos. Acreditamos que isto se deveu ao fato de que as pacientes com o DIU assumiram maior responsabilidade de retornar, pelo receio natural de, portando um objeto estranho no útero, requererem maior controle médico. Com a perda dos sujeitos de ambos os grupos, infelizmente não temos condições de afirmar que as que não voltaram não tiveram complicações nem assegurar que isso não tenha interferido nos resultados. ESHEVERRY et alli. (apud ROSENFELD et alli., 1974), revelam na sua

casuística que 95% das pacientes que aceitaram o DIU na maternidade, receberam-no. Os 5% restantes não o receberam por motivos de ordem médica, mas foram orientadas a retornar com 6 semanas. Só 55% o fizeram. PEREZ-MARRERO em 1988, relata ausência de retorno em pacientes COM DIU PÓS-PLACENTÁRIO apenas em 9.92%.

Na nossa opinião, o menor retorno das pacientes SEM DIU no prazo estipulado de dez dias, pode refletir uma ausência de retorno em outra época do puerpério (devido aos afazeres do cotidiano, outras crianças para cuidar, falta de quem cuide do recém-nascido na ausência da mãe, etc.), ficando estas pacientes expostas a uma nova gravidez, especialmente em puerpério remoto, quando a amamentação diminui os seus níveis de eficácia anticonceptiva.

Verificamos uma homogeneidade dos dois grupos com relação à IDADE, e durante a análise dos resultados, separamos em dois grupos as pacientes de acordo com a PARIDADE: PRIMÍPARAS e NÃO-PRIMÍPARAS. Sabe-se que as mulheres que parem mais de uma vez têm uma frequência maior de sangramentos (ex.: hipotonia uterina, acretismos, etc.) e de outras ocorrências peculiares à multiparidade (GRELLE, 1960b), o que diferencia as primíparas como um grupo ímpar. No item PARIDADE houve um predomínio das pacientes não-primíparas com relação à aceitação do DIU, sendo a diferença estatisticamente significativa. Provavelmente isto tenha se devido à conscientização de uma necessidade maior de contracepção naquelas mães de mais de um filho, a despeito da observação de BHATIA et alli., que observaram maior frequência de uso do DIU em mulheres jovens e de baixa paridade.

Possivelmente a PARIDADE poderia servir de fator de confusão para a associação do uso do DIU com sangramento, pois no grupo das que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, houve maior número de pacientes não primíparas (que têm maior chance de ter atonias, acretismos, etc.) e portanto, teriam maiores chances de sangramento clinicamente

excessivo do que as que pariram pela primeira vez. No entanto, no nosso estudo não se verificou uma associação entre PARIDADE e sangramento clinicamente excessivo (TABELA 7). Além do mais o sangramento clinicamente excessivo foi mais freqüente entre as que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, grupo onde havia uma proporção maior de primíparas. Poderia ser que a maior freqüência de sangramento clinicamente excessivo no grupo das pacientes que não aceitaram o DIU, estivesse relacionada ao maior número de pacientes não primíparas, porém, a TABELA 7 mostra que não existe associação entre paridade e o efeito (coágulos), logo, não é fator de confusão para a associação entre DIU e presença de coágulos.

O limite mínimo da hemoglobina para a inserção do DIU PÓS-PLACENTÁRIO foi de 8 g%, já que, estando estudando sangramentos excessivos que porventura o DIU pudesse provocar, estas pacientes não deveriam ter sua hemoglobina aquém disto e desta forma tornarem-se hemodinamicamente comprometidas. Apesar de a gestante poder suportar sangramentos vultosos no pós-parto, provavelmente por conta do aumento de volume plasmático e eritrocitário próprio da gravidez, as complicações da anemia indiretamente são responsáveis por 20 a 40% das mortes maternas ocorridas em hospitais (DEVI, 1966; apud PETRAGLIA et alli. 1994). Ainda, segundo PETRAGLIA et alli. (1994), em pesquisa nacional, 21 a 80% das gestantes são anêmicas. De acordo com DONALD (apud BOULTON & LETSKY, 1995) a anemia durante o trabalho de parto pode agravar a perda sangüínea no pós-parto, por conta dos efeitos de neurotransmissão, relacionados com deficiência de ferro, que resultam em uma maior incidência de hipotonias uterinas.

As complicações relativas ao uso do DIU podem ser imediatas, ou sejam: perfuração cervical (AMENGUAL, 1986; DIAZ RODRIGUES et alli., 1987) , perfuração uterina (MEEKER & GRAY, 1975; MISHALL & ROY, 1982), lacerações de colo (CHI et

alli., 1989c ), reflexo vagal (MATA PALOMINO et alli., 1982), etc. e tardias. Nestas, sobressaem-se as hemorragias e as infecções, que nos motivaram a realizar este estudo.

O DIU inserido após a dequitação, por ser um corpo estranho dentro da cavidade uterina, poderia motivar um aumento no sangramento puerperal. Entretanto, apesar de ser a causa mais freqüente de retirada de DIUs de intervalo (MACKAY et alli., 1985), a literatura cita a hemorragia como complicação pouco freqüente do DIU PÓS-PLACENTÁRIO (NEWTON et alli., 1967; MATA PALOMINO et alli., 1982; CHI et alli., 1989b; PALOMO et alli., 1990; LARA-RICALDE & AZNAR-RAMOS, 1992; CHI, 1993). WEN et alli. em 1983 relatam que apenas 1% das pacientes tiveram seus DIUs PÓS-PLACENTÁRIOS retirados antes do primeiro mês por conta de hemorragia. Em nossa casuística, a incidência de sangramento clinicamente excessivo avaliado pela presença de coágulos, sangramento referido pela paciente, anotado pela enfermagem ou pelo médico pesquisador colaborador, quando comparados os grupos, foi significativamente maior nas pacientes que não aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (TABELA 6). A avaliação da presença de coágulos isoladamente e a presença de sangramento clinicamente excessivo, avaliado pela presença de pelo menos um dos critérios, foram significativamente menos freqüente nas pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (7.6% e 13.1%), quando comparadas com aquelas que não aceitaram o mesmo (17.8% e 28.7%). Isto sugere que o DIU provavelmente serviu de estímulo à musculatura uterina para se contrair, o que também já foi objeto de citação por outros autores (CHI, et alli., 1989b; YOUNIS et alli., 1989). Acreditamos ainda que a retirada de coágulos que estavam dentro da cavidade uterina no momento da inserção, provavelmente contribuiu para a diminuição da eliminação de mais coágulos no puerpério. SCHAUPP et alli. em 1967, mostram dados com diferenças estatisticamente significantes relacionados a hemorragias puerperais e anemia, entre pacientes que se submetiam rotineiramente à

exploração manual intra-uterina e pacientes que não se submetiam a esta exploração, tendo as primeiras um número bem menor de complicações hemorrágicas.

Nesta etapa do estudo, ou seja, durante a avaliação clínica das pacientes, sem dúvida nenhuma tínhamos que contar com a possibilidade de viés de informação das pacientes, em relação à intensidade do sangramento, já que pelas razões éticas já citadas, elas sabendo serem portadoras do DIU, poderiam se auto-sugestionar e julgar o sangramento excessivo, sem que na realidade ele fosse. Os vieses nas informações do observador também poderiam ocorrer pela diversificação do pessoal médico englobado na pesquisa. Tentamos minimizar esta possibilidade, treinando-os tanto para a técnica de inserção do DIU, como para a avaliação clínica das pacientes no primeiro dia e fim do puerpério imediato. Além disso, tentamos a padronização, ou seja, a definição das variáveis operacionais, de acordo com as condições normais de andamento do Serviço. Ao pessoal de enfermagem do puerpério não era fornecida a informação de quem era portadora de DIU ou não, apenas que as pacientes faziam parte da pesquisa. Desta forma, a possibilidade dos vieses de informação da enfermagem, em relação ao sangramento, tornar-se-ia menor.

De qualquer modo, a incidência de sangramento clinicamente excessivo nos nossos resultados se enquadram nos da literatura (TABELA 14), porém estes trabalhos se referem apenas às taxas de retirada do DIU por sangramentos diagnosticados clinicamente, e não são estudos comparativos como o nosso. Por outro lado, ROSENFELD et alli. (1974), num trabalho de revisão de literatura, chamam a atenção para a variação das taxas de retirada do DIU de um autor para outro (presença de sangramento em 2 a 24%, com taxa de retirada de 0.5 a 8%), justamente pela dificuldade em se distinguir os sangramentos excessivos dos sangramentos normais do puerpério. A maioria dos trabalhos citam taxas obtidas em seguimentos prolongados de até seis meses, tendo os sangramentos excessivos ocorrido

tardiamente (LAUFE et alli., 1979; KAMAL et alli., 1980; VEGA, 1984; CANAHUATI, 1994).

**TABELA 14 - Taxas de retirada de DIU PÓS-PLACENTÁRIO por sangramento, na literatura .**

Autores	%
VEGA et alli.	19.7
AZNAR-RAMOS et alli., 1980	2.5
MENDOZA-DIAZ et alli, 1987.	0.6
GÚZMAN ET ALLI., 1995	13.7 A 15.6
ROSENFELD et alli.1974	2 a 24%
KAMAL et alli.,1980	1
LAUFE et alli., 1979	1.7

Apesar dos cuidados já citados na padronização das variáveis, a avaliação clínica do sangramento puerperal em portadoras de DIU PÓS-PLACENTÁRIO ainda pode ser difícil e potencialmente falho, por conta da loquiação (ZATUCHNI, 1968) e principalmente pelo caráter pessoal e subjetivo da avaliação clínica, tanto por parte dos médicos e enfermeiras, como pelas próprias pacientes. Este aspecto pode fazer com que haja sub ou superestimação dos achados. Por isso acreditamos que a dosagem da hemoglobina poderia ser um parâmetro mais consistente para que pudéssemos avaliar com mais rigor a presença de perdas sangüíneas.

PRITCHARD et alli. (1962), afirmam que, na grávida, existe uma rápida hemodiluição com uma concomitante queda no hematócrito em resposta ao sangramento do parto, seguida de uma restauração do volume sangüíneo próxima do completo até o final da

primeira semana, pela eliminação do líquido retido durante a gestação. Por isso a maioria do sangue acrescentado durante a gravidez pode ser perdido durante o parto e no puerpério precoce, ficando o volume sanguíneo estável e o hematócrito pouco alterado. Alterações nestes parâmetros só acontecerão em casos de perdas maiores que 20 a 25% do volume pré-parto.

Em nosso estudo podemos observar que não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias das hemoglobinas colhidas antes da retirada da placenta em ambos os grupos (TABELA 4), o que reflete a homogeneidade dos grupos estudados, em relação ao nível basal da hemoglobina.

Quando comparamos a média dos níveis da hemoglobina colhida no fim do puerpério imediato nas pacientes COM e SEM o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (TABELA 9), com os níveis basais (TABELA 4), estes também haviam sido semelhantes, sem diferença estatisticamente significativa. Isto significa que os grupos não sangraram de maneira diferente, porque começaram e terminaram o estudo com níveis de hemoglobina semelhantes. Entretanto, não quantifica as perdas individuais. Por isso utilizamos o teste do *t* pareado para verificar a variação dos níveis de hemoglobina na mesma paciente nas duas ocasiões distintas (antes da retirada da placenta e no fim do puerpério imediato), que não mostrou diferença estatisticamente significativa.

Esta ausência de diferença se deu provavelmente porque as pacientes de ambos os grupos tiveram um comportamento obstétrico puerperal semelhante, com relação ao sangramento, ou seja, parece não ter havido sangramento puerperal excessivo de tal monta que alterasse os níveis de hemoglobina de um dos dois grupos. De acordo com PRITCHARD et alli. (1962), e HYTTEN (1985), uma puérpera precisa sangrar mais de 1000 ml. no parto e puerpério para que haja alterações a níveis de hematócrito. Na nossa pesquisa, uma das pacientes portadora de DIU apresentou um sangramento considerado importante pelo médico

plantonista, e o DIU foi retirado. Infelizmente esta paciente não retornou para a avaliação no fim do puerpério imediato.

As avaliações das variações de valores eritrocitários realizados por PETRAGLIA et alli. (1994) em gestantes que não fizeram uso de DIU PÓS-PLACENTÁRIO, foram semelhantes aos nossos valores em pacientes portadoras do DIU PÓS-PLACENTÁRIO (TABELA 15).

**TABELA 15- Comparação dos valores da hemoglobina de puérperas em g% obtidos por PETRAGLIA et al. e nossos dados referentes às pacientes que aceitaram o DIU PÓS-PLACENTÁRIO (COM DIU).**

Referências	M1/M2	DP	LIM INF 1/LIM INF 2	LIM SUP1/LIM SUP2
PETRAGLIA (1994) et alli.	10.7/10.9	1.5/1.6	9.2/9.3	12.0/12.5
Nossos dados	11.82/11.88	1.56/1.82	10.26/10.00	13.64/13.70

*M1= Média das hemoglobinas colhidas no pós-parto imediato*

*M2= Média das hemoglobinas colhidas no fim do puerpério imediato*

*DP = Desvio padrão da média das hemoglobinas*

*LIM INF1= menor valor da hemoglobina no pós-parto imediato*

*LIM INF2= menor valor da hemoglobina no fim do puerpério imediato*

*LIM SUP 1= maior valor da hemoglobina no pós-parto imediato*

*LIM SUP 2= maior valor da hemoglobina no fim do,puerpério imediato*

Assim, pelo fato de não termos detectado sangramento excessivo clinicamente e de não termos observado queda significativa da hemoglobina entre a primeira e a segunda colheita em pacientes portadoras do DIU PÓS-PLACENTÁRIO, acreditamos que o DIU PÓS-PLACENTÁRIO parece não aumentar o sangramento puerperal. A hemoglobina é um parâmetro mensurável e confiável que nos dá um apoio importante para responder ao questionamento se o DIU causa ou não aumento nas perdas sangüíneas puerperais.

A literatura mostra que o DIU PÓS-PLACENTÁRIO não aumenta o risco de sangramento excessivo no pós-parto por métodos de avaliação clínica. Os nossos dados referentes às taxas de hemoglobina, reforçam estes trabalhos anteriores, revelando que esta hipótese parece ser correta. À luz do conhecimento atual, parece não existir estudos na literatura onde as diferenças na variação da hemoglobina sejam abordadas.

Como o estudo trata da inserção manual na cavidade uterina de um corpo estranho (DIU), preocupa também o fato de isto poder ser um motivo para o aparecimento de endometrite (LARA-RICALDE et alli., 1981). Sabe-se entretanto que no método de curagem rotineira no pós-parto proposto por SHAUPP et alli. em 1967 (utilizando a mesma invasão da cavidade uterina da forma que procedemos e instruímos), não há aumento da incidência de infecção puerperal. Os mesmos autores referem que a presença de bolhas de ar na cavidade uterina após o parto observadas através de radiografias, mostram que existe passagem de material vaginal e obviamente de bactérias logo após o delivramento. É claro, que o número de bactérias contaminantes deve aumentar com a manipulação, mas este aumento não parece ser crítico.

De acordo com REZENDE et alli. (1991), infecção puerperal é aquela que se origina no aparelho genital após parto recente. Os mesmos autores acrescentam ainda que, “sendo por vezes impossível caracterizar a infecção que ocorre após o parto, parece melhor conceituar morbidade febril puerperal: temperatura de no mínimo 38° C, durante dois dias consecutivos, nos primeiros dez dias do pós-parto, excluídas as 24 horas iniciais. É tendência atual, conquanto não sejam da genitália, incluir a infecção urinária, a pulmonar e a das mamas na morbidade puerperal”. Acrescentando dados clínicos, GIBBS et alli. (apud REZENDE et alli., 1991) estabelecem o diagnóstico de endometrite em mulheres que tiveram partos vaginais quando a hipertermia for superior a 37.8° C e existir dor à palpação uterina e/ou lóquios fétidos.

Na definição operacional de endometrite, em nosso estudo, havia preocupação de subestimarmos a incidência de endometrite se considerássemos para seu diagnóstico a presença de todos os sinais clássicos, quais sejam: dor à palpação abdominal, subinvolução uterina, lóquios fétidos e purulentos, febre e leucocitose com desvio à esquerda, ou então, de superestimarmos sua incidência se considerássemos só a febre para seu diagnóstico. Assim a definição de endometrite foi baseada nos critérios habituais que são utilizados na prática diária do Serviço, e portanto considerada como: presença de calafrios, febre referida e/ou temperatura  $\geq 38^{\circ}$  C por dois dias consecutivos, excluindo as primeiras 24 horas, nos dez primeiros dias do pós-parto, com lóquios fétidos, purulentos ou não, associados ou não a presença de: dor à palpação uterina e/ou subinvolução uterina e/ou presença de desvio à esquerda (presença de células jovens em percentual anormal, tomando por base uma relação bastões/segmentados de 1:16).

Embora o leucograma seja usado rotineiramente na avaliação da infecção puerperal, os dados laboratoriais isoladamente pouco oferecem, já que a leucocitose é comum após o parto (REZENDE et alli., 1991). Além disso, alguns estudos mostram a presença de leucocitose com desvio à esquerda em parturientes normais, além de acentuada neutrofilia, pois, no parto existe uma hiperatividade seletiva da granulopoiese na medula óssea (GRELLE, 1960a ; ARAÚJO et alli., 1988).

Com a realização do hemograma completo, avaliamos a presença de desvio à esquerda em ambos os grupos na primeira colheita, e não encontramos diferença estatisticamente significativa entre eles (TABELA 5). Entretanto, o número de pacientes de ambos os grupos que no momento do parto tinham desvio à esquerda, no fim do puerpério imediato, foi reduzido pela metade. ARAÚJO et alli. 1988, relatam que no trabalho de parto e parto, existe um aumento significativo de bastões, tanto nos valores relativos como

absolutos, que começam a ser reduzidos a partir do 3º dia e se normalizam no 45º dia. Ainda segundo os mesmos autores, o comportamento é o mesmo entre primíparas e multíparas.

Como a febre é sinal conspícuo, optamos pela febre referida porque a maioria das pacientes que foram selecionadas para o estudo não tinham um termômetro em casa e sequer sabiam lê-lo. A medição no domicílio seria inexecutável devido ao tamanho da amostra.

Como a maioria das infecções puerperais se instalam no quarto ou quinto dia de puerpério, uma visita nesse período seria ideal, porém o fato de as pacientes estarem exauridas pelo parto (na maioria das vezes com episiotomias), de terem de enfrentar longas distâncias de deslocamento (quase sempre de ônibus ou a pé), e de terem de trazer os recém-nascidos e/ou filhos consigo, nos fez optar por uma única visita no fim do puerpério imediato. Entretanto, avisamos às pacientes que diante de qualquer anormalidade que existisse com relação a aumento do sangramento e/ou aparecimento de febre, elas procurassem única e exclusivamente a Maternidade da Encruzilhada, onde teriam seu atendimento garantido.

A nossa incidência de endometrite foi de 3.4% em pacientes portadoras de DIU PÓS-PLACENTÁRIO, e de 4.5% nas pacientes que não aceitaram o DIU, o que não representou uma diferença estatisticamente significativa. Esta incidência de endometrite em portadoras de DIU PÓS-PLACENTÁRIO é compatível com as diversas publicações a este respeito (TABELA 16). Nesta tabela podemos observar uma variação de 0 a 7.6% de incidência de endometrite. BRENNER et alli. (1983), relatam que a única paciente que pediu para que o DIU fosse retirado (cujo motivo do pedido tinha sido dor), foi a única que desenvolveu endometrite. Os demais pesquisadores apenas citam a endometrite como causa de retirada, porém não revelam na metodologia como este diagnóstico foi realizado.

**TABELA 16 - Incidência de endometrite em pacientes usuárias de DIU PÓS-PLACENTÁRIO, de acordo com diversos autores.**

Autores	Incidência de endometrite
	%
AZNAR-RAMOS et alli., 1980.	1.2
REYNOSO et alli., 1982.	0.6 a 2.2
BELTRAN & WASZAK, 1985.	2.2 a 4.1
PEREZ-MARRERO et alli., 1988	0.38 a 3.84
MOLINA-SOSA et alli., 1991.	8
BRENNER et alli., 1983.	1
HALBERT, 1971.	1
ROSENFELD et alli., 1974	1.1 a 7.6
HAGBARD et alli., 1978.	0

Finalmente, acreditamos que nossos resultados mostram que o DIU PÓS-PLACENTÁRIO parece não aumentar o sangramento do puerpério, nem a sua inserção se constitui em causa de endometrite puerperal. Novas pesquisas, entretanto, serão necessárias para que esta avaliação seja efetuada também no puerpério tardio e assim como no restante da vida reprodutiva das pacientes. Outros estudos relativos a avaliações sobre o mal-posicionamento do DIU na cavidade uterina, perfurações do útero, expulsões, etc., comparando o pós-parto com o puerpério tardio, serão necessários para complementar os conhecimentos sobre os possíveis benefícios observados na literatura do DIU colocado após a retirada da placenta. A divulgação do DIU PÓS-PLACENTÁRIO pelas autoridades de

saúde poderá, a longo prazo, aumentar o intervalo interpartal, consequentemente podendo ajudar a reduzir de maneira indireta a mortalidade materna, neonatal e infantil.

*“Car tout ce que je raconte, je l’ai vu: et si j’ai  
pu me tromper en le voyant, bien certainement je ne vous trompe  
point en vous le disant”.*

(Pois tudo isso que eu conto eu vi: e , se eu pude  
enganar-me ao vê-lo, é certo que não vos engano  
absolutamente ao vo-lo transmitir).

STENDHAL (MARIE-HENRY BEYLE) - 1783/1842

## **7 - CONCLUSÕES**

A análise dos resultados da nossa pesquisa sugere que:

- O DIU TCu 380 A, inserido após a dequitação, não aumenta a incidência nem a intensidade do sangramento do puerpério imediato.
- O DIU TCu 380 A, inserido após a dequitação, não aumenta a incidência de endometrite no puerpério imediato.

*“Labor omnia vincit improbus”*

(Um trabalho perseverante vence tudo)

PROVÉRBIO LATINO

## **8 - SUGESTÕES**

## SUGESTÕES:

- Que novos estudos sejam realizados sobre o DIU PÓS-PLACENTÁRIO, a fim de que ele possa se firmar como mais uma opção de contracepção.
- Que os profissionais de saúde tomem conhecimento da possibilidade do uso do DIU PÓS-PLACENTÁRIO, a fim de oferecê-lo especialmente durante o pré-natal (normal ou de alto-risco) àquelas pacientes que desejarem contracepção imediata após o parto.
- Que se armem infra-estruturas de treinamento, divulgação e esclarecimentos sobre a inserção do DIU PÓS-PLACENTÁRIO para os profissionais de saúde.
- Que sejam implementados ambulatórios de revisão de partos, com retorno programado para oito dias, quando as pacientes além do respectivo exame obstétrico terão reforço na técnica de amamentação e na contracepção quando necessária.

*“Feci quod potui, faciant meliora potentes”.*

(Fiz o que pude, façam melhor os que puderem).

PROVÉRBIOS LATINOS

## **9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALVAREZ PRATO, N.P.; CAMPO AYALA, L.M.; GUAQUETA PARADA, J.;  
HERNANDEZ BENAVIDEZ, C.P.; MARTINEZ VIGOYA, C.M.; SIERRA  
MORALES, M.P. - Incidencia de hemorragia en usuarias de dispositivo  
intrauterino, Hospital de San Jose, Centro de Salud n° 6. Bogota Enero de 1981,  
Diciembre de 1986. **Bogota** s/n (21 set. 1987), 105 p.

AMENGUAL, M.: Perforacion cervical con dispositivo intrauterino. **Obstet. Ginecol. Latino  
Am.**, 44(1-2): 73-5, 1986.

ANDERSON, J.E.; MARKS, J.S.; PARK, T.- Breast-feeding, birth interval and infant  
health. **Pediatrics**, (supplement): 695-701, 1984.

ARAÚJO, A.P.B.E.; CHAVES NETTO, H.; AMIN JR., J.; MONTENEGRO, C.A.B. -  
Leucograma no ciclo grávido-puerperal. Valores normais. **J. bras. Ginec.**, 98(5):  
263-271, 1988.

ARAÚJO, F. F.; LIMA, G.R.; VIGORITO, N.M.; LINSEY, P.C.; GUAZELLI, C.A.F.-  
Influência do intervalo intergestacional e da paridade sobre a mortalidade  
infantil. **Rev. Paul. Med.** 105(4): 208-214, 1987.

ATKIN, L.C. & ALLATORRE-RICO, J.- Pregnant Again? Psychosocial predictors of short-  
interval repeat pregnancy among adolescent mothers in Mexico City. **J. Adol. Health**  
13(8): 700-6, 1992.

AZNAR, R.; REYNOSO, L.; MONTEMAYOR, G.; GINER, J.- Post-placental Insertion of IUDs. **Contracept. Deliv. Syst.**, (1): 143-148, 1980.

BARNES, C.- Blood and reticulo-endothelial system *in* Medical Disorders in Obstetric Practice. Blackwell Scientific Publications, 4a.ed, p.177, 1974.

BELTRÁN, S. & WASZAK, C.- Estudio comparativo de dos dispositivos intrauterinos, la espiral delta y la espiral de Lippes D colocados a pacientes postparto. **Rev. Colombiana de Obstet. e Gynecol.**, 36(1): 43-47, 1985.

BHATIA, S.; FARUQUE, S.G.; CHAKRABORTY, J.: Changing profile of IUD users in family planning clinics in rural Bangladesh. **J. biosoc. Sci.**, 3(2): 169-177, 1981.

BHROLCHÁIN, M.N.- Birth interval and women's economic activity. **J. biosoc. Sci.**, 17(1): 31-46, 1985.

BLUM, M. & KAPLAN, B. - Intrauterine device, the best method for spacing birth in breastfeeding mothers. **Rev. Fr. Gynecol. Obstet.** 87(11): 523-5, 1992.

BOULTON, F. E. & LETSKY, E.: Obstetric Haemorrhage: Causes and Management *in* **Clinics in Haematology**, 14(3): 683-727, 1995.

BRAGA, L. F. C. O.- Aborto, anticoncepção e mortalidade materna in FAÚNDES, A. ; CECATTI, J.G.- Morte Materna: uma tragédia evitável. 2a. Edição, Campinas, Editora da Unicamp, 1991. P.149.

BRENNER, P. F.- A Clinical trial of the delta-t IUD: immediate post-partum insertion.

**Contraception** 28(2): 135-147, 1983.

CANAHUATI, J.- Postpartum Counseling for Optimal Breastfeeding and Use of Family

Planning Method *in* Critical Issues in Reproductive Health and Population p.69-77.

The Population Council, 1994.

CARDENAS, C.; HERNANDEZ, D.; MOJARRO, O.; MARTINEZ-MARANTOU, J.- El

DIU aplicado en el posparto:Estrategia de un programa de Planificacion Familiar.

**Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar.** Número Especial de

1989.

CASTELAZO GÜEMES, J.M.; PALOMINO MONCADA, L.F. ; VASQUEZ GUERRERO

A.- DIU tras el alumbramiento. Frecuencias de expulsión y de morbilidad puerperal.

**Rev. Med. IMSS**, 20(6): 691-692, 1982.

CHI, I.C.- What we have learned from recent IUD studies: A researcher's perspective.

**Contraception** 48(2): 81-108, 1993.

CHI, I. & FARR, G.- Postpartum IUD contraception. A Review of an international

experience. **Advances in Contraception**, (5): 127-146, 1989a.

CHI, I.; POTTS, M.; WILKENS, L.R.; CHAMPION, M.S.- Performance of the Copper T

380A IUD ins breastfeeding Women. **Contraception**, 39(6): 603-619, 1989b.

CHI, I.; WILKENS, L. R.; ROBINSON, N.; DOMINIK, R. - Cervical laceration at IUD insertion - Incidence and risk factors. **Contraception**. 39(5): 507-519, 1989c.

CHI, I.; WILKENS, L.; ROGERS, S. - Expulsions in immediate postpartum insertion of Lippes loop D and Copper T IUDs and their Counterpart Delta device - an Epidemiological Analysis. **Contraception**, 32(2): 119-135, 1985.

CODES, J. S. - Inserção do dispositivo intra-uterino no pós-parto imediato. **Femina**, 3: 176-8, 1991.

COEYETAUX, F.- Celebrating Mother and Child on the Fortieth Day: The Sfax, Tunisia Postpartum Program. **Quality**, 1: 1-2, 1989.

CONSTANTINO JR., J.- Introdução do dispositivo intra-uterino (DIU) nos primeiros dez dias de pós-parto. Recife, 1966. (Tese de concurso para professor livre docente de clínica obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco).

COSTA, C. F. F.- Primiparidade precoce na Maternidade da Encruzilhada: Aspectos obstétricos e neonatológicos. Recife, 1980 (Tese para concurso de Professor Titular da Disciplina de Obstetrícia do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco).

COSTA, C.F.F. & WELKOVIC, S.: Razões da contracepção na adolescência. Trabalho apresentado no IV Congresso Brasileiro de Adolescência. Recife (PE), 1991.

COSTA, C. F.F.; WELKOVIC, S.; ÁLVARES, M. M.; MEDEIROS, E. M. S.; TOLEDO, R. C. P.; CORREIA, J. B.- Importância da ultra-sonografia pélvica no controle de portadoras do DIU como método contraceptivo em adolescentes. **ANGO** 17(9): 33-37, 1993.

CUADRA,H. & FIRMANI,L. - Septicemias de origen gineco-obstétrico:aspectos clinicos y terapeuticos. **Rev. Med. Chile**, 112(1): 36-42, 1984.

DÍAZ RODRIGUEZ, E.; LUGONES BOTELL, M.; PACHECO FERRER, O.; VÁSQUEZ SÁNCHEZ, M.; MONZÓN ABALLÍ, H.; DELGADO EXPÓSITO, R. - Perforación y fistula colouterina produzida por un asa de Lippes, presentacion de un caso y revision de la entidad. **Rev. Cubana. Obstet. Ginecol.**, 13(4): 551-8, 1987.

DIAZ, S. & CROXATTO, H.B. - Contraception in lactating women. **Curr. Opin. Obstet. Gynecol.** 5(6): 815-22, 1993.

EDELMAN, D. A.; GOLDSMITH, A.; SHELTON, J. D.- Postpartum contraception. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, 19(4): 305-11, 1981.

FARR,G. & RIVERA,R.: Interactions between intrauterine contraceptive device use and breast-feeding status at time of intrauterine contraceptive device insertion: Analysis

of TCU-380A acceptors in developing countries. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, 167: 144-151, 1992.

FAÚNDES, A.- Quality of care in postpartum contraception. Presented at the international conference on Postpartum Contraception. December 1990.

FLEITAS, F.; MONROY, J.; DEL REAL, E.: Valoración del dispositivo intrauterino tipo Lippes. **Ver. Obst. y Gin. Venezuela** 22(4):663-675, 1972.

FORTNEY, J.A. & HIGGINS, J.E.- The effect of birth interval on perinatal survival and birth weight. **Pub. Hlth. Lond.**, 98(2): 73-83, 1984.

GRAY, R.H.; CAMPBELL, O.M.; APELO, R.; ESLAMI, S.S.; ZACUR, H.; RAMOS, R.M.; GEHRET, J.C.; LABBOK, M.H. - Risk of ovulation during lactation. **Lancet**, 335: 25-9, 1990.

GRELLE, F.C.- Modificações Gerais Impressas ao Organismo pela Gravidez. In \_\_\_\_\_ Manual de Obstetrícia. Livraria Atheneu, 2ª edição, vol.1, p.143, 1960a.

GRELLE, F.C.: Patologia do 3º Período. In \_\_\_\_\_ Manual de Obstetrícia. Livraria Atheneu, 2ª edição, vol 1. Pag. 548, 1960b.

GUBHAJU, B.B.- Effects of birth spacing on infant and child mortality in rural Nepal. **J. biosoc. Sci.** 18(4): 435-447, 1986.

GUILLEBAUD, J.- Postpartum contraception: Unecessary before three weeks. **Brit. Med. J.** 307: 1560-1561, 1993.

GUZMÁN, A.; FIGUEROA, F.; HUBER, D.; FARREL, B.; KALLA, K. - A guide for postpartum and post-abortion IUD services. Pathfinder International, March 1995.

HAGBARD, L.; INGEMANSON, A.; SORBE, B.- Early postpartum insertion of Copper IUD. **Contraception**, 17(4): 355-363, 1978.

HALBERT, D.R.; CHRISTAKOS, A. C.; LANG, V. B.: Insertion of the Lippes Loop in the immediate Postpartum Patient. **South. Med. J.** 64(6): 707-10, 1971.

HAMMOND, M. & COLLINS, R.- Pregnant again? **Nurs. RSA Verpl.**, 2(1): 14-5 e 36, 1987.

HATCHER, R.A.; KOVAL, D.; GUEST, F.; TRUSSEL, J.; STEWART, F.; STEWART, G.K.; BOWEN, S.; CATES, W. - Tecnologia Contraceptiva. Dispositivos intra-uterinos. Inserción del DIU inmediatamente después del parto. Atlanta, Printed Matter p. 7, 206-212 e 374, 1979.

HYTTEN, F.: Blood volume changes in normal pregnancy *in* Clinics in Haematology, p.601-611, october 1985.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Rio de Janeiro, 1995.

KAMAL, I.; EZZAT, R.; ZAKI, S.; SHAABAN, H. ; KESSEL, E.- Immediate Postpartum insertion of a sutured Lippes Loop. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, 18(1): 26-30, 1980.

KIILHOLMA, P.; MAKINEM, J.; MAENPAA, J.- Perforation of the uterus following IUD insertion in the puerperium. **Adv. Contracept.**, 6: 57-61, 1990.

KISNISI, H. & CHAMPION C.B.- A study of delta intrauterine device in Ankara, Turkey. **Int. J. Gynaecol. Obstet.** 23(1): 51-54, 1985.

KLEINBAUM, D.G.; KUPPER, L. L.; MORGENSTERN, H.: Epidemiologic Research - Principles and quantitative methods. 1st. Edition, p.41-50, 1992. Van Nostrand Reinhold Co. New York.

KLEINMAN, R.L. - Dispositivos intra-uterinos *in* Manual de Planificación familiar para Médicos. Hertford, Stephen Austin and Sons Ltd., p.78, 1978.

LARA-RICALDE R. & AZNAR-RAMOS, R.- Aplicacion Posparto Y transcesárea del DIU en Mujeres con Riesgo Obstétrico. **Perinatol. Reprod. Hum.** 6(7): 99-103, 1992.

LARA-RICALDE, R.; LUNA-DEL-VILAR, J.; GALLEGOS-CIGARROA, A.; ALVARADO-DURÁN, A.; AZNAR-RAMOS, R. - Dispositivos intrauterinos e infección endometrial. **Ginec. Obstet. México**, 49(295): 297-309, 1981.

LAUFE, L.E.; WHEELER, R.G.;FRIEL, P.G.- Modification of IUD devices for postpartum insertion. **Lancet**, (April 21st.): 853-4, 1979.

MACKAY, E. V., BEISHER, N. A., COX, L. W. ; WOOD, C.- Tratado de Ginecologia Ilustrado. Editora Interamericana, 1985, p. 195.

MAJINGE, C. R. & LEMA, V.L.- Pregnancy interval: Their determinats and fetal outcome at the KCMC, Moshi, **Tanzania. East African Medical Journal** 70 (9): 544-550, 1993.

MALAVANKAR, D.V. & GRAY, R.H.- Interpregnancy interval and risk of preterm labor.**Am. J. Epidem.**, 133(9): 958-9, 1991.

MALYSHEVA, R.A. & BASHMAKOVA, N.V.- Pregnancy, labor, early puerperium and neonatal condition in cases of 1,5 year spacing between deliveries. **AK ginecol.**, 618(2/3): 43-45, 1986.

MARTINEZ, J.T, FERNÁNDEZ, G. F. & LÓPEZ, A.: Experiencia com el anticonceptivo intrauterino de Lippes D. **Ver. Obst. Gin. Venezuela.** 27 (1): 159-174, 1967.

MATA PALOMINO, C.; MARQUEZ ALBO, R. H.; MONTELLANO CABALLERO, A.: Morbilidad y eventos relacionados con la aplicacion del DIU después del parto. **Rev. Med. IMSS** 20(6): 693-695, 1982.

MEEKER, C.I. & GRAY, M.J.- Birth Control, abortion and sterilization *in*: ROMNEY W. -  
Gynecology and Obstetrics. McGraw-Hill, p. 568, 1975.

MENDOZA DIAZ, D.; RODRIGUEZ DOMINGUEZ, P.; GARCIA SARDINA, A. -  
Dispositivo intrauterino posterior al parto. **Rev. Cub. Obst. Ginec.** 13(3): 325-34,  
1987.

MIRANDA, S.; CASTRO E SILVA, J. G.; SILVA, D.R.: Consulta de Pós-parto - Etapa  
fundamental no ciclo grávido-puerperal. **RBGO** 18(4): 355-8, 1996.

MISHELL JR., D.R.- Dispositivos intra-uterinos . **Cl. Obst. Gynec. Am. Norte**, Abril , p. 29-  
37, 1979.

MISHELL JR., D.R. & ROY,S.- Copper IUD contraceptive device event rates following  
insertion 4 to 8 weeks post partum. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, 143(1): 31-35, 1982.

MOLINA, A . - Family planning in Brazil, an instrument of health or illness? Tese de  
mestrado em Saúde Pública pelo Departamento de Medicina Comunitária da  
Universidade de Leeds, Inglaterra. Agosto, 1990.

MOLINA-SOSA, A.; MORALES GARCIA, V.E.; VILLALOBOS, F.J.- Evaluación de la  
utilidad de la ultrasonografía en la aplicación y control del dispositivo intrauterino.  
**Ginecol. y Obstetricia de México**, 59(1): 19-24, 1991.

MORAN, C.; FUENTES, G.; AMADO, F.; HIGAREDA, H.; BAILON, R.; ZARATE, A. - La practica de anticoncepcion posparto en hospitales del Distrito Federal. **Salud Publica Mex.** 34(1): 18-24, 1992.

MORENO, J. R.; JORGEZ, J.; JORGEZ, A.; VARGAS, M.; MURO, E.; REUMANN, W.- Evaluación histológica del Endometrio durante el Puerperio. **Rev. Obst. Ginec. Venezuela** 44(1): 25-27, 1964.

MORLEY, D. & WOODLAND, M.- See how they Grow. The Macmillan tropical community Health Manual, p.126-137, 1979.

NEWTON, J.; HARPER, M.; CHAN, K.K.- Immediate post-placental insertion of intrauterine contraceptive devices. **Lancet**,(Aug.6th): 272-4, 1967.

NOVY, M.J.- The normal puerperium. In: Obstetrics and Gynecology-Diagnosis & Treatment.. 7 th ed. Connecticut, Appleton & Lange, p 257, 1991.

OCAMPO, H.T.- Manual de anticoncepção. Brasília, Thesaurus, p .47, 1991.

O'HANLEY, K. & HUEBER, H.D.- Postpartum IUDs, Keys for succes. **Contraception**, 45: 351-61, 1992.

PALOMO, I.; GREBE, G.; VALADARES, G.; BUSTOS, P.; FERRADA, M. - Hemoglobina, hierro serico y saturacion de transferrina en usuarias de DIUs e anticonceptivos orales. **Rev. Med. Chile**, 118(5): 506-511, 1990.

PARK, B.N.- The place of child-spacing as a factor in infant mortality: A recursive model.

**Am. J. Public. Health**, 76(8): 995-999, 1986.

PEDRON NUEVO, N.P.; GONZALEZ DIDI, M.; ALVARADO DURAN, A.;

GALLEGOS, A.; AZNAR RAMOS, R.- Modificaciones del flujo menstrual con

DIUs de cobre. **Ginecol. Obstet. México**, 50(303): 165-8, 1982.

PEREZ-MARRERO, E. - Anticoncepcion intra-uterina en puerperio. **Rev. Obst. Ginecol.**

**Venezuela**,48(1): 41-50, 1988.

PETRAGLIA,B.; SILVA, L.G.P.; REZENDE FILHO, J., CHAVES NETTO, H.;

MONTENEGRO, C.A.B. - Avaliação dos valores eritrocitários no ciclo grávido-

puerperal. **J. bras. Ginec.**, 104(5): 139-144, 1994.

POCOCK, S.J.: Clinical Trials - A Practical Approach. Chichester, Edit. John Wiley & Sons,

1990. p. 129.

POPULATIONS REPORTS- IUDs, an appropriate contraceptive for many women. 4(Serie

B)july, 1982.

PRITCHARD, J.A.; BALDWIN, R.M.; DICKEY, J.C.; WIGGINS, K.M. - Blood volume

changes in pregnancy and the puerperium. **Am. J. Obstet. Gynec.**, 84(10): 1271-

1281, 1962.

REYNOSO, L.; AREVALO, N.; LARA, R.; AZNAR, R. - Aplicación postplacenta de cinco tipos diferentes de dispositivos intrauterinos. **Ginecol. y Obstetricia de México**, 50(301): 107-110, 1982.

REZENDE, J. ; MONTENEGRO, C. A. B.; ZUGAIB, M.: Infecção puerperal, hemorragias. Perturbações Urinárias. In: \_\_\_\_\_Obstetrícia. 6ª Edição, Guanabara-Koogan, 1991. p. 859-868.

ROJNIK, B.; KOSMELJ, K.; ANDOLSEK-JERAS, L.: Initiation of Contraception Postpartum. **Contraception**, 51(2): 75-81, 1995.

ROSENFELD, A. G. & CASTADOT, R. G.- Early postpartum and immediate postabortion intrauterine contraceptive device insertion. **Am. J. Obst. Gynec.** 118 (8): 1104-1114, 1974.

SAARIKOSKI, S. - Contraception during lactation. **Ann. Med.**, 25: 181-4, 1993.

SCHAUPP, K.- Routine postpartum manual exploration of the uterus. **Am. J. Obstet. Gynec.**, 98(3): 631-637, 1967.

SILVA, P.A. ; MARTELLY, J.V.; GAUZA, J.E.; BARBOZA, L.C.R.- Avaliação do DIU. Causas de retirada. **J. bras. Ginecol.**, 97: 211-3, 1987.

SIVIN, I. & TATUM, H.J.- Four years of experience with the T Cu 380A intrauterine contraceptive device. **Fertil. Steril.**, 36(2): 159-163, 1981.

SMITH, D.P.-Breastfeeding, contraception and birth intervals in developing countries.**Stu.**

**Famm. Plan.**, 16(3): 154-163, 1985.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM) - Brasil -

Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (Relatório Preliminar). Rio de Janeiro,

Brasil. Setembro, 1996.

STUMPF, P. G. & LENKER, R.M.- Insertion technique, not design, affects expulsion rates of

postpartum intrauterine devices. **Contraception**, 30(4): 327-330, 1984.

SWARTZ, D.P.; BULLARD, T.H. ; FELTON, H.T.: The introduction of contraception in a

urban public hospital. **Am. J. Obstet. Gynec** 97 (2), 189-196, 1966.

THIERY, M.; LAUFE, L.; PAREWIJCK, H.; VAN DER PAS, H.; VAN KETS, H.; DEROM,

R.; DEFOORT, P.- Immediate postplacental IUD insertion: A Randomized of  
sutured (Lippes Loop and TCU220C)and non sutured(TCU220C)models.

**Contraception**, 28(4):299-313, 1983a.

THIERY, M.; VAN KETS, H.; VAN DER PAS, H.- Immediate postplacental IUD insertion:

The expulsion problem. **Contraception**, 29(4): 299-313, 1983b.

THIERY, M.; VAN KETS, H.; VAN DER PAS, H.; VAN OS, W.; DOMBROWICZ, N.- The

ML Cu250 experience in Belgium and The Netherlands. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**

89(supl 4): 51-53, 1982.

- TIETZE, C. & LEWIT, S.- Recommended Procedures for the Statistical Evaluation of Intrauterine Contraception. **Stud. in Fam. Plann.**, 4(2): 35-42, 1973.
- TRUSSEL,T. & PEBLEY, A.R.- The potencial impact of changes in fertility on infant, child, and maternal mortality. **Stud. in Fam. Plann.** 15(6): 267-280, 1984.
- VAN KETS, H., PAREWIJCK, W.; VAN DER PAS, H.; BATAR, I.; CREATSAS, G.; KOUMANTAKIS, K.; THIERY, M.- Immediate postplacental insertion and fixation of the CuFix postpartum implant system. **Contraception**, 48 (4): 349-357, 1993.
- VANLANDINGHAM, M.; TRUSSEL, J.; GRUMMER-STRAWN, L.- Contraceptive and Health Benefits of Brestfeeding: A Review of the Recent Evidence. **Int. Fam. Plan. Perspectives**, 17(4): 131-136, 1991.
- VEGA, J.L.- Insercion manual de un dispositivo intrauterino modificado en el post parto inmediato. **Rv.md.Caja Seguro Social**,16(1): 55-62, 1984.
- WADE, K.B.; SEVILLA, F.; LABBOK, M. H.- Integrating the lactational amenorrhea Method into a Family Planning Program in Ecuador. **Stud Fam Plann** 25(3): 162-175, 1994.
- WANG, I.Y. & FRASER, I.S. - Reproductive function and contraception in the postpartum period. **Obstet. Gynec. Surv.** 49(1): 56-63, 1994.

WEN, Z.S.; LIN, L.; LAUFE, L.E.; DIXON, B. - The introduction of postpartum intrauterine device in the People's Republic of China. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, 21(2): 151-154, 1983.

WINIKOFF, B & MENSCH, B.- Rethinking Postpartum family Planning. **Stud. in Fam. Pl.**, 22(5): 294-306, 1991.

WINIKOFF, B; MENSCH, B.; MAASHAM, D.- Postpartum Care and Family Planning Services *in* Critical Issues in Reproductive Health and Population. The Population Council, p.52-77, dec 1984.

WINIKOFF, B.; SEMERARO, P. ; ZIMMERMAN, M.- Contracepção durante a amamentação. The Population Council/Cemicamp. 31 p. Sem ano.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Comparative Multicentre trial of three IUDs inserted immediately following delivery of the placenta (WHO) **Contraception**, 22(1): 9-18, 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.- Breast feeding and fertility regulation: Current knowledge and programme policy implication. **Bull. WHO**, 61(3): 371-82, 1983.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO Guidelines for Good Clinical Practice (GPC) for Trial on Pharmaceutical Products. Division of Drug Management & Policies. November 1993.

XU, J.X.; CONNELL, C.; CHI, I.C.- Immediate postpartum intrauterine device insertion - a report on the Chinese experience. **Advances in contraception**. 8(4): 281-90, 1992.

YOUNIS, M.N.; HAMED, A. F.; AREF, I.; ELMASRY, G.; SULTAN, M. - The effect of postplacental insertion of the spiked and the standard Lippes loop on uterine involution. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, 28: 263-7, 1989.

ZANCONATO, G.; ZIGHELBOIM, I.; ROS, A.: Anticoncepción - Principios Científicos e Práticos. BEMFAM, Gráfica Europa. 1a. Edição. Sem ano.

ZATUCHNI, G.I.- International postpartum family planning program: Report on an action-research demonstration study. **Am. J. Obst. Gynec.** 100(7): 1028-1041, 1968.

ZHOU, S.W. & CHI, I.C.- Immediate postpartum IUD insertion in a Chinese Hospital - a wo year follow-up. **Int. J. Gynaecol. Obst.**, 35: 157-164, 1991.

# **APÊNDICE**

**SANGRAMENTO E ENDOMETRITE EM PACIENTES PORTADORAS DE DIU  
INSERIDO APÓS A DEQUITAÇÃO, NA MATERNIDADE DA ENCRUZILHADA -  
FESP/UPE - RECIFE (PE).**

FLUXOGRAMA

	Pré-Parto	Antes da Dequitação	Pós-Parto	dez dias
Entrevista				
Hemograma				
Inserção do DIU				

NOME DA PACIENTE \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_  
Nº DE REGISTRO \_\_\_\_\_ PRÉ-NATAL \_\_\_\_\_ PARIDADE \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO \_\_\_\_\_  
O CORREIO CHEGA LÁ? \_\_\_\_\_  
DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. ACEITAÇÃO VOLUNTÁRIA DO DIU? SIM \_\_\_NÃO\_\_\_

Caso não aceite, perguntar se aceita participar do estudo sobre anemia e infecção(controle).

2. MORA NO GRANDE RECIFE ?

SIM \_\_\_NÃO\_\_\_

3. INTEGRIDADE DA BOLSA DAS ÁGUAS ?

SIM \_\_\_NÃO\_\_\_

4. DURAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO MENOR QUE 12 HORAS?

SIM \_\_\_NÃO\_\_\_

5. DESEJO DE COOPERAR COM A PESQUISA DURANTE dez DIAS ?

SIM \_\_\_NÃO\_\_\_

SE TIVER UMA OU MAIS RESPOSTAS NEGATIVAS, NÃO PARTICIPA DA PESQUISA.

### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

As seguintes alternativas devem estar ausentes para entrar no estudo. Se presentes numa das etapas devem ser excluídas, mesmo para controle.

1. Mora fora do grande Recife ( )
2. Não pode cooperar com a pesquisa retornando na data marcada ( )
3. Bolsa rota há mais de 12 horas( )
4. Trabalho de parto com mais de 12 horas( )
5. História de dor pélvica com febre e corrimento genital( )
6. História de gravidez extra-uterina( )
7. Hemoglobina <8 ( )
8. Uso de antitérmicos ou antibióticos sem prescrição médica durante o estudo( )
9. Patologias que promovam hemorragias no pós-parto( )

NO PÓS-PARTO:

1. COLHER AMOSTRA DE SANGUE PARA HEMATÓCRITO E HEMOGLOBINA  
COLAR NA PARTE INDICADA.

-----

-----

**PUERPÉRIO (AVALIAÇÃO FEITA PELO MÉDICO PESQUISADOR COLABORADOR OU MÉDICO-RESIDENTE TREINADO)**

1. A PACIENTE APRESENTA COÁGULOS?

SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

2. A PACIENTE ACHA QUE ESTÁ SANGRANDO MAIS QUE AS OUTRAS NA ENFERMARIA OU MAIS QUE NOS PARTOS ANTERIORES?

SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

3. A ENFERMAGEM NOTOU AUMENTO NO SANGRAMENTO?

SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

4. HÁ ALGUM SINAL DE INFECÇÃO?

SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

CASO POSITIVO, QUAL? \_\_\_\_\_

**A PACIENTE DEVERÁ SER ORIENTADA A RETORNAR EXCLUSIVAMENTE AO SERVIÇO, NO CASO DE QUALQUER ANORMALIDADE NO PUERPÉRIO, DEVENDO MOSTRAR O CARTÃO DE PORTADORA DE DIU PÓS-PARTO QUANDO CHEGAR AO MESMO.**

10º DIA DE PUERPÉRIO:

COLAR O RESULTADO DO HEMATÓCRITO E LEUCOGRAMA NO LOCAL INDICADO.

-----

10º DIA DE PUERPÉRIO:

1. A PACIENTE PRECISOU VOLTAR AO CISAM ANTES DO 10º DIA POR CONTA DE SANGRAMENTO?

SIM\_\_\_NÃO\_\_\_

2. VOLTOU POR CONTA DE INFECÇÃO?

SIM\_\_\_NÃO\_\_\_

3. FICOU INTERNADA?

SIM\_\_\_NÃO\_\_\_

4. HOUVE ALGUM SINAL DE INFECÇÃO COMO: CALAFRIOS, ESQUENTAMENTO DO CORPO, OU MEDIÇÃO DA TEMPERATURA COM TERMÔMETRO?

SIM\_\_\_NÃO\_\_\_

5. CASO POSITIVO, O QUE APARECEU?

---

---

---

6. HÁ ALGUMA ALTERAÇÃO NO EXAME FÍSICO QUE SUGIRA ANEMIA E/OU INFECÇÃO?

SIM\_\_\_NÃO\_\_\_

CASO POSITIVO, O QUE FOI ENCONTRADO?

---

---

---

## MOTIVO DO ENCERRAMENTO

EXPULSÃO ( )

RETIRADA A PEDIDO ( )

NÃO ENCERROU ( )

Hb INICIAL MENOR QUE 8 g% ( )

DOR ( )

NÃO VOLTOU ( )

## TERMO DE CONSENTIMENTO (CASOS)

Ao ser internada na Maternidade da Encruzilhada, fui convidada a participar de uma pesquisa que tem por objetivo fornecer a quem deseje, o DIU, colocado imediatamente após a retirada da placenta. Com a minha permissão responderei a um questionário e a seguir será colhida uma pequena amostra de sangue cujo resultado me será dado depois. Ocorrido o parto, será em mim colocado um DIU ainda na sala de partos, também com o meu consentimento. Fui informada que é possível que haja pequeno aumento do risco de sangramento e de infecção. Também, que o DIU que será colocado é um dos métodos mais eficazes para prevenir gravidez e que não tem nenhum prejuízo para aleitamento e que pode ser usado até por dez anos. Concordo em retornar ao CISAM dez dias após o parto para exame médico, que inclui nova coleta de sangue para verificar o meu estado de saúde. Tudo o que for respondido por mim no questionário será mantido em segredo, e caso não queira participar mais, continuarei no Serviço sem prejuízo ao meu atendimento. Após ter sido informada, concordo em participar deste estudo.

Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

NÚMERO DE PESQUISA \_\_\_\_\_

REGISTRO DO CISAM \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO (CONTROLES)

Ao ser internada na Maternidade da Encruzilhada, fui convidada a participar de uma pesquisa que tem por objetivo estudar o sangramento e a infecção em pacientes com e sem DIU PÓS-PLACENTÁRIO. Com a minha permissão responderei a um questionário e a seguir será colhida uma pequena quantidade de sangue após o parto e dez dias após ele. Fui informada que a participação na pesquisa acarretará o desconforto de duas retiradas de sangue e a necessidade de responder ao questionário. Trará a vantagem de ter melhor informação sobre meu estado de saúde e tratamento gratuito, se for necessário, além da satisfação de colaborar em pesquisa que poderá trazer melhorias ao atendimento do CISAM.

Recife \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

REGISTRO NO CISAM \_\_\_\_\_

Nº DE PESQUISA \_\_\_\_\_