

CARTILHA INFORMATIVA SOBRE INDICAÇÃO E USO DE DIU DE COBRE PARA CONTRACEPÇÃO

O que é o DIU de cobre?

O Dispositivo Intra Uterino (DIU) de cobre é um suporte de plástico coberto com faixas de cobre, adequado para mulheres que desejam contracepção não hormonal de longa duração e para mulheres que desejem contracepção de emergência. Age inibindo a fertilização, a penetração do esperma no muco cervical e a implantação do embrião. Não é considerado um método abortivo. A taxa de gestações com o DIU contendo 380 mm² de cobre é menor que 20 em mil ao longo de 5 anos.

Contra indicações

Alergia ao cobre, doença de Wilson e menstruação volumosa e muito dolorosa.

Gestação, menos de 4 semanas pós parto (mas pode ser inserido nas primeiras 48 horas pós parto), doença inflamatória pélvica atual, sangramento uterino sem diagnóstico, distorção de cavidade uterina, câncer atual de endométrio, ovário ou colo uterino ou doença trofoblástica e distúrbios de coagulação.

Vantagens

Sem efeitos colaterais sistêmicos, não mascara menopausa, pode ser usado até a menopausa, efeito duradouro, não hormonal, reversão fácil à fertilidade após a remoção

Desvantagens, problemas e manejo das complicações

- Aumento do fluxo menstrual e das cólicas menstruais, principalmente nos primeiros seis primeiros meses de uso. Para manejo do sangramento antes dos 6 meses após inserção pode-se usar anti-inflamatórios não esteroidais, ácido tranexâmico e fitoterápicos como Vitex agnus castus e Agoniada (Pluméria lancifolia). Em caso de sangramento mantido após os 6 primeiros meses, que atrapalham a paciente ou causam sintoma (por exemplo, anemia), avaliar cavidade uterina com ultrassonografia para checar posição do dispositivo. Se bem posicionado e afastadas outras causas reversíveis de sangramento (infecção, lesão cervical), considerar a remoção do dispositivo.
- Atualmente não há descrição na literatura científica de que o uso de DIU aumente o risco de Doença Inflamatória Pélvica tal como descrito em estudos antigos. No entanto, por ser um método contraceptivo que não tem efeito de barreira, orientamos manter o uso da camisinha nas relações sexuais para proteção contra ISTs. Em caso de Doença Inflamatória Pélvica em usuárias de DIU, a retirada do dispositivo não é recomendada de rotina. Deve-se aguardar de 48 a 72h após início da antibioticoterapia para avaliar a necessidade de retirada do dispositivo.
- Gestação ectópica: caso ocorra falha do método, é maior o risco de que esta ocorra nas trompas.

Riscos durante e após a inserção do DIU:

- Expulsão: 5 - 10% no primeiro ano
- Perfuração uterina: 1 a 2 em mil inserções. A inserção durante o período menstrual reduz risco de perfuração e também de insuficiência cervical (pela força contra o orifício do colo) além de diminuir a dor durante o procedimento. O pequeno risco de perfuração uterina não justifica a inserção por procedimento de video-histeroscopia. Não há estudos científicos demonstrando benefício e também não é um procedimento isento de riscos. No caso de perfuração uterina em que o DIU estiver fora da cavidade uterina (através de avaliação por ultrassom) paciente será encaminhada para realização de videolaparoscopia na rede SUS ou saúde suplementar.
- Impossibilidade de inserção por orifício interno estreito: algumas vezes a mulher pode ter o colo uterino estreito impossibilitando medição do útero e inserção do DIU. Nesses casos a paciente será encaminhada para dilatação do colo e inserção na rede SUS ou saúde suplementar.
- Doença inflamatória pélvica: estudos pouco consistentes sugerem que há um aumento caso a paciente esteja infectada, no momento da colocação. Importante conversar com a profissional de saúde sobre comportamento sexual e risco de contrair DST's e também sobre a possibilidade de rastrear para clamídia e gonorréia antes da colocação.

Exames prévios sugeridos:

Há controvérsias na literatura quanto à importância de alguns exames antes da inserção do DIU. Consideramos que deve-se avaliar fatores de risco e discutir com a mulher que a visita ao serviço de saúde pode constituir-se em oportunidade para coleta de sorologias, ainda que essas não devam atrasar a escolha do método contraceptivo, bem como a inserção do DIU.

Sugerimos, à critério:

1- Exame clínico adequado (observar alterações colo, sinais de infecção pélvica)

3- Testagem para Clamídia e Gonorreia (conforme fatores de risco: menor de 25 anos, múltiplos parceiros sexuais ou uso inconsistente de preservativo e/ou história de DST). Pode-se solicitar sorologia de Clamídia no sangue (IgA e IgG) ou cultura de secreção endocervical com PCR para ambos.

2- Sorologias para DST (HIV, Sífilis, Hepatites B e C) - coleta oportuna, não deve restringir o acesso das mulheres ao método contraceptivo

4- Colpocitologia oncológica/Preventivo - coleta oportuna, não deve restringir o acesso das mulheres ao método contraceptivo (seguir coleta conforme periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde - depois de dois exames negativos, coletar o próximo depois de 3 anos)

5- USG TV caso nunca tenha feito (para afastar mal-formações, como útero bicorno)

6- B-HCG (sérico ou urinário) caso inserção seja feita fora do período menstrual e mulher acredite que há chance de gravidez

Modelos de DIU de Cobre

- DIU T380A – modelo mais comum de DIU, fornecido gratuitamente pelo SUS, tem duração de 10 anos após sua inserção e é indicado para úteros com histerometria maior que 6cm.
- DIU Ômega Cu375 – formato em ferradura visa aumentar a fixação no fundo uterino apesar de não haver estudos demonstrando esse benefício.
- Diu Cu375 Mini – ômega mini – Indicado para histerometrias menores do que 6cm

- DIU de cobre com prata - combina prata e cobre, com a intenção de aumentar eficácia, porém tal comparação não é comprovada por estudos científicos (Andalan Silverflex Ag)

Cuidados pré-inserção:

A maioria dos anti-inflamatórios não promove redução de dor na colocação. Algumas preparações de lidocaína, tramadol e naproxeno mostraram algum efeito na redução da dor imediata e/ou minutos após o procedimento. Sendo assim, o tipo de analgesia deve ser discutido caso a caso, levando em consideração estas evidências e as preferências da mulher. A profissional explicará sobre cada passo da inserção para diminuir ansiedade. Importante comunicar a médica sobre episódios prévios de reação vaso-vagal.

Orientações pós inserção:

1. Sugestão de analgesia:
 - Ibuprofeno 600mg 8/8h se cólica (ou outro de escolha)
 - Escopolamina associada a dipirona 40 - 60 gotas 8/8h se cólica
 - Chá de Infusão de mil-folhas e alfavaca anisada (1col sopa de cada para 500ml de água).
 - Orientação para repouso e relaxamento
2. Sinais de alarme que devem fazer com que a mulher procure serviço de emergência: febre, dor que não cede com uso de medicação analgésica, sangramento volumoso, corrimento fétido, ardência urinária, dor na relação sexual ou atraso menstrual.
3. Para as pacientes que usam coletores menstruais: não há risco de tracionar o DIU com uso de copo coletor menstrual, a não ser que o fio seja inadvertidamente puxado junto com o mesmo.

Acompanhamento pós inserção:

Há controvérsias quanto a solicitar ou não USG para avaliar o posicionamento do DIU. Considera-se que estando na cavidade sua ação será efetiva. No entanto, ele pode se deslocar posicionando-se no colo uterino. Por isso, as médicas discutirão com cada paciente as vantagens de se solicitar ou não ultrassom. Caso seja solicitado será considerado tópico quando estiver dentro da cavidade. Como expulsões são mais frequentes no 1º mês as pacientes serão reavaliadas em 30 dias. A mulher, junto à profissional, deve avaliar visualmente o tamanho do fio. Se o fio estiver do mesmo tamanho que foi deixado na inserção, exame de imagem é dispensável para controle. Não há necessidade de realizar exame de imagem rotineiro para avaliação do DIU e não existe uma recomendação oficial de frequência de visualização de fio. Levando em consideração que a taxa de expulsão após o primeiro ano cai consideravelmente, não recomendamos toques repetidos ou visualização do fio sem motivação clínica, mas sim nas consultas em que houver exame ginecológico. Há estudos que indicam que expulsão normalmente é acompanhada de sintomas, tais como: sangramento ou dores atípicas e não habituais para a usuária.

DIU como contracepção de emergência:

O DIU de cobre pode ser inserido como contracepção de emergência (após relação desprotegida) até cinco dias após relação. Não constitui-se como método abortivo.

Nesse caso não serão necessários os exames acima que podem ser solicitados no dia da inserção caso haja necessidade..

Também pode ser inserido imediatamente após o parto ou 40 dias após parto ou cesariana.

Gravidez na vigência do uso do DIU:

Apesar do risco ser muito baixo o risco de gestação, uma vez que o método tem eficácia comparada à da laqueadura tubária, caso uma mulher engravide usando DIU pode-se optar pela sua retirada ou manutenção do dispositivo. O DIU pode aumentar o risco de parto prematuro e ruptura das membranas durante a gestação. Sua retirada, dependendo da localização da gestação, pode causar aborto espontâneo. A decisão quanto a sua retirada deve ser tomada em conjunto com a mulher.

Referências:

1. [Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic review.](#)
2. [Pitfalls of Research Linking the Intrauterine Device to Pelvic Inflammatory Disease Obstetrics & Gynecology](#)
3. [Intrauterine device and upper-genital-tract infection](#)
4. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Intrauterine Contraception. FSRH, 2015. London. Available at: <https://www.fsrh.org/standards-andguidance/documents/ceuguidanceintrauterinecontraception/> Last accessed: October 2017 11. Elsedeek MS. Comparison between the traditional non-guided and a novel ultrasound-guided
5. ACOG. Committee Opinion No 672: Clinical Challenges of Long-Acting Reversible Contraceptive Methods. Obstet Gynecol 2016;128(3):e69–77.
6. Centers for Disease Control and Prevention 2015 STD Treatment Guidelines. Pelvic Inflammatory Disease. Available at: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/pid.htm> Last accessed: 12th April 2016.
7. [Neisseria gonorrhoea and Chlamydia trachomatis screening at intrauterine device insertion and pelvic inflammatory disease.](#)
8. [Risk-based Screening for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae Prior to Intrauterine Device Insertion](#)
9. [Positive Testing for Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis and the Risk of Pelvic Inflammatory Disease in IUD Users](#)
10. [The value of transvaginal ultrasound to monitor the position of an intrauterine device after insertion. A technology assessment study.](#)
11. [Protocolo inserção DIU do NHS](#)
12. [Critérios de elegibilidade dos métodos contraceptivos da Organização Mundial da Saúde](#)
13. [Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial](#)
14. [Empowering gynecologic exams: speculum care without stirrups](#)
15. [Pain from copper intrauterine device insertion: randomized trial of prophylactic ibuprofen.](#)
16. [Method of local anesthesia for IUD insertion](#)
17. [Fits, faints, and the IUD](#)
18. [Methods to reduce pain with insertion of intrauterine contraception. http://www.cochrane.org/CD007373/FERTILREG_methods-reduce-pain-insertion-intrauterine-contraception](#)
19. [Intrauterine device \(IUD\): http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T115219/Intrauterine-device-IUD#Insertion-and-removal-complications](#)
20. [Does using tampons or menstrual cups increase early IUD expulsion rates?](#)
21. Black A, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7 – Intrauterine Contraception. J Obstet Gynaecol Can 2016;38(2):182–222.
22. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Problematic Bleeding with Hormonal Contraception. FSRH, 2015. London. Available at: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceuguidanceproblematicbleedinghormonalcontraception>
23. World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use – 3rd ed. WHO Document Production Services, 2016, Geneva, Switzerland. Available at: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/ Last accessed: October 2017
24. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Intrauterine Contraception. FSRH, 2015. London. Available at: <https://www.fsrh.org/standards-andguidance/documents/ceuguidanceintrauterinecontraception/> Last accessed: October 2017