

NOTA TÉCNICA

Recife, 08 de Novembro de 2016.

Assunto: Inserção de DIU pós-parto e pós-abortamento.

Considerando a lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 que trata do planejamento familiar, sendo considerado direito de todo cidadão, representando o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

Considerando que a Rede Cegonha, programa do Governo Federal, foi instituída através da Portaria Nº 1.459/11, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis;

Considerando a necessidade de monitoramento da utilização e estoque dos métodos contraceptivos em cada região de saúde e que há um estoque elevado desses insumos retratados pela Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco;

A Gerência de Atenção à Saúde da Mulher da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, após reunião com especialistas e representantes de maternidades realizada no dia 15.09.2016, vem orientar a utilização do Dispositivo Intrauterino (DIU) no período pós-parto e pós-abortamento.

Introdução:

Trata-se de um dispositivo que se introduz na cavidade uterina para impedir a gestação. É um método seguro, reversível, eficaz de contracepção, associado a poucos efeitos colaterais, além de ser o mais frequente no mundo, ao qual se relacionam taxas de falhas extremamente baixas, de menos de 1 por 100 mulheres no primeiro ano de uso.

Existem vários tipos de DIU, sendo eles: não medicados e medicados. Os DIUs não medicados são os mais disponibilizados, principalmente os que contém cobre, e dentre estes, o mais utilizado em nosso meio é o Tcu-380. O mecanismo de ação principal deve-se à produção de uma reação inflamatória, citotóxica, que é espermicida, determinando especificamente alterações endometriais, que comprometem a qualidade e a viabilidade dos espermatozoides.

Os efeitos adversos mais comuns que levam a retirada do DIU são o aumento do sangramento e da cólica menstrual (exceto naqueles com progestágenos) ocasionando de 5 a 15% retirada/ano.

Época de inserção:

Além da inserção clássica, em pacientes não grávidas, enfatiza-se que a inserção pós-parto não se associa a um maior risco de complicações; no entanto, maiores taxas de expulsão foram observadas com a inserção tardia neste período, quando comparada à inserção imediata (até 48 horas). Essa inserção também apresentou maior taxa de expulsão quando comparada à inserção no ciclo menstrual, bem como em relação às inserções durante o parto cesáreo.

O DIU deve ser inserido, se a mulher desejar, durante a sua permanência no hospital. O momento mais indicado para a colocação é logo após a expulsão da placenta. Porém, pode ser inserido a qualquer momento dentro de 48 horas após o parto. Passado este período deve-se aguardar, pelo menos, 4 (quatro) semanas.

Revisão sistemática realizada nas principais bases de dados examinou 15 artigos relacionados a inserção de DIU de cobre dentro do período pós-parto em comparação com outros intervalos de tempo ou outra comparação de inserção pós-parto. Não foram identificados estudos de DIU levonorgestrel. A inserção do DIU imediata (dentro de 10 min da dequitação da placenta) era seguro quando comparado com períodos pós-parto mais tarde. A inserção imediata demonstrou taxas de expulsão menores quando comparados com inserção pós-parto tardia. A inserção imediata após o parto por cesariana demonstraram taxas de expulsão mais baixas do que a inserção imediata após o parto vaginal.

Outro estudo randomizado, em que foram procedidas a inserção pós-parto imediata e tardia, demonstrou que os insucessos não foram influenciados pelo momento de inserção, nem pela dilatação cervical, tampouco pela distância entre o ápice do DIU e o fundo da cavidade uterina, avaliada por ultrassonografia, não havendo diferença estatística significativa entre as taxas comparadas.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE de um método anticoncepcional é o conjunto de condições apresentadas pelo/a candidato/a ao uso de um determinado método, e que definem se aquela pessoa pode ou não utilizá-lo. No caso do DIU:

CATEGORIA 1 – condições nas quais o método pode ser utilizado sem qualquer restrição.

- não portadora de qualquer das condições das demais categorias de elegibilidade
- mais de 4 semanas de puerpério normal

- após aborto de 1º trimestre sem complicação
- idade maior de 35 anos
- hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença tromboembólica, cardiopatia isquêmica, cardiopatia valvular sem complicação, doenças hepáticas, obesidade e hiperlipidemias
- antecedente de gravidez ectópica
- antecedente de DIP com gravidez subsequente
- cefaléias
- doenças de mama
- epilepsia
- antecedente de cirurgia abdominal e/ou cesariana.

É importante salientar que a associação de duas ou mais condições de uma categoria podem colocar a paciente em um categoria superior.

CATEGORIA 2 – condições em que o uso do método em apreço pode apresentar algum risco, habitualmente menor do que os benefícios decorrentes de seu uso. Em outras palavras, o método pode ser usado com cautela e precauções maiores, especialmente acompanhamento clínico mais rigoroso.

- Adolescente
- Anemia (ferropriva, falciforme, talassemia)
- Miomas uterinos e malformações anatômicas uterinas que não comprometem a cavidade do útero
- História de episódio isolado de DIP
- Vaginite
- Endometriose
- Dismenorréia importante
- Doença valvular cardíaca complicada

CATEGORIA 3 – condições em que o uso do método pode estar associado a um risco, habitualmente considerado superior aos benefícios decorrentes de seu uso. Em outras palavras, o método não é o mais apropriado para aquela pessoa, podendo contudo ser usado no caso de não haver outra opção disponível ou em que a pessoa não aceita qualquer outra alternativa, mas desde que seja bem alertada desse fato e que se submeta a uma vigilância médico-clínica muito rigorosa. Aqui estão enquadradas

aquelas condições que antigamente se chamavam de contra-indicações relativas para o uso do contraceptivo.

- Sangramento menstrual aumentado (hipermenorréia e/ou menorragia)
- Puerpério imediato, entre 3º e 28º dias de pós-parto
- Comportamento de risco para DST (parceiros múltiplos ou parceiro com múltiplas parceiras) - AIDS
- Doença trofoblástica benigna.

CATEGORIA 4 – condições apresentadas pela paciente que determinam que o uso do método em apreço constitui um risco à saúde inaceitável. Em outras palavras, o método está contra-indicado. Compreende todas aquelas condições que antigamente se chamavam de contra-indicações absolutas ou formais.

- Gravidez confirmada ou suspeita,
- Infecção pós-parto ou pós aborto
- DIP atual ou muito recente (nos últimos 3 meses)
- Cervicite purulenta
- Sangramento genital de natureza desconhecida
- Tuberculose pélvica - Antecedente de episódios de DIP repetidos
- Câncer genital ou pélvico
- Alterações anatômicas do útero que possam comprometer o correto posicionamento do DIU

Técnica de Inserção

Pós-curetagem

- Após o completo esvaziamento da cavidade, utilizar o aplicador do DIU com histerômetro e inseri-lo da mesma forma do DIU na ginecologia.
- Os ramos horizontais devem estar no mesmo sentido do diâmetro lateral do útero.
- O pinçamento do colo (Possi ou Foerster) geralmente se faz no lábio posterior do colo.

Pós-placentário

- Não utiliza aplicador.

- Antes de 10 minutos da retirada da placenta, inserir o DIU com a mão (sem aplicador) até o fundo do útero, como se estivesse a fazer uma curagem (os ramos horizontais devem estar no mesmo sentido do diâmetro lateral do útero). A mão é introduzida até a altura do punho.
- O fio do DIU não deverá ser visto à inspeção e seccionada numa outra oportunidade (fim do puerpério tardio).

Tans-cesárea

- Não utilizar aplicador.
- Colocar o DIU no fundo uterino com uso de pinça de Foerster ou com uso do dedo indicador e médio.
- Posicionar o fio do DIU em direção do colo do útero.

Puerperal

- É colocado até 48h do parto (vaginal ou cesárea), com ou sem episiorrafia.
- Não utilizar aplicador.
- É necessário o uso de um espécuro e antissepsia com clorexidina ou polivinilpirrolidona (Povidine).
- Colo pinçado com pinça de Foerster no seu lábio posterior (não utilizar pinça de Pozzi).
- Despreza-se o aplicador e o DIU é seguro por uma pinça de Foerster curva e longa (35cm) sem cremalheira. Introduz o DIU (os ramos horizontais devem estar no mesmo sentido do diâmetro lateral do útero) até tocar na parede posterior do útero, continua a inserção num ângulo de aproximadamente 45º graus, quase na vertical, até atingir o fundo de útero, quando solta-se o DIU. O fio deve ficar completamente no útero e não deve ser visto se exteriorizando para a vagina.

Quatro semanas após o parto

- Não é preciso está menstruada.
- Toque vaginal bimanual com correta avaliação da posição do útero.
- Colocação de espécuro vaginal com adequada exposição da cérvix.
- Anti-sepsia correta.
- Pinçamento do lábio anterior da cérvix com pinça de Pozzi.
- Realização de histerometria cuidadosa – reavaliar posição uterina e tamanho da cavidade.
- Colocar, somente neste momento, o DIU dentro da camisa do aplicador.

- Se for o T, observar que os ramos horizontais estejam no mesmo sentido do diâmetro lateral do útero.
- Introduzir o aplicador com o DIU no útero até sentir que atingiu o fundo uterino.
- Segurar êmbolo do aplicador e tracionar a camisa, provocando a extrusão do dispositivo na cavidade uterina.
- Retirar cuidadosamente o aplicador.
- Cortar os fios que ficaram na vagina a cerca de 2 cm do orifício externo da cérvix.

Tempo de uso

O T Cu 380 A pode ser usado por 10 anos. Talvez possa ser por mais tempo, mas ainda não há trabalhos que suportem essa afirmação.

Conclusão:

Portanto, diante das evidências científicas disponíveis, a inserção imediata de DIU pós-parto e pós-abortamento pode ser segura e eficaz, embora comparações diretas com outros momentos de inserção foram limitados. Dentre as vantagens de inserção pós-parto imediato e pós-abortamento incluem a alta motivação, a garantia de que a mulher não está grávida, e conveniência. No início o acompanhamento pode ser importante para identificar as expulsões de DIU espontâneas.

Sendo assim, as maternidades municipais e estaduais devem ofertar o DIU como método contraceptivo para ser inserido no pós-parto imediato (até 48 horas pós-parto) e no pós-abortamento, em adolescentes inclusive (categoria 2), de acordo com os critérios de elegibilidade para o uso do DIU, devendo orientar as mulheres oportunamente e registrando o procedimento no prontuário médico.

Recomenda-se em ambas as situações, o retorno ao ambulatório de egressos da maternidade ou do município de residência para seguimento e acompanhamento ambulatorial.

Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Letícia Katz

Gerente de Atenção à Saúde da Mulher

Referências:

GRIMES, D. A.; LOPEZ, L. M.; SCHULZ, K. F.; VAN VLIET HAAM STANWOOD, N. L. Inserção pós-parto imediato de intra-uterino dispositivos. Dados **Cochrane de Revisões Sistemáticas** 2010, Issue 5. Art.N: CD003036.DOI: 10.1002 / 14651858.CD003036.pub2.

HOLANDA, A. A. R.; BARRETO, C. F. B.; HOLANDA, J. C. P.; MOTA, K. B.; MEDEIROS, R. B. Maranhão, T. M. O. Controversies about the intrauterine device: a review . **FEMINA**, v. 41, n. 3, mai-jun, 2013.

KANESHIRO, B.; AEBY, T. Long-term safety efficacy and patient acceptability of the intrauterine Copper T 380A contraceptive device. **Int J Women's Health**, v. 2, p.211-2, 2010.

KAPP, N.; CURTIS, K. M. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. **Contraception**, v.80, p.327-36, 2009.

LOPEZ, L. M.; BERNHOLC, A. HUBACHER, D.; STUART, G.; VAN VLIET, H. Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2015, Issue 6. Art. No.: CD003036. DOI: 10.1002/14651858.CD003036.pub3.

WELKOVIC, S.; COSTA, L. O.; FAÚNDES, A.; de ALENCAR XIMENES R.; COSTA, C. F. **Post-partum bleeding and infection after post-placental IUD insertion**. *Contraception*.2001 Mar;63(3):155-8.