

## **O dispositivo intra-uterino (DIU) para contracepção de emergência**

O DIU de cobre para CE é a maneira mais eficaz de prevenir a gravidez após a relação sexual desprotegida e pode proteger uma mulher da gravidez indesejada por muitos anos. Por causa dessas vantagens, o DIU de cobre deve ser regularmente oferecido às mulheres que buscam CE. Esta ficha descreve as considerações clínicas para serviço poderem oferecer a colocação de DIUs para CE.

### **Considerações Clínicas**

#### ***Qual é a eficácia do DIU de cobre para CE ?***

As taxas de gravidez no mês seguinte a colocação de um DIU de cobre para CE são muito baixas. A sistemática revisão do DIU usados como CE, incluindo 7.034 mulheres, encontraram taxas de gestação de menos de 0,1 e 0,4%. Assim, se 1000 mulheres inserirem um DIU para CE, zero ou 1 engravidariam por mês.<sup>5</sup> Comparando, para cada 1.000 mulheres que usaram CE da forma de comprimidos orais (PAE) depois de uma situação de emergência, pelo menos 14 usuárias deste método com a substância acetato de ulipristal ou 20 usuárias de pílulas a base de levonorgestrel enfrentariam uma gravidez não intencional.<sup>6,7</sup> Assim, as taxas de falha de PAEs são 14 a 20 vezes maior do que para o DIU de cobre utilizado como CE.

Taxas de insucesso PAE podem ser ainda maior para as mulheres obesas, enquanto as taxas de falha do DIU como CE não deve são afetadas pelo peso.<sup>8</sup> Embora a rotulagem atual recomende o uso do DIU de cobre T380 por 10 anos, não há evidência de eficácia para 12 anos e beyond.<sup>1,9</sup> O DIU é um dos métodos contraceptivos mais eficazes a longo prazo; no primeiro ano de uso, ocorrem menos de 1 gravidez por 100 mulheres usuárias de DIU.<sup>10</sup> Com mais de 12 anos de uso do DIU, a taxa de gravidez é de cerca de 2 gestações por 100 mulheres.<sup>11</sup> Mulheres procurando CE que escolheram o DIU de cobre ao invés das PAEs são mais propensos a usar contracepção altamente eficaz e menos propensas a ter uma gravidez 12 meses depois do evento de emergência que resultou a busca de CE.<sup>12,13</sup>

#### ***Como o DIU atua como CE ?***

O DIU de cobre trabalha principalmente inibindo a fertilização, embora o mecanismo de ação quando inserida pós-coito seja menos claro.<sup>14</sup> As partículas de cobre liberadas pelo DIU perturbam o esperma e o óvulo antes deles se encontrarem por causar alterações fisiológicas no útero e trompas de Falópio. A colocação pós-coital de um DIU como CE provavelmente envolve os mesmos mecanismos de interferência com a fertilização, mas pode também impedir a implantação de um ovo fertilizado.<sup>15</sup>

#### ***Há efeitos colaterais para usar um DIU ?***

Após a inserção de um DIU de cobre, algumas mulheres podem apresentar sangramento irregular, cólicas, dores e menstruação mais intensas. Nos primeiros meses, conforme a maioria das mulheres, esses sintomas diminuem com o tempo. No primeiro ano de uso do DIU, cerca de 5% das mulheres sofrem uma expulsão do mesmo,<sup>16,17</sup> e devem ter o DIU substituído ou usar outra forma de contracepção se desejarem prevenção de gestações. Raramente (<1%) uma mulher pode desenvolver uma infecção de útero<sup>18</sup> por ter inserido o DIU.<sup>19</sup>

#### ***Quem pode usar o DIU ?***

Qualquer mulher que não está grávida e quer evitar uma gravidez pode usar um DIU.

### ***Mulheres em risco de DSTs pode usar o DIU?***

O risco de infecção após inserção do DIU de cobre para CE é baixo. Mulheres que se apresentam para usar DIU como CE são susceptíveis a estar em risco para doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), pois provavelmente não usem métodos de barreira.

Os médicos devem avaliar o risco ITS do indivíduo, e analisar, conforme a situação. Mulheres diagnosticadas com gonorréia ou infecção por clamídia devem ser tratadas rapidamente, juntamente com seus parceiros, e testadas para reinfecção, três meses após o tratamento.

As diretrizes atuais não recomendam a inserção do DIU em mulheres conhecidas por terem atualmente inflamatória pélvica doença (DIP), cervicite purulenta, gonorréia ou clamídia ativa infection.<sup>20</sup> No entanto, a inserção de DIU na presença de clamídia ou gonorréia assintomática pode ser considerada segura, como pesquisas apontam que é a presença de infecção e não o posicionamento de um DIU que aumentaria o risco de DIP.<sup>21</sup> O risco absoluto de DIP, portanto, é baixo, independentemente do estado de infecção, de 0-5 %, <sup>22</sup> e só é elevado durante os primeiros 20 dias após a inserção do DIU.<sup>18</sup> A utilização do DIU de cobre também não está associada com o aumento do risco de gravidez tubária entre mulheres.<sup>23</sup> A análise do profissional e da preferência do paciente deve guiar a prática clínica frente a casos em que uma IST é presente ou suspeita, dado que há risco muito baixo de DIP e exigência de duas consultas (uma para avaliar se há IST, outra para a colocação do DIU), que podem resultar encargos significativos e desnecessários de inconveniência e custo para o paciente.

Portanto, a avaliação de IST simultânea à inserção do DIU pode ser a forma de conduta ideal para a maioria dos pacientes que necessitarem de um DIU como contracepção de emergência. As mulheres que foram agredidas sexualmente podem estar particularmente em risco de DSTs. Por isso, a avaliação de DST deve ser feita rotineiramente no momento da inserção do DIU como CE para todas as mulheres que se apresentaram após estupro.

### ***Mulheres infectadas com HIV podem usar DIU com segurança?***

A evidência atual sugere que o DIU é um método contraceptivo seguro e eficaz para as mulheres infectadas pelo HIV que têm acesso consistente à saúde médica.<sup>24</sup> Entre as mulheres com HIV, a progressão da doença é mais lenta em usuárias de DIU de cobre em comparação com as mulheres que usam contraceptivos hormonais.<sup>25</sup> Quando comparado com a inserção de DIU em usuárias não infectadas pelo HIV, às com HIV não demonstram aumento significativo de risco de complicações ou aumento de presença de células infecciosas no meio cervical. Têm se demonstrado que o uso do DIU com segurança ao longo de 2 anos não tornam mulheres soropositivas mais sujeitas à infecção que as outras.<sup>26, 27</sup>

### ***Será que o DIU afeta a fertilidade futura?***

As evidências atuais mostram que uma mulher pode engravidar quando o DIU é removido com a mesma rapidez que uma mulher que nunca foi usuária de DIU.<sup>28</sup> A utilização de um DIU de cobre não está associada com um risco aumentado de infertilidade tubária entre mulheres.<sup>23</sup> Seja ou não uma mulher que use DIU, se ela desenvolver uma DIP e não for tratada, há maior chance de que ela se tornar infertil.<sup>21</sup>

### ***O DIU pode ser colocado em qualquer momento durante o ciclo menstrual ?***

Diretrizes atuais recomendam a inserção do DIU de cobre para CE no prazo de 5 dias do intercurso sexual desprotegido.<sup>29</sup> No entanto, com um teste de gravidez de urina negativa em qualquer momento do ciclo menstrual, o risco de gravidez após a inserção do DIU de cobre para CE continua a ser extremamente pequena.<sup>5</sup> Alguns profissionais fazem inserção de DIU apenas durante a menstruação para facilitar sua colocação e garantir a não presença de

gravidez; no entanto, esta prática não é apoiada por evidências, e a ausência de menstruação não deve ser considerada uma barreira para a colocação do DIU em uma situação de emergência.<sup>15, 30</sup> O DIU pode ser colocado em qualquer momento do ciclo, desde que a gravidez tenha sido descartada.

### ***Adolescentes podem usar o DIU?***

O DIU é um método seguro e eficaz de CE para adolescentes e oferece o benefício adicional de continuidade de contracepção altamente eficaz. O DIU pode ser usado por mulheres que nunca tiveram gestação.<sup>20</sup> O DIU pode ser um método de controle de natalidade altamente eficaz para adolescentes, dado que os adolescentes têm taxas mais elevadas de falta de continuidade de uso de contracepção e maiores taxas de gravidez indesejada, podendo adotar métodos que não exigem adesão diária ou decisões no momento do intercurso sexual.<sup>31</sup>

Provedores devem explicar claramente aos clientes como identificar sinais de expulsão do DIU e como proceder se está expulsão já ocorreu.

O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) incentiva os prestadores de serviços a considerar o DIU como uma escolha de primeira linha na contracepção para adolescentes.<sup>32</sup> No entanto, estudos têm mostrado que muito poucas adolescentes e mulheres jovens usam DIU, que muitos médicos não oferecem o DIU para suas pacientes mais jovens, e que o conhecimento do DIU é baixo entre adolescentes e jovens.<sup>33, 34,35,36</sup>

## **Considerações sobre Prestação de Serviços**

### ***São potenciais utilizadores da CE interessados em o DIU?***

As pesquisas de usuárias de CE demonstram que para cada 8 mulheres que buscam CE em serviços de planejamento familiar, 1 se mostra interessada em usar o DIU de cobre como alternativa para EC.<sup>37, 38</sup>

### ***Como as mulheres podem obter um DIU para CE ?***

Por uma série de razões, muitas vezes é mais difícil para uma mulher para obter um DIU de PAEs. Em muitos países, as PAEs podem ser obtidas diretamente em farmácias sem receita médica. O DIU tem significativamente mais requisitos de prestação de serviços: deve ser inserido por um profissional de saúde treinado em consultório a clínica, o que muitas vezes requer a realização de uma consulta. Nem todos os provedores são treinados para inserção de DIU ou estão cientes da possibilidade de usar o DIU para CE. Além disso, embora não seja clinicamente necessário, diversos prestadores precisam de dois ou mais visitas para a inserção de DIU.<sup>39</sup>

### ***E o custo de usar o DIU para CE ?***

Enquanto muitos países têm opções de baixo custo para fornecer DIU para CE , o custo da inserção do DIU, de alguns países, incluindo os Estados Unidos, pode ser um grande obstáculo para as mulheres que procuram CE (de 500 - 1000 dólares nos EUA).<sup>40</sup> Uma pesquisa com os usuárias CE determinou que um grande obstáculo para este acesso era o preço do DIU , que pode ter altos custos, especialmente out-of -pocket para women.<sup>37</sup> Mesmo que o DIU seja extremamente vantajoso se colocado com função de CE e utilizado por mais de 4 meses,<sup>41</sup> o custo inicial de inserção do DIU pode ser proibitivo em alguns contextos para sua indicação como CE .

## **conclusão**

O DIU de cobre para CE é a maneira mais eficaz de prevenir a gravidez após a relação sexual desprotegida e pode proteger uma mulher da gravidez indesejada por muitos anos. Devido a estas vantagens, o DIU de cobre devem ser regularmente oferecidos às mulheres que buscam CE.

## Referências

- 1 United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, World Health Organization, World Bank, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Long-term reversible contraception: Twelve years of experience with the TCu380A and TCu220C. *Contraception* 1997; 56(6), 341-352.
- 2 Lippes J, Malik T, Tatum HJ. The postcoital copper-T. *Advances in Planned Parenthood* 1976;11(1), 24-29.
- 3 Bhathena RK. Emergency contraception and the LNG-IUS. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2006; 32(3), 205.
- 4 Cleland K, Zhu H, Goldstuck N, Cheng L, Trussell J. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. *Human Reproduction* 2012; 27(7).
- 5 Wu S, Godfrey EM, Wojdyla D, Dong J, Cong J, Wang C, von Hertzen H. Copper T380A intrauterine device for emergency contraception: a prospective, multicentre, cohort clinical trial. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 2010; 117(10), 1205-1210.
- 6 von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bártfai G, Ng E, Gemzell-Danielsson K, Oyunbileg A, Wu S, Cheng W, Lüdicke F, Pretnar-Darovec A, Kirkman R, Mittal S, Khomassuridze A, Apter D, Peregoudov A; WHO Research Group on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002; 360(9348).
- 7 Cheng L, Gulmezoglu AM, Piaggio G, Ezcurra E, Van Look PF. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Systematic Review* (2) 2008; CD001324.
- 8 Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathe H, Levy D, Gainer E, Ulmann A. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception* 2011; 84(4), 363-367.
- 9 Sivin I. Utility and drawbacks of continuous use of a copper T IUD for 20 years. *Contraception* 2007; 75(6 Supplement), S70-75.
- 10 Sivin I, el Mahgoub S, McCarthy T, Mishell DR, Shoupe D, Alvarez F, Brache V, Jimenez E, Diaz J, Faundes A, et al. Longterm contraception with the levonorgestrel 20 mcg/day (LNG 20) and the copper T 380Ag intrauterine devices: a five-year randomized study. *Contraception* 1990; 42(4), 361-378.
- 11 Rowe P, Boccard S, Farley T, Peregoudov S. Long-term reversible contraception: Twelve years of experience with the TCu380A and TCu220C. *Contraception* 1997; 56(6), 341-352.
- 12 Turok DK, Gurtcheff SE, Handley E, Simonsen SE, Sok C, Murphy P. A pilot study of the Copper T380A IUD and oral levonorgestrel for emergency contraception. *Contraception* 2010; 82(6), 520-525.
- 13 Turok DK, Jacobson JC, Simonsen SE, Gurtcheff SE, Trauscht-Van Horn J, Murphy PA . Pregnancy rates 1 year after choosing the Copper T380 IUD or oral levonorgestrel for emergency contraception: a prospective observational study. *Contraception* 2012; 86, 316-317.
- 14 Ortiz ME, Croxatto HB. Copper-T intrauterine device and intrauterine system: biological bases of their mechanism of action. *Contraception* 2007; 75 (6 Supplement), S16-30.

15 Dean G, Schwarz EB. Intrauterine Contraceptives. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson A, Cates W, Stewart F, Kowal D, editors. *Contraceptive Technology*. 20th ed. New York: Ardent Media, 2011.

16 National Collaborating Centre for Women's Health. *Long-acting Reversible Contraception: The Effective and Appropriate Use of Long-Acting Reversible Contraception*. London: RCOG Press, 2005.

17 Blumenthal PD, Voedisch A, Gemzell-Danielsson K. Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of longacting reversible contraception. *Human Reproduction Update* 2011; 17(1), 121-137.

18 Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet* 1992; 339(8796), 785-788.

19 World Health Organization. Mechanism of action, safety and efficacy of intrauterine devices. Report of a WHO Scientific Group. *World Health Organization Technical Report Series*, 753, 1-91, 1987.

20 World Health Organization. *Intrauterine Devices: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. 4th ed. Geneva: World Health Organization, 2009. p. 65-70.

21 Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *Lancet* 2000; 356(9234), 1013-1019.

22 Mohllajee AP, Curtis KM, Peterson HB. Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic review. *Contraception* 2006; 73(2), 145-153.

23 Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, Guerra-Infante F, Guzman-Rodriguez R. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *New England Journal of Medicine* 2001; 345(8), 561-567.

24 Sinei SK, Morrison CS, Sekadde-Kigundu C, Allen M, Kokonya D. Complications of use of intrauterine devices among HIV-1-infected women. *Lancet* 1998; 351(9111), 1238-1241.

25 Stringer EM, Kaseba C, Levy J, Sinkala M, Goldenberg RL, Chi BH, Matongo I, Vermund SH, Mwanahamuntu M, Stringer JS. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2007; 197(2), 144 e141-148.

26 Morrison CS, Sekadde-Kigundu C, Sinei SK, Weiner DH, Kwok C, Kokonya D. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1-infected women? *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 2001, 108(8), 784-790.

27 Richardson BA, Morrison CS, Sekadde-Kigundu C, Sinei SK, Overbaugh J, Panteleeff DD, Weiner DH, Kreiss JK. Effect of intrauterine device use on cervical shedding of HIV-1 DNA. *AIDS* 1999; 13(15), 2091-2097.

28 Hov G, Skjeldestad F, Hilstad T. Use of IUD and subsequent fertility—follow-up after participation in a randomized clinical trial. *Contraception* 2007; 75(2), 88-91.

29 ACOG Practice Bulletin No. 112. Clinical management guidelines for obstetrician gynecologists. *Obstetrics and Gynecology* 2010; 115(5), 1100-1109.

30 Whiteman MK, Tyler CP, Folger SG, Gaffield ME, Curtis KM. When can a woman have an intrauterine device inserted? A systematic review. *Contraception* 2012; Sept 17, epub ahead of print.

- 31 Zibners A, Cromer BA, Hayes J. Comparison of continuation rates for hormonal contraception among adolescents. *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*. 1999; 12(2), 90-94.
- 32 ACOG Committee Opinion No. 392, December 2007. Intrauterine device and adolescents. (2007). *Obstetrics & Gynecology* 2007; 110(6), 1493-1495.
- 33 Fleming KL, Sokoloff A, Raine TR. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. *Contraception* 2010; 82(2), 178-182.
- 34 Harper CC, Blum M, de Bocanegra HT, Darney PD, Speidel JJ, Policar M, Drey EA. Challenges in translating evidence to practice: the provision of intrauterine contraception. *Obstetrics & Gynecology* 2008; 111(6), 1359-1369.
- 35 Stanwood NL, Bradley KA. Young pregnant women's knowledge of modern intrauterine devices. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 108(6), 1417-1422.
- 36 Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B, Chiappetta L, Creinin MD, Gold MA. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. *Contraception* 2008; 78(3), 211-217.
- 37 Turok DK, Gurtcheff SE, Handley E, Simonsen SE, Sok C, North R, Frost C, Murphy PA . A survey of women obtaining emergency contraception: are they interested in using the copper IUD? *Contraception* 2011; 83(5), 441-446.
- 38 Schwarz EB, Kavanaugh M, Douglas E, Dubowitz T, Creinin MD. Interest in intrauterine contraception among seekers of emergency contraception and pregnancy testing. *Obstetrics & Gynecology* 2009; 113(4), 833-839.
- 39 Harper CC, Speidel JJ, Drey EA, Trussell J, Blum M, Darney PD. Copper intrauterine device for emergency contraception: clinical practice among contraceptive providers. *Obstetrics & Gynecology* 2012; 119(2 Pt 1), 220-226.
- 40 The IUD at a glance. Retrieved August 5, 2011, from <http://www.plannedparenthood.org/healthtopics/birth-control/iud4245.htm>
- 41 Trussell J, Koenig J, Ellertson C, Stewart F. Preventing unintended pregnancy: the cost-effectiveness of three methods of emergency contraception. *American Journal of Public Health* 1997; 87(6), 932-937.