

SÉRIE ORIENTAÇÕES  
E RECOMENDAÇÕES  
FEBRASGO

Nº 1 • 2018



**USO DE DISPOSITIVOS  
INTRAUTERINOS (DIU)  
EM NULÍPARAS**

Machado, Rogério Bonassi. Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) em nulíparas - - São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2017. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 1/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção).

13p.

1. Anticoncepção 2. Contracepção 3. Nulíparas 4. Dispositivos intrauterinos

ISBN 978-85-94091-02-4

NLM – WP640



Todo o conteúdo desta série está licenciado sob uma Licença Creative Commons.

Imagem da capa: Milena\_Bo/Shutterstock.com



## DIRETORIA DA FEBRASGO 2016 / 2019

**César Eduardo Fernandes**

*Presidente*

**Corintio Mariani Neto**

*Diretor Administrativo/Financeiro*

**Marcos Felipe Silva de Sá**

*Diretor Científico*

**Juvenal Barreto B. de Andrade**

*Diretor de Defesa e Valorização  
Profissional*

**Alex Bortotto Garcia**

*Vice-Presidente*

Região Centro-Oeste

**Flavio Lucio Pontes Ibiapina**

*Vice-Presidente*

Região Nordeste

**Hilka Flávia Barra do E. Santo**

*Vice-Presidente*

Região Norte

**Aginaldo Lopes da Silva Filho**

*Vice-Presidente*

Região Sudeste

**Maria Celeste Osório Wender**

*Vice-Presidente*

Região Sul



## COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM ANTICONCEPÇÃO

### **Presidente**

Rogério Bonassi Machado

### **Vice-Presidente**

Ilza Maria Urbano Monteiro

### **Secretário**

Jarbas Magalhães

### **Membros**

Carlos Alberto Politano  
Cristina Aparecida Falbo Guazzelli  
Dalton Ferreira  
Jaqueline Neves Lubianca  
Luis Carlos Sakamoto  
Maria Auxiliadora Budib  
Marta Curado Carvalho Franco Finotti  
Milena Bastos Brito  
Sheldon Rodrigo Botogoski  
Sílvio Antônio Franceschini  
Tereza Maria Pereira Fontes  
Zsuzsanna Ilona Katalin Jármy Di Bella

# SÉRIE ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FEBRASGO

## USO DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU) EM NULÍPARAS

### Apresentação

Os Dispositivos Intrauterinos (DIUs) em uso na prática diária, tanto o de cobre quanto o Sistema Intrauterino com Levonorgestrel (SIULNG) são métodos seguros e bem tolerados, com taxas de falha na vida real semelhantes à esterilização cirúrgica feminina.

Entretanto, segundo os dados do Ministério da Saúde, somente 1,9% das mulheres em idade fértil no Brasil usam o DIU de cobre. O seu custo/benefício é excepcional e é oferecido pela rede pública de saúde. No mercado o DIU hormonal (SIULNG), que já é fornecido pelos convênios médicos.

Nos critérios de elegibilidade para uso dos métodos contraceptivos, propostos pela OMS, para orientação dos médicos e profissionais da saúde, os DIUs, tem um amplo espectro para sua indicação, com escassas situações onde não devem ser utilizados. Basicamente estas se restringem às mulheres que sangram muito ou têm cólicas, miomas grandes ou tumores no útero. Durante décadas o seu uso foi contraindicado para mulheres nulíparas, estando estas listadas no rol de contraindicações relativas. Com o evoluir da tecnologia de fabricação e com as novas publicações a respeito, oferecendo resultados altamente positivos, tem se verificado um crescimento do uso do DIU nestas pacientes, em todo mundo.

Nesta revisão bibliográfica realizada pelo Prof Rogério Bonassi e referendada pela Comissão Nacional Especializada de Anticoncepção da Febrasgo, o autor foca especificamente uma situação que os médicos se deparam com muita frequência na sua prática diária que é a escolha de um método contraceptivo de longa duração para pacientes jovens, adolescentes e nulíparas. Nestas situações os DIUs tem um lugar especial nas indicações. O conteúdo do texto mostra claramente que esta pode ser uma boa opção para o ginecologista.



Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá  
*Diretor Científico*



Prof. Dr. César Eduardo Fernandes  
*Presidente*

**Como citar:**

Machado RB. Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) em nulíparas. In: São Paulo: Federação das Associações Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. 13 p. (Série, Orientações e Recomendações FEBRASGO; no. 1/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção)

# USO DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU) EM NULÍPARAS

Rogério Bonassi Machado<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil.

\**Presidente da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, São Paulo, SP, Brasil.*

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar as evidências para o uso de dispositivos intrauterinos (DIUs) em mulheres nulíparas

**Métodos:** Revisão da literatura, com seleção de publicações relacionados ao uso do dispositivo intrauterino de cobre e do sistema intrauterino de levonorgestrel em nulíparas no período entre 1980-2018.

**Resultados:** Os DIUs utilizados em nulíparas associam-se a elevada eficácia e segurança, sem riscos adicionais de doença inflamatória pélvica e infertilidade. Não há maior risco de perfurações e expulsões em nulíparas. Os DIUs apresentam boa tolerabilidade, aceitação e continuidade de uso, embora associem-se a maior grau de dor durante a inserção quando comparados ao uso em múltíparas.

**Conclusão:** Os dispositivos intrauterinos são eficazes e seguros para nulíparas, recomendando-se que devam ser incluídos nas opções contraceptivas oferecidas rotineiramente.

## Descritores

Dispositivo intrauterino; Contracepção intrauterina; Sistema intrauterino; DIU; SIU; Nulíparas

## Highlights

A contracepção intrauterina, representada pelo dispositivo intrauterino (DIU) de cobre e pelo sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG), embora apresentem elevada eficácia, vem há tempos tendo seu uso questionado, particularmente entre nulíparas. Aspectos relacionados à segurança, como o maior número de complicações decorrentes da inserção, bem como maior impacto sobre a doença inflamatória pélvica e repercussões sobre a fertilidade figuram entre as principais controvérsias diante da indicação de um DIU em mulheres nulíparas. A análise da literatura, baseada em publicações nos últimos 8 anos, refletiram-se em evidências suficientes para a indicação segura dos contraceptivos intrauterinos em nulíparas, suportando o oferta e o emprego rotineiro dos DIUs nesse grupo de mulheres.

## INTRODUÇÃO

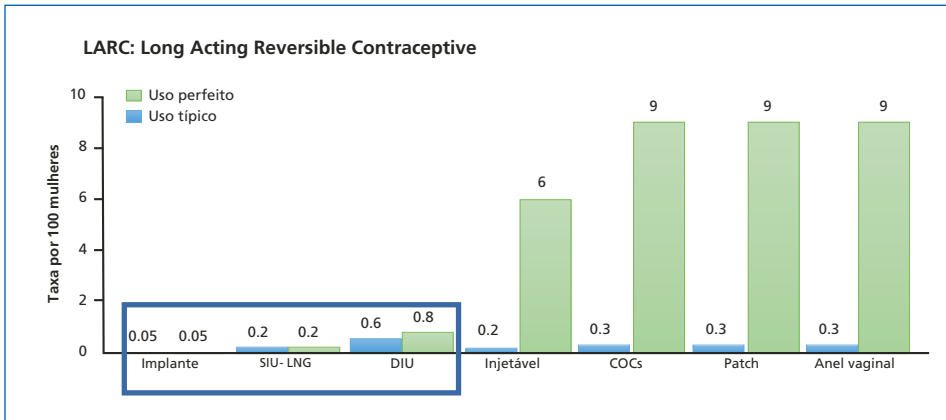
Os contraceptivos intrauterinos, também conhecidos como DIUs (dispositivos intrauterinos) compreendem os dispositivos intrauterinos contendo cobre e o sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG) (Figura 1). Nos últimos 8 anos, houve aumento significativo de publicações acerca da utilização de DIUs em nulíparas, particularmente abordando aspectos referentes à eficácia, aceitação e baixa ou igual número de complicações do uso, em comparação com múltíparas (B).<sup>(1)</sup> Por outro lado, ainda persistem dúvidas e equívocos entre profissionais de saúde e pacientes, mostrando que a falta de informação e conhecimento representam a maior barreira para o uso em larga escala dos DIUs em mulheres que não tiveram filhos (B).<sup>(1)</sup>



**Figura 1. Contraceptivos intrauterinos disponíveis no Brasil.**



Os DIUs são altamente eficazes, seguros e bem tolerados, com taxas de falha na vida real semelhantes à esterilização cirúrgica feminina (B) (Figura 2).<sup>(2)</sup> Nesse sentido, são métodos apropriados para a maioria das mulheres, incluindo nulíparas.



**Figura 2. Taxas de eficácia na vida real (uso típico) e uso perfeito dos métodos contraceptivos.<sup>(2)</sup>**

O uso dos DIUs tem aumentado nos últimos anos. Nos Estados Unidos, onde 2% das mulheres eram usuárias de DIUs em 2002, observou-se aumento para 10,3% no período entre 2011-2013 (B).<sup>(3)</sup> O percentual de uso dos DIUs em nulíparas, no ano de 2002, era de 0,5%, passando para 4,8% em 2011-2013 (B).<sup>(3)</sup> No Brasil, a utilização de DIUs, incluindo múltiparas e nulíparas, permanece com taxa próxima a 3% (B).<sup>(4)</sup>

A crença de que mulheres seriam elegíveis para o uso dos DIUs somente após um parto permanece como a principal barreira para a contracepção intrauterina em nulíparas. Pesquisa com ginecologistas-obstetras nos Estados Unidos revelou que dois terços consideraram adequado o uso de DIUs em nulíparas (C).<sup>(5)</sup> Em outro estudo baseado em questionário envolvendo médicos e enfermeiras mostrou que 30% tinham equívocos conceituais quanto à segurança do uso de DIUs em nulíparas (C).<sup>(5)</sup> Dúvidas quanto ao risco de doença inflamatória pélvica, infertilidade e dificuldades de inserção são frequentemente citados (C).<sup>(6)</sup>

Informações contraditórias contidas na bula de DIUs podem ainda suscitar questionamentos por parte dos profissionais de saúde diante da indicação do método para nulíparas. Por exemplo, o único sistema intrauterino de levonorgestrel

disponível no Brasil (Mirena®) possui ainda em bula a recomendação para o uso do método em mulheres que já tiveram um filho.<sup>(7)</sup> Por sua vez, o DIU de cobre mais utilizado em nosso país, o T380A, seguiu a orientação de bula norte americana e somente a partir de 2005 retirou a recomendação do uso para múltiparas.<sup>(8)</sup>

Nos critérios de elegibilidade para o uso dos métodos contraceptivos a Organização Mundial de Saúde e o Centers for Disease Control norte americano, classificam os DIUs em nulíparas como categoria 2 (vantagens geralmente superam os riscos), enquanto que mulheres que já tiveram filhos foram classificadas na categoria 1 (sem restrições).<sup>(9,10)</sup> Dessa forma, as recomendações práticas suportam com evidências consistentes que paridade não influencia a elegibilidade para o uso dos DIUs.<sup>(11)</sup>

Embora existam preocupações e dúvidas quanto ao uso de DIUs entre adolescentes e mulheres mais jovens, observa-se que as nulíparas que utilizam contraceptivos intrauterinos geralmente tem uma visão positiva do método (C).<sup>(12)</sup>

Diante do exposto, esse estudo tem por objetivo revisar as evidências do uso de DIUs em mulheres nulíparas, com ênfase nos métodos intrauterinos mais utilizados no Brasil, representados pelo dispositivo intrauterino de cobre (T380A) e pelo SIU-LNG.

## MÉTODOS

Esse estudo consiste na revisão da literatura com objetivo de oferecer conhecimento teórico e prático sobre os contraceptivos intrauterinos em mulheres nulíparas. PUBMED, MEDLINE e Cochrane Database foram as principais plataformas de pesquisa utilizados, onde selecionaram-se publicações relacionados ao uso de DIUs em nulíparas no período entre 1980-2018. Publicações relevantes foram selecionadas utilizando-se as palavras chave *Contraceptive Agents, Intrauterine Contraception, Intrauterine Device, IUD, long acting reversible contraceptive, Intrauterine System, Levonorgestrel intrauterine system, SIU-LNG, adolescent e nulliparous*.

Foram incluídos todos os estudos relevantes publicados até o mês de fevereiro do ano de 2018. Também foram usadas as listas de referências bibliográficas dos artigos selecionados. A categorização dos trabalhos citados seguiu a classificação da Associação Médica Brasileira (AMB), quanto ao Grau de Recomendação: (A) estudos observacionais ou experimentais de melhor consistência (metanálises ou ensaios

clínicos randomizados); (B) estudos observacionais ou experimentais de menor consistência (outros ensaios clínicos não-randomizados ou estudos observacionais ou estudos caso-controle); (C) relatos ou séries de casos (estudos não-controlados); (D) opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

## RESULTADOS

As principais publicações envolvendo os DIUs em nulíparas abordaram aspectos relacionados à eficácia, aceitação e continuidade de uso, efeitos adversos, dificuldade de inserção e riscos de doença inflamatória pélvica e infertilidade. O uso da contracepção intrauterina em adolescentes também foi considerado.

Comparações nas taxas de falha dos DIUs de acordo com a paridade foram inicialmente reportados por Sivin e Stern (B),<sup>(13)</sup> que analisaram 11 estudos com o DIU de cobre T380A, gerenciados pelo Population Council no início dos anos 70. Cerca de 64% das participantes eram nulíparas, e não foram encontradas diferenças nas taxas de falha de acordo com a paridade. Estudo mais recente envolvendo 2138 mulheres entre 13-35 anos que usaram DIU de cobre T380A ou SIU-LNG também não encontrou diferenças significativas nas taxas de gestações entre mulheres conforme a paridade (B).<sup>(14)</sup> Estudo randomizado comparou a eficácia do SIU-LNG aos contraceptivos orais, e nenhuma gravidez ocorreu entre 94 nulíparas alocadas para o uso do SIU-LNG em um ano de observação (A).<sup>(15)</sup> Outros estudos piloto não demonstraram falhas entre nulíparas que utilizaram DIU de cobre T380A e SIU-LNG (C).<sup>(16,17)</sup>

No que se refere a aceitação dos DIUs, estudo avaliando 109 estudantes nulíparas demonstrou que 85% afirmaram estar “feliz” ou “muito feliz” com o DIU, e 87% relataram que seria “provável” ou “muito provável” que recomendariam o método para uma amiga. Não houve diferença significativa entre o grau de satisfação entre usuárias do SIU-LNG e o DIU de cobre T380A nessa amostra (C).<sup>(18)</sup>

Em revisão sistemática, Hubacher (A)<sup>(19)</sup> identificou que o índice de expulsão após a inserção do DIU de cobre foi maior em mulheres nulíparas em 13 dos 20 estudos avaliados. Na análise de 2138 usuárias de DIU, as taxas de expulsão atingiram 6%, sem diferenças significativas quanto à paridade (B).<sup>(14)</sup> Ainda, o estudo CHOICE (A)<sup>(20)</sup> demonstrou taxas de expulsão significativamente menores entre nulíparas (8,4%) comparadas às múltiparas (11,4%) ( $p < .001$ ). As taxas de expulsão

entre nulíparas foram menores para o SIU-LNG em comparação às usuárias de DIU de cobre T380A (A).<sup>(20)</sup>

Dor e sangramento são os efeitos adversos da inserção do DIU de cobre, responsáveis por taxas mais elevadas de descontinuação entre mulheres nulíparas, ressaltando-se que o modelo e tamanho do DIU tem influencia importante (A).<sup>(19)</sup> A remoção atribuída ao sangramento ou dor em dois anos de uso foram significativamente mais elevada com o uso do DIU de cobre T380A do que com o modelo T200 (23,7% vs 18,9%,  $p < 0.01$ ) (A).<sup>(19)</sup> O SIU-LNG, por sua vez, embora também se relacione a maior probabilidade de dor entre nulíparas, não apresenta maior taxa de descontinuidade em relação às múltíparas ( $p = .13$ ) (A).<sup>(14)</sup>

Estudo prospectivo demonstrou que a paridade reduz o risco de perfuração com a inserção do DIU de cobre, porém incluiu apenas duas nulíparas num total de 8343 mulheres (B).<sup>(21)</sup> Estudos com maior casuística não reportaram perfurações em nulíparas que inseriram DIUs (A) (C).<sup>(15,16)</sup> Avaliando 129 nulíparas e 332 múltíparas que tiveram pelo menos um DIU de cobre ou SIU-LNG inserido entre os anos de 1981 e 2000, Veldhuis et al (C)<sup>(22)</sup> também não relataram perfurações entre as mulheres nulíparas.

Embora os estudos que comparem a paridade sejam escassos, o risco de doença inflamatória pélvica (DIP) após a inserção de DIUs foi avaliado, não havendo diferenças entre nulíparas e múltíparas que utilizaram DIU de cobre ou SIU-LNG (C).<sup>(22)</sup> O uso de SIU-LNG entre nulíparas não apresentou maior risco de DIP do que as mulheres múltíparas, cuja incidência foi de 0,1% versus 0,6%, respectivamente<sup>(23)</sup> (A). Estudo randomizado em que 193 nulíparas utilizaram SIU-LNG ou contraceptivos orais, nenhum caso de DIP foi reportado após 12 meses de seguimento (A).<sup>(15)</sup> Quanto à repercussão sobre a fertilidade, o único estudo de seguimento direto de mulheres nulíparas e o retorno à fertilidade referiu-se ao dispositivo intrauterino Gynefix, um DIU de cobre não disponível no Brasil e não encontrou diferenças entre nulíparas e múltíparas (B).<sup>(24)</sup> Outrossim, estudos anteriores mostraram que o retorno à fertilidade entre mulheres que descontinuaram pílulas, DIU de cobre ou métodos de barreira mostraram-se diferentes, sendo que a gravidez ocorreu mais precocemente ao se descontinuar o método de barreira, seguido do DIU de cobre e em último pela pílula. Entretanto, as diferenças desapareceram após 18 meses de seguimento (B).<sup>(25)</sup> Dados referentes ao uso do SIU-LNG e DIUs de cobre não mostraram atraso no retorno a fertilidade após descontinuação (B).<sup>(26)</sup>

A inserção dos DIUs foi avaliada quanto à dificuldade e dor entre nulíparas. Médias de dor verificadas por meio de escala visual analógica (EVA) mostraram que nulíparas apresentaram maior nível de dor quando comparadas às mulheres que já realizado algum parto (média de 51.2 mm versus 34.7 mm,  $p=.009$ ) (B).<sup>(27)</sup> Por outro lado, o uso de medicações como antiinflamatórios não hormonais antes da inserção de DIUs visando reduzir o desconforto parece não ser efetivo (A).<sup>(28)</sup> Estudo prospectivo após 996 inserções de DIUs na Nova Zelândia, os fatores associados com o abandono do uso incluíram a nuliparidade e dificuldades técnicas durante a inserção em nulíparas, embora em 80% das vezes a inserção foi considerada fácil pelo médico. A taxa de insucesso na inserção em nulíparas foi de 11.2%, comparada a 2.3% em mulheres que tiveram parto vaginal ( $p<.001$ ) (B).<sup>(29)</sup>

O uso de DIUs em adolescentes, na maior parte das vezes nulíparas, tem sido recomendado como contraceptivos de primeira linha por diferentes entidades, devido a elevada eficácia e por apresentar níveis de complicações semelhantes a mulheres de outras faixas etárias ou aquelas que já tiveram partos.<sup>(30-32)</sup>

## DISCUSSÃO

O uso de DIUs em nulíparas é discutido há tempos. Boa parte das informações que geram controvérsias são provenientes de constatações baseadas em relatos antigos. As evidências atuais, baseadas em estudos com metodologia consistente, procuram minimizar aspectos polêmicos que poderiam trazer dúvidas diante de situações de cunho eminentemente prático. As principais questões clínicas inerentes ao uso dos DIUs em nulíparas referem-se, primariamente, à própria indicação, no sentido de que os contraceptivos intrauterinos poderiam associar-se a menor eficácia, maior número de complicações e eventos adversos e, em última análise, não serem adequados para mulheres que não tiveram parto anterior.

Os dados obtidos a partir de estudos nas últimas décadas mostram que os DIUs podem ser indicados para nulíparas, fundamentados em estudos sobre eficácia e segurança. A contracepção intrauterina apresenta baixa taxa de falha independentemente da paridade. No primeiro ano de uso, as taxas de falha com o uso típico são de 0,2% para o SIU-LNG e de 0,8% para o DIU de cobre, ressaltando-se que, no uso perfeito, os índices são de 0,2% e 0,6%, respectivamente (A).<sup>(2)</sup> Comparações entre as taxas de falha dos DIUs estratificadas pela paridade confirmam os baixos índices. A análise de 1600 mulheres (incluindo 989 nulíparas)

que utilizaram o SIU-LNG demonstraram taxas de falha de 0,14% e 0,55% em seguimento de um e três anos, respectivamente (A).<sup>(33)</sup>

A alta taxa de satisfação e continuidade, tanto com o DIU de cobre quanto com o SIU-LNG foram reportadas entre as participantes do estudo CHOICE norte americano, que não foram afetados pela paridade (A).<sup>(34)</sup> No primeiro ano de uso, 85% e 80% das mulheres estavam satisfeitas com o uso do SIU-LNG e com o DIU de cobre T380A, respectivamente. A taxa de continuidade também não foi influenciada pela paridade, atingindo 88% e 84% para o SIU-LNG e DIU de cobre. Os índices de satisfação e continuidade também permaneceram elevados na Europa, em análise de 8680 mulheres que usaram o SIU-LNG, nas quais 8% eram nulíparas (C).<sup>(35)</sup>

Os eventos adversos relacionados aos DIUs em nulíparas incluem problemas durante a inserção, como dor e dificuldades técnicas, além de taxas de expulsão e perfuração. A maior parte das inserções de DIUs em nulíparas ocorrem sem complicações, mas podem ser mais dolorosas ou apresentarem maior grau de dificuldade, refletindo-se em menor sucesso quando comparadas à inserções em mulheres com parto anterior (B).<sup>(29)</sup> De fato, estudos que avaliaram a dor na inserção por meio de escalas visuais confirmaram maior graduação entre nulíparas, embora os patamares indicados da dor permanecessem em níveis moderados, mesmo com o uso de ibuprofeno antes da inserção (A).<sup>(36)</sup> Por outro lado, o uso do cetorolaco por via intramuscular utilizado 30 minutos antes da inserção mostrou taxas significativamente menores de dor no momento da inserção, porém 15 minutos após 20% das mulheres referiram que a dor no local da injeção apresentou maior intensidade que a própria inserção do DIU (A).<sup>(37)</sup> Outras medidas como o uso da lidocaína gel pela via transcervical e vaginal também não mostraram diferenças quanto a dor, contemplados em análise de revisão sistemática onde não se encontraram evidências suficientes para o emprego rotineiro de medicações analgésicas no procedimento de inserção dos DIUs (A).<sup>(28)</sup> Outra revisão sistemática recente encontrou quinze estudos clínicos randomizados, avaliando o misoprostol, antiinflamatórios não esteróides e anestésicos locais (A).<sup>(38)</sup> As evidências não mostraram maior facilidade à inserção, redução da necessidade de técnicas de dilatação do colo uterino ou maiores taxas de sucesso. Apenas um estudo, com mulheres que tinham apresentado falha à inserção mostrou que no grupo que usou misoprostol antes do procedimento, as taxas de sucesso foram maiores que no placebo (A).<sup>(38)</sup> O uso de diclofenaco mais lidocaína a 2% intracervical também não mostrou efeito positivo sobre a inserção (A).<sup>(38)</sup>

Outros efeitos adversos, como o sangramento, expulsão e perfuração com o emprego dos DIUs em nulíparas apresentam taxas semelhantes as encontradas entre múltíparas (A),<sup>(15)</sup> (C),<sup>(16)</sup> (C).<sup>(22)</sup> Dados mais recentes do estudo CHOICE, avaliando adolescentes entre 14 e 19 anos, mostrou taxa relativamente elevada de expulsões (18%), sendo que o risco de expulsão com o DIU de cobre e com o SIU-LNG foram 3 e 2 vezes maiores, respectivamente, em comparação às mulheres de outras faixas etárias (A).<sup>(20)</sup> Todavia, não houve diferença nas taxas de expulsão entre as adolescentes de acordo com a paridade. Ressalte-se que, na amostra total desse mesmo estudo, o número de expulsões entre as nulíparas foi significativamente menor do que o encontrado entre múltíparas (A).<sup>(20)</sup> No mesmo sentido, não são encontradas evidências acerca do aumento no risco de DIP, tampouco maior tempo de retorno à fertilidade com o uso de DIUs em nulíparas (A),<sup>(23)</sup> (B).<sup>(24-26)</sup>

A somatória das evidências provenientes dos estudos que envolveram os DIUs nos últimos anos foi responsável pelo aumento do uso em populações específicas, como em adolescentes, a partir de diretrizes que suportam que o uso de DIUs é apropriado para adolescentes, corroborado por entidades médicas internacionais e no Brasil.<sup>(30-32)</sup>

## CONCLUSÃO

O uso de DIUs em nulíparas pode ser indicado, com benefícios que superam os riscos suportados por evidências consistentes, incluindo elevada eficácia, aceitação e segurança. A nuliparidade associa-se a maior intensidade da dor e dificuldades técnicas decorrentes da inserção. Entretanto, a maior parte das inserções são bem toleradas, refletindo-se em elevada continuidade e taxas de expulsão menores do que as encontradas em múltíparas. Não há aumento no risco de perfuração, doença inflamatória pélvica e infertilidade com o uso dos DIUs em nulíparas.

## REFERÊNCIAS

1. Lohr PA, Lyus R, Prager S. Use of intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception*. 2017;95(6):529–37.
2. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397–404.

3. Daniels K, Daugherty J, Jones J, Mosher W. Current contraceptive use and variation by selected characteristics among women aged 15–44: United States, 2011–2013. *Natl Health Stat Report*. 2015;(86):1–14.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. 300 p.
5. Luchowski AT, Anderson BL, Power ML, Raglan GB, Espey E, Schulkin J. Obstetrician-gynecologists and contraception: practice and opinions about the use of IUDs in nulliparous women, adolescents and other patient populations. *Contraception*. 2014;89(6):572–7.
6. Tyler CP, Whiteman MK, Zapata LB, Curtis KM, Hillis SD, Marchbanks PA. Health care provider attitudes and practices related to intrauterine devices for nulliparous women. *Obstet Gynecol*. 2012;119(4):762–71.
7. MIRENA (Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System) Initial U.S. Approval: 2000 [Internet]. [cited 2018 Mar 28]. Available from: [http://labeling.bayerhealthcare.com/html/products/pi/Mirena\\_PI.pdf](http://labeling.bayerhealthcare.com/html/products/pi/Mirena_PI.pdf)
8. Paragard Intrauterine Copper Contraceptive prescribing informationb [Internet]. [cited 2018 Mar 28]. Available from: <http://paragard.com/Pdf/ParaGard-PI.pdf>
9. World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.
10. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016 ;65(3):1–103.
11. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, et al. U.S. selected practice recommendations for contraceptive use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(4):1–66.
12. Wiebe ER, Trouton KJ, Dicus J. Motivation and experience of nulliparous women using intrauterine contraceptive devices. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010;32(4):335–8.
13. Sivin I, Stern J. Long-acting, more effective copper T IUDs: a summary of U.S. experience, 1970-75. *Stud Fam Plann*. 1979;10(10):263–81.



14. Aoun J, Dines VA, Stovall DW, Mete M, Nelson CB, Gomez-Lobo V. Effects of age, parity, and device type on complications and discontinuation of intrauterine devices. *Obstet Gynecol.* 2014;123(3):585–92.
15. Suhonen S, Haukkamaa M, Jakobsson T, Rauramo I. Clinical performance of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and oral contraceptives in young nulliparous women: a comparative study. *Contraception.* 2004;69(5):407–12.
16. Brockmeyer A, Kishen M, Webb A. Experience of IUD/IUS insertions and clinical performance in nulliparous women—a pilot study. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2008;13(3):248–54.
17. Wildemeersch D, Janssens D, Vrijens M, Weyers S. Ease of insertion, contraceptive efficacy and safety of new T-shaped levonorgestrel-releasing intrauterine systems. *Contraception.* 2005;71(6):465–9.
18. Hall AM, Kutler BA. Intrauterine contraception in nulliparous women: a prospective survey. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2016;42(1):36–42.
19. Hubacher D. Copper intrauterine device use by nulliparous women: review of side effects. *Contraception.* 2007;75(6 Suppl):S8–11.
20. Madden T, McNicholas C, Zhao Q, Secura GM, Eisenberg DL, Peipert JF. Association of age and parity with intrauterine device expulsion. *Obstet Gynecol.* 2014;124(4):718–26.
21. Caliskan E, Oztürk N, Dilbaz BO, Dilbaz S. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2003;8(3):150–5.
22. Veldhuis HM, Vos AG, Lagro-Janssen AL. Complications of the intrauterine device in nulliparous and parous women. *Eur J Gen Pract.* 2004;10(3):82–7.
23. Gemzell-Danielsson K, Apter D, Hauck B, Schmelter T, Rybowski S, Rosen K, et al. The effect of age, parity and body mass index on the efficacy, safety, placement and user satisfaction associated with two low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive systems: subgroup analyses of data from a phase III trial. *PLoS One.* 2015;10(9):e0135309.
24. Delborge W, Bátár I, Bafort M, Bonnivert J, Colmant C, Dhont M, et al. Return to fertility in nulliparous and parous women after removal of the GyneFix intrauterine contraceptive system. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2002;7(1):24–30.

- 25.** Doll H, Vessey M, Painter R. Return of fertility in nulliparous women after discontinuation of the intrauterine device: comparison with women discontinuing other methods of contraception. *BJOG*. 2001;108(3):304–14.
- 26.** Andersson K, Batar I, Rybo G. Return to fertility after removal of a levonorgestrel-releasing intrauterine device and Nova-T. *Contraception*. 1992;46(6):575–84.
- 27.** Allen RH, Carey MS, Raker C, Goyal V, Matteson K. A prospective cohort study of pain with intrauterine device insertion among women with and without vaginal deliveries. *J Obstet Gynaecol*. 2014;34(3):263–7.
- 28.** Lopez LM, Bernholc A, Zeng Y, Allen RH, Bartz D, O’Brien PA, et al. Interventions for pain with intrauterine device insertion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;7(7):CD007373.
- 29.** Harvey C, Bateson D, Wattimena J, Black KI. Ease of intrauterine contraceptive device insertion in family planning settings. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2012;52(6):534–9.
- 30.** Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. *Pediatrics*. 2014;134(4):1244–56.
- 31.** Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 539: Adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol*. 2012;120(4):983–8.
- 32.** Machado RB, Monteiro IM, Magalhães J, Guazzelli CA, Brito MB, Finotti MF, et al. Long-acting reversible contraception. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017;39(6):294–308.
- 33.** Eisenberg DL, Schreiber CA, Turok DK, Teal SB, Westhoff CL, Creinin MD; ACCESS IUS Investigators. Three-year efficacy and safety of a new 52-mg levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception*. 2015;92(1):10–6.
- 34.** Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, Petrosky E, Madden T, Eisenberg D, et al. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol*. 2011;117(5):1105–13.
- 35.** Hall AM, Kutler BA. Intrauterine contraception in nulliparous women: a prospective survey. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2016;42(1):36–42.

- 36.** Hubacher D, Reyes V, Lillo S, Zepeda A, Chen PL, Croxatto H. Pain from copper intrauterine device insertion: randomized trial of prophylactic ibuprofen. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(5):1272–7.
- 37.** Ngo LL, Ward KK, Mody SK. Ketorolac for pain control with intrauterine device placement: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2015;126(1):29–36.
- 38.** Zapata LB, Jatlaoui TC, Marchbanks PA, Curtis KM. Medications to ease intrauterine device insertion: a systematic review. *Contraception.* 2016;94(6):739–59.







# O NÚMERO 1

em **PREFERÊNCIA** das mulheres  
do projeto **CHOICE**<sup>1</sup>

**Mirena® foi o método mais escolhido do projeto e as mulheres que utilizaram tiveram a maior taxa de satisfação e continuidade entre todos os métodos.<sup>1\*</sup>**

**Eficácia e  
comodidade  
da adolescência  
à menopausa.<sup>2,3</sup>**

MIRENA® - LEVONORGESTREL. REG. MS-1.0020.0087. INDICAÇÕES: CONTRACEPÇÃO, MENORRAGIA IDIOPÁTICA, PREVENÇÃO DA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL NA TERAPIA DE REPOSIÇÃO ESTROGÊNICA. CONTRA-INDICAÇÕES: SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ, DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA ATUAL OU RECORRENTE, INFECÇÃO DO TRATO GENITAL INFERIOR, ENDOMETRITE PÓS-PARTO, ABORTO INFECTADO DURANTE OS ÚLTIMOS 3 MESES; CERVICITE; DISPLASIA CERVICAL; TUMOR MALIGNO UTERINO OU CERVICAL; TUMORES PROGESTÓGENO – DEPENDENTES; SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL NÃO-DIAGNOSTICADO; ANOMALIA UTERINA CONGÊNITA OU ADQUIRIDA QUE CAUSAM DEFORMAÇÃO DA CAVIDADE UTERINA; CONDIÇÕES ASSOCIADAS COM AUMENTO DE SUSCEPTIBILIDADE A INFECÇÕES; DOENÇA HEPÁTICA AGUDA OU TUMOR HEPÁTICO; HIPERSENSIBILIDADE AO PRINCÍPIO ATIVO OU A QUALQUER UM DOS EXCIPIENTES, CUIDADOS E ADVERTÊNCIAS; ENXAQUECA FOCAL COM PERDA VISUAL ASSIMÉTRICA OU OUTROS SINTOMAS INDICATIVOS DE ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITÓRIA; CEFALÉIA EXCEPCIONALMENTE INTENSA; ICTERICIA; AUMENTO ACENTUADO DA PRESSÃO ARTERIAL; DOENÇA ARTERIAL GRAVE, CARDIOPATIA CONGÊNITA OU VALVULOPATIA. A GLICEMIA DEVE SER CONTROLADA EM PACIENTES DIABÉTICAS. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: INDUTORES DE ENZIMAS DO CITOCROMO P450, NÃO SE ESPERA QUE SEJA DE MAIOR IMPORTÂNCIA, CONSIDERANDO O MECANISMO DE AÇÃO LOCAL DE MIRENA®. EVENTOS ADVERSOS: HIPERSENSIBILIDADE, HUMOR DEPRIMIDO, DEPRESSÃO, CEFALÉIA, ENXAQUECA, ACNE, HIRSUTISMO, ALOPECIA, DOR NAS COSTAS, ALTERAÇÕES NO PADRÃO DE SANGRAMENTO, INFECÇÃO DO TRATO GENITAL SUPERIOR, CISTOS OVARIANOS, DISMENORRÉIA, MASTALGIA, PERFURAÇÃO UTERINA, EXPULSÃO, VULVOVAGINITES, AUMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL. POSOLOGIA: INSERIR UMA UNIDADE DE MIRENA® NA CAVIDADE UTERINA. CADA ADMINISTRAÇÃO É EFICAZ POR 5 ANOS. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SAC 08007021241.

**CONTRA INDICAÇÕES: SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ.**

**INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: INDUTORES DE ENZIMAS DO CITOCROMO P450.**

REFERÊNCIAS: • 1. PEIPERT ET AL. CONTINUATION AND SATISFACTION OF REVERSIBLE CONTRACEPTION. OBSTETRICS & GYNECOLOGY 117,1105-13, 2011. • 2. SUHONEN ET AL. CLINICAL PERFORMANCE OF A LEVONORGESTREL - RELEASING INTRAUTERINE SYSTEM AND ORAL CONTRACEPTIVES IN YOUNG NULLIPAROUS WOMEN: A COMPARATIVE STUDY. CONTRACEPTION 2004; 69: 407-412. • 3. SUHONEN SP, HOLMSTRÖM T, ALONENHO, LÄTTENMÄKI P. INT RAUTERINE AND SUBDERMAL PROGESTIN ADMINISTRATION IN POSTMENOPAUSAL HORMONE REPLACEMENT THERAPY. FERTILSTERIL 1996; 63:336-42. \* VERSUS DIU DE COBRE, IMPLANTE, CONTRACEPTIVOS ORAIS, INJETÁVEIS, ADESIVO E ANEL VAGINAL.

MATERIAL DESTINADO EXCLUSIVAMENTE A PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
HABILITADOS A PRESCREVER OU DISPENSAR MEDICAMENTOS.

L.BR.MKT.08.2016.5823

 SAC 0800 7021241  
sac@bayer.com  
Respeito por você



WWW.MIRENA.COM.BR

# febrasgo

Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

PATROCINADOR



Se é Bayer, é bom

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-94091-02-4



9 788594 091024