

Anticoncepção  
On Line

# Manual de Anticoncepção



Sistema Intra-Uterino  
(Endoceptivo) - Mirena

Apoio:



## Sistema Intra-Uterino (Endoceptivo) - Mirena

*Mirena é um endoceptivo, ou seja, um sistema intra-uterino que libera hormônio (levonorgestrel) diretamente no útero. Pode ser utilizado como método anticoncepcional, no tratamento de distúrbios menstruais e na terapia de reposição hormonal. Este capítulo trata especificamente do uso de Mirena como método anticoncepcional.*

<b>Índice do Capítulo:</b>	<b>Pág.</b>
<b>A. Características</b>	
1. Tipos e Composição	3
2. Mecanismo de Ação	4
3. Eficácia	4
4. Desempenho Clínico	5
5. Efeitos Secundários	5
6. Riscos e Benefícios	5
7. Duração	7
<b>B. Modo de Uso</b>	
1. Início de Uso	7
2. Critérios Médicos de Elegibilidade	9
3. Momentos Adequados para Iniciar o Uso	11
4. Procedimentos para Iniciar o Uso do Método	11
5. Inserção de Mirena em detalhe	20
6. Acompanhamento	27
<b>C. Manejo das Intercorrências ou Complicações</b>	
1. Como Tratar os Problemas	28
2. Quando Interromper a Anticoncepção ou Trocar de Método	30
<b>D. Perguntas e Respostas</b>	31
<b>E. Critérios médicos de elegibilidade da OMS para Uso de Anticoncepcionais Orais Combinados de Baixa Dosagem</b>	32

## A. Características

### 1. Tipos e Modelos de Sistemas Intra-Uterinos

- **Mirena:** Sistema endoceptivo em forma de "T" com 32 mm de comprimento, radiopaco, cuja haste vertical é revestida com um cilindro de polidimetilsiloxano de 19 mm de comprimento contendo 52 mg de Levonorgestrel.

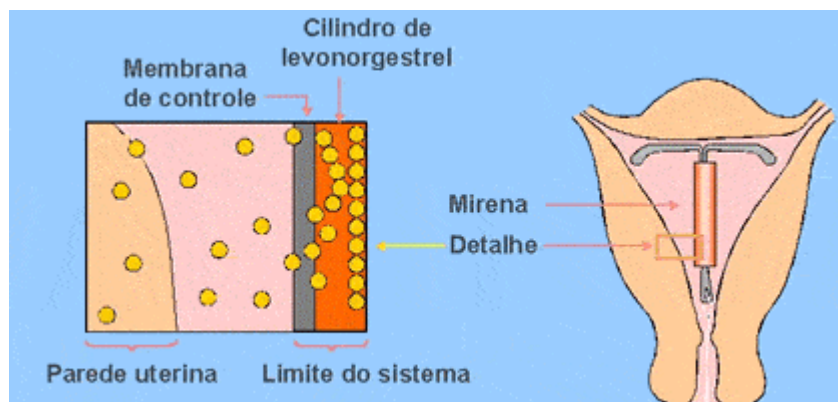


- 
- **Progestasert:** Modelo de sistema endoceptivo disponível em alguns países desde 1976. Contém 38 mg de progesterona, que é liberada na quantidade de 65 microgramas por dia na cavidade uterina.

### Comparação de algumas características dos Endoceptivos

Características	Progestasert	Mirena
Fabricante	Alza Corporation	Leiras - Schering
Conteúdo hormonal	38 mg	52 mg
Liberação/dia	60-70 microgramas	20 microgramas
Vida média	12-18 meses	5 -7 anos
Redução sangramento	40%	90%
Manchas	Permanente	2 -3 meses
Risco gravidez ectópica	Aumentado	Diminuído

### Apresentação esquemática do endoceptivo Mirena



#### 2. Mecanismo de Ação

- **Muco cervical:** diminui a produção, aumenta a viscosidade (relação água/mucina), inibição da migração espermática.
- **Efeitos endometriais:** aproximadamente 1 mês após a inserção, ocorrem supressão do epitélio endometrial (luminal e glandular) e intensa reação decidual do estroma. Essas alterações desaparecem 1 mês após a remoção do endoceptivo. Devido aos níveis elevados de levonorgestrel na cavidade uterina, ocorre insensibilidade do endométrio ao estradiol circulante (inibição da síntese do receptor de estradiol e efeito antiproliferativo).
- **Inibição da ovulação:** aproximadamente 45% a 90% dos ciclos permanecem ovulatórios
- **Outros efeitos:** efeitos útero-vasculares, inibição da motilidade espermática, reação de corpo estranho, mecanismos moleculares.

#### 3. Eficácia

A taxa de gravidez acumulada até 5 anos é de 0 - 0,2 por 100 mulheres. A taxa é similar à da esterilização cirúrgica e é muito baixa em todos os grupos etários.

**Importante:**

A taxa de gravidez ectópica do Mirena é muito baixa, de 0,02 por 1.000 mulheres; o DIU T Cu apresenta taxa de 0,9 por 1.000 mulheres

Fonte: Allonen, 1994.

Veja a tabela que mostra a **taxa de falha dos Métodos Anticoncepcionais** (na página 36).

#### 4. Desempenho Clínico

Os estudos indicam que as taxas de continuação de uso do Mirena em 5 anos variam entre 33 a 46,9 por 100 mulheres.

As causas mais freqüentes de abandono de uso são amenorréia, dor e expulsão. A freqüência de encerramentos por gravidez e infecção é muito baixa, em torno de 1% ou menos.

#### 5. Efeitos Secundários

São efeitos colaterais do Mirena:

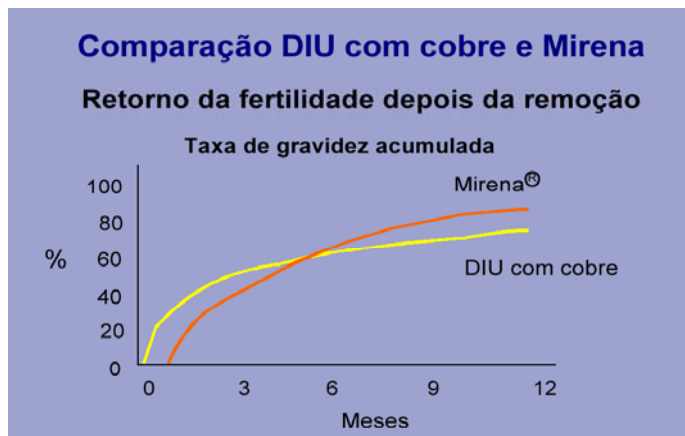
- Spotting ou manchas: são frequentes nos 2 -3 primeiros meses;
- Amenorréia: 20% em 1 ano e 50% em 5 anos;
- Efeitos hormonais: sensibilidade mamária, acne (14%);
- Outros efeitos: dor abdominal, dor nas costas, cefaléia, depressão, náuseas, edema.

**Importante !** Não previnem contra doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive HIV/AIDS. **Não** é um método indicado para mulheres com história recente de DST ou que têm múltiplos parceiros sexuais (ou que têm um parceiro com múltiplas parceiras ou parceiros sexuais).

#### 6. Riscos e Benefícios

- **Riscos**
  - perfuração da parede do útero (muito raro quando a inserção foi bem feita);

- algumas mulheres, ocasionalmente, podem sentir uma sensação de fraqueza e, excepcionalmente, desmaiar durante o procedimento;
  - pode deslocar-se e sair do útero, às vezes sem que a mulher se dê conta.
- **Benefícios**
- método de longa duração. O Mirena dura entre 5 e 7 anos;
  - uma única decisão leva a anticoncepção eficaz e duradoura;
  - muito eficaz;
  - não interfere nas relações sexuais;
  - não diminui o apetite sexual nem o prazer;
  - previne gravidez ectópica;
  - rapidamente reversível; o retorno da fertilidade no 1º ano é de 75,4% e no 2º ano, 81%. As taxas de recuperação da fertilidade são semelhantes às do DIU de cobre.



- 
- pode ser inserido imediatamente após aborto até 12 semanas ou após 4 semanas do parto;
- pode ser usado no tratamento de metrorragia, dismenorréia e miomas;
- pode ser usado na terapia de reposição hormonal da mulher menopausada, associado ao estrogênio (oral, implantes ou transdérmico);
- pode prevenir infecções genitais. As taxas de infecções genitais são menores entre usuárias de Mirena quando comparado com o DIU de cobre.

Comparação DIU com cobre e Mirena			
Taxa de descontinuação acumulada por infecções genitais há 5 anos			
Infecção	DIU com cobre	Mirena	p
DIP	2,2	0,8	<0,01
Endometrite	6,0	1,5	<0,007
Cervicite	1,1	0,8	<0,3
Colpíte	1,8	0,7	<0,5

## 7. Duração

### ▪ Prazo de Validade

O DIU é acondicionado em embalagem estéril; o prazo de validade do DIU na embalagem é de **3 anos**, de acordo com o fabricante; não se pode re-esterilizar após este prazo. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem.

### ▪ Duração de Uso

O Mirena está aprovado para 5 anos de uso (existem estudos clínicos mostrando que a eficácia se mantém até 7 anos). A efetividade do método se mantém durante todo o período de uso. Não há necessidade de períodos de "descanso" para inserir um novo Mirena após a mulher ter usado o anterior por um longo período.

## B. Modos de Uso

### 1. Início de Uso

Em geral, as mulheres podem usar o Mirena. Os endoceptivos podem ser usados em quaisquer circunstâncias por mulheres com as seguintes condições:

- 6 semanas ou mais após o parto, se há lactação;
- Pós aborto (primeiro trimestre);
- Idade de 20 anos ou mais;
- Fumante (qualquer idade);
- Hipertensão: Hipertensão arterial leve ou moderada: PA 140-159/90-99 e PA 160-179/100-109;
- História de pré-eclâmpsia;
- História de diabetes gestacional;

- Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar atual ou no passado;
- Cirurgias: Cirurgia de grande porte com ou sem imobilização prolongada;
- Cirurgia de pequeno porte sem imobilização;
- Varizes;
- Tromboflebite superficial;
- Doença cardíaca valvular não complicada;
- Cefaléia leve;
- Sangramentos: Sangramento irregular não volumoso, sangramento irregular volumoso e prolongado;
- Doença mamária benigna;
- História familiar de câncer de mama;
- Ectopia cervical;
- Doença inflamatória pélvica no passado, sem fatores de risco para DST, com gravidez subsequente;
- Doença biliar sintomática ou assintomática;
- História de colestase relacionada à gravidez;
- Portadora assintomática de hepatite viral;
- Antecedente de gravidez ectópica;
- Obesidade;
- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo);
- Talassemia;
- Anemia falciforme;
- Anemia ferropriva;
- Epilepsia;
- Esquistossomose não complicada ou com fibrose hepática;
- Malária;
- Uso de rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona) ou outros antibióticos;
- Multiparidade;
- Dismenorréia grave;
- Endometriose;
- Tuberculose não pélvica;
- Tumores ovarianos benignos (inclusive cistos);
- Cirurgia pélvica no passado.

**Importante!** As características e condições listadas acima pertencem à categoria 1 dos **critérios de elegibilidade da OMS**. As mulheres com as condições e problemas da



categoria 2 também podem usar este método, desde que com orientação adequada.

## 2. Critérios Médicos de Elegibilidade

Os **critérios médicos de elegibilidade** para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das(os) usuárias(os) de métodos anticoncepcionais. Não devem ser considerados uma norma estrita mas sim uma recomendação, que pode ser adaptada às condições locais de cada país. Consiste em uma lista de condições das(os) usuárias(os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classifica em 4 categorias, de acordo com a definição a seguir:

**OMS 1:** o método **pode ser usado sem restrições**.

**OMS 2:** o método **pode ser usado. As vantagens geralmente superam riscos** possíveis ou comprovados. As condições da categoria 2 devem ser consideradas na escolha de um método. Se a mulher escolhe este método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

**OMS 3:** o método **não deve ser usado**, a menos que o profissional de saúde julgue que a mulher pode usar o método com segurança. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Deve ser o método de última escolha e, caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário.

**OMS 4:** o método **não deve ser usado**. O método apresenta um risco inaceitável.

Para a lista completa dos critérios médicos de elegibilidade da OMS para uso de métodos anticoncepcionais, consulte **critérios médicos de elegibilidade**.

### Lista de critérios médicos de elegibilidade para Mirena

Faça à mulher as perguntas abaixo. Se ela responder não a todas as perguntas, então ela pode usar o DIU com cobre, se assim o desejar. Se ela responder sim a alguma pergunta, siga as instruções.

**1. Você acha que pode estar grávida?**

Não. **Sim.** Investigue a possibilidade de gravidez. Não insira o endoceptivo. Forneça espermicida e condons para a mulher usar até ter razoável certeza de que ela não está grávida.

**2. Nos últimos três meses, você teve sangramento vaginal anormal, especialmente nos intervalos entre menstruações ou após as relações sexuais?**

Não. **Sim.** Se a mulher teve sangramento vaginal inexplicado, que sugira uma condição médica subjacente, não insira o endoceptivo até diagnosticar o problema. Avalie a história e o exame pélvico. Identifique e trate o problema, se for apropriado, ou encaminhe.

**3. Você teve um parto há mais de 48 horas e menos de quatro semanas?**

Não. **Sim.** Adie a inserção do endoceptivo até quatro semanas ou mais depois do parto. Se necessário, forneça condons ou espermicida para a mulher usar até então.

**4. Você teve uma infecção após o parto?**

Não. **Sim.** Se a mulher tem infecção do trato genital durante os primeiros 42 dias após o parto, não insira o endoceptivo. Encaminhe para tratamento. Ajude-a a escolher um outro método eficaz.

**5. Você teve uma doença sexualmente transmissível (DST) ou doença inflamatória pélvica (DIP) nos últimos três meses? Você tem uma DST ou DIP, ou outra infecção qualquer nos órgãos genitais, atualmente? (Os sinais e sintomas de DIP são: infecção pélvica grave com dor no baixo ventre e, muitas vezes, corrimento vaginal anormal, febre, polaciúria e disúria). Entretanto, se a mulher não tem dor ou desconforto abdominal com a mobilização do colo uterino, ela provavelmente não tem uma infecção pélvica.**

Não. **Sim.** Não insira o endoceptivo agora. Recomende enfaticamente o uso de condons para proteção contra DST. Encaminhe ou trate a mulher e o(s) parceiro (s). O Mirena pode ser inserido três meses após a cura da infecção, a menos que haja a probabilidade de reinfecção.

**6. Você está infectada com o HIV? Você tem AIDS?**

Não. **Sim.** Se a mulher tem AIDS, está infectada com HIV ou está sendo tratada com medicação que deprime o seu sistema imune, a decisão de se colocar um endoceptivo deve ser feita com muito cuidado. Em geral, não coloque o Mirena a menos que outros métodos não sejam aceitáveis ou não estejam disponíveis. Seja qual for o método escolhido, recomende enfaticamente o uso de condons. Forneça-lhe condons.

**7. Você acha que pode contrair uma DST no futuro? Você ou o seu parceiro têm mais de um parceiro sexual?**

Não. **Sim.** Se a mulher corre risco de contrair uma DST, explique que as DST's podem levar à esterilidade. Encoraje-a a usar condons para proteção contra DST. Não insira o endoceptivo. Ajude-a a escolher um outro método.

### 8. Você tem câncer de mama, nos órgãos genitais ou tuberculose pélvica?

Não. **Sim.** Se a mulher tiver câncer cervical, de endométrio, de ovário, de mama, doença trofoblástica benigna ou maligna ou tuberculose pélvica, não insira o endoceptivo. Trate ou encaminhe para tratamento, conforme for apropriado. Ajude-a a escolher um outro método eficaz.

### 3. Momentos Apropriados para Iniciar o Uso

- **Mulher menstruando regularmente**
  - Entre o 1º e o 7º dia do ciclo menstrual.
- **Após o parto, durante a amamentação**
  - 6 a 8 semanas pós-parto.
- **Após aborto (< 12 semanas)**
  - Imediatamente, se não houver infecção.
  - Se houver infecção, trate e ajude a mulher a escolher um outro método eficaz. Depois de três meses, se não há mais infecção, a mulher não está em alto risco de re-infecção e não está grávida, o Mirena pode ser inserido.
- **Pós-menopausa**
  - 30 dias após terapia de reposição estrogênica, para o preparo do colo para inserção.

### 4. Procedimentos para Iniciar o Uso do Método

Antes de iniciar o uso de métodos anticoncepcionais, a mulher deve ser adequadamente orientada pelo profissional de saúde. Essa orientação deve abranger informações acuradas sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Uma orientação adequada permite a tomada de decisão baseada em informações, traduzindo a "escolha livre e informada".

**Importante:** a orientação adequada é fundamental para o sucesso do uso deste método. É muito importante que a mulher seja informada da elevada probabilidade de apresentar alterações menstruais, incluindo amenorréia, após a inserção de Mirena.

**Importante:** Para orientação e aconselhamento em anticoncepção, consulte **Orientação**.

Os procedimentos para iniciar o uso do método, relacionados abaixo, estão classificados em quatro categorias. Estes critérios foram desenvolvidos por um grupo de agências colaborativas da USAID e são orientados fundamentalmente para salientar os requisitos **mínimos** para a oferta de métodos anticoncepcionais em **regiões com poucos recursos**. O fato de não serem absolutamente necessários não significa que não devam ser utilizados em serviços que contam com recursos adequados; são procedimentos que significam boa prática médica. Deve-se salientar que, em muitas oportunidades, a falta de recursos para realizar alguns procedimentos francamente desnecessários (categoria D) é usada como justificativa para impedir o uso de alguns métodos anticoncepcionais.

<b>Categoria A</b>	essencial e obrigatório em todas as circunstâncias para o uso do método anticoncepcional.
<b>Categoria B</b>	médica/epidemiologicamente racional em algumas circunstâncias para otimizar o uso seguro do método anticoncepcional, mas pode não ser apropriado para todas (os) clientes em todos os contextos.
<b>Categoria C</b>	pode ser apropriado para uma boa atenção preventiva, mas não tem relação com o uso seguro do método anticoncepcional.
<b>Categoria D</b>	não somente desnecessários, mas irrelevantes para o uso seguro do método anticoncepcional.

Procedimento	Categoria
Exame pélvico (especular e toque bimanual)	A
Medida de pressão arterial	C
Exame das Mamas	C
Triagem de DST através de exames laboratoriais (indivíduos assintomáticos)	C
Deteção precoce do câncer de colo uterino	C
Testes laboratoriais rotineiros (colesterol, glicose, enzimas hepáticas)	D
Orientação geral:	A

- Eficácia
- Efeitos colaterais comuns
- Uso correto do método
- Sinais e sintomas para os quais deve retornar ao Serviço de Saúde
- Proteção contra DST

Itens específicos de orientação relacionados ao endoceptivo:

- Orientação sobre mudanças no padrão menstrual, incluindo a possibilidade de spotting ou manchas e/ou amenorréia.
- Comportamento de alto risco
- Orientação sobre o uso de condom para mulheres que, sob algumas circunstâncias, podem se tornar de alto risco para DST.

**Nota:** Mulheres que atualmente estão em alto risco para DST não devem receber o Mirena.

## I. Instruções Gerais:

•

**Mirena**

Fornecendo o

### IMPORTANTE

A mulher que escolhe o Mirena se beneficiará de uma boa orientação. Um provedor gentil, que dá ouvidos às suas preocupações, responde às suas dúvidas e fornece informações claras e práticas sobre os efeitos colaterais, especialmente sobre as alterações no fluxo menstrual e a dor após a inserção, estará ajudando-a a usar o endoceptivo com sucesso e satisfatoriamente.

**IMPORTANTE**

Toda mulher que escolhe o Mirena deve ter **acesso fácil à remoção do mesmo**. Todos os programas de atenção à saúde da mulher que oferecem o Mirena devem ter pessoal qualificado para removê-lo, ou, pelo menos, montar um esquema prático de encaminhamento para remoção.

**II. Instruções Específicas**

**Importante !** As orientações apresentadas a seguir são apenas a descrição resumida de um procedimento, que sob nenhuma circunstância deverão substituir o treinamento adequado.

**A. Inserindo o Mirena**

É necessário prática e treinamento adequados, sob supervisão direta, para aprender como inserir um Mirena. As instruções que se seguem constituem apenas um resumo e não uma descrição técnica detalhada do procedimento. Todos os provedores de planejamento familiar devem conhecer o procedimento de inserção de um endoceptivo e estar preparados para conversar com as mulheres sobre o mesmo.

- O provedor deve **fazer um exame pélvico cuidadoso** (bi-manual e especular), verificando a posição do útero, para certificar-se de que a mulher pode usar o Mirena com segurança e eficácia.
- A técnica de inserção consiste nas seguintes etapas:
  - Observar as medidas para prevenção de infecção: limpar cuidadosamente o colo uterino e a cavidade vaginal com

uma solução anti-séptica antes da inserção do Mirena;

- Pinçar o lábio anterior do colo uterino com uma pinça de Pozzi e inserir delicadamente o histerômetro através do canal cervical até atingir o fundo uterino. Deve-se tomar cuidado para não tocar as paredes vaginais ou as lâminas do espéculo com o histerômetro e deve-se passar o histerômetro somente uma vez pelo canal cervical;
- **Depois da histerometria**, carregar o dispositivo no tubo de inserção de acordo com as instruções do fabricante. Deve-se usar sempre um endoceptivo novo, pré-esterilizado e embalado individualmente;

○ A mulher deve **informar o provedor se sentir desconforto ou dor** em qualquer momento durante o procedimento. Analgésicos podem ser administrados 30 minutos antes do procedimento para diminuir as cólicas e dor.

○ Depois da inserção, o provedor pergunta à mulher como ela se sente. Se ela se sentir tonta ao se sentar, deve ficar deitada, repousando por cinco a dez minutos. A cólica não deve durar muito tempo.

Para obter mais detalhes sobre a técnica de inserção de Mirena, consulte **Técnica de Inserção** (na página 21).

## **B. Removendo o Mirena**

### **1. Motivos para a remoção**

**Importante !** Não se deve recusar ou adiar desnecessariamente a remoção de um endoceptivo quando

a mulher a solicita, seja qual for a razão do pedido, pessoal ou médica.

- A mulher solicita a remoção;
- Efeitos colaterais;
- Razões médicas:
  - gravidez,
  - doença inflamatória pélvica aguda (endometrite ou salpingite),
  - perfuração do útero,
  - o endoceptivo se deslocou (expulsão parcial),
  - sangramento vaginal anormal e volumoso que põe em risco a saúde da mulher.
  - Quando expirou o prazo de validade;

## 2. Para a remoção de um Mirena:

- A remoção do Mirena é relativamente simples e pode ser feita em qualquer momento do ciclo menstrual.
- Devem ser observadas as medidas para prevenção de infecção.
- Com cuidado, o provedor puxa delicadamente os fios do endoceptivo com uma pinça.
- Se o Mirena não sair facilmente, o provedor pode dilatar o colo usando uma pinça fina e longa, ou encaminhar a mulher a um profissional experiente, especialmente treinado.
- Remoção do Mirena com fios extraviados: Se o exame ecográfico é disponível e o Mirena com fios extraviados está bem posicionado, o endoceptivo não deve ser removido. Se os fios estão extraviados e não há possibilidade de se fazer ecografia, ou a ecografia mostra expulsão parcial (parte do endoceptivo no



canal cervical), o Mirena deve ser removido, certificando-se de que a mulher não esteja grávida. O Mirena pode ser removido no consultório com pinça, agulha de crochê ou algum outro instrumento apropriado.

### C. Explicando como usar

#### Observe os seguintes passos:

- Agende uma consulta de retorno dentro de quatro a seis semanas para um exame pélvico e revisão. O objetivo dessa consulta é verificar, através do exame físico, se o Mirena continua no lugar e se não há sinais de infecção. O retorno deve ser marcado para quando for mais conveniente para a mulher. Depois dessa consulta, as consultas de rotina seguintes deverão ser anuais.
- Certifique-se de que a mulher sabe:
  - identificar que está usando o endoceptivo Mirena;
  - quando retornar para remover ou trocar o Mirena (5 anos após a inserção). Converse com a mulher sobre como se lembrar da data em que deve retornar. Um novo Mirena pode ser inserido imediatamente após a remoção do antigo, se assim a mulher desejar;
  - que deve informar o seu médico ou profissional de saúde que ela usa um Mirena.

**Importante !** Forneça à mulher uma ficha em que estejam

escritos os dados sobre a inserção do Mirena, incluindo mês e ano, e a data para remoção.

a. **Forneça Instruções Específicas:**

A mulher que opta pelo Mirena deve saber como é o procedimento de inserção. Ela deve também entender o seguinte:

. **Ela poderá sentir:**

- i. um pouco de **cólica durante um ou dois dias** após a inserção; caso sinta cólica, ela pode tomar analgésicos;
- ii. um pouco de **secreção vaginal durante algumas semanas** após a inserção, que é normal;
- iii. **manchas ou "spotting"**, principalmente nos primeiros 2 - 3 meses.

a. **Checando a posição do Mirena:**

Ela deve aprender a verificar se o Mirena está no lugar. Ocasionalmente, o Mirena desloca-se e é expelido. Isso geralmente acontece no primeiro mês após a inserção ou durante a menstruação. Um endoceptivo pode deslocar-se sem que a mulher perceba.

i. **A mulher deve verificar se o Mirena está no lugar:**

1. uma vez por semana, durante o primeiro mês após a inserção;
2. se tiver sintomas de um problema sério;
3. periodicamente, a cada 2-3 meses.

ii. **Para verificar se o Mirena está no lugar, a mulher deve:**

1. lavar as mãos;
2. ficar de cócoras;

3. inserir 1 ou 2 dedos na vagina até sentir os fios do endoceptivo. Se achar que o Mirena está fora do lugar, ela deve procurar o serviço de saúde.

**Importante!** A mulher não deve puxar os fios para não deslocar o Mirena.

4. lavar as mãos, novamente.

b. **Oriente a mulher sobre os problemas mais comuns:**

**Descreva os sintomas de problemas sérios que requerem atenção médica imediata.**

Complicações sérias do uso do Mirena são raras. Ainda assim, a mulher deve procurar o serviço de saúde se ela apresentar quaisquer destes sintomas. O Mirena pode ou não ser a causa do problema.

**SINAIS DE ALERTA**

- **A mulher acha que pode estar grávida,** especialmente se ela apresenta sintomas de gravidez ectópica, tais como, por exemplo, sangramento vaginal anormal, dor abdominal ou sensibilidade abdominal, desmaios. A presença desses sintomas requer cuidado médico imediato.
- **A mulher acha que foi exposta a uma doença sexualmente transmissível ou tem HIV/AIDS.**
- **Ao verificar os fios do Mirena, a mulher acha que o Mirena se deslocou:**
  - ela não encontra os fios ou os fios parecem mais curtos ou longos;
  - ela percebe um abito de

- ela percebe um objeto de consistência dura na vagina ou no colo, que pode ser parte do Mirena.

- **Dor intensa, ou que vem aumentando no baixo ventre**, especialmente se acompanhada de febre e/ou sangramento nos intervalos entre as menstruações (e sinais e sintomas de doença inflamatória pélvica).

d. **Outros problemas comuns são:**

- Parceiro sexual sente os fios do Mirena durante a relação sexual e isso o incomoda. Na clínica, os fios podem ser aparados.
- Efeitos secundários esteróides durante o primeiro ano de uso: sensibilidade mamária, acne, edema.
- Ela ou o seu parceiro não estão satisfeitos com o Mirena.
- Expirou o prazo de validade; a mulher retorna para remover ou trocar o endoceptivo.
- A mulher deseja remover o Mirena por qualquer razão, a qualquer momento.
- A mulher tem dúvidas.
- A mulher deseja um outro método de planejamento familiar.

## 5. Inserção de Mirena em detalhe



O insertor consiste em:

- um tubo de inserção transparente, graduado em centímetros, móvel, com êmbolo interno transparente, fixo no cabo de inserção (branco) e com um anel de medição móvel, circular, de cor azul (para ser posicionado na marca que corresponde à histerometria).

- uma guia de deslizamento fixa (azul) no tubo de inserção, com um cabo de cor branca que sustenta a extremidade distal do tubo e do êmbolo. Cada lado do cabo tem uma fenda lateral cujos extremos distais apresenta uma marca em relevo e e na extremidade distal a fenda longitudinal que permite a fixação dos fios do sistema.



Detalhe da fenda lateral e da marca em relevo no cabo do insertor



1. Retirar o sistema da embalagem usando luvas estéreis.

Assegurar-se de que a guia do deslizamento esteja totalmente deslocada para a posição mais distante do manipulador e mais próxima ao extremo cervical do tubo de inserção.

2. Segurar o cabo do inseritor e certificar-se de que as hastes laterais estejam na posição horizontal.



3. Tracionar cuidadosamente os fios de remoção para obter a retração completa de Mirena para dentro do tubo de inserção, apoiando a guia de deslizamento com o dedo indicador ou polegar para que esta não se desloque de sua posição original



Observar que, nesta posição, as saliências arredondadas presentes nas extremidades das hastes laterais ocluem a abertura da extremidade do tubo de inserção.



4. Fixar os fios de remoção, tracionando-os com firmeza, na fenda existente na extremidade do cabo do inserotr, a fim de evitar a movimentação de Mirena no momento da inserção.



5. Ajustar o anel de medição na marca que corresponde à histerometria.

Manusear o insetor segurando a guia do deslizamento com o dedo indicador na posição inicial.

6. Introduzir o sistema delicadamente através do canal cervical



7. Introduzir o sistema até que o anel de medição fique situado a uma distância de 1,5 a 2,0 cm do colo de modo que haja espaço suficiente para a abertura das hastes laterais do endoceptivo.





8. Mantendo o inseritor em posição, retroceder a guia de deslizamento até alcançar a marcação em relevo no cabo do inseritor.



Ao retroceder a guia de deslizamento até a marca em relevo, as hastes laterais de Mirena são liberadas da cavidade uterina.



9. Empurrar o insertor suavemente em direção ao fundo uterino até que o anel de medição atinja o colo uterino. Neste momento, Mirena deve encontrar-se em posição fúndica na cavidade uterina.



10. Segurando o insertor na posição, liberar mirena totalmente, fazendo a guia de deslizamento retroceder por todo o trajeto. Os fios de remoção serão liberados da fenda de fixação automaticamente.



11. Retirar o insertor suavemente da cavidade uterina, cortando os fios a 2 cm do colo uterino.

**Importante:**

Para outras informações técnicas, consulte o site: [www.mirena.com.mx](http://www.mirena.com.mx).

## 6. Acompanhamento

Nas consultas de retorno:

- Faça um exame pélvico, principalmente se houver suspeita de:
  - doença sexualmente transmissível ou doença inflamatória pélvica;
  - endoceptivo mal posicionado.
- Pergunte se a mulher tem dúvidas ou quer conversar sobre qualquer assunto.
- Pergunte sobre a sua experiência com o Mirena, se ela está satisfeita ou se tem problemas. Forneça-lhe as informações ou a ajuda de que ela necessitar. Convide-a para retornar sempre que tiver dúvidas ou problemas. Se ela tem problemas que não podem ser resolvidos, ajude-a a escolher um outro método.
- Informe-a sobre as razões para retornar.
- Lembre-a do prazo de duração do Mirena e da data para remoção.
- Indague se ela teve quaisquer problemas de saúde desde o último retorno:
  - se ela apresenta uma condição que contra-indique o uso do Mirena, remova-o. Ajude-a a escolher um outro método.

## C. Manejo das Intercorrências ou Complicações

### 1. Como Tratar os Problemas

#### ▪ **Manchas ou spotting persistentes:**

- Há evidência de infecção ou outra anormalidade? Faça um exame pélvico para afastar doença cervical, gravidez ectópica ou doença inflamatória pélvica. Encaminhe ou trate quando necessário. A mulher pode continuar a usar o Mirena enquanto se submete à investigação.

Se não há evidência de infecção ou outra anormalidade, faz menos de 4 meses desde a inserção do Mirena, e o sangramento está dentro do esperado:

- Tranquelize-a, explicando que as manchas são comuns nos 4 primeiros meses. Se o Mirena está localizado em posição fúndica correta, progressivamente ocorre redução da duração e da quantidade do sangramento. Esta redução pode ser tão intensa, que muitas mulheres desenvolvem amenorréia.
- Pergunte se ela quer continuar a usar o Mirena:

Sim. Peça para ela retornar em três meses para outra avaliação. Se o sangramento continuar incomodando-a, recomende o uso de alguma droga anti-inflamatória não esteróide (exceto aspirina) para ajudar a diminuir a perda sanguínea.

Não. Remova o Mirena e ajude-a a escolher um outro método.

Se não há evidência de infecção ou outra anormalidade e mais de quatro meses se passaram desde a inserção do Mirena:

- Se o sangramento ou a dor são intensos, ou se a mulher preferir, remova o Mirena. Ajude-a a escolher um outro método.
- Se alguma condição anormal está causando o sangramento, trate ou encaminhe para tratamento.
- Se o sangramento é muito importante, examine a mulher para detectar sinais de anemia. Se sinais de anemia estiverem presentes, recomende a remoção do Mirena e ajude-a a escolher outro método.

- **Sangramento vaginal inexplicado e anormal que sugira gravidez ou uma condição médica subjacente**
  - Ela pode continuar a usar o Mirena enquanto se submete à investigação;
  - Avalie e trate a condição médica subjacente ou encaminhe para cuidado médico.
  
- **Dor no baixo ventre que sugira doença inflamatória pélvica (DIP)**
  - A doença inflamatória pélvica é incomum entre usuárias de Mirena; todavia, deve-se sempre estar atento aos sinais e sintomas sugestivos de DIP.
  
- **Doença sexualmente transmissível (DST) em atividade ou nos últimos três meses, ou cervicite purulenta aguda**
  - Remova o Mirena;
  - Diagnostique e trate a DST ou encaminhe.
  
- **Câncer cervical, endometrial ou ovariano ( aguardando tratamento)**

O Mirena deve ser removido para tratamento do câncer. Até começar o tratamento, a mulher pode ficar com o DIU se ela deseja, e segundo o julgamento de um médico experiente. Se existe risco de que o endoceptivo possa lesar algum tecido, ele deve ser removido.

- **Gravidez**
  - Se os fios do endoceptivo estão visíveis:
    - explique à mulher que a remoção é indicada devido ao risco de infecção grave. Explique também que ela corre um risco ligeiramente maior de ter um abortamento espontâneo.
    - se ela aceitar, remova o Mirena ou encaminhe para remoção. Explique que ela deve procurar um serviço de saúde se apresentar sangramento vaginal excessivo,

cólicas, dor, corrimento vaginal anormal ou febre.

- Se os fios do endoceptivo não estão visíveis:
  - Informe à mulher que ela apresenta risco aumentado para aborto espontâneo e infecção. A gravidez deve ser acompanhada cuidadosamente. Ela deve procurar o serviço de saúde imediatamente se apresentar sangramento vaginal, cólica, dor, corrimento vaginal anormal ou febre.

**Importante !** A taxa de gravidez ectópica entre as usuárias de Mirena é muito baixa, de 0,02/1.000 mulheres, e é menor do que a do DIU de cobre (0,9/1.000 mulheres). O Mirena oferece proteção contra gravidez ectópica mas, ocasionalmente, isto pode ocorrer. A gravidez ectópica coloca em risco a vida da mulher e requer tratamento imediato.

- **O parceiro se queixa dos fios**

Explique à mulher (e ao seu parceiro, se possível) que o que está sentindo é normal. Outras alternativas são: aparar os fios mais curto ou remover o Mirena.

**Importante !** Quando a mulher busca ajuda, certifique-se de que você entendeu bem o que ela quer. Depois da entrevista e orientação, pergunte a ela diretamente se quer continuar a usar o Mirena ou prefere que seja removido. **Ajude-a a decidir, sem pressioná-la.**

## 2. Quando Interromper a Anticoncepção ou Trocar de Método

Com base no princípio de escolha livre e informada do método anticoncepcional, a mulher pode optar por outro método se e quando assim o desejar, ou se apresentar problemas ou condições com os quais o uso do Mirena não é adequado.

Também é livre (e informada) a decisão da mulher optar por não usar qualquer método anticoncepcional, se assim o desejar por qualquer motivo.

## D. Perguntas & Respostas: Sistema Intra-Uterino (DIU)

### 1. O Mirena pode ser usado em qualquer idade?

**Sim.** Mirena pode ser usado, desde que com orientação apropriada, por mulheres a partir da menarca. Pode ser usado, desde que a mulher não corra risco de contrair uma doença sexualmente transmissível e tenha recebido aconselhamento adequado sobre os riscos e benefícios do uso. Pode ser usado depois da menopausa para terapia de reposição hormonal em associação com o estrogênio.

### 2. O uso de Mirena pode impedir a mulher de engravidar, mesmo depois de ter sido removido?

**Não.** Uma mulher pode engravidar tão logo o Mirena seja removido. Além disso, as taxas de infecções genitais são menores entre usuárias de Mirena quando comparado com o DIU de cobre.

### 3. Uma mulher que nunca teve filhos pode usar Mirena?

**Sim,** desde que ela não apresente doença sexualmente transmissível e que as chances de contrair DST sejam pequenas. O Mirena não é a primeira opção para a mulher que nunca teve filhos e deseja tê-los no futuro. Além disso, a probabilidade de ser expulso é maior na mulher que nunca teve filhos. Adequadamente informadas e aconselhadas, algumas mulheres podem, ainda assim, optar por esse método.

### 4. Se acontecer expulsão do endoceptivo, ele pode ser re-utilizado?

**Não.** Segundo as instruções do fabricante, em caso de expulsão deve-se inserir um novo endoceptivo, se for opção da mulher.

### 5. O Mirena pode ser re-esterilizado após vencimento da data de validade?

**Não.** Segundo as instruções do fabricante, o Mirena não pode ser re-esterilizado após o vencimento da data de validade e deve ser descartado.

### 6 .Quando se deve trocar o Mirena?

Mirena deve ser trocado após 5 anos de uso, conforme orientação do fabricante.

## E. Critérios médicos de elegibilidade da OMS para Uso do Sistema Intra-Uterino de Levonorgestrel

**Categoria 4:** O método não deve ser usado. O método apresenta um risco inaceitável.

- Gravidez <sup>(a)</sup>
- Infecção puerperal
- Após aborto séptico
- Sangramento vaginal inexplicado (antes da investigação, para início de uso) <sup>(b)</sup>
- Câncer de mama atual <sup>(c)</sup>
- Câncer de colo uterino (aguardando tratamento) - para início de uso <sup>(d)</sup>
- Câncer de endométrio (para início de uso) <sup>(e)</sup>
- Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos 3 meses (para iniciar o uso) <sup>(f)</sup>
- Doença sexualmente transmissível atual ou nos últimos 3 meses, incluindo cervicite purulenta <sup>(f)</sup>
- Doença trofoblástica gestacional maligna <sup>(g)</sup>
- Alterações anatômicas que distorcem a cavidade uterina <sup>(h)</sup>
- Mioma uterino com distorção da cavidade uterina
- Tuberculose pélvica (para iniciar o uso)

*<sup>(a)</sup> Nenhum método é indicado; qualquer risco potencial é considerado inaceitável. O uso de DIU durante a gravidez aumenta bastante o risco para abortamento espontâneo e aborto séptico.*

*<sup>(b)</sup> Se há suspeita de gravidez ou alguma condição médica subjacente, deve-se investigar e reavaliar a indicação do método após.*

*<sup>(c)</sup> O câncer de mama é um tumor sensível aos hormônios; é provável que o risco de progressão da doença seja menor do que com os anticoncepcionais orais combinados ou injetáveis.*

*<sup>(d)</sup> Pode aumentar o risco para infecção e sangramento durante a inserção; o DIU deve ser removido por ocasião do tratamento.*

*<sup>(e)</sup> Pode aumentar o risco para infecção, perfuração e sangramento durante a inserção; o DIU deve ser removido por ocasião do tratamento.*

*<sup>(f)</sup> O DIU aumenta muito o risco de doença inflamatória pélvica para essas mulheres.*

*<sup>(g)</sup> Pode aumentar o risco de perfuração uterina; não há dados que associam o DIU à recorrência de malignidade da doença.*

*<sup>(h)</sup> O correto posicionamento do DIU na cavidade uterina pode ser impossível.*

**Categoria 3:** O método não deve ser usado, a menos que o profissional de saúde julgue que a mulher pode usar o método com segurança. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Deve ser o método de última escolha e, caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário.

- Menos de 48 horas pós-parto (lactante ou não) <sup>(a)</sup>



- 48 horas a 4 semanas após o parto (não lactante) ou até 6 semanas após o parto (lactante) <sup>(a)</sup>
- Doença cardíaca isquêmica atual ou no passado (para continuação de uso) <sup>(b)</sup>
- Doença tromboembólica atual
- Enxaqueca com sintomas neurológicos focais (para continuação do uso)
- Câncer de ovário (para início do uso)
- Câncer de mama no passado e sem evidência de doença nos últimos 5 anos
- Risco aumentado para DST <sup>(c)</sup>
- Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos 3 meses (para continuação do uso) <sup>(c)</sup>
- HIV positivo ou AIDS, ou risco para HIV <sup>(d)</sup>
- Hepatite viral aguda <sup>(e)</sup>
- Cirrose grave (descompensada) <sup>(e)</sup>
- Tumores hepáticos benignos e malignos <sup>(e)</sup>
- Doença trofoblástica gestacional benigna
- Tuberculose pélvica (para continuação de uso) <sup>(f)</sup>

*<sup>(a)</sup> Não existem dados sobre os efeitos locais desse tipo de DIU sobre a involução uterina; além disso, pode haver risco de exposição do recém-nascido aos hormônios esteróides.*

*<sup>(b)</sup> Pode ocorrer redução do HDL-colesterol devido à ação hipoestrogênica.*

*<sup>(c)</sup> Existe aumento do risco para doença inflamatória pélvica.*

*<sup>(d)</sup> Existe aumento do risco para DST e doença inflamatória pélvica devido à supressão da resposta imunológica.*

*<sup>(e)</sup> O LNG é metabolizado pelo fígado e seu uso pode agravar uma condição pré-existente; além disso, existem dúvidas se o uso de progestogênio aumenta o risco para hepatoma.*

*<sup>(f)</sup> Existe aumento do risco para infecção secundária e sangramento.*

**Categoria 2:** O método pode ser usado. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. As condições da categoria 2 devem ser consideradas na escolha de um método. Se a mulher escolhe esse método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

- Pós-aborto no segundo trimestre <sup>(a)</sup>
- Menarca até < 20 anos <sup>(b)</sup>
- Hipertensão:
  - História de hipertensão onde não é possível aferir a pressão arterial
  - Hipertensão arterial: PA sistólica igual ou maior que 160 ou PA diastólica igual ou maior que 100 ou com doença vascular <sup>(c)</sup>
- Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular arterial (como idade avançada, fumo, diabetes e hipertensão)

- Antecedente de doença tromboembólica
- Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada
- Diabetes:
  - Diabetes insulino-dependente ou não
  - Diabetes com lesão vascular, neuropatia, retinopatia, nefropatia ou duração maior que 20 anos <sup>(d)</sup>
- Doença cardíaca isquêmica atual ou passada (para iniciar o uso) <sup>(c)</sup>
- AVC <sup>(c)</sup>
- Hiperlipidemias
- Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, risco de fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana subaguda, uso de anticoagulação) <sup>(e)</sup>
- Enxaqueca sem sintomas neurológicos focais <sup>(f)</sup>
- Enxaqueca com sintomas neurológicos focais (para início de uso)
- Sangramento volumoso e prolongado <sup>(para continuação do uso) (g)</sup>
- Sangramento vaginal inexplicado (para continuação do uso) <sup>(h)</sup>
- Nódulo mamário sem diagnóstico
- Neoplasia intraepitelial cervical <sup>(i)</sup>
- Câncer de colo uterino( aguardando tratamento, para continuação de uso)
- Câncer de ovário ou de endométrio <sup>(para continuação do uso)</sup>
- Passado de doença inflamatória pélvica, sem fatores de risco atuais e sem gravidez subsequente <sup>(j)</sup>
- Vaginite sem cervicite purulenta
- Doença biliar sintomática ou assintomática
- História de colestase relacionada ao uso de anticoncepcional oral combinado
- Cirrose leve (compensada)
- Mioma uterino <sup>sem distorção da cavidade uterina (k)</sup>
- Nuliparidade <sup>(l)</sup>
- Alterações anatômicas que não distorcem a cavidade uterina ou não interferem com a inserção do DIU (incluindo estenose ou lacerações de colo)
- Obesidade: IMC maior ou igual a 30kg/m<sup>2</sup>

<sup>(a)</sup> Há alguma preocupação sobre o risco de expulsão após aborto no segundo trimestre. Não existem dados sobre os efeitos locais do DIU-Nlg sobre a involução uterina

<sup>(b)</sup> Há aumento do risco de expulsão em mulheres jovens devido à nuliparidade e o risco de DST deve ser considerado.

<sup>(c)</sup> Existe preocupação com o risco potencial do efeito hipoestrogênico e a diminuição do HDL-colesterol com o uso do DIU-Lng.

<sup>(d)</sup> O DIU-Lng pode alterar o metabolismo lipídico e de carboidratos.

<sup>(e)</sup> É aconselhável o uso de antibioticoprofilaxia antes da inserção, se a mulher não está usando antibióticos regularmente.

<sup>(f)</sup> Pode haver piora da cefaléia.

*(g) O DIU-Lng pode provocar sangramento irregular, principalmente nos 3-6 primeiros meses de uso; a quantidade da perda sanguínea é reduzida.*

*(h) Não é necessário remover o DIU antes da avaliação.*

*(i) Existe alguma preocupação sobre a possibilidade de progressão do NIC com o uso do DIU-Lng.*

*(j) O risco atual de DST e o desejo de gravidez são fatores relevantes na escolha do método.*

*(k) Miomas uterinos pré-existentes podem distorcer a cavidade uterina e dificultar o correto posicionamento do DIU.*

*(l) Nuliparidade está associada com aumento do risco para expulsão.*

### **Categoria 1:** O método pode ser usado sem restrições.

- 4 semanas ou mais após o parto (não lactantes) ou 6 semanas ou mais após o parto (lactantes)
- Pós-aborto (primeiro trimestre)
- Idade de 20 anos ou mais
- Fumante (qualquer idade)
- Hipertensão:
  - Hipertensão adequadamente controlada se não é possível avaliar a PA
  - Hipertensão arterial: PA sistólica 140-159 ou PA diastólica 90-99
  - História de pré-eclâmpsia
- História de diabetes gestacional
- História familiar de doença tromboembólica (parentesco de 1º grau)
- Cirurgias:
  - Cirurgia de grande porte sem imobilização prolongada
  - Cirurgia de pequeno porte sem imobilização
- Varizes
- Tromboflebite superficial
- Doença cardíaca valvular não complicada
- Cefaléia leve <sup>ou grave</sup>
- Sangramentos:
  - Sangramento irregular não volumoso
  - Sangramento irregular volumoso e prolongado (para iniciar o uso)
- Doença mamária benigna
- História familiar de câncer de mama
- Ectopia cervical
- Doença inflamatória pélvica no passado, sem fatores de risco para DST, com gravidez subsequente
- História de colestase relacionada à gravidez
- Portador assintomático de hepatite viral
- Antecedente de gravidez ectópica
- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo)

- Talassemia
- Anemia falciforme
- Anemia ferropriva
- Epilepsia
- Esquistossomose não complicada ou com fibrose hepática
- Malária
- Antibióticos:
  - Uso de rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona)
  - Outros antibióticos
- Multiparidade
- Dismenorréia grave
- Endometriose
- Tuberculose não pélvica
- Tumores ovarianos benignos (inclusive cistos)
- Cirurgia pélvica no passado

### Taxa de Falha dos Anticoncepcionais

Eficácia por Grupo	Método	Uso Rotineiro	Uso Correto e Consistente
Sempre alta eficácia	Vasectomia	0.1	0.1
	Injetáveis Trimestrais	0.3	0.3
	Injetáveis Mensais*	0.3	0.1
	Ligadura	0.5	0.5
	DIU TCu-380A	0.8	0.6
	Mini-pílula na lactação	1	0.5
	Norplant	0.1	0.1
	Mirena	0.2	0.2
Eficácia média em uso rotineiro. Alta eficácia quando usado correta e consistentemente	LAM (só 6 meses)	2	0.5
	Pílula combinada	6-8	0.1
Eficácia baixa em uso rotineiro. Eficácia média quando usado correta e consistentemente	Condom	14	3
	Diafragma/espermicida	20	6
	Abstinência periódica	20	1-9
	Condom feminino	21	5
	Espermicidas	26	6

(Número de gravidez por cada 100 mulheres que usam os métodos durante um ano)

Adaptado do livro "The Essentials of Contraceptive Technology", Johns Hopkins

Population Information Program, 1998

\* Newton, J.R. J. Obstet. Gynaecol, 1994.