

PROTOCOLO	ELABORAÇÃO	REVISÃO	VERSÃO	Nº PÁGINAS
48	Dezembro/2024	Dezembro/2026	01	08
<b>PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO – POP</b> <b>DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE - DIU</b>				
<b>OBJETIVO:</b> Organizar o fluxo e encaminhamentos de inserção de DIU de Cobre			<b>COMPETÊNCIA:</b> Enfermeiros e médicos.	

## INTRODUÇÃO

O dispositivo intrauterino - DIU é um método contraceptivo de alta efetividade - acima de 99%, índice maior ao da pílula anticoncepcional é equivalente à laqueadura. Ele pode ser inserido em qualquer momento da vida reprodutiva, inclusive em mulheres que não tiveram filhos, desde que esteja descartada a possibilidade de gravidez.

## MECANISMO DE AÇÃO

O DIU de cobre atua enquanto contraceptivo por meio dos seguintes mecanismos:

- ✓ Provoca mudanças no endométrio (parede do útero) pela liberação de íons de cobre na cavidade uterina, levando a uma ação inflamatória e citotóxica com efeito espermicida, ou seja, impede a passagem dos espermatozoides, agindo antes da fecundação.
- ✓ Aumenta a concentração de cobre no muco cervical, ocasionando uma dificuldade de mobilidade para os espermatozoides.
- ✓ Alteração de mecanismos das trompas, o que dificulta a movimentação do óvulo em direção ao útero e à fecundação.

## CONTRAINDICAÇÕES

- ✓ Gestação;
- ✓ Prolapso uterino total;
- ✓ câncer do colo do útero e câncer de endométrio;
- ✓ Imunodepressão grave pelo HIV (AIDS nos estágios clínicos 3 e 4);
- ✓ Trombocitopenia severa e outros distúrbios graves da coagulação;
- ✓ Período compreendido entre 48 horas e 1 mês pós-parto;

- ✓ Sangramento uterino anormal de origem desconhecida;
- ✓ Doença trofoblástica gestacional em tratamento;
- ✓ Distorções da cavidade uterina congênitas (malformações uterinas) ou adquiridas (miomas, pólipos, estenose do colo uterino) quando estas impedem a introdução ou a permanência do diu no interior da cavidade uterina;
- ✓ Identificação ao exame físico de sinais sugestivos de cervicite, doença inflamatória pélvica aguda, endometrite crônica ou tuberculose pélvica. A inserção do diu pode ser realizada imediatamente após o término do tratamento dessas afecções;
- ✓ Alergia ao cobre;

**Durante o pós-parto / pós aborto imediato é contraindicada a inserção do DIU na:**

- ✓ Presença de febre durante o trabalho de parto ou rotura de membranas amnióticas há mais de 24 horas;
- ✓ ocorrência de hipotonia / atonia uterina ou retenção placentária;
- ✓ Vigência de abortamento infectado.

#### **INDICAÇÃO DO DIU DE COBRE**

- ✓ Qualquer mulher em idade reprodutiva que não tenha nenhuma das contraindicações citadas;
- ✓ Pós-parto > 42 dias;

#### **VANTAGENS**

- ✓ Alta eficácia.
- ✓ Longa duração (10 anos).
- ✓ Reversível.
- ✓ Não hormonal.
- ✓ Disponível no sus.
- ✓ Pode ser inserido pós abortamento (induzido ou espontâneo).
- ✓ Pode ser retirado a qualquer momento.

#### **DESVANTAGENS**

- ✓ Aumento do fluxo menstrual, observado principalmente nos três primeiros meses de uso. Um moderado aumento pode permanecer por

períodos mais prolongados para algumas mulheres, cessando imediatamente com a retirada.

- ✓ Aumento ou aparecimento transitório de cólicas menstruais – especialmente nos primeiros meses.
- ✓ Possibilidade de expulsão, sendo mais comum no primeiro ano.
- ✓ Possibilidade de perfuração uterina durante a inserção, evento extremamente raro.
- ✓ Deslocamento

### **PROCEDIMENTO**

- ✓ Realizar consulta médica ou consulta de enfermagem, com avaliação clínica do paciente e esclarecimento sobre os métodos anticoncepcionais
- ✓ Após exclusão de contraindicações realizar o encaminhamento ao CEASM, via SISREG
- ✓ Selecionar o procedimento: ATENDIMENTO CLÍNICO P/ INDICAÇÃO, FORNECIMENTO E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)
- ✓ Inserir em FILA DE ESPERA.
- ✓ Após autorização da consulta, encaminhar paciente todos os documentos necessários e exames

### **EXAMES E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

- ✓ Documento de identificação original com foto
- ✓ CNS – Cartão Nacional de SUS
- ✓ B HCG – realizar solicitação e entregar à paciente (solicitar que a mesma realize a coleta 01 dia antes da consulta agendada no CEASM para inserção do DIU)
- ✓ Teste rápido para ISTs atualizado (últimos 3 meses), em puérperas realizar teste rápido novo após o parto;
- ✓ Citopatológico atualizado (resultado do último ano, exceto no pós parto < 90 dias, o qual a paciente deverá apresentar um resultado já realizado anteriormente.)
- ✓ Pacientes que tiveram histórico de sífilis, encaminhar o controle de VDRL (casos de recontaminação ou diagnóstico recente deverão ser tratadas antes do encaminhamento e apresentar comprovação do tratamento)

- ✓ Ficha de avaliação para inserção do DIU (anexo 1)
- ✓ Termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias (realizar orientação em consulta de encaminhamento sobre o procedimento, riscos e benefícios do método escolhido e solicitar assinatura do paciente ou responsável legal em caso de menores de 18 anos)

### **PÓS INSERÇÃO**

- ✓ Avaliar US TV na US da usuária. Se DIU deslocado encaminhar para CEASM via SISREG por vaga em tela para ginecologia
- ✓ Se deslocado e desejo da usuária inserir novamente repetir as orientações anteriores
- ✓ Retirada de DIU por outros motivos realizar consulta médica ou de enfermagem na Unidade de Saúde e orientar novo método contraceptivo ou pré-concepcional. Após escolha encaminhar para CEASM para retirar através do SISREG ou agendar retirada na UBS com o médico.

**ANEXO 01 – FICHA DE AVALIAÇÃO PARA INSERÇÃO DO DIU**

**FICHA DE AVALIAÇÃO PARA INSERÇÃO DO DIU**

**DADOS PESSOAIS**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ A \_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_

Telefone Contato: \_\_\_\_\_ Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Cartão SUS: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PESSOAIS**

Doenças Patológicas Progressas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos Uso Contínuo:

\_\_\_\_\_

Histórico de IST ( ) SIM ( ) NÃO \_\_\_\_\_

Controle de VDRL se histórico \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS**

Gestações: \_\_\_\_\_ Filhos Vivos: \_\_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_\_ Via de Parto: \_\_\_\_\_

Data último parto: \_\_\_\_\_

Puérpera: ( ) Sim ( ) Não Amamentação no momento: ( ) Sim ( ) Não

Data do Último Parto: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ D.U.M.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Método Contraceptivos Anteriores/Em uso: \_\_\_\_\_

( ) Recebi as orientações quanto à inserção do DIU e estou ciente que o tempo para adaptação do organismo ao DIU é de 6 meses, devendo não ser retirado antes (salvo exceções avaliadas e indicadas pelo médico).

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura da Paciente \_\_\_\_\_

**ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INSERÇÃO  
DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) HORMONAL OU NÃO-  
HORMONAL**

Este documento tem por objetivo informar-lhe sobre o procedimento de inserção de dispositivo intrauterino (DIU) escolhido pela Sra., bem como os riscos que decorrem da técnica a ser utilizada. A equipe do CEASM; médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo está a sua disposição para esclarecer as dúvidas. O momento é agora, antes da realização do procedimento.

Eu, \_\_\_\_\_  
abaixo assinado, declaro que após orientações da equipe de saúde sobre métodos contraceptivos, optei pelo método disponível: Dispositivo intrauterino (DIU).

Declaro, sob as penas da lei, que:

- Fui orientada de maneira clara e compreensível sobre todas as implicações e consequências do implante de Dispositivo Intrauterino (DIU) e estou ciente dos requisitos médicos para sua realização;
- Fui informada sobre os diversos métodos contraceptivos existentes, definitivos e não definitivos, tendo optado pelo uso do DIU;
- Fui informada que a inserção de dispositivo intrauterino não possui cem por cento (100%) de eficácia para a contracepção;
- Fui informada das complicações mais frequentes: - perfuração uterina, - expulsão do DIU, - dor pós inserção, - sangramento excessivo pós implante, - sangramento excessivo no período menstrual, - infecção uterina e de anexos uterinos, - gravidez (tópica ou ectópica)
- Fui informada que posso desistir de realizar o procedimento em epígrafe a qualquer momento, sem necessidade de apresentar qualquer explicação, podendo neste caso optar por outros métodos contraceptivos;
- Estou ciente que, como método anticoncepcional, o DIU também apresenta contraindicações, não devendo ser utilizado diante da suspeita de gravidez ou gravidez confirmada, suspeitas ou presença de tumores uterinos, em casos de sangramento vaginal

sem causa conhecida, nas más formações uterinas e na presença de infecções ginecológicas;

- Estou informada que este formulário não contém todas as complicações e riscos conhecidos ou passíveis de acontecer, mas apenas os mais frequentes;
- Sou sabedora de que a Secretaria Municipal da Saúde e o médico responsável pela inserção não terão qualquer responsabilidade em caso de falha na utilização do DIU acarretando gravidez.

Diante do exposto acima, declaro estar plenamente satisfeita com as informações recebidas e perfeitamente inteirada do alcance e das consequências inerentes à implantação do Dispositivo Intrauterino- DIU.

---

Assinatura e RG da Usuária ou responsável

Declaração do(a) Médico(a) Assistente: O procedimento descrito, incluindo todos os riscos e complicações foi por mim esclarecido à paciente, ou seu(sua) responsável, antes que este Termo de Consentimento Informado fosse assinado por ela.

---

Assinatura e carimbo do Médico

Lages, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

(IMPRIMIR 2 VIAS)

**1. REFERÊNCIAS**

MS – **Ministério da Saúde**. Manual Técnico Para Profissionais De Saúde – Diu Com Cobre T Cu 380 A. Brasília, 2018. Disponível em <[https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual\\_diu\\_08\\_2018.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf)>. Acesso em dez. 2024.

ANO	VERSÃO	ELABORAÇÃO	REVISÃO
2024	1ª	LETICIA BEATRIZ DE LIMA PICCININ	FRANCIELE MENDES DAYANE CRISTINA BORDIN