



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

PROTOSCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A
ATENÇÃO ESPECIALIZADA: **GINECOLOGIA**

Ouro Preto, outubro de 2026



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

Secretário Municipal de Saúde

Leandro Leonardo Assis Moreira

Secretária Adjunta de Saúde

Isabela Teixeira Rezende Guimarães

Gerente da Atenção Secundária/Terciária

Simone de Cassia Caetano

Diretora da Atenção Especializada

Sanley Soares Santiago Gomes

Gerente da Atenção Primária

Ricardo Duarte Pereira

Diretora de Programas e Estratégia na Atenção Primária

Luiza Poliana Godoy Paiva Gouveia

Diretor Técnico Policlínica Municipal de Ouro Preto

Roberto Gonçalves Machado

Responsável Técnico de Enfermagem Policlínica Municipal de Ouro Preto

Leonora de Campos Santos

Responsável técnica da Junta Reguladora

Taciana de Oliveira



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

COLABORADORES

Juliana Pessoa Moreira - Médica Reguladora

Vinicius de Abreu Rocha - Médico Ginecologista e Obstetra

Francisca Brandão Martins e Mafra - Médica Residente de Medicina de
Família e Comunidade



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	5
2. REGULAÇÃO.....	5
3. CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO.....	6
3.1 ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES.....	6
4. PROFISSIONAIS SOLICITANTES.....	6
5. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO E PRIORIDADE.....	6
5.1 PATOLOGIAS UTERINAS.....	6
5.1.1. SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL.....	6
5.1.2 MIOMATOSE.....	7
5.1.3. SUSPEITA DE NEOPLASIA DO ENDOMÉTRIO.....	7
5.1.4. PÓLIPO ENDOMETRIAL.....	7
• ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE PARA SERVIÇO DE ONCOGINECOLOGIA.....	7
• ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	8
5.2 PATOLOGIAS DA VULVA.....	8
5.3 DOR PÉLVICA CRÔNICA/ENDOMETRIOSE.....	8
5.4. CLIMATÉRIO.....	9
5.5 MASSA ANEXIAL.....	9
5.6 ANORMALIDADE DA ESTÁTICA PÉLVICA.....	10
5.7 GINECOLOGIA ENDOCRINOLÓGICA.....	10
5.8 PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	11
5.8.1 Laqueadura.....	11
5.8.2 DIU de Cobre.....	12
5.9 INFERTILIDADE.....	13
5.10 NEOPLASIA DE COLO UTERINO - ENCAMINHAR AO CEAE ITABIRITO.....	13
6. REFERÊNCIAS.....	15
7. ANEXOS	
ANEXO 1 - TCLE DIU.....	16



1. APRESENTAÇÃO

Os protocolos de encaminhamento são importantes ferramentas de gestão do cuidado, pois orientam as decisões clínicas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e funcionam como referência técnica para a análise das solicitações pelas equipes reguladoras.

A APS desempenha um papel estratégico nas Redes de Atenção à Saúde, sendo a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e o espaço onde se organiza e se coordena o cuidado dos usuários. Sua resolutividade depende diretamente da capacidade clínica e de cuidado das equipes, da incorporação adequada de tecnologias diagnósticas e terapêuticas e da articulação efetiva com os demais pontos da rede de atenção.

Este protocolo aborda aspectos essenciais do processo de referência de usuários com condições clínicas relacionadas à especialidade Ginecologia no município de Ouro Preto. Trata-se de um documento elaborado com base nas diretrizes do Ministério da Saúde e nas experiências locais de organização da atenção ambulatorial especializada.

O objetivo é padronizar os critérios de encaminhamento em Ginecologia, identificando os principais quadros clínicos que demandam avaliação especializada, os dados mínimos obrigatórios na solicitação e a definição de prioridades de atendimento. Dessa forma, busca-se garantir a qualificação do cuidado, a otimização dos fluxos assistenciais e a efetivação da integralidade da atenção no território.

2. REGULAÇÃO

A regulação organiza e qualifica o acesso aos serviços especializados, promovendo o uso adequado e equitativo dos recursos da Rede de Atenção à Saúde. Em Ouro Preto, os encaminhamentos são avaliados tecnicamente com base nas informações clínicas, nos critérios deste protocolo e na estratificação de risco. A equipe de reguladores será responsável pela avaliação técnica dos laudos, classificação de risco do paciente (P0, P1, P2) e de prioridades, baseados em critérios clínicos e nos protocolos de regulação.

P0: Situações clínicas graves que, embora não configurem emergência, requerem agendamento eletivo com máxima brevidade.



P1: Condições clínicas em que o tempo de espera pode comprometer o acesso oportuno a outros procedimentos subsequentes (como cirurgias ou exames complementares). Inclui também casos em que a demora pode interferir negativamente na evolução do quadro clínico.

P2: Não necessitam de um agendamento prioritário. Deverão seguir a ordem cronológica de entrada na lista de espera nas Unidades Solicitantes. Demandas de rotina/ acompanhamento.

3. CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- Motivo do encaminhamento, com registro dos sinais e sintomas atuais
- História clínica sucinta e relevante (incluindo tempo de evolução, fatores agravantes, comorbidades);
- Resultados de exames complementares já realizados;
- Tratamentos instituídos na APS e resposta clínica observada;
- Avaliação do grau de funcionalidade e impacto no cotidiano do paciente (quando pertinente).

3.1 ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES

Na primeira consulta no serviço especializado, oriente o paciente a levar:

- Formulário de referência devidamente preenchido (com dados clínicos e motivo do encaminhamento);
- Receitas dos medicamentos em uso;
- Exames complementares realizados.

4. PROFISSIONAIS SOLICITANTES

O encaminhamento deve ser realizado por médico(a) e enfermeiro(a) da Atenção Primária à Saúde (APS), médicos(as) especialistas da Atenção Secundária e/ou pela Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto.

5. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO E PRIORIDADE

5.1 PATOLOGIAS UTERINAS

5.1.1. SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

ATENÇÃO: sempre **descartar gravidez** (em mulher na menacme) e **sangramento por patologias cervicais** na investigação inicial de sangramento uterino anormal.



- **Mulher na menacme com:**

- Sangramento disfuncional sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (excluídas causas secundárias como alteração tireoidiana, hiperprolactinemia, escape por anticoncepcional hormonal de baixa dosagem);
- Sangramento uterino anormal associado a mioma, refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses;
- Sangramento uterino anormal associado a pólipos ou hiperplasia de endométrio (espessura endometrial maior ou igual a 12 mm por ecografia pélvica transvaginal realizada na primeira fase do ciclo menstrual);
- Sangramento uterino aumentado persistente em mulheres com fator de risco para câncer de endométrio (idade superior a 45 anos e pelo menos mais um fator de risco, como: obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica, uso de tamoxifeno);
- Suspeita de sangramento uterino anormal por discrasia sanguínea (sangramento uterino aumentado desde a menarca ou história familiar de coagulopatia ou múltiplas manifestações hemorrágicas) - nestes casos o encaminhamento pode ser feito para ginecologia ou hematologia.

- **Mulher na menopausa com:**

- Espessura endometrial maior ou igual a 5,0 mm evidenciada na ecografia pélvica transvaginal;
- Sangramento uterino anormal e impossibilidade de solicitar ecografia pélvica transvaginal.

5.1.2 MIOMATOSE

- Sintomas (sangramento, distensão abdominal/pélvica, dispareunia) que persistem após tratamento clínico otimizado por três meses.

5.1.3. SUSPEITA DE NEOPLASIA DO ENDOMÉTRIO

- Todos os casos.

5.1.4. PÓLIPO ENDOMETRIAL

- Todos os casos.

- **ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE PARA SERVIÇO DE ONCOGINECOLOGIA (VIA TFD)**

- Neoplasia do endométrio evidenciada em biópsia;
- Exame de imagem com lesão tumoral suspeita de neoplasia de endométrio.



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

- **ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA**

- Mulher com sangramento uterino anormal (com ou sem mioma) que apresenta instabilidade hemodinâmica ou anemia com sinais de gravidade.

- **CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE**

P0	Suspeita de câncer de endométrio, sangramento uterino anormal com repercussão hemodinâmica, mioma submucoso > 4cm com sangramento.
P1	Sangramento uterino anormal sem repercussão hemodinâmica.
P2	Mioma submucoso, pólipos endometriais e outras lesões uterinas sem sangramento.

5.2 PATOLOGIAS DA VULVA

- Tumores da vulva;
- Alterações vulvares / perineais causadas por HPV;
- Líquen vulvo-vaginal;
- Discromias;
- Prurido vulvovaginal crônico;
- Cisto de Bartholin;
- Hímen imperfurado;
- Hipertrofia de pequenos lábios, com impacto funcional;
- Mulheres com condiloma acuminado (verruca viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).
- Leucorreia de repetição (>2 episódios em 3 meses ou >3 episódios em 6 meses) ou episódio refratário à tratamento na APS

- **CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE**

P0	Tumores vulva.
P1	Condiloma, discromias de aparecimento recente.
P2	Líquen vulvo vaginal, prurido vaginal crônico, cisto de Bartholin, hímen imperfurado, hipertrofia de pequenos lábios, leucorreia de repetição.

5.3 DOR PÉLVICA CRÔNICA/ENDOMETRIOSE



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

- Dor pélvica por mais de 6 meses de origem ginecológica, refratária ao tratamento clínico otimizado, não associada a gestação;
- Alteração em exame de imagem ou exame físico sugestivo de endometriose.

• CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

P0	Dor pélvica crônica incapacitante.
P1	
P2	Demais casos.

5.4. CLIMATÉRIO

- Menopausa precoce (antes dos 40 anos);
- Persistência de sintomas associados ao climatério após tratamento clínico otimizado por 6 meses.

• CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

P0	
P1	Sintomas vasomotores, menopausa precoce.
P2	Demais casos.

5.5 MASSA ANEXIAL

- Em qualquer faixa etária:
 - Tumores em mulheres com sintomas (distensão ou dor abdominal, saciedade precoce ou perda de apetite, perda de peso involuntária, mudança hábito intestinal, etc.);
 - Tumores sólidos independente do tamanho;
 - Tumores císticos com aspecto complexo (multisseptado, conteúdo misto, projeções sólidas);
 - Tumores com ascite;
- Cistos simples em mulheres na menopausa.
- Cistos simples em mulheres na menacme se:
 - Menor que 8,0 cm que não tenham regredido em duas ecografias pélvicas transvaginais com intervalo de 3 meses entre elas;
 - Maior ou igual a 8,0 cm.



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaoasecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

• CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

P0	Tumores sintomáticos, sólidos, císticos com aspecto complexo ou tumores com ascite.
P1	Cistos simples maiores que 8,0cm.
P2	Demais casos.

5.6 ANORMALIDADE DA ESTÁTICA PÉLVICA

- Paciente com prolapso genital sintomático, independente do grau, que deseja tratamento cirúrgico;
- Paciente com prolapso genital e incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (exercícios para músculo do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida, como perda de peso, se necessário, e diminuição da ingestão de cafeína ou álcool);
- Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado (exercícios para músculos do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida (perda de peso quando necessário, diminuição ingestão de cafeína/álcool).

• CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

P0	Distopia genital grave, paciente cuja qualquer afecção ginecológica cirúrgica agrave alguma co-morbidade.
P1	
P2	Distopia urogenital leve a moderada.

5.7 GINECOLOGIA ENDOCRINOLÓGIA

ATENÇÃO: sempre **descartar gravidez** na investigação inicial de amenorreias

- Amenorreia primária:
 - Maiores de 14 anos sem caracteres sexuais secundários; ou
 - Maiores de 16 anos com caracteres sexuais secundários.
- Amenorreia secundária:
 - Se o diagnóstico ou manejo não está claro após investigação inicial;
 - Falência ovariana precoce;
 - História de exposição a rádio e/ou quimioterapia no passado;



- Hiperprolactinemia;
- Hirsutismo;
- Hiperandrogenismo;
- Síndrome dos ovários policísticos (SOP).

OBSERVAÇÃO: se hiperprolactinemia ou outras doenças hipofisárias/hipotalâmicas encaminhar paciente para **endocrinologia**.

• **CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE**

P0	Hiperprolactinemia com sintomas neurológicos.
P1	Amenorreia primária, hiperprolactinemia.
P2	Amenorreia secundária, Hirsutismo, SOP, hiperandrogenismo.

5.8 PLANEJAMENTO FAMILIAR

- Destinado a pacientes em idade fértil candidatas à:
 - Laqueadura tubária;
 - Inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU), nos casos que a Unidade Básica de Saúde não realizar a inserção
- Checar informações sobre outros [métodos disponíveis](#).

5.8.1 Laqueadura

- Checar [Nota Técnica Laqueadura](#);
- Documentos obrigatórios: [TCLE Laqueadura](#) (3 vias)

• **ATENÇÃO!**

A esterilização cirúrgica pode ser realizada nas seguintes condições ([Lei Federal nº 14.443/22](#)):

- Critério por filhos: Pessoas com 2 ou mais filhos vivos, desde que maiores de 18 anos.
- Critério por idade: Pessoas maiores de 21 anos, independentemente do número de filhos vivos.
- Consentimento: É dispensada a autorização expressa do cônjuge para a realização do procedimento.



- Laqueadura no parto: Permitida durante o período de parto, desde que observado o quadro clínico da paciente e garantido o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o parto.

5.8.2 DIU de Cobre

- Características do Método
 - Eficácia alta (similar à laqueadura tubária)
 - Mecanismo de ação: Ação local (intrauterina). Os íons de cobre causam alterações bioquímicas e inflamatórias no endométrio com efeito espermicida, espessam o muco cervical e alteram a motilidade dos espermatozoides e ovócitos.
 - Vantagens: Longa duração (até 10 anos), ótimo custo-benefício, comodidade (livre de esquecimentos diários), rápido retorno à fertilidade após a remoção e não interfere na lactação.
- Contraindicações Absolutas
 - Gravidez confirmada ou suspeita.
 - Sangramento vaginal de causa inexplicada.
 - Doença Inflamatória Pélvica (DIP) em atividade ou tuberculose pélvica.
 - Pós-aborto séptico imediato.
 - Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) com b-HCG elevado.
 - Miomas com distorção importante da cavidade uterina ou anormalidades anatômicas.
 - Câncer do colo do útero.
- Fluxo de Encaminhamento para Inserção (Policlínica)
 - Atendimento na UBS: A paciente deve passar por consulta de planejamento familiar com médico(a) ou enfermeiro(a) para orientações sobre o método, retirada de dúvidas e preenchimento de critérios de elegibilidade.
 - Documentação: Inexistindo contraindicações e mantido o desejo, o profissional deve fornecer o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do DIU (anexo I), que deve ser levado assinado pela paciente no dia do procedimento (onde será datado e carimbado pelo ginecologista).
 - Encaminhamento: A paciente deve ser encaminhada para a especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, com o complemento de "**Pequenas Cirurgias Ginecológicas**".
 - Requisitos para o dia do procedimento: Para realizar a inserção, a paciente deve atender a um dos seguintes critérios:



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

- Apresentar resultado de exame de Beta-HCG (sangue) com validade máxima de 48 horas.
- Estar visivelmente no período menstrual.

• CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

P0	Paciente com comorbidades que contra-indicam uso de anticoncepcional oral (ex: cardiopatias, trombofilias, história de câncer de mama, hepatopatias), doenças que contraindicam a gestação.
P1	Pacientes com contra-indicação relativa ao uso de anticoncepcionais orais ou com efeitos adversos ao uso de anticoncepção hormonal (ex: cefaleias, náuseas ou vômitos que dificultam o uso), condição social desfavorável com 2 ou mais filhos vivos (maiores de 18 anos) ou maiores de 21 (vinte e um) anos de idade, independente do número de filhos vivos.
P2	Pacientes com 2 ou mais filhos vivos (maiores de 18 anos) ou maiores de 21 (vinte e um) anos de idade, independente do número de filhos vivos, com desejo de LTT Pacientes com desejo ou indicação de inserção de DIU, como método contraceptivo, ainda que nulíparas.

5.9 INFERTILIDADE

- Pacientes do sexo feminino com dificuldades para engravidar, sem uso de qualquer método contraceptivo, sem sucesso, no período de:
 - 1 ano para pacientes <35 anos;
 - 6 meses para pacientes de >=35 anos;
- Abortamento de repetição (a partir do segundo abortamento sem causa definida).

• CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

P0	Entre 30 e 40 anos.
P1	Abaixo de 30 anos.
P2	Maiores de 40 anos.

5.10 NEOPLASIA DE COLO UTERINO - ENCAMINHAR AO CEAE ITABIRITO

- Resultado de exame citopatológico do colo uterino:



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

- Dois exames consecutivos, com intervalo de 6 meses, com resultado de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas de repetição (ASC-US);
 - Células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H);
 - Células glandulares atípicas de significado indeterminado (possivelmente não neoplásico ou quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (AGC);
 - Células atípicas de origem indefinida (possivelmente não neoplásica ou quando não se pode excluir lesão de alto grau);
 - Dois exames consecutivos, com intervalo de pelo menos 6 meses, com resultado de lesão intraepitelial de baixo grau;
 - Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL);
 - Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor;
 - Adenocarcinoma in situ ou invasor;
 - Mulheres imunossuprimidas (HIV e transplantadas), com doença autoimune ou em uso de drogas imunossupressoras com lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) ou atipia de significado indeterminado escamosa possivelmente não neoplásica (ASC-US);
- Procedimentos realizados no serviço: Colposcopia, biópsias, CAF, ultrassom transvaginal.



6. REFERÊNCIAS

1. Protocolo de Regulação do Estado de Mato Grosso. Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, MT, 2011.
2. Manual do Usuário - SISREG III. Sistema Nacional de Regulação – S/DATA SUS/SISREG – BRASILIA 2008.
3. Ministério da Saúde – Protocolos Clínicos. Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade. Disponível em [Http:// portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor](Http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor)
4. Ministério da Saúde – Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada. Vol I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília, DF. 2015
5. Ministério da Saúde. Ginecologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 22 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 4)
6. Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino E Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>
7. SILVA, JM; STEIN, AT; e Cols. **Rastreamento e diagnóstico do carcinoma de endométrio.** Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 53 (1): 64-71, jan.-mar.2009.
8. VASCONCELOS et al. Protocolo de Regulação do Estado da Bahia. Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, BA, 2011.
9. ZANON et al. Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, SC, 2002. 7.
10. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Protocolos de Regulação Ambulatorial: ginecologia adulto / Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. Porto Alegre: UFRGS, 2017



7. ANEXOS

ANEXO 1 - TCLE DIU

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para implante de Dispositivo Intrauterino (DIU)

Identificação do paciente: *(ou do responsável em caso de paciente menor ou incapaz)*

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Unidade de Saúde do procedimento: _____ Data de realização: ____/____/____

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Declaro que recebi as seguintes informações:

O dispositivo Intrauterino (DIU) é um dispositivo que possui como finalidade o método anticoncepcional, é um pequeno objeto plástico que será colocado dentro do útero, por profissional habilitado, podendo ser retirado a qualquer momento, se houver necessidade ou se for meu desejo retirá-lo.

Como qualquer outro método anticoncepcional, mesmo quando bem indicado e bem colocado, pode apresentar falhas. Cinco a oito mulheres em cada mil engravidam usando DIU no primeiro ano. Este número diminui ao longo do tempo.

Como qualquer procedimento, a colocação do DIU não é livre de riscos. Pode ocorrer, em casos raros, perfuração uterina, hemorragia ou infecções. Se, no momento da colocação, surgir algum imprevisto, o procedimento será suspenso, visando garantir minha saúde e bem estar.

Mulheres que usam DIU podem ter alteração no ciclo menstrual e cólicas. Esses sintomas são mais comuns nos primeiros três meses e diminuem ou desaparecem com o passar do tempo.

Para diminuir a possibilidade de complicações e aumentar a eficácia do método, é muito importante que sejam seguidas as informações fornecidas pelo profissional de saúde, bem como as revisões periódicas programadas. Se aparecerem sintomas que possam indicar problemas com o DIU, como hemorragias, dor intensa, corrimento vaginal amarelado ou febre sem explicação, devo me dirigir à unidade onde meu DIU foi colocado.

Declaro, ainda, que recebi a orientação de que o DIU funciona apenas como anticoncepcional e não serve para prevenir doenças sexualmente transmissíveis, tendo sido orientada de com preveni-las.

Entendi as informações que me foram fornecidas em linguagem clara e simples e tive todas as minhas dúvidas esclarecidas. Recebi o cartão da paciente onde constam informações sobre o tipo do meu DIU, quando devo fazer a próxima revisão e quando devo trocá-lo.

_____ de ____ de 20 ____.

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura e carimbo do médico responsável