

Secretária Municipal de Saúde
Protocolo de Planejamento Familiar

ENTREVISTA GUIADA

PARA A INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU).

Data: ___/___/___ Prontuário: _____ Telefone: () _____

Nome Completo: _____

DN: ___/___/___ Idade: ___ CPF: _____ RG: _____

Cartão SUS: _____ Cidade: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Estado civil:

- Solteira
- Casada
- Amasiada
- Divorciada
- Viúva

Escolaridade:

- Analfabeto
- Fund. Incompleto
- Fund. Completo
- Médio Completo
- Superior

Cor/Raça:

- Branca
- Parda
- Negra
- Amarela
- Indígena

DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso: _____ Altura: _____ Circunferência Abdominal: _____

Valor IMC: _____ () Baixo Peso () Peso Ideal () Sobrepeso () Obesidade

HÁBITOS DE VIDA:

Fumante: () Não () Sim. Quant. de Cigarros ____

Etilista () Não () Sim.

Usuária de Drogas () Não () Sim.

Violência Doméstica () Não () Sim.

HISTÓRICO FAMILIAR:

Câncer Colo de Útero () Não () Sim

Câncer de Mama () Não () Sim

Infertilidade () Não () Sim

Diabetes () Não () Sim

Hipertensão Arterial () Não () Sim

Cardiopatias () Não () Sim

Doença tromboembólica () Não () Sim
(parentesco de 1º grau)

Secretária Municipal de Saúde
Protocolo de Planejamento Familiar

ANTECEDENTES PESSOAIS:

- () Não () Sim- Doença inflamatória pélvica atual ou no passado.
- () Não () Sim- Câncer de ovário.
- () Não () Sim- Câncer colo uterino ou do Endométrio.
- () Não () Sim- Hipertensão Arterial adequadamente controlada.
- () Não () Sim- Hipertensão Arterial não controlada.
- () Não () Sim- Diabetes (Insulinodependente ou não).
- () Não () Sim- Doença cardíaca isquêmica atual ou passada.
- () Não () Sim-Varizes.
- () Não () Sim- Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar atual ou no passado
- () Não () Sim- Doença cardíaca valvular.
- () Não () Sim- Acidente Vascular Encefálico AVE.
- () Não () Sim- Cefaléia e enxaqueca com ou sem sintomas neurológicos focais.
- () Não () Sim- Epilepsia.
- () Não () Sim- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo).
- () Não () Sim- Cirrose hepática compensada ou descompensada.
- () Não () Sim- Tumor hepático benigno ou maligno.

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:

Anticoncepcional: _____ () Oral () Injetável – () 1 mês () 3 meses

DUM: ___/___/____. Fluxo menstrual: () Normal () Aumentado () Irregular

Dismenorreia: () Normal () Leve () Moderada () Grave ----- () Endometriose.

Cirurgias prévias: _____.

Paciente acima de 40 anos de idade realizar exame das mamas e a solicitação de Mamografia:

Resultados: () Normal () Alteração:

() Nódulo mamário sem diagnóstico.

() Doença mamária benigna.

() Câncer de mama atual ou no passado. Acompanhamento: _____.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

() **Nuliparidade** () **Multiparidade**

Nº de Gestações: _____ Nº de Partos: _____ P. Normal: _____ P. Cesária: _____.

Intercorrências em Gestações Anteriores: _____.

() DMG () DHEG () Pré-eclampsia () Eclampsia () S. Hellp () Inf. Urinaria

Tempo da ultima Gestação/Aborto (em anos, meses ou semanas): _____.

Nº de Abortos: _____ Espontâneos: _____ Provocados: _____ Com de Curetagem: _____.

Secretária Municipal de Saúde
Protocolo de Planejamento Familiar

EXAMES SOLICITADOS E SEUS RESPECTIVOS RESULTADOS:

(Obs: Anexar copia dos resultados de exames junto à entrevista guiada)

PREVENTIVO:

Data da Coleta: ___/___/_____.

Amostra: () Satisfatória () Insatisfatória

Alterações: _____.

() Ectopia Cervical () NIC I () NIC II () NIC III

USG TRANSVAGINAL:

Data da realização: ___/___/_____.

Alterações: _____.

Presença de tumores ovarianos Benignos (miomas e cistos) () Sim () Não.

EXAMES LABORATORIAIS

Data da coleta: ___/___/_____.

BHCG (gravidez): Resultado: () Positivo () Negativo

Hemograma completo:

Resultados: () Normal () Alteração:

Leucograma: _____ Plaquetas: _____ Hb: _____ Ht: _____

Anemias: () Falciforme () Ferropriva () Talassemia

TESTES RAPIDOS

Data do exame: ___/___/_____.

Anti HIV: Resultado: () Reagente () Não Reagente.

VDRL: Resultado: () Reagente () Não Reagente.

HBSAg: Resultado: () Reagente () Não Reagente.

Anti HCV: Resultado: () Reagente () Não Reagente.

(Obs: Assinar o termo de consentimento livre e esclarecido para realização do teste rápido)

Secretária Municipal de Saúde
Protocolo de Planejamento Familiar

**SEGUINDO OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE MÉDICA PARA USO DO
DISPOSITIVO INTRAUTERINO – DIU DE COBRE
(Em anexo as tabelas explicativas de cada categoria)**

DE ACORDO COM A ENTREVISTA GUIADA

A paciente se encaixa na categoria:

- Categoria 1: o método pode ser usado sem restrições
- 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.
- Categoria 3 e 4:** o método não deve ser usado. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método.

A Paciente _____, (está ou não) _____ apta
para realizar o Procedimento de Implante do Dispositivo Intrauterino - DIU.

Assinatura e Carimbo

Secretária Municipal de Saúde
Protocolo de Planejamento Familiar

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DE ADEQUAÇÃO DO USO DE DIU

Está grávida?

() Não () Sim

Tem tuberculose do útero ou das trompas?

() Não () Sim

Tem má formação no útero (duplo, incompetência, miomatose?)

() Não () Sim

Tem infecção por HIV ou é de alto risco para HIV?

() Não () Sim

Tem vários parceiros ou parceiro sexual com vários parceiros?

() Não () Sim

Tem ou teve inflamação nas trompas nos últimos três meses?

() Não () Sim

Tem ou está em tratamento recente de Mola?

() Não () Sim

Tem ou está tratando câncer do endométrio ou ovário?

() Não () Sim

Tem ou está tratando câncer do colo do útero?

() Não () Sim

Teve aborto infectado recente? Teve infecção pós-parto recente?

() Não () Sim

Teve parto há menos de 1 mês?

() Não () Sim

Está com menstruação irregular sem causa determinada?

() Não () Sim

Tem defeito nas válvulas do coração com complicações?

() Não () Sim

QUALQUER RESPOSTA SIM CONTRAINDICA O USO DE DIU. DISCUTIR
OUTRA OPÇÃO DE MÉTODO OU ENCAMINHAR PARA CONSULTA MÉDICA.

Secretária Municipal de Saúde
Protocolo de Planejamento Familiar

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA IMPLANTE DE
DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) HORMONAL OU NÃO HORMONAL**

Prezado Cliente, Este documento tem por objetivo informar-lhe sobre o procedimento de implante de dispositivo intrauterino (DIU) escolhido por V. Sa, bem como os riscos que decorrem da técnica a ser utilizada. Seu(sua) médico(a) está a sua disposição para esclarecer as dúvidas. O momento é agora, antes da realização do procedimento.

Dados e Declaração da Usuária:

Nome da usuária: _____

CPF: _____ RG: _____

Cartão do SUS: _____ Prontuário: _____

Endereço residencial: _____

Nome do Representante Legal:

(se paciente portadora de deficiência e/ou doença psiquiátrica e/ou menor de idade)

_____ RG: _____

Nome do Médico

Tipo de procedimento: Implante de dispositivo intra-uterino (DIU).

Complicações mais frequentes:

- perfuração uterina
- expulsão do DIU
- dor pós-implante
- sangramento excessivo pós-implante
- sangramento excessivo no período menstrual
- infecção uterina e de anexos uterinos
- gravidez (tópica ou ectópica)

Secretária Municipal de Saúde
Protocolo de Planejamento Familiar

Declaro, sob as penas da lei, que:

- em consulta realizada com o (a) médico(a) acima indicado, tomei conhecimento das complicações que podem advir da utilização do dispositivo intrauterino e mesmo assim reafirmo o interesse em implantá-lo;
- fui informada sobre os diversos métodos contraceptivos existentes, definitivos e não definitivos, tendo optado pelo uso do DIU;
- fui informada que o implante de dispositivo intrauterino não possui cem por cento (100%) de eficácia para a contracepção;
- fui informada de que, eventualmente, podem ocorrer gestações ectópicas, perfuração uterina e infecções anexais;
- estou ciente que o dispositivo intrauterino a ser implantado tem prazo de eficácia de ____ anos, devendo, ao final, ser substituído ou retirado;
- fui informada das complicações mais frequentes, incluindo maior perda hemorrágica menstrual (a qual Rubrica da paciente ou responsável pode levar a anemia) e alteração da flora vaginal favorecendo infecções genitais;
- 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 o plano de saúde contratado por mim não terá qualquer responsabilidade em caso de falha na utilização do DIU acarretando gravidez. De posse destes dados, concordo expressamente com a realização do implante de dispositivo intrauterino (DIU), por mim escolhido como método anticoncepcional.

Assinatura da Usuária ou Responsável

_____, ____ de _____ de _____.

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)

...../MS, ____ de _____ de _____.

Secretária Municipal de Saúde
Protocolo de Planejamento Familiar

ANEXO I

**CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE MÉDICA PARA USO DO
DISPOSITIVO INTRAUTERINO - DIU DE COBRE**

Categoria 1: o método pode ser usado sem restrições.

- Quatro semanas ou mais após o parto.
- Pós-aborto (primeiro trimestre).
- Idade de 20 anos ou mais.
- Fumante (qualquer idade).
- Hipertensão:
 - História de hipertensão, onde a pressão sanguínea não pode ser diagnosticada.
 - Hipertensão arterial.
 - História de pré-eclâmpsia.
 - Hipertensão adequadamente controlada.
- Diabetes:
 - História de diabetes gestacional.
 - Diabetes (insulinodependente ou não).
 - Diabetes com lesão vascular ou duração maior que 20 anos.
- Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar atual ou no passado.
- História familiar de doença tromboembólica (parentesco de 1º grau).
- Cirurgias:
 - Cirurgia de grande porte com ou sem imobilização prolongada.
 - Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.
- Varizes.
- Tromboflebite superficial.
- Doença cardíaca isquêmica atual ou passada.
- AVC.
- Hiperlipidemias.
- Doença cardíaca valvular complicada ou não.
- Cefaléia e enxaqueca com ou sem sintomas neurológicos focais.
- Nódulo mamário sem diagnóstico.
- Doença mamária benigna.
- Câncer de mama atual ou no passado.

Secretária Municipal de Saúde
Protocolo de Planejamento Familiar

- História familiar de câncer de mama.
- Ectopia cervical.
- Neoplasia intraepitelial cervical – NIC.
- Sangramento vaginal irregular não volumoso.
- 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 ou ao uso de anticoncepcional oral combinado.
- Hepatite:
 - Hepatite viral aguda.
 - Portador assintomático de hepatite viral.
 - Cirrose hepática compensada ou descompensada.
 - Tumor hepático benigno ou maligno.
 - Antecedente de gravidez ectópica.
- Obesidade: IMC maior ou igual a 30 kg/m².
- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo).
- Epilepsia.
- Esquistossomose não complicada ou com fibrose hepática.
- Malária.
- Uso de qualquer antibiótico, inclusive rifampicina e griseofulvina.
- Uso de anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona).
- Multiparidade.
- Tuberculose não pélvica.
- Tumores ovarianos benignos (inclusive cistos).
- Cirurgia pélvica no passado.

Secretária Municipal de Saúde
Protocolo de Planejamento Familiar

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.

- Menos de 48 horas pós-parto (lactante ou não): há aumento do risco para expulsão do DIU.
- Pós-aborto no segundo trimestre: há alguma preocupação sobre o risco de expulsão após aborto no segundo trimestre.
- Menarca até < 20 anos: há aumento do risco de expulsão em mulheres jovens devido à nuliparidade e o risco de DST deve ser considerado.
- Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, risco de fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana subaguda, uso de anticoagulação): é aconselhável o uso de antibioticoprofilaxia antes da inserção, se a mulher não está usando antibióticos regularmente.
- Sangramento volumoso e prolongado: se há anemia – Categoria 3.
- Sangramento vaginal inexplicado (para continuação do uso): não é necessário remover o DIU antes da avaliação.
- Passado de doença inflamatória pélvica, sem fatores de risco atuais e sem gravidez subsequente: o risco atual de DST e o desejo de gravidez são fatores relevantes na escolha do método.
- Vaginite sem cervicite purulenta.
- Mioma uterino, sem distorção da cavidade uterina: miomas uterinos preexistentes podem distorcer a cavidade uterina e dificultar o correto posicionamento do DIU.
- Talassemia.
- Anemia falciforme.
- Anemia ferropriva: o DIU pode aumentar a perda sanguínea.
- Nuliparidade: está associada com aumento do risco para expulsão.
- Alterações anatômicas que não distorcem a cavidade uterina ou não interferem com a inserção do DIU (incluindo estenose ou lacerações de colo).
- Dismenorreia grave: pode haver piora da dismenorreia.
- Endometriose

Secretária Municipal de Saúde
Protocolo de Planejamento Familiar

Categoria 3 e 4: o método não deve ser usado. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método

- 48 horas a 4 semanas após o parto: existe aumento do risco de perfuração uterina em inserções entre 48 horas e 28 dias pós-parto.
- Risco aumentado para DST/HIV: existe aumento do risco para doença inflamatória pélvica. Aids: para iniciar o uso, essa condição enquadra-se na Categoria 3. Para continuação de uso, enquadra-se na Categoria 2. Se a mulher estiver clinicamente bem, mas em terapia ARV, essa condição enquadra-se na Categoria 2.
- Tuberculose pélvica: existe aumento do risco para infecção secundária e sangramento.
- Gravidez: nenhum método é indicado durante a gravidez. O uso de DIU durante a gravidez aumenta bastante o risco para abortamento espontâneo e aborto séptico.
- Infecção puerperal após aborto séptico.
- Sangramento vaginal inexplicado (suspeita de condições sérias), antes do diagnóstico: se há suspeita de gravidez ou alguma condição clínica subjacente, deve-se investigar e a classificação da categoria deve ser avaliada após o diagnóstico. Não é necessário remover o DIU durante a investigação.
- Câncer de colo uterino: pode aumentar o risco para infecção e sangramento durante a inserção, que pode piorar a situação; o DIU deve ser removido ao começar o tratamento. Câncer de endométrio: pode aumentar o risco para infecção, perfuração e sangramento durante a inserção, que podem piorar a condição; o DIU deve ser removido ao começar o tratamento. Câncer de ovário. Mioma uterino com distorção da cavidade uterina
- Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos três meses (para iniciar o uso): o DIU aumenta muito o risco de doença inflamatória pélvica para essas mulheres. Há sérias preocupações de que o DIU possa piorar uma DIP. Uma DIP recente é forte fator de risco para uma DIP subsequente. A continuação de uso depende dos fatores de risco da mulher para DST e DIP e deve ser uma decisão informada.
- Doença sexualmente transmissível atual ou nos últimos três meses, incluindo cervicite purulenta: há sérias preocupações sobre o aumento do risco de DIP em mulheres com DST, ou em alto risco para elas, que inserem DIU.
- Doença trofoblástica benigna e maligna: há risco maior de perfuração uterina porque o tratamento da condição inclui curetagens repetidas.

Obs: Esse documento teve colaboração da Enfermeira Isabel Cristina Spies de Aral Moreira e a mesma autorizou o uso dos mesmos pela Secretaria Estadual de Saúde / Gerencia da Saúde Mulher .