

RESOLUÇÃO Nº 064/2023

A Comissão Intergestora Regional da Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo, constituída por meio da Resolução CIB/SUS-ES nº. 219/2012 de 06/08/2012.

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.459/2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS a Rede Cegonha.

Considerando a Resolução CIB/SUS-ES nº 162/2011, de 20 de outubro de 2011, que aprova por "Ad Referendum", a adesão do Estado do Espírito Santo à Rede Cegonha.

Considerando a Lei nº 9.263/1996, alterada pela Lei nº 14.443/2022, que define critérios para o Planejamento Familiar.

Considerando o OFÍCIO/Nº062/2023/GAB/SEMUS com solicitação de aprovação do Protocolo Municipal de Planejamento Familiar da Secretaria Municipal de Saúde de Divino de São Lourenço.

Considerando a Resolução nº 005/2023 do Conselho Municipal de Saúde de Divino de São Lourenço.

Considerando o Parecer Técnico nº 024/2023 emitido pela Referência Técnica Regional da RAMI-SUL e o Parecer Técnico nº 044/2023 da Câmara Técnica da CIR-Sul, ambos favoráveis ao pleito.

Considerando a pactuação realizada na 10ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestora Regional – CIR-SUL, realizada no dia 13 de dezembro de 2023, que assim deliberou.

RESOLVE:

Art.1º - Aprovar o **Protocolo Municipal de Planejamento Familiar** do município de **Divino de São Lourenço**.

Art.2º - Encaminhar à CIB/SUS-ES para conhecimento e homologação.

Cachoeiro de Itapemirim, 13 de dezembro de 2023.

Eliédson Vicente Morini

Secretário Municipal de Mimoso do Sul - ES
Coordenador da CIR-SUL

ASSINATURA

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

ELIEDSON VICENTE MORINI
CIDADÃO
assinado em 14/12/2023 16:29:03 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 14/12/2023 16:29:03 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por BRUNA CELIS MARIN LOVATTE (ASSISTENTE SOCIAL - QSS - NRE-CI - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-D9W3T3>



Parecer Técnico de nº 044/2023

A Comissão Intergestora Regional da Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo – CIR-SUL, constituída por meio da Resolução CIB/SUS-ES nº 219/2012 em 06/08/2012.

CONSIDERANDO ser a Câmara Técnica de caráter permanente, responsável pelo assessoramento técnico, à temas de interesse do Sistema Único de Saúde no âmbito da Região de Saúde Sul de Saúde, conforme descrito em Regimento Interno da CIR-SUL atualizado por meio da Resolução CIB/SUS-ES nº 163/2022.

CONSIDERANDO o OF Nº 0162/2023/GAB/SEMUS.

CONSIDERANDO a Avaliação realizada pela Câmara Técnica Permanente da CIR-SUL, no dia 11 de dezembro de 2023, segunda-feira, em formato online.

CONSIDERANDO o Protocolo de Planejamento Familiar apresentado pelo município de Divino de São Lourenço.

CONSIDERANDO a Resolução nº 05/2023 do Conselho Municipal de Saúde de Divino de São Lourenço que aprova o respectivo protocolo.

CONSIDERANDO o Parecer Técnico nº 024/2023 da Rede de Atenção Materno Infantil, favorável.

RESOLVE:

Emitir **Parecer Técnico favorável** à aprovação em plenária da CIR-SUL do Protocolo de Planejamento Familiar do município de Alegre.

Cachoeiro de Itapemirim, 11 de dezembro de 2023.

ASSINATURAS (11)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

HENRIQUE REZENDE TIRADENTES
CIDADÃO
assinado em 13/12/2023 07:30:07 -03:00

CRISTIANE FEITOSA ALMEIDA
CIDADÃO
assinado em 12/12/2023 15:07:21 -03:00

KATIA APARECIDA VIEIRA DA SILVA
CIDADÃO
assinado em 13/12/2023 12:07:48 -03:00

RICARDO EVANGELISTA LEITE
CIDADÃO
assinado em 12/12/2023 14:45:12 -03:00

FERNANDA INACIO CARINI
CIDADÃO
assinado em 13/12/2023 11:12:43 -03:00

TAMIRES BATISTA FERREIRA
CIDADÃO
assinado em 12/12/2023 15:10:10 -03:00

SIMONI MAGRI COMINOTTI
CIDADÃO
assinado em 12/12/2023 20:38:10 -03:00

VIVIANE FONTANA CYPRIANO PATRICIO
CIDADÃO
assinado em 12/12/2023 15:46:58 -03:00

SORAYA CUNHA RANGEL PIMENTEL
CIDADÃO
assinado em 13/12/2023 15:05:55 -03:00

MARCO ANTÔNIO BAHIENSE AMARO
CIDADÃO
assinado em 13/12/2023 09:31:17 -03:00

MAYA MOLICA PEDROTO
CIDADÃO
assinado em 12/12/2023 15:12:07 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 13/12/2023 17:04:33 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por KETSA REIS DOS SANTOS (AUXILIAR ADMINISTRATIVO - DT - SRSCI - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-51GMKB>



Parecer Técnico de nº 044/2023

A Comissão Intergestora Regional da Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo – CIR-SUL, constituída por meio da Resolução CIB/SUS-ES nº 219/2012 em 06/08/2012.

CONSIDERANDO ser a Câmara Técnica de caráter permanente, responsável pelo assessoramento técnico, à temas de interesse do Sistema Único de Saúde no âmbito da Região de Saúde Sul de Saúde, conforme descrito em Regimento Interno da CIR-SUL atualizado por meio da Resolução CIB/SUS-ES nº 163/2022.

CONSIDERANDO o OF Nº 0162/2023/GAB/SEMUS.

CONSIDERANDO a Avaliação realizada pela Câmara Técnica Permanente da CIR-SUL, no dia 11 de dezembro de 2023, segunda-feira, em formato online.

CONSIDERANDO o Protocolo de Planejamento Familiar apresentado pelo município de Divino de São Lourenço.

CONSIDERANDO a Resolução nº 05/2023 do Conselho Municipal de Saúde de Divino de São Lourenço que aprova o respectivo protocolo.

CONSIDERANDO o Parecer Técnico nº 024/2023 da Rede de Atenção Materno Infantil, favorável.

RESOLVE:

Emitir **Parecer Técnico favorável** à aprovação em plenária da CIR-SUL do Protocolo de Planejamento Familiar do município de Alegre.

Cachoeiro de Itapemirim, 11 de dezembro de 2023.

ASSINATURAS (11)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

HENRIQUE REZENDE TIRADENTES
CIDADÃO
assinado em 13/12/2023 07:30:07 -03:00

CRISTIANE FEITOSA ALMEIDA
CIDADÃO
assinado em 12/12/2023 15:07:21 -03:00

KATIA APARECIDA VIEIRA DA SILVA
CIDADÃO
assinado em 13/12/2023 12:07:48 -03:00

RICARDO EVANGELISTA LEITE
CIDADÃO
assinado em 12/12/2023 14:45:12 -03:00

FERNANDA INACIO CARINI
CIDADÃO
assinado em 13/12/2023 11:12:43 -03:00

TAMIRES BATISTA FERREIRA
CIDADÃO
assinado em 12/12/2023 15:10:10 -03:00

SIMONI MAGRI COMINOTTI
CIDADÃO
assinado em 12/12/2023 20:38:10 -03:00

VIVIANE FONTANA CYPRIANO PATRICIO
CIDADÃO
assinado em 12/12/2023 15:46:58 -03:00

SORAYA CUNHA RANGEL PIMENTEL
CIDADÃO
assinado em 13/12/2023 15:05:55 -03:00

MARCO ANTÔNIO BAHIENSE AMARO
CIDADÃO
assinado em 13/12/2023 09:31:17 -03:00

MAYA MOLICA PEDROTO
CIDADÃO
assinado em 12/12/2023 15:12:07 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 13/12/2023 17:04:33 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por KETSA REIS DOS SANTOS (AUXILIAR ADMINISTRATIVO - DT - SRSCI - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-51GMKB>



PARECER TÉCNICO

Parecer Técnico RAMI-SUL nº 24/2023

Em atenção a solicitação do Ofício GAB SEMUS nº 0162/2023 da Secretaria Municipal de Saúde de Divino de São Lourenço no qual solicita aprovação da Comissão Intergestora Regional SUL - CIR-SUL, referente ao Protocolo de Planejamento Familiar do município de Divino de São Lourenço, e ainda

Considerando a Lei nº 9.263/1996 que regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do Planejamento Familiar, alterada pela Lei nº 14.443/2022.

Considerando que as referências hospitalares para a realização dos procedimentos cirúrgicos eletivos de Laqueadura Tubária e Vasectomia, descritos no Protocolo são os Hospitais Estaduais de Jerônimo Monteiro de São José do Calçado.

Considerando que a referência para partos de risco habitual é a Santa de Casa de Guaçuí e de alto risco é o Hospital Infantil Francisco de Assis - HIFA.

A Rede de Atenção Materna e Infantil da Região Sul de Saúde – RAMI-SUL entendendo a importância de organizar a assistência aos usuários em relação às questões sexuais e reprodutivas procede ao **Parecer Técnico favorável** do Protocolo apresentado.

Cachoeiro de Itapemirim, 11 de dezembro de 2023.

Bruna Celis Marin Lovatte
Assistente Social

Referência Técnica da
Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul de Saúde – RAMI SUL

ASSINATURA

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

BRUNA CELIS MARIN LOVATTE
PRESIDENTE (REDE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL REG.SUL)
NRE-CI - SESA - GOVES
assinado em 12/12/2023 14:27:58 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 12/12/2023 14:27:58 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por BRUNA CELIS MARIN LOVATTE (PRESIDENTE (REDE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL REG.SUL) - NRE-CI - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-LGLJCH>



Conselho Municipal de Saúde
Avenida Pedro Batista de Aguiar, 121 – Santa Cruz, CEP: 29.590-000
Divino São Lourenço

RESOLUÇÃO Nº 05/2023

Dispõe sobre aprovação do Protocolo Municipal de Planejamento Familiar, Sexual e Reprodutivo da Secretaria Municipal de Saúde de Divino de São Lourenço.

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE DIVINO DE SÃO LOURENÇO, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, no uso de suas atribuições legais que lhe confere a legislação vigente e considerando:

CONSIDERANDO a necessidade de aprovar o Protocolo Municipal de Planejamento Familiar, Sexual e Reprodutivo;

CONSIDERANDO a reunião do Conselho Municipal de Saúde, realizada no dia 10 de outubro de 2023

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Protocolo Municipal de Planejamento Familiar, Sexual e Reprodutivo apresentado na reunião do Conselho Municipal de Saúde, realizada no dia 10 de outubro de 2023.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Divino de São Lourenço/ES, 10 de outubro de 2023

Verônica Aparecida Brum Oliveira

Presidente do CMS



Prefeitura Municipal de Divino de São Lourenço

Fundo Municipal de Saúde

Avenida Pedro Batista, S/N Bairro Santa Cruz, CEP: 29.590-000

CNPJ: 10.593.310/0001-10- Divino de São Lourenço - ES

sms.saude@dslourenco.es.gov.br

PROTOCOLO MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Divino de São Lourenço/ES

2023



Prefeitura Municipal de Divino de São Lourenço
Fundo Municipal de Saúde
Avenida Pedro Batista, S/N Bairro Santa Cruz, CEP: 29.590-000
CNPJ: 10.593.310/0001-10- Divino de São Lourenço - ES
sms.saude@dslourenco.es.gov.br

PREFEITO MUNICIPAL

Eleardo Aparicio Costa Brasil

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Heliomar Márcio de Aguiar

REFERÊNCIA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER

Myriano De Souza Alves

Brasil. Prefeitura Municipal de Divino de São Lourenço.

Protocolo Municipal de Planejamento Familiar, Sexual e Reprodutivo/Secretaria Municipal de Saúde de Divino de São Lourenço, 2023.



Sumário

1. INTRODUÇÃO	6
2. PARAMETRIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	7
3. OBJETIVO GERAL	8
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
4. POPULAÇÃO ALVO	9
4.1 POPULAÇÃO ALVO PRIORITÁRIA	9
5. ASSISTÊNCIA À PRECONCEPÇÃO	9
6. A ESCOLHA DO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL	9
7. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS OFERECIDOS	12
7.1. Contraceptivo de Barreira - Preservativos: Masculino e Feminino	12
7.2. Contracepções de emergência	13
7.3. Contracepção Hormonal: Pílulas e Injetáveis Mensais	13
7.3.1. Fluxograma para Termos de Consentimento de Anticoncepcionais Injetáveis:	13
7.4. Diafragma	15
7.5. Dispositivo Intrauterino - DIU	15
8. CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA	15
8.1. Laqueadura Tubária:	15
8.2. Vasectomia:	16
8.3. Serviço de Referência para Contracepção Cirúrgica:	16
8.3. Fluxo de Acesso à Assistência através da Auto Regulação Formativa Territorial – ARFT:	16
8.4. Laqueadura Tubária no momento do Parto:	19
8.5. Inserção de DIU no momento do parto:	19
9. ATUAÇÃO PROFISSIONAL/COMPETÊNCIAS:	20
9.1. Ao Agente Comunitário de Saúde Compete	20
9.2. Ao Auxiliar Administrativo Compete	20
9.3. Ao Técnico de Enfermagem Compete	21
9.4. Ao Enfermeiro Compete	21
9.5. Ao Médico Compete	22
9.6. Ao Psicólogo Compete	22
9.7. Ao Assistente Social Compete	23
9.8. Referência Técnica Municipal da Rede de Atenção Materna e Infantil Compete	23



10. CONCLUSÃO	23
10.1. Educação e Conscientização	23
10.2. Redução da Taxa de Gravidez não Desejada.....	24
10.3. Saúde Materna E Infantil.....	24
10.4. Fortalecimento Econômico	24
10.5. Promoção da Igualdade de Gênero.....	24
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	26
ANEXO I - ATIVIDADES EDUCATIVAS.....	27
ANEXO II - TERMO DE AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL	31
ANEXO III - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁREA.....	32
ANEXO IV - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE VASECTOMIA ...	33
ANEXO V - TERMO DE REVOGAÇÃO DE CONSENTIMENTO.....	34
ANEXO VI - TERMO PARA REALIZAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO CIRURGICA	35
EM VIRTUDE DE RISCO PARA MULHER E/OU FUTURO CONCEPTO	35
ANEXO VII - FICHA DE REGISTRO INSTITUCIONAL DE CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA	36
ANEXO VIII - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA USUARIAS DE DIU	37
ANEXO IX - TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIONAIS.....	38
INJETÁVEIS TRIMESTRALMENTE	38
ANEXO X - TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS MENSAS	39



ANEXOS

ANEXO I – Atividades Educativas

ANEXO II – TERMO DE AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL

ANEXO III - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA

ANEXO IV - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE VASECTOMIA

ANEXO V - TERMO DE REVOGAÇÃO DE CONSENTIMENTO

ANEXO VI - TERMO PARA REALIZAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA EM VIRTUDE DE RISCO PARA MULHER E/OU FUTURO CONCEPÇÃO

ANEXO VII – FICHA DE REGISTRO INSTITUCIONAL DE CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA

ANEXO VIII - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA USUÁRIAS DE DIU

ANEXO IX - TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS TRIMESTRALMENTE

ANEXO X - TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS MENSIS

APÊNDICE - FLUXOGRAMA DA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA (Obs: cada um fará o seu desenho de fluxograma)



PROTOCOLO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde reprodutiva foi incorporada às políticas públicas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, mas os programas implementados voltavam-se exclusivamente para a assistência aos problemas decorrentes da gestação e do parto.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com a colaboração de representantes de grupos feministas, gestores estaduais e pesquisadores das universidades.

Com o advento da Constituição Federal, a qual incluiu no Título VII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, art. 226, § 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar, nos seguintes termos:

“Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.

Baseado no princípio da paternidade responsável, a assistência ao Planejamento Familiar visa oferecer à população atendida o acesso a orientações e meios para bem planejar a prole, proporcionando a atenção necessária tanto perante a opção pela gestação como pelo seu espaçamento. Inclui dentre as informações prestadas, todos os métodos e técnicas para concepção e anticoncepção, cientificamente aceitas, e que não coloquem em risco a vida e a saúde dos usuários, de acordo com Lei do Planejamento Familiar, Lei nº 9.263/1996.

“Para fins desta Lei, entende-se por planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”.



A referida lei teve alguns artigos alterados pela Lei nº 14.443/2022, passou a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 9º, § 2º A disponibilização de qualquer método e técnica de contracepção dar-se-á no prazo máximo de 30 (trinta) dias.”

“Art. 10º, I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce;

.....

§ 2º A esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas.

Na maioria das vezes é difícil saber a melhor hora de se ter um filho e por isso o Planejamento Familiar é tão importante para o cidadão. Decidir se a prole irá crescer ou não e quando isso ocorrerá é uma ação consciente diante das dificuldades sociais e econômicas existentes.

No Município de Divino de São Lourenço a assistência está instituída através do Programa de Planejamento Familiar, inserido na Atenção Primária à Saúde – APS, com o objetivo de orientar os usuários atendidos quanto a escolhas responsáveis sobre seus direitos reprodutivos, possibilitando acesso livre e consciente a homens e mulheres em idade fértil a todos os métodos de concepção e contracepção que desejem submeter-se, incluindo inclusive a cirurgias de laqueadura tubária e vasectomia.

2. PARAMETRIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

O Município de Divino de São Lourenço realiza periodicamente capacitação para seus profissionais, principalmente os técnicos da Atenção Primária em Saúde - APS, para saberem orientar a população quanto aos direitos e obrigações previstos no Programa de Planejamento Familiar, aproveitando a oportunidade para favorecer o entendimento quanto



à necessidade de prevenção em saúde para uma melhor qualidade de vida, envolvendo três tipos de atividades: Atividades Educativas, Aconselhamento e Atividade Clínicas.

Essas atividades são desenvolvidas de forma integrada, tendo sempre em vista que toda visita ao serviço de saúde constitui-se numa oportunidade para a prática de ações educativas que não devem se restringir apenas às atividades referentes à concepção e anticoncepção, no enfoque da dupla proteção, mas sim abranger todos os aspectos da saúde integral da mulher e do homem. Deve-se, ainda, promover a interação dos membros da equipe de Estratégia de Saúde da Família, de forma a permitir que todos os profissionais participem dessas atividades, de acordo com o nível de responsabilidade requerido de cada um.

3. OBJETIVO GERAL

Prestar assistência em planejamento familiar, sexual e reprodutivo a homens e mulheres em idade fértil do Município de Divino de São Lourenço garantindo-lhes o direito básico de cidadania previsto na Constituição da República Federativa do Brasil pautado no Artigo 226, Parágrafo 7, no princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Democratizar e ampliar acesso às informações sobre meios de anticoncepção ou de concepção aos usuários do SUS do município;
- Diminuir a ocorrência de casos de gravidez indesejada;
- Humanizar atendimento e a qualificação da atenção ao planejamento familiar, sexual e reprodutivo.
- Garantir o direito de desfrutar das relações sexuais seguras;
- Garantir o direito de decidir quantos filhos quer ter e quando tê-los;
- Garantir o direito de ter informação e acesso aos métodos anticoncepcionais.



4. POPULAÇÃO ALVO

Mulheres e Homens em idade fértil do município de Divino de São Lourenço, que compareçam a uma Unidade Básica de Saúde - UBS solicitando assistência em Planejamento Familiar ou que sejam encaminhados para esta finalidade ao Programa de Planejamento Familiar.

4.1 POPULAÇÃO ALVO PRIORITÁRIA

Deverão ser priorizados homens e mulheres com risco reprodutivo ou conforme critérios a seguir:

- Idade superior a 40 anos;
- Baixa escolaridade ou que não tenha completado a 4ª série do ensino fundamental;
- Antecedentes obstétricos desfavoráveis: abortos, mortes fetais e neonatais, baixo peso ao nascer 2.500g, pré-eclâmpsia, malformações congênitas, etc.;
- Doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Doença Renal, Cardiopatia, Infecção por HIV/AIDS, Doenças Neurológicas entre outras;
- Tabagismo, alcoolismo, dependência química;
- Obesidade ou desnutrição;
- Transtorno Mental.

5. ASSISTÊNCIA À PRECONCEPÇÃO

A assistência a concepção tem como objetivo orientar e assistir o cidadão em idade fértil que deseja engravidar com o intuito de proporcionar uma orientação adequada em fertilidade, bem como quanto à evolução saudável de uma futura concepção. Ao assistir o indivíduo ou o casal a equipe de saúde deverá prevenir, detectar e tratar fatores que possam interferir na fertilidade e na concepção.

6. A ESCOLHA DO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

A assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos anticoncepcionais aprovadas pelo Ministério da Saúde, bem como o conhecimento de suas indicações, contraindicações e implicações de uso, garantindo à mulher, ao homem ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que a eles melhor



se adaptem. Pressupõe, ainda, o devido acompanhamento clínico-ginecológico à usuária, independentemente do método escolhido.

Na decisão sobre o método anticoncepcional a ser usado devem ser levados em consideração os seguintes aspectos: A escolha da mulher, do homem ou do casal; Características dos métodos; e Fatores individuais e situacionais relacionados ao uso do método.

Características dos métodos: Eficácia; Efeitos secundários; Aceitabilidade; Disponibilidade; Facilidade de uso; Reversibilidade; e Proteção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Eficácia: Todos os métodos anticoncepcionais apresentam uma taxa de falha que é calculada com o número de gestações não desejadas entre os usuários de um determinado método anticoncepcional nos primeiros 12 meses de uso.

Efeitos secundários: A inocuidade, ou seja, a ausência de quaisquer efeitos secundários adversos seria condição ideal, ainda não conseguida nos anticoncepcionais até os dias atuais. Por outro lado, é também verdade que determinados métodos ocasionam mais efeitos secundários adversos que outros, sendo direito do usuário ser corretamente informado a respeito dessas diferenças. Além disso, o profissional de saúde deve estar capacitado para prevenir e tratar tais efeitos, assim como avaliar os riscos que o uso de determinados métodos possa acarretar à saúde.

Aceitabilidade: A aceitação do método, o grau de confiança que nele se têm, a motivação para seu uso e uma correta orientação do profissional de saúde, são importantes fatores para o sucesso do método escolhido. Por outro lado, a inadaptção psicológica e cultural a determinado método pode ser a maior causa de seu fracasso ou de mudança para outro método.

Disponibilidade: O acesso gratuito aos métodos anticoncepcionais é condição fundamental para que a escolha do método se realize livremente, sem restrições. Isso é particularmente importante considerando-se que grande parte da população não tem condição de pagar pelo método. Assim, nas situações em que a oferta de determinado método não seja possível, é



importante considerar o seu custo, avaliando a possibilidade de o usuário arcar com ele. Obviamente, isso só é válido para os métodos não existentes nos serviços de saúde da rede pública, pois nenhum profissional ou serviço pode cobrar do usuário qualquer tipo de honorário ou taxa por métodos ou procedimentos visando a sua colocação ou realização.

Facilidade de uso: De nada adiantará a indicação de um método que tenha todas as qualidades anteriormente descritas se sua utilização for difícil, complexa ou não assimilada por grande parte da população. No entanto, é igualmente verdade que a maior parte das dificuldades relacionadas ao uso do método podem ser resolvidas com o adequado suporte do profissional de saúde.

Reversibilidade: O ideal é que os métodos anticoncepcionais sejam completa e imediatamente reversíveis, e que uma vez interrompido seu uso, haja recuperação total da fertilidade correspondente à faixa etária do usuário.

Proteção a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST): A ocorrência de casos de infecção pelo HIV traz consequências para o exercício da sexualidade e da reprodução e produz uma série de desafios e desdobramentos para a área da saúde reprodutiva e sexual. Torna-se urgente estimular a prática da dupla proteção, ou seja, a prevenção simultânea das infecções sexualmente transmissíveis, inclusive a infecção pelo HIV/AIDS, e da gravidez indesejada. Isso pode se traduzir no uso dos preservativos masculino ou feminino ou na opção de utilizá-los em associação a outro método anticoncepcional da preferência do indivíduo ou casal. Nesse sentido, é de fundamental importância que os profissionais de saúde conversem com o indivíduo ou casal sobre IST e AIDS, propiciando assim percepção a respeito de situações de risco para essas infecções e uma reflexão sobre a necessidade de sua prevenção, favorecendo a adesão ao uso do preservativo. Considerando o fato de existirem os recursos disponíveis para tratamento ou controle de algumas IST, o diagnóstico para essas infecções deve ser oportunizado e garantido também nos serviços de planejamento familiar.



7. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS OFERECIDOS

O Ministério da Saúde, por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Cbaf), é responsável pela aquisição e distribuição dos itens que compõem o Programa Saúde da Mulher: contraceptivos orais e injetáveis, dispositivo intrauterino (DIU) e diafragma, solicitados pelo município diretamente na Farmácia Cidadã Regional.

Já os preservativos: masculino e feminino fazem parte do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf), mas também são financiados, adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde, e o município solicita na Vigilância Epidemiológica Regional, e se destinam além da prevenção de uma gravidez indesejada, para a proteção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

7.1. Contraceptivo de Barreira - Preservativos: Masculino e Feminino

O preservativo masculino consiste em um envoltório de látex que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o esperma por ocasião da ejaculação impedindo o contato com a vagina, assim como impede que os microrganismos da vagina entrem em contato com o pênis ou vice-versa. É um método que, além de evitar a gravidez, reduz o risco de transmissão das IST/AIDS e de outros agentes sexualmente transmissíveis.

O preservativo feminino é um tubo de poliuretano com uma extremidade fechada e a outra aberta, acoplado a dois anéis flexíveis também de poliuretano. O primeiro, que fica solto dentro do tubo, serve para ajudar na inserção e na fixação de preservativo no interior da vagina. O segundo anel constitui o reforço externo do preservativo que, quando corretamente colocado, cobre parte da vulva.

O produto já vem lubrificado e deve ser usado uma única vez. O poliuretano, por ser mais resistente do que o látex, pode ser usado com vários tipos de lubrificantes. Forma uma barreira física entre o pênis e a vagina, servindo de receptáculo ao esperma, impedindo seu contato com a vagina, assim como impede que os microrganismos da vagina entrem em contato com o pênis ou vice-versa.



7.2. Contracepções de emergência

Pílula do dia seguinte: Esse método deve ser usado em uma situação inesperada. É indicado para a mulher que manteve uma relação sexual desprotegida, sem uso de anticoncepcional e em casos de estupro. É também indicado em situações de rompimento de camisinha ou quando o diafragma é removido antes de seis horas após uma relação sexual, ou após esquecimento de uma ou mais pílulas anticoncepcionais no início ou no fim da cartela. Consiste no uso de alta dose de hormônio anticoncepcional oral (contendo estrogênio + progestogênio) que interrompem o ciclo reprodutivo da mulher, evitando assim uma gravidez indesejada. Dependendo da etapa do ciclo na qual as pílulas foram tomadas, elas podem impedir ou retardar a liberação do óvulo pelo ovário. Algumas usuárias têm efeitos colaterais, tais como náuseas e vômitos ou distúrbios do ciclo menstrual. Efeitos colaterais sérios são muito raros. Pode ser usada por mulheres de qualquer idade, com ou sem filhos.

7.3. Contraceção Hormonal: Pílulas e Injetáveis Mensais

Pílulas composta de hormônios em várias misturas de estrógenos e progesterona, que impossibilita a liberação do óvulo pelo ovário, e assim, impede a fecundação.

Anticoncepcionais injetáveis consistem no uso mensal ou trimestral de hormônio em forma de injeção.

7.3.1. Fluxograma para Termos de Consentimento de Anticoncepcionais Injetáveis:

Início do Fluxograma:

Introdução ao processo de consentimento.

Identificação do paciente ou usuário.

Informações sobre o Anticoncepcional Injetável:

Descrição dos anticoncepcionais injetáveis trimestral e mensal.

Explicação sobre os benefícios, eficácia e efeitos colaterais associados a cada método.



Esclarecimento de Dúvidas:

Espaço para o paciente fazer perguntas ou solicitar esclarecimentos adicionais.

Respostas claras e detalhadas para todas as questões levantadas.

Riscos e Contraindicações:

Apresentação dos possíveis riscos e contraindicações associados a cada método.

Destaque para situações em que o uso do anticoncepcional pode não ser apropriado.

Alternativas Contraceptivas:

Informações sobre outras opções de contracepção disponíveis.

Comparação de diferentes métodos contraceptivos.

Decisão Informada:

Confirmação de que o paciente recebeu informações completas e compreendeu os riscos e benefícios dos anticoncepcionais injetáveis.

O paciente indica sua escolha e disposição para prosseguir com o método escolhido.

Assinatura do Termo de Consentimento:

O paciente assina o termo de consentimento após ter recebido todas as informações necessárias e ter suas dúvidas esclarecidas.

Arquivamento do Termo de Consentimento:

Documentação adequada do termo de consentimento assinado pelo paciente.



Arquivamento seguro e acessível do documento para referência futura.

Acompanhamento e Suporte Contínuo:

Compromisso de fornecer acompanhamento médico regular e suporte contínuo ao paciente durante o uso do anticoncepcional escolhido.

7.4. Diafragma

É um método anticoncepcional de uso feminino que consiste num anel flexível, coberto no centro com uma delgada membrana de látex ou silicone em forma de cúpula que se coloca na vagina cobrindo completamente o colo uterino e a parte superior da vagina, impedindo a penetração dos espermatozoides no útero e trompas. Para maior eficácia do método, antes da introdução, a paciente deve colocar, na parte côncava, creme espermicida. Entretanto, essa associação limita-se às mulheres com baixo risco para o HIV e outras IST.

7.5. Dispositivo Intrauterino - DIU

É um dispositivo intrauterino e contraceptivo, usado para mulheres que não desejam engravidar. É formado por uma pequena haste em forma das letras T ou Y, que é introduzida dentro do útero. Esta pequena haste fica por um tempo dentro do útero (que varia de 5 a 10 anos) e libera substâncias que tornam o útero um local hostil para o espermatozoide, impedindo que ele fecunde o óvulo. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferta no momento apenas o Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre), não impedindo a avaliação da possibilidade de oferta de outros dispositivos.

8. CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA.

8.1. Laqueadura Tubária:

É um método contraceptivo cirúrgico feminino em que as trompas de Falópio são amarradas ou seccionadas, impedindo que os óvulos alcancem o útero e sejam fecundados pelos espermatozoides. Outra técnica consiste na oclusão tubária pela colocação do agrafo ou anel (técnica do ring) em cada trompa, oferecendo a chance de reversibilidade em 30% dos casos. Contudo, a técnica a ser empregada dependerá da avaliação médica.



OBSERVAÇÃO: Abordar taxa de falha, possibilidade de irreversibilidade e gravidez ectópica;

8.2. Vasectomia:

É um método contraceptivo cirúrgico masculino que consiste em uma operação que secciona o canal deferente (tubo que conduz o espermatozoide para a uretra). O homem submetido a esta operação tem prazer sexual normal e orgasmo, mas seu sêmen não contém espermatozoides, e assim não pode fecundar o óvulo.

OBSERVAÇÃO: a vasectomia é um processo simples, que pode ser realizado com anestesia local, no consultório médico. A operação é considerada irreversível e, portanto, não é indicado para homens que desejam ter filhos posteriormente.

8.3. Serviço de Referência para Contracepção Cirúrgica:

PROCEDIMENTO	HOSPITAL HABILITADO
Laqueadura Tubária e Vasectomia	Hospital Estadual Jerônimo Monteiro
	Hospital Estadual de São José do Calçado

8.3. Fluxo de Acesso à Assistência através da Auto Regulação Formativa Territorial – ARFT:

- I- O usuário é abordado pela ACS (mulheres com mais de 21 anos ou menos dois filhos vivos) ou procura a UBS, manifesta o desejo de Esterilização Cirúrgica.
- II- Passa por consulta com Enfermeiro, recebe as orientações sobre todos os métodos contraceptivos. Diante da insistência no desejo da esterilização cirúrgica, encaminha o usuário para Programa de Planejamento Familiar do Município.
- III- A Equipe Multidisciplinar do Programa de Planejamento Familiar realiza Acolhimento, Aconselhamento Individual, Atividades Educativas em Grupo etc. conforme descrito no Anexo I (As Atividades Educativas podem ser desenvolvidas



com a própria equipe do Programa ou através de parceria com a equipe de ESF, APS, ou mesmo de outra Secretaria, como CRAS ou CREAS).

IV- Após avaliar outros métodos de contracepção o usuário mantém desejo de Esterilização Cirúrgica. A Equipe Multidisciplinar do Programa de Planejamento Familiar preenche o formulário do Anexo II – Termo de Avaliação Psicossocial e encaminha para consulta com médico da ESF de referência do usuário.

V- Na consulta o médico da ESF irá:

1. Avaliar se o cidadão atende aos critérios legais para Esterilização Cirúrgica conforme legislação vigente;
2. Orientar risco e irreversibilidade;
3. Solicitar os exames pré-operatórios: Hemograma completo, Coagulograma, Glicemia de Jejum, Urina, Creatinina, VDRL, Risco Cirúrgico;
4. Preencher o Termo de Consentimento Informado (Anexo III – Termo de Consentimento Informado para Realização da Laqueadura Tubária ou Anexo IV – Termo de Consentimento Informado para Realização da Vasectomia).

Obs.: NÃO É MAIS NECESSÁRIA ASSINATURA DO COMPANHEIRO (A). Mas o Termo continua sendo necessário como forma de resguardar o Município que todas as informações foram adequadamente prestadas ao usuário. Inclusive uma via de toda a documentação fica arquivada na UBS

Conforme Legislação: Art. 10, § 1º. É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

5. Inserir o usuário no Sistema de Regulação do Acesso vigente, no caso a ARFT:



-
- CIRURGIAGINECOLÓGICA/LAQUEADURA-SUL – CID: Z30
 - CIRURGIA/UROLÓGICA/VASECTOMIA-SUL – CID: Z30.2

6. Orientar o usuário quanto à importância de ter em mãos os formulários já preenchidos quando for para o hospital, juntamente com os documentos pessoais (Documento com foto, CPF e Cartão Nacional de Saúde-CNS) e comprovante de residência atual.

VI- Caso o paciente desista de realizar o procedimento e procure o serviço preencher o Anexo V - Termo de Revogação de Consentimento para fins de registro e arquivamento da informação, uma cópia deve ficar no prontuário do usuário na UBS ou no Programa;

VII-O Anexo VI – Termo para Realização de Esterilização Cirúrgica em Virtude de Risco para Mulher e/ou Futuro Concepto é apenas para os casos de mulheres que não atendam o critério legal, mas em virtude de um risco específico precisa da laqueadura. Nesse caso o médico da UBS preenche a primeira parte e assina e o médico Ginecologista ou do Pré-Natal de Alto Risco preenche a segunda parte, para que a gestante seja encaminhada para maternidade com o documento.

Conforme Legislação: Art. 10, II- risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

VIII- No Anexo VII encontra-se o formulário de Registro Institucional de Contracepção Cirúrgica, que deverá ser preenchido pelo Hospital de referência que realizará a cirurgia, sendo também em 3 vias (Paciente / Programa / Hospital), retornado o usuário com duas vias preenchidas, uma que será do paciente e a outra que o usuário deverá ser instruído a entregar na UBS ou no Programa.

VII. O cidadão deverá ser orientado na alta hospitalar a procurar a ESF de seu território ou Programa de Planejamento Familiar do Município para encerrar o processo.



8.4. Laqueadura Tubária no momento do Parto:

Com a alteração na Lei nº. 9.263, através da Lei nº 14.443, de 02 de setembro de 2022, trouxe a possibilidade de a esterilização cirúrgica na mulher acontecer no momento do parto alterando o parágrafo 2º do Art.10.

Para tanto é necessário que durante o pré-natal a gestante passe pelo Fluxo da Assistência descrito no item 8.3, porém não será inserido no Sistema de Regulação da ARFT o pedido de Laqueadura, pois a gestante não deve ser regulada, ela tem a garantia de vaga sempre. Então a gestante levará os documentos devidamente preenchidos (Anexo II – Termo de Avaliação Psicossocial e Anexo III - Termo de Consentimento Informado para realização de Laqueadura Tubária) para a maternidade no momento do parto.

Contudo, a equipe de ESF do território deverá informar a Referência Técnica Municipal da Rede de Atenção Materna e Infantil – RAMI que a gestante está apta para a laqueadura no momento.

A Referência Técnica Municipal da Rede de Atenção Materna e Infantil – RAMI por sua vez deverá incluir essa informação na vinculação da gestante a maternidade de referência.

8.5. Inserção de DIU no momento do parto:

Conforme a Portaria nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017, é garantida a inserção do Dispositivo Intrauterino na maternidade no pós-parto e pós-abortamento imediato. De acordo com a Portaria, que em seu Art. 1º altera o Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 37-A Para fins do disposto neste Capítulo, os Dispositivos Intrauterinos Tcu 380 (DIU de cobre) poderão ser disponibilizados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios às maternidades integrantes do SUS, para **anticoncepção pós-parto (APP) ou pós-abortamento (APA) imediatas**.

§ 1º A APP ou APA imediata deverá ocorrer no período entre 10 (dez) minutos a 48 (quarenta e oito) horas que sucederem o parto ou abortamento.



§ 2º Para a APP, deve-se respeitar a 1ª hora de contato pele a pele mãe-bebê e início da amamentação.

Para atender o inciso 1º da referida portaria, a usuária seguirá o Fluxo de Assistência descrito no item 8.3. No pré-natal a gestante expressa o desejo da inserção do DIU no pós-parto imediato, seguido de encaminhamento para o Programa de Planejamento Familiar para participar das atividades educativas. O médico da ESF preenche do Anexo VIII - Termo de Consentimento Informado para usuárias de DIU e solicita o DIU na Farmácia Cidadã.

A usuária será orientada a ir para a maternidade no momento do parto com o DIU e o formulário preenchido.

Contudo, a equipe de ESF do território deverá informar a Referência Técnica Municipal da Rede de Atenção Materna e Infantil – RAMI que a gestante está apta para inserção do DIU no pós parto imediato.

A Referência Técnica Municipal da Rede de Atenção Materna e Infantil – RAMI por sua vez deverá incluir essa informação na vinculação da gestante a maternidade de referência.

9. ATUAÇÃO PROFISSIONAL/COMPETÊNCIAS:

9.1. Ao Agente Comunitário de Saúde Compete

- Nas visitas domiciliares identificar as mulheres em idade fértil e os homens com atividades sexuais, informar quanto ao Programa de Planejamento Familiar e métodos disponíveis na UBS;
- Identificar fatores de risco reprodutivo e informar aos outros membros da equipe da ESF;
- Encaminhar o usuário para atendimento na Unidade Básica de Saúde caso necessário;
- Realizar as visitas domiciliares periódicas para acompanhamento do Programa;
- Convidar a população para ações educativas;

9.2. Ao Auxiliar Administrativo Compete

- Recepcionar e acolher o usuário na UBS, fazer o cadastro ou atualizá-lo quando necessário;



- Orientar e encaminhar para atendimento com os profissionais responsáveis;

9.3. Ao Técnico de Enfermagem Compete

- Acolher o usuário, verificar os sinais vitais, ouvir as intenções e queixas;
- Fazer as orientações preliminares, agendar coleta de exame de citologia oncótica quando necessário;
- Agendar participação do usuário e realizar atividade educativa de planejamento familiar;
- Agendar retorno no prazo estabelecido, que na maioria das vezes, inicialmente será em um mês, tanto para acompanhamento à preconcepção, como para acompanhamento de uso de método contraceptivo;
- Anotar todas as queixas, orientações e condutas adotadas em prontuário;

9.4. Ao Enfermeiro Compete

- Realizar a consulta de enfermagem em planejamento familiar, tanto inicial quanto subsequentes;
- Realizar ação educativa em planejamento familiar;
- Colher citologia oncótica conforme protocolo;
- Analisar o resultado da citologia oncótica;
- Agendar retorno no prazo estabelecido, que na maioria das vezes, inicialmente será em um mês, tanto para acompanhamento à preconcepção, como para acompanhamento de uso de método contraceptivo;
- Instruir e acompanhar casais quanto à utilização dos métodos naturais de planejamento familiar, se esta for a opção do casal;
- Anotar todas as orientações e condutas adotadas em prontuário;



9.5. Ao Médico Compete

- Realizar a consulta médica em planejamento familiar, incluindo a anamnese, o exame físico geral identificando fatores de risco, o exame de mamas com orientação para autoexame, o exame ginecológico, a análise do resultado da citologia oncológica bem como sua coleta se necessário, a indicação e conduta frente à solicitação de anticoncepção ou à queixa de infertilidade, as orientações sobre planejamento familiar;
- Realizar atividade educativa em planejamento familiar.
- Definir junto ao usuário o método a ser utilizado, e anexar em prontuário o termo de consentimento informado devidamente assinado pelo(s) usuário(s).
- Anotar todas as orientações e condutas adotadas em prontuário;

9.6. Ao Psicólogo Compete

- Realizar orientação individual;
- Escuta qualificada;
- Proporcionar a expressão de seus sentimentos, dúvidas e fantasias frente à decisão de realizar um planejamento familiar mais efetivo;
- Encontros clínicos, respeitando os valores, crenças e expectativas;
- Estabelecimento de relação de confiança;
- Orientação Individual e Conjugal;
- Orientação sobre a sexualidade;
- Atendimentos em Grupo;
- Integração Multidisciplinar.



9.7. Ao Assistente Social Compete

- Apresentação do Programa de Planejamento Familiar;
- Organizar e integrar as ações multidisciplinares para o planejamento familiar;
- Orientar o indivíduo quanto ao direito aos métodos contraceptivos e contraceptivos;
- Organizar e participar das atividades em grupo;
- Orientar quanto à documentação necessária para a realização da contracepção cirúrgica.

9.8. Referência Técnica Municipal da Rede de Atenção Materna e Infantil Compete

- Conhecimento e multiplicação da informação sobre o Programa de Planejamento Familiar;
- Monitoramento do acesso dos usuários ao Programa;
- Contato constante com a equipe do Programa e com as equipes de ESF para acompanhar as gestantes atendidas e aptas pelo Programa para ações de planejamento familiar;
- Inserir as gestantes aptas para ações no parto na planilha de vinculação para encaminhar maternidade de referência;
- Contato com as referências hospitalares para garantir a realização do procedimento autorizado.

10. CONCLUSÃO

O Programa de Planejamento Familiar é uma iniciativa essencial para o desenvolvimento social e a qualidade de vida de nossos cidadãos. Em Divino de São Lourenço, temos grandes esperanças e conquistas previstas com a implementação deste programa, que visa promover a saúde reprodutiva, a autonomia das famílias e o bem-estar geral da comunidade.

10.1. Educação e Conscientização

Acreditamos que o primeiro passo para um planejamento familiar adequado é a educação e a conscientização da população. Com o programa em vigor, estamos investindo em campanhas de informação e educação para fornecer às pessoas acesso a informações precisas



e abrangentes sobre métodos contraceptivos, saúde sexual e reprodutiva, e o direito de planejar a família de acordo com suas necessidades.

10.2. Redução da Taxa de Gravidez não Desejada

Uma das principais metas do nosso programa é reduzir a taxa de gravidez não desejada no município. Ao oferecer uma ampla gama de métodos contraceptivos gratuitos e acessíveis, esperamos capacitar as famílias a tomarem decisões informadas sobre o momento e o tamanho de suas famílias, possibilitando uma gravidez planejada e saudável.

10.3. Saúde Materna E Infantil

Com um melhor acesso ao planejamento familiar, esperamos reduzir os riscos associados à gravidez não planejada, o que pode resultar em melhorias significativas na saúde materna e infantil. Ao garantir que as famílias possam espaçar suas gestações e ter o número desejado de filhos, buscamos reduzir as complicações durante a gravidez e o parto, promovendo, assim, um ambiente mais saudável para o crescimento e desenvolvimento das crianças.

10.4. Fortalecimento Econômico

A capacidade de planejar a família de acordo com as necessidades econômicas de cada família também desempenha um papel importante no fortalecimento econômico do município. Ao possibilitar o acesso ao planejamento familiar, estamos ajudando as famílias a se prepararem melhor para o futuro, garantindo que tenham condições adequadas para cuidar de seus filhos e investir em suas carreiras e projetos pessoais.

10.5. Promoção da Igualdade de Gênero

O Programa de Protocolo de Planejamento Familiar também desempenha um papel fundamental na promoção da igualdade de gênero. Ao oferecer às mulheres a possibilidade de decidirem sobre sua saúde reprodutiva e o momento de terem filhos, estamos emponderando-as e contribuindo para a desconstrução de estereótipos e desigualdades de gênero, permitindo uma maior participação delas na sociedade.

Em suma, com o Programa de Planejamento Familiar, o município de Divino de São Lourenço busca construir uma sociedade mais consciente, saudável e igualitária. Estamos



Prefeitura Municipal de Divino de São Lourenço
Fundo Municipal de Saúde
Avenida Pedro Batista, S/N Bairro Santa Cruz, CEP: 29.590-000
CNPJ: 10.593.310/0001-10- Divino de São Lourenço - ES
sms.saude@dslourenco.es.gov.br

comprometidos em garantir que todas as famílias tenham acesso a informações e serviços adequados para planejarem o futuro de acordo com suas escolhas e aspirações, e assim, contribuir para um futuro próspero e harmonioso para todos os cidadãos.

Divino de São Lourenço, 19 de Julho de 2023

Heliomar Márcio de Aguiar

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Juliano Andrade Fernandes Aguiar

REFERÊNCIA TÉCNICA RAMI DIVINO DE SÃO LOURENÇO



Prefeitura Municipal de Divino de São Lourenço
Fundo Municipal de Saúde
Avenida Pedro Batista, S/N Bairro Santa Cruz, CEP: 29.590-000
CNPJ: 10.593.310/0001-10- Divino de São Lourenço - ES
sms.saude@dslourenco.es.gov.br

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.



ANEXO I - ATIVIDADES EDUCATIVAS

A atuação dos profissionais de saúde na assistência à concepção ou anticoncepção envolve, necessariamente, três tipos de atividades:

- Atividades educativas
- Aconselhamento
- Atividades clínicas

Essas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada, tendo-se sempre em vista que toda visita ao serviço de saúde constitui-se numa oportunidade para a prática de ações educativas que não devem se restringir apenas às atividades referentes à anticoncepção, no enfoque da dupla proteção, mas sim abranger todos os aspectos da saúde integral da mulher. Deve-se, ainda, promover a interação dos membros da equipe de saúde, de forma a permitir a participação dos diversos elementos, nessas atividades, de acordo com o nível de responsabilidade requerido em cada situação.

O Profissional de Saúde precisa estar mais atento quanto às orientações em caso de contracepção cirúrgica, em virtude da legislação pertinente e da grande possibilidade desses métodos se tornarem irreversíveis a depender das condições cirúrgicas propostas, ou de agravos na saúde.

Não é recomendável realizar a anticoncepção cirúrgica em homens e mulheres com instabilidade conjugal, curto tempo de união, desajuste sexual, em momentos de forte emoção, com perda do companheiro ou filho, na assistência ao parto ou abortamento e em indivíduos jovens. Estas situações aumentam o risco de arrependimento.

É obrigatório o preenchimento do Termo de Consentimento assinado pelo requerente, para que possa ser encaminhado ao serviço que realizará o procedimento cirúrgico. Em caso de risco à vida da mulher ou a saúde da mulher ou futuro conceito, é necessário o preenchimento do termo específico no Anexo VI para conferência médica assinada por dois médicos.



Atividades Educativas: Devem ser desenvolvidas com o objetivo de oferecer à população atendida os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado, assim como propiciar o questionamento e reflexão sobre os temas relacionados com a prática da anticoncepção, inclusive a sexualidade. As ações educativas devem ser preferencialmente realizadas em grupo, precedendo a primeira consulta, e devem ser sempre reforçadas pela ação educativa individual. Existem diferentes metodologias de trabalho de grupo. Cada serviço deve utilizar a que melhor se adapte às suas disponibilidades de pessoal, de tempo e de espaço, bem como às características e necessidades do grupo em questão. Seja qual for a metodologia utilizada, é de fundamental importância que as práticas educativas tenham um caráter participativo, permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo. A linguagem utilizada pelo profissional de saúde deve ser sempre acessível, simples e precisa.

A orientação quanto à concepção e contracepção precisa incluir ainda orientações no campo da sexualidade, reconhecimento do período fértil, controle e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, prevenção ao câncer cérvico-uterino, do câncer de mama, do câncer de próstata e do câncer de pênis. E em caso de concepção, precisa incluir o atendimento ao pré-natal, aborto, parto, puerpério e o atendimento ao neonato.

Dentre as ações do Planejamento Familiar, podemos citar a assistência da enfermagem, médica, psicológica e de assistência social, realização de oficinas e/ou palestras abrangendo todos os aspectos da saúde, em três seguimentos de assuntos a serem abordados:

I – Conhecendo o corpo da mulher e do homem e como funcionam os seus órgãos reprodutores; mulheres e homens em idade férteis; orientação quanto à escolha do número e o momento para gerar filhos;

II – O conhecimento sobre os métodos contraceptivos: preservativo feminino e masculino, pílulas, injetáveis mensais, diafragma, DIU, laqueadura tubária, vasectomia; como fazer a escolha do método a ser usado; o que deve fazer quando se esquecer de tomar a pílula; o que é sexo seguro;

III – Sexualidade, Doenças Sexualmente Transmissíveis e formas de contágio, consequências, tratamentos e higiene corporal;



Para alcançar os objetivos propostos, o Programa de Planejamento Familiar e Reprodutivo conta com o apoio e a divulgação principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde, mas de forma geral com toda a Equipe da Estratégia de Saúde da Família, para fazer com que a população em geral tenha conhecimento da existência do Serviço e da forma de acesso.

Aconselhamento: É entendido como um "processo de escuta ativa individualizada e centrado no indivíduo. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores visando o resgate dos recursos internos do indivíduo para que ele tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação" (CN DST/AIDS – MS, 1997).

Esta prática pressupõe: (1) a identificação e acolhimento da demanda do indivíduo ou casal, entendida como suas necessidades, dúvidas, preocupações, medos, angústias, entre outras, relacionadas às questões de planejamento familiar, reprodutivo e prevenção das DST/AIDS; (2) avaliação de risco individual ou do casal, para a infecção pelo HIV e outras DSTs; e (3) o reconhecimento pelo profissional de que o sucesso a ser alcançado depende da ação conjunta dos interlocutores (profissional e indivíduo ou casal). Implica, portanto, na promoção de um diálogo no qual a mensagem é contextualizada às características e vivência da(s) pessoa(s) e na necessidade de participação ativa nesse processo. A ideia demarcada no aconselhamento é a troca. Dessa forma torna-se possível o desenvolvimento de uma relação de confiança, condição básica para a realização dos procedimentos presentes no processo de aconselhamento.

Atividades clínicas: Devem ser realizadas levando-se em conta que todo e qualquer contato que o homem ou a mulher venha a ter com os serviços de saúde deve ser utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da sua saúde. De tal forma que a primeira consulta deve ser feita após as atividades educativas incluindo: a anamnese; exame físico geral e ginecológico, com especial atenção para a orientação do autoexame de mamas e levantamento da data da última colpocitologia oncótica para avaliar a necessidade de realização da coleta ou encaminhamento para tal; análise da escolha e prescrição do método anticoncepcional.



Prefeitura Municipal de Divino de São Lourenço

Fundo Municipal de Saúde

Avenida Pedro Batista, S/N Bairro Santa Cruz, CEP: 29.590-000

CNPJ: 10.593.310/0001-10- Divino de São Lourenço - ES

sms.saude@dslourenco.es.gov.br

As consultas subsequentes ou consultas de retorno visam um atendimento periódico e contínuo para reavaliar a adequação do método em uso, bem como prevenir, identificar e tratar possíveis intercorrências.

- Orientar o indivíduo quanto ao direito aos métodos conceptivos e contraceptivos;
- Organizar e participar das atividades em grupo;
- Orientar quanto a documentação necessária para a realização da contracepção cirúrgico.



ANEXO II - TERMO DE AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL

Nome do(a) Paciente: _____
DN: ____ / ____ / ____ Escolaridade: _____ CPF: _____
CNS: _____ Tels.: _____
Nome da Mãe: _____ Escolaridade: _____
Endereço: _____
Município: _____ Ponto de Referência: _____
Profissão: _____ Vínculo Empreg.: _____
Estado Civil: _____ Tempo de Convivência: _____
Nome do Cônjuge: _____
DN: ____ / ____ / ____ Profissão: _____ Vínculo Empreg.: _____
CPF: _____ CNPJ: _____
Renda Familiar: _____ + _____
Tempo que participa do Planejamento Familiar: _____
Porque deseja proceder à Contracepção Cirúrgica: _____

Quantidade de Filhos? _____
Filhos Planejados ou Não? Por quê? _____

Nome e idade dos filhos:

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____
- 6- _____

Presença de doença ou outros, que colocam à saúde da mulher em risco em caso de gravidez?

Parecer Técnico: _____

Observações: _____

_____, ____ / ____ / ____.

Assinatura e Carimbo: Assistente Social e Psicólogo

Documento em 3 vias: Paciente / Programa / Hospital



ANEXO III - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁREA

Eu _____,
Idade _____ anos, Portadora da cédula de Identidade nº _____, residente no Município de _____ declaro estar ciente dos esclarecimentos prestados no Programa de Planejamento Familiar, manifesto o desejo de ser submetida a laqueadura tubária por minha livre e espontânea vontade. Também sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar ao menos 60 dias, conforme Resolução Normativa 167, da ANS.

Antes da operação, foi-me informado que:

- A intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir gravidez, para realização deste procedimento existem várias formas de cirurgia: Laparoscópica – cirurgia realizada por meio de 4 pequenos cortes realizados no abdome; Microlaparotomia – que é semelhante a uma cesárea; Vaginal – cirurgia realizada pela vagina; Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea). Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;

- Qualquer cirurgia que venha a ser escolhida necessita anestesia, o tipo de anestesia é a critério médico;

- Embora o método de laqueadura tubária seja o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha de 0,41% que independe do paciente ou do médico;

- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente. As complicações que poderão surgir são: Intraoperatória (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico e Pós-operatórias Leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia e outras) bem como graves e excepcionais (eventração, apneia, trombozes, hematomas, pelviperitonites, hemorragia e outras) perfurações de órgãos, dentre outras;

- A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas, nem sempre é possível, a depender de avaliação médica;

- Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis como os Métodos de barreira, Anticoncepção hormonal, Contracepção intrauterina, Métodos naturais;

- Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, e esclareci todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento anterior ao procedimento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro agora que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento;

- Nestas condições CONSINTO que se realize a LAQUEADURA TUBÁRIA proposta;

- Declaro ter recebido aconselhamento multidisciplinar;

- Após ter recebido todas as informações necessárias informo que participei do processo de decisão sobre o meu tratamento e tenho minha parcela de responsabilidade sobre a conduta adotada. Este formulário atesta minha aceitação ao procedimento proposto;

Observação: Termo em três vias originais (Paciente / Prontuário / Prestador).

Cópias anexas:

- Carteira de Identidade, CPF e Cartão Nacional de Saúde - CNS;

- Certidões de Nascimento dos filhos.

Assinatura da paciente _____

Assinatura do médico responsável sobre carimbo (legível) _____

Documento em 3 vias: Paciente / Programa / Hospital



ANEXO IV - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE VASECTOMIA

Eu _____, Idade _____ anos, Portadora da cédula de Identidade nº _____, residente no Município de _____ declaro estar ciente dos esclarecimentos prestados no Programa de Planejamento Familiar, manifesto o desejo de ser submetida a Vasectomia por minha livre e espontânea vontade. Também sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar ao menos 60 dias, conforme Resolução Normativa 167, da ANS.

Antes da operação, foi-me informado que:

- A vasectomia é um método cirúrgico de interrupção permanente e definitiva da fertilidade masculina, causada pela secção dos ductos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado;
- Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia, caso a condição clínica assim o requeira. São feitos um ou dois cortes na bolsa escrotal, que são posteriormente suturados, podendo haver ou não a necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado;
- As complicações, raras, que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas ou ainda se eu tiver qualquer dúvida ou problema, devo entrar em contato com meu médico e/ou com a sua equipe.
- **A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização do ducto deferente, nem sempre é possível, a depender de avaliação médica;**
- Apesar de a vasectomia ser um método de esterilização permanente, **existe uma pequena possibilidade (1 em cada 2000 cirurgias) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides de um coto do ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez.** Trata-se de evento raro, mas possível de ocorrer independentemente da vontade ou técnica empregada.
- O método não interfere na função sexual nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Até o momento não se conhece nenhuma doença que ocorra mais frequentemente em homens vasectomizados.
- **O paciente só poderá retomar sua atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no ejaculado. Isto só ocorre em geral após uma média de 25 ejaculações,** que é o número necessário para “esvaziar” o trato genital, que está à frente de onde foi feita a secção do ducto deferente.
- Estou ciente que a qualquer momento anterior ao procedimento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro agora que estou satisfeito com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.
- **Nestas condições, CONSENTO que se realize a VASECTOMIA.** Após ter recebido todas as informações necessárias informo que participei do processo de decisão sobre o meu tratamento e tenho minha parcela de responsabilidade sobre a conduta adotada. Este formulário atesta minha aceitação ao tratamento proposto.
- Tenho ciência, conforme disposto na Resolução Normativa nº 167, da ANS, e na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que a esterilização será objeto de notificação à direção do Sistema Único de Saúde.

Observação: Termo em três vias originais (Paciente / Prontuário / Prestador).

Cópias anexas:

- Carteira de Identidade, CPF e Cartão Nacional de Saúde - CNS;
- Certidões de Nascimento dos filhos.

_____, ____/____/____
Assinatura do paciente _____

Assinatura do médico responsável sobre carimbo (legível) _____

Documento em 3 vias: Paciente / Programa / Hospital



ANEXO V - TERMO DE REVOGAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu _____,
Idade _____ anos, Portadora da cédula de Identidade nº _____,
residente _____ declaro
REVOGADO o consentimento prestado no dia ____/____/____, quanto ao Procedimento de
Contracepção Cirúrgica _____.

_____, ____/____/____

Assinatura do paciente _____

Assinatura da esposa/companheira _____

Assinatura do Técnico Responsável e carimbo (legível) _____

O documento será preenchido nessas duas partes de igual teor, ficando uma com o paciente e outra com a UBS ou Programa de Planejamento Familiar, a depender de onde o paciente procurar.

ANEXO V - TERMO DE REVOGAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu _____,
Idade _____ anos, Portadora da cédula de Identidade nº _____,
residente _____ declaro
REVOGADO o consentimento prestado no dia ____/____/____, quanto ao Procedimento de
Contracepção Cirúrgica _____.

_____, ____/____/____

Assinatura do paciente _____

Assinatura do parceiro(a) _____

Assinatura do Técnico Responsável e carimbo (legível) _____



**ANEXO VI - TERMO PARA REALIZAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO CIRURGICA
EM VIRTUDE DE RISCO PARA MULHER E/OU FUTURO CONCEPTO**

Nome do (a) Paciente: _____

DN: ____ / ____ / ____ CPF: _____ CNS: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Procedimento Indicado: _____

Situação de Risco: _____

1º Parecer Médico da Unidade de Saúde: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

2º Parecer Médico do Especialista: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

_____, ____ / ____ / ____

Assinatura da(o) Paciente

Documento em 3 vias: Paciente / Programa / Hospital (Quando o risco for verificado na hora do parto,
dois médicos do hospital preenchem o formulário)



ANEXO VII - FICHA DE REGISTRO INSTITUCIONAL DE CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR:

Razão Social: _____
CNPJ: _____ CNES: _____

DADOS DO(A) PACIENTE:

Nome: _____ Sexo: _____
DN: ____/____/____ Escolaridade: _____ CPF: _____
CNS: _____ Tels.: _____
Nome da Mãe: _____ Escolaridade: _____
Endereço: _____
Município: _____ Ponto de Referência: _____
Nº de Filhos: _____

DADOS DO PROCEDIMENTO:

Tipo de Procedimento: _____
Parecer Médico: _____

Indicação da doença ou outros, que colocam à saúde da mulher em risco em caso de gravidez com CID10:

DADOS DA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Data do Procedimento: ____/____/____

Data da Alta Hospitalar: ____/____/____

_____, ____/____/____.

Assinatura e Carimbo do Médico

Documento em 3 vias: Paciente / Programa / Hospital



ANEXO VIII - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA USUARIAS DE DIU

Eu _____, cadastrada na Unidade de ESF _____, declaro que, de livre e espontânea vontade, consenti em submeter-me a inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU), após receber informações detalhadas a respeito da existência e disponibilidade de outros métodos anticoncepcionais cientificamente aprovados.

Especificamente com relação ao DIU, estou ciente e de acordo com as seguintes informações a mim fornecidas:

- Procedimento de inserção do DIU, seus efeitos no organismo e sua ação anticoncepcional;
- Grau de eficácia, incluindo possibilidade ocasional de falha ou expulsão, parcial ou total; vantagens e desvantagens do DIU;
- Prazo de validade do produto, prazo de permanência no útero e necessidade de revisões médicas periódicas;
- Eventuais complicações do uso do método;
- Precauções, incluindo a não realização de tratamentos com ondas curtas nas áreas abdominal e sacra, pela possibilidade de queimadura causada pelo aquecimento do metal do DIU;
- Garantia do meu direito de solicitar e obter a retirada do DIU em qualquer momento que desejar.
- O método não oferece proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis, sendo recomendada à associação do preservativo feminino ou masculino como método combinado.

Tive também, a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias sobre o assunto, recebi informações verbais e/ou escritas, considero que todas as minhas dúvidas foram respondidas e devidamente esclarecidas.

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Usuário

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)



**ANEXO IX - TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIONAIS
INJETÁVEIS TRIMESTRALMENTE**

Eu, _____, cadastrada na
Unidade de ESF de _____, declaro que, de livre e espontânea vontade, consenti
em submete-me à aplicação de anticoncepcional injetável trimestral, depois de ter recebido
informações detalhadas sobre a existência e a disponibilidade de outros métodos anticoncepcionais,
cientificamente comprovados e aprovados pelo Ministério da Saúde, e ainda, com referência aos
injetáveis trimestrais, esclarecimentos específicos, tais como:

- atuação do método no organismo;
- grau de eficácia, incluindo possibilidade ocasional de falha;
- vantagens e desvantagens;
- efeitos colaterais;
- sinais de alerta, que demandam consulta imediata de médico;
- possibilidade de interromper o método a qualquer momento que desejar.

Recebi informações sobre o método, tive a oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias
sobre o assunto, e considero que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Usuário

Assinatura e carimbo do (a) médico(a)



**ANEXO X - TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIONAIS
INJETÁVEIS MENSAS**

Eu, _____ cadastrada na Unidade de ESF de _____, declaro que, de livre e espontânea vontade, consenti em submeter-me à aplicação de anticoncepcional injetável mensal, depois de ter recebido informações detalhadas sobre a existência e a disponibilidade de outros métodos anticoncepcionais, cientificamente comprovados e aprovados pelo Ministério da Saúde, e ainda, com referencia aos injetáveis mensais, esclarecimentos específicos, tais como:

- atuação do método no organismo;
- grau de eficácia, incluindo possibilidade ocasional de falha;
- vantagens e desvantagens;
- efeitos colaterais;
- sinais de alerta, que demandam consulta imediata de medico;
- possibilidade de interromper o método a qualquer momento que desejar.

Recebi informações sobre o método, tive a oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias sobre o assunto, e considero que todas as minhas duvidas foram esclarecidas.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Usuário

Assinatura e carimbo do (a) médico(a)



Fluxograma de Esterilização Cirúrgica

Cidadão Procura ESF, manifesta desejo da Esterilização Cirúrgica, passa por entrevista com o enfermeiro.

Confirmar desejo de esterilização cirúrgica e atendimento aos critérios: maiores de 21 anos ou com 2 filhos vivos
Encaminhar para Programa de Planejamento Familiar.

Após avaliadas outras formas de contracepção e mesmo assim o cidadão mantém o desejo da Esterilização Cirúrgica, encaminhar para consulta com médico da ESF.

Sim.

Preencher os critérios Clínicos.

Não.

Solicitar exames pré-operatórios: Hemograma, Coagulograma, Glicemia de jejum, Urina, Creatinina, VDRL, HIV.

Ofertado outros métodos contraceptivos.

Retorno ao médico da ESF para avaliação dos resultados dos exames.

Preencher os termos de manifestação de vontade de vasectomia/ laqueadura em 3 vias.

Encaminhar ao Programa de Planejamento Familiar para conferência da documentação: Exames, Termo e Cópia dos documentos (RG, CPF, CNSe Comp. Residência).

Encaminhar através do Sistema de Regulação e Acesso vigente

Agendamento da cirurgia no hospital de Referência.

Execução do Procedimento Cirúrgico e preenchimento da Ficha de Registro Individual de Notificação de Esterilização em 2 vias: - 1ª via - Hospital; 2ª - Programa de Planejamento Familiar.

Orientações do pós-operatório: Retomar a Unidade Hospitalar em caso de Febre > 38°C, sangramentos, secreção na incisão e dor abdominal intensa. Em vasectomia orientar: Abstinência sexual por 7 dias, utilização de outro método contraceptivo até a realização do espermograma. Alta Hospitalar mediante Guia de Contra-Referência devidamente preenchida para a continuidade do acompanhamento pela ESF.

ASSINATURA

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

HELIOMAR MARCIO DE AGUIAR
CIDADÃO
assinado em 06/12/2023 10:31:56 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 06/12/2023 10:31:56 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por HELIOMAR MARCIO DE AGUIAR (CIDADÃO)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-W5GLGV>

RESOLUÇÃO Nº292/2023

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria Nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião realizada dia 18 de outubro de 2023, às 09:00 horas, por web conferência.

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.459/2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS a Rede Cegonha.

Considerando a Resolução CIB/SUS-ES nº 162/2011, de 20 de outubro de 2011, que aprova por "Ad Referendum", a adesão do Estado do Espírito Santo à Rede Cegonha.

Considerando a Lei nº 9.263/1996, alterada pela Lei nº 14.443/2022, que define critérios para o Planejamento Familiar.

Considerando o OFÍCIO/Nº062/2023/GAB/SEMUS com solicitação de aprovação do Protocolo Municipal de Planejamento Familiar da Secretaria Municipal de Saúde de Divino de São Lourenço-ES.

Considerando a Resolução nº 005/2023 do Conselho Municipal de Saúde de Divino de São Lourenço- ES.

Considerando o Parecer Técnico nº 024/2023 emitido pela Referência Técnica Regional da RAMI-SUL e o Parecer Técnico nº 044/2023 da Câmara Técnica da CIR-Sul, ambos favoráveis ao pleito.

RESOLVE:

Art. 1º - Homologar a Resolução nº 064/2023 da CIR Sul, que aprova o Protocolo Municipal de Planejamento Familiar do município de **Divino de São Lourenço - ES**.

Art. 2º – Esta resolução entra em vigor a partir de sua data de publicação.

Vitória (ES), 20 de dezembro de 2023.

MIGUEL PAULO DUARTE NETO

Secretário de Estado da Saúde

Presidente da CIB/SUS-ES

ASSINATURA

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

MIGUEL PAULO DUARTE NETO
SECRETARIO DE ESTADO
SESA - SESA - GOVES
assinado em 20/12/2023 15:37:16 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 20/12/2023 15:37:16 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por ANDREZA DEL FIUME SILVA (AUXILIAR DE SERVICOS MEDICOS - QSS - CIB - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-Z337Q1>