

RESOLUÇÃO Nº 032/2020

A Comissão Intergestores 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. Reunião Ordinária, realizada no dia 15 de Dezembro de 2020, às 09:00 horas, por videoconferência.

Considerando a Lei Nº. 9.263, de 12 de Janeiro/1996, que trata do planejamento familiar;

Considerando Of. nº 2168/2020/SEMUS, do município de São José do Calçado;

Considerando Parecer da Referência Técnica Regional da Saúde da Mulher, favorável à aprovação do Protocolo Municipal de Planejamento Familiar, de São José do Calçado.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Protocolo de Planejamento Familiar, do município de São José do Calçado – ES.

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

Art. 3º - Revogar as disposições em contrário.

Cachoeiro de Itapemirim, 15 de Dezembro de 2020.



Vanessa Leocádio Adami
Secretária Municipal de Iúna - ES
Coordenadora da CIR-SUL



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
RUA JOSÉ BORGES DE ALMEIDA, 300 – ES – CEP: 29470-000
CGC 15.041.835/0001-67 - TELEFAX: (0XX28) 3556-1651
E-mail: sms.sjcalcado@saude.es.gov.br

Of. nº2168/2020/SEMUS

São José do Calçado-ES, 14 de Dezembro de 2020.

DA: Secretária Municipal de Saúde – Maria Aparecida Bernardes de Almeida
A: Coordenadora CIR-SUL – Vanessa Leocadio Adamis

Assunto: Suspensão de obras.

Prezada Coordenadora,

Vimos através deste encaminhar em anexo, o protocolo de planejamento familiar do Município de São José do Calçado, para apreciação na CIR-SUL .

Atenciosamente,


Maria Aparecida Bernardes de Almeida
Secretária Municipal de Saúde
Decreto nº6.367/2020



PARECER TÉCNICO

Após análise do Protocolo de Planejamento Familiar, Sexual e Reprodutivo do Município de São José do Calçado procedo ao **Parecer Técnico favorável**.

Cachoeiro de Itapemirim, 15 de dezembro de 2020.


Bruna Celis Marin Lovatte
Assistente Social
Nº Funcional: 3552201 / SROCI

Bruna Celis Marin Lovatte

Assistente Social

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



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

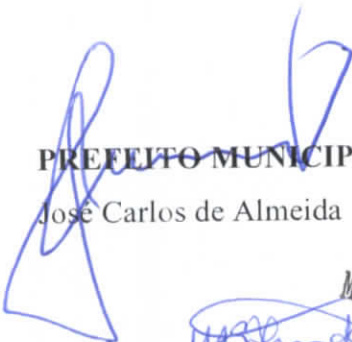
PROTOCOLO MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR, SEXUAL E REPRODUTIVO

São José do Calçado
2020

RUA JOSÉ BORGES DE ALMEIDA, Nº 300



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE


PREFEITO MUNICIPAL

José Carlos de Almeida


SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Maria Aparecida Bernardes de Almeida
Decreto Nº 6.367/2020
Secretaria Municipal de Saúde


REFERÊNCIA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER

Maria Augusta Simões Oliveira

Brasil. Prefeitura Municipal de São José do Calçado.

Protocolo Municipal de Planejamento Familiar/Secretaria Municipal de
Saúde de São José do Calçado, 2020.



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	05
2. PARAETRIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	06
3. OBJETIVO GERAL.....	06
3.1 Objetivos Específicos.....	07
4. A POPULAÇÃO ALVO.....	07
4.1 A População Alvo Prioritária	07
5. ASSISTÊNCIA À PRECONCEPÇÃO.....	08
6. A ESCOLHA DO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL	08
7. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS OFERECIDOS.....	10
7.1. Contraceptivo de Barreira.....	10
7.2. Contracepção de Emergência.....	10
7.3. Contracepção Hormonal.....	11
7.4. Diafragma.....	11
7.5. Dispositivo Intrauterino – DIU.....	11
8. CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA.....	11
8.1. Laqueadura Tubária.....	11
8.2. Vasectomia.....	12
8.3. Serviço de Referência para Contracepção Cirúrgica.....	12
9. ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....	12
9.1. Atividades Educativas.....	13
9.2. Aconselhamento.....	14
9.3. Atividades Clínicas.....	15
10. COMPETÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	15
10.1. Ao Agente Comunitário de Saúde Compete.....	15

RUA JOSÉ BORGES DE ALMEIDA, Nº 300



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

10.2. Ao Auxiliar Administrativo Compete	15
10.3. Ao Técnico de Enfermagem Compete.....	16
10.4. Ao Enfermeiro Compete.....	16
10.5. Ao Médico Compete.....	17
10.6. Ao Psicólogo Compete.....	17
10.7. Ao Assistente Social Compete.....	17
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	18

ANEXOS

ANEXO I - Lei Nº. 9263/96 – Regulamenta o Planejamento Familiar no Brasil

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

ANEXO III - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE VASECTOMIA

ANEXO IV - TERMO DE REVOGAÇÃO DE CONSENTIMENTO

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

ANEXO VI – TERMO DE AVALIAÇÃO PSICO-SOCIAL

ANEXO VII – FICHA DE REGISTRO INSTITUCIONAL DE CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA

ANEXO VIII - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA USUARIAS DE DIU

ANEXO IX - TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS TRIMESTRALMENTE

ANEXO X - TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS MENSALIS-ANCHIETA-ES

APÊNDICE - FLUXOGRAMA DA ESTERELIZAÇÃO CIRÚRGICA



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROTOCOLO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR, SEXUAL E REPRODUTIVO

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde da mulher 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 e reprodutivo, 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 família, proporcionando a atenção necessária tanto perante a opção pela gestação como pelo seu espaçamento. Deve incluir 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 das pessoas, de acordo com Lei do Planejamento Familiar, Lei nº 9.263/1996.

“Para fins desta Lei, entende-se 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”.

Na maioria das vezes é difícil saber a melhor hora de se ter um filho e por isso o Planejamento Familiar e Reprodutivo é tão importante para o cidadão. Decidir se a família irá crescer ou não e quando isso ocorrerá é uma ação consciente diante das dificuldades sociais e econômicas existentes no aumento da prole.

RUA JOSÉ BORGES DE ALMEIDA, Nº 300



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A assistência ao planejamento familiar e reprodutivo é instituída no Município de São José do Calçado através do Programa que presta à população atendida ações educativas para orientar o cidadão quanto a escolhas responsáveis sobre seus direitos reprodutivos, possibilitando acesso livre e consciente a homens e mulheres de 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 São José do Calçado tem instituídos na Atenção Primária a Saúde o Programa de Planejamento Familiar e Reprodutivo, para prestar assistência à mulher, ao homem e ao casal quanto à concepção e contracepção, orientar às escolhas e oferecer alternativas

O Município de São José do Calçado realiza periodicamente capacitação a seus profissionais, principalmente os técnicos da Atenção Primária em Saúde, para saberem orientar a população quanto aos direitos e obrigações previstos no Programa de Planejamento Familiar e Reprodutivo, aproveitando a oportunidade para favorecer o entendimento quanto à necessidade de prevenção em saúde para uma melhor qualidade de vida de toda família, 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 a participação dos diversos elementos, nessas atividades, de acordo com o nível de responsabilidade requerido em cada situação.

3. OBJETIVO GERAL

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

RUA JOSÉ BORGES DE ALMEIDA, Nº 300



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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 Anchieta, que compareçam a uma Unidade de Saúde da Família solicitando assistência de Planejamento Familiar ou que sejam encaminhados para esta finalidade ao programa.

4.1 POPULAÇÃO ALVO PRIORITÁRIA

Deverão ser priorizados homens e mulheres com risco reprodutivo severo 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.

RUA JOSÉ BORGES DE ALMEIDA, Nº 300



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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 aos usuários do método.

Características dos métodos: Eficácia; Efeitos secundários; Aceitabilidade; Disponibilidade; Facilidade de uso; Reversibilidade; Proteção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e infecção pelo HIV.

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 da/o usuária/o ser corretamente informada/o 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.



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Aceitabilidade: A aceitação do método, o grau de confiança que nele se tem, 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 inadaptação 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 da maior importância considerar o seu custo, avaliando a possibilidade da/o usuária/o 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 da/o usuária/o 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/a usuário/a.

Proteção a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Infecção pelo HIV: 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 doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a infecção pelo HIV/AIDS, e da gravidez indesejada. Isso pode se traduzir no uso dos preservativos masculino e 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 DST 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 DST e AIDS, o diagnóstico

RUA JOSÉ BORGES DE ALMEIDA, Nº 300



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

para essas infecções deve ser oportunizado e garantido também nos serviços de planejamento familiar.

7. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS OFERECIDOS

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 DST/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 não planejada, 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 altas doses de pílulas anticoncepcionais orais (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

RUA JOSÉ BORGES DE ALMEIDA, Nº 300



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

7.3. Contracepção 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.

7.4. 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 DST.

7.5. Dispositivo Intrauterino - DIU

É um dispositivo intrauterino e contraceptivo, usado para mulheres que não desejam engravidar. É formado por uma pequena haste de plástico em forma das letras T ou Y de cobre ou Mirena, colocada 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.

8. CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA.

8.1. Laqueadura Tubária: É um método contraceptivo cirúrgico feminino em que as trompas de Falópio são amarradas e 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.

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



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

8.2. Vasectomia: É um método contraceptivo cirúrgico masculino que consiste em uma operação que secciona o canal deferente (tubo que conduz o esperma 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 Dão José do Calçado

9. ATUAÇÃO PROFISSIONAL

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.



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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 e pelo cônjuge, quando couber, 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 a elaboração de documento de conferência médica assinada por dois médicos.

9.1. Atividades Educativas

As 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.

RUA JOSÉ BORGES DE ALMEIDA, Nº 300



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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.

9.2. Aconselhamento

O 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



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

torna-se possível o desenvolvimento de uma relação de confiança, condição básica para a realização dos procedimentos presentes no processo de aconselhamento.

9.3. Atividades clínicas

As 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.

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.

10. COMPETÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

10.1. AO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMPETE

- Realizar as visitas domiciliares, identificando homens, mulheres ou casais em idade fértil, e informar quanto ao serviço de planejamento familiar e métodos disponíveis na Unidade Básica de Saúde;
- Identificar fatores de risco reprodutivo e informar os outros membros da equipe;
- Encaminhar o indivíduo para atendimento na Unidade Básica de Saúde caso necessário;
- Realizar as visitas domiciliares periódicas para acompanhamento no programa;
- Convidar a população para ações educativas;

10.2. AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMPETE

- Recepcionar o cidadão na Unidade Básica de Saúde e fazer o cadastro caso necessário;
- Orientar e encaminhar para atendimento com os profissionais responsáveis;



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

10.3. AO TÉCNICO DE ENFERMAGEM COMPETE

- Realizar o atendimento de enfermagem verificando os sinais vitais, ouvir as intenções e queixas dos pacientes e anotando em prontuário, fazendo orientações preliminares, agendando coleta de exame de citologia oncológica, e agendando participação em atividade educativa em planejamento familiar;
- Realizar atividade educativa em planejamento familiar;
- Realizar o atendimento de enfermagem em comparecimentos subsequentes, verificando sinais vitais e possíveis queixas, agendando consulta médica ou coleta de citologia oncológica conforme protocolo e realizando orientações complementares conforme o caso;
- Agendar retorno no prazo estabelecido, que na maioria das vezes, inicialmente será em um mês, tanto para acompanhamento à pré-concepção, como para acompanhamento de uso de método contraceptivo;
- Fornecer as medicações ou insumos prescritos pelo médico;
- Realizar o cadastramento da saída dos medicamentos e insumos conforme a rotina da Unidade de Saúde;
- Anotar todas as orientações e condutas adotadas em prontuário;

10.4. AO ENFERMEIRO COMPETE

- Realizar a consulta do enfermeiro (a) em planejamento familiar, tanto inicial quanto subsequentes;
- Realizar ação educativa em planejamento familiar;
- Colher citologia oncológica conforme protocolo;
- Analisar o resultado da citologia oncológica;
- Agendar retorno no prazo estabelecido, que na maioria das vezes, inicialmente será em um mês, tanto para acompanhamento à pré-concepção, 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;



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

10.5. 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, o registro do atendimento em prontuário.
- 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).

10.6. AO PSICÓLOGO COMPETE

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

10.7. AO ASSISTENTE SOCIAL COMPETE

- Apresentação do Programa de Planejamento Familiar, Sexual e Reprodutivo;
- 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 a documentação necessária para a realização da contracepção cirúrgico.



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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.

Maria Aparecida Bernardes de Almeida
Decreto Nº 6.367/2020
Secretária Municipal de Saúde
Maria Aparecida Bernardes de Almeida
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Maria Augusta Simões Oliveira
Maria Augusta Simões Oliveira
REFERÊNCIA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO I

Lei Nº. 9263 de 12 de janeiro de 1996 – Regulamenta o Planejamento Familiar no Brasil

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I- Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce.

II- Risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

Parágrafo 1º- É condição para que se realize a esterilização, o registro da expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade da sua reversão e oferta de opções de contracepção reversíveis.

Parágrafo 2º- É vedada a esterilização cirúrgica em mulheres durante o período de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

Parágrafo 3º- Não será considerada a manifestação da vontade, na forma do parágrafo 1, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

Parágrafo 4º- A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através de histerectomia ou ooforectomia

Parágrafo 5º- Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges

Parágrafo 6º- A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde

Art. 14. Parágrafo único – Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei:

Pena- reclusão de dois a oito anos e multa se a prática não constitui crime mais grave

Parágrafo Único- A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I- Durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do Art. 10 desta Lei.



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

II- Com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

II- Através de histerectomia ou ooforectomia.

IV- Em pessoa absolutamente incapaz sem autorização judicial.

V- Através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização.

- Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar, sob detenção, de seis meses a dois anos, e multa;
- Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica, sob pena de reclusão, de um a dois anos;
- Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956.

As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos coautores ou aos partícipes:

I- Se particular a instituição:

- a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;
- b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II- Se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei.



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO II

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 e Reprodutivo, 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:
- Certidão de Casamento/Declaração de União Estável (quando aplicável);
 - Carteira de Identidade;
 - Certidões de Nascimento dos filhos.

_____, ____/____/____

RUA JOSÉ BORGES DE ALMEIDA, Nº 300



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Assinatura da paciente _____
Assinatura do marido/companheiro _____
Assinatura do médico responsável sobre carimbo (legível) _____

Documento em 3 vias: Paciente / Programa / Hospital



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO III

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 e Reprodutivo, 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 freqüentemente 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, CONSINTO 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, bem como, para comprovação do meu vínculo conjugal, devo apresentar cópia autenticada da minha certidão de casamento ou da declaração de união estável.

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

Cópias anexas:

- Certidão de Casamento/Declaração de União Estável (quando aplicável);
- Carteira de Identidade;
- Certidões de Nascimento dos filhos.

_____, ____/____/____



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Assinatura do paciente _____

Assinatura da esposa/companheira _____

Assinatura do médico responsável sobre carimbo (legível) _____

Documento em 3 vias: Paciente / Programa / Hospital



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO IV
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) _____

ANEXO IV
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) _____

RUA JOSÉ BORGES DE ALMEIDA, Nº 300



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO V
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 da Unidade de Saúde: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

_____, ____/____/____.

Assinatura da(o) Paciente

Documento em 3 vias: Paciente / Programa / Hospital

RUA JOSÉ BORGES DE ALMEIDA, Nº 300



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO VI
TERMO DE AVALIAÇÃO PSICO-SOCIAL

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 o casal 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: _____

RUA JOSÉ BORGES DE ALMEIDA, Nº 300



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Assinatura e Carimbo: Assistente Social / Psicólogo

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 a 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

RUA JOSÉ BORGES DE ALMEIDA, Nº 300



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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 reversíveis e 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 masculino como método combinado.

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

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Usuário

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)
RUA JOSÉ BORGES DE ALMEIDA, Nº 300



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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 referencia 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 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)



SÃO JOSÉ DO CALÇADO - ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO X

TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIONAIS
INJETÁVEIS MENCIAIS

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 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 duvidas foram esclarecidas.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Usuário

Assinatura e carimbo do (a) médico (a)

RUA JOSÉ BORGES DE ALMEIDA, Nº 300



SÃO JOSÉ DO CALÇADO – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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 25 anos e com 2 ou mais filhos. 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, Termos e Cópia dos documentos (RG, CPF, CNS e 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.



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 21/12/2020 11:44:35 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por ELISA BARRETO DOS SANTOS DAROZ (ENFERMEIRO - QSS - SESA - SRSCI)
Valor Legal: CÓPIA AUTENTICADA ADMINISTRATIVAMENTE | Natureza: DOCUMENTO DIGITALIZADO
Conferência: CONFERIDO COM DOCUMENTO ORIGINAL EM SUPORTE PAPEL.

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2020-KS96HS>