

RESOLUÇÃO Nº 038/2023

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, de 24 de junho de 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, aprovando 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 a solicitação de aprovação do Protocolo Municipal de Planejamento Familiar da Secretaria Municipal de Saúde de Castelo.

Considerando a Resolução nº 007/2023 do Conselho Municipal de Saúde do município de Castelo.

Considerando o Parecer Técnico nº 017/2023 favorável da referência técnica regional da RAMI-SUL e o Parecer Técnico favorável da Câmara Técnica Permanente da CIR-SUL nº 024/2023;

Considerando a pactuação realizada na 6ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestora Regional – CIR-SUL, realizada no dia 27 de julho de 2023, que assim deliberou.

RESOLVE:

Art.1º - Aprova o **Protocolo Municipal de Planejamento Familiar** do município de **Castelo**.

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

Art. 3º - Revogar as disposições em contrário.

Cachoeiro de Itapemirim, 27 de julho de 2023.

Eliédson Vicente Morini

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



Parecer técnico de nº 024/2023

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 a 6ª Reunião Ordinária da Câmara Técnica Permanente da CIR-SUL, realizada no dia 21 de julho de 2023, quinta-feira, às 9h, por meio da plataforma Zoom;

CONSIDERANDO o Protocolo de Planejamento Familiar apresentado pelo município de Castelo;

CONSIDERANDO a Resolução nº 007/2023 do Conselho Municipal de Saúde de Castelo, que aprova o respectivo protocolo;

CONSIDERANDO o Parecer Técnico nº 17/2023 da Rede de Atenção Materno Infantil, favorável;

CONSIDERANDO a apreciação do documento pelos técnicos da Câmara Técnica Permanente da CIR-SUL;

Resolve:

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

Cachoeiro de Itapemirim, 21 de julho de 2023.

ASSINATURAS (13)

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

SORAYA CUNHA RANGEL PIMENTEL
CIDADÃO
assinado em 24/07/2023 12:51:56 -03:00

CRISTIANE FEITOSA ALMEIDA
CIDADÃO
assinado em 24/07/2023 13:39:20 -03:00

ROSANE IORIO TESSARI ROHR
CIDADÃO
assinado em 25/07/2023 08:14:22 -03:00

ELIZABETH ALMEIDA DA SILVA
CIDADÃO
assinado em 24/07/2023 12:38:27 -03:00

SILMARA APARECIDA ANDRADE AZEVEDO SILVEIRA
CIDADÃO
assinado em 25/07/2023 11:05:40 -03:00

TAMIRES BATISTA FERREIRA
CIDADÃO
assinado em 24/07/2023 15:41:41 -03:00

PRISCILLA SANTOS DE OLIVEIRA ROCHA
ESPECIALISTA GESTAO, REGULACAO E VIGILANCIA EM SAUDE
SRSCI - SESA - GOVES
assinado em 24/07/2023 15:21:59 -03:00

MAYA MOLICA PEDROTO
CIDADÃO
assinado em 24/07/2023 14:26:41 -03:00

LYDIANA GHIOTTO BETTERO
CIDADÃO
assinado em 24/07/2023 19:13:53 -03:00

KATIA APARECIDA VIEIRA DA SILVA
CIDADÃO
assinado em 24/07/2023 13:14:00 -03:00

FERNANDA INACIO CARINI
CIDADÃO
assinado em 24/07/2023 15:38:36 -03:00

MARCO ANTÔNIO BAHIENSE AMARO
CIDADÃO
assinado em 24/07/2023 15:37:35 -03:00

RENATA BOSSATTO DE BARROS
ENFERMEIRO - QSS
NVS-CI - SESA - GOVES
assinado em 25/07/2023 07:46:19 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 25/07/2023 11:05:40 (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-X7VKR9>



PARECER TÉCNICO

Parecer Técnico RAMI-SUL nº 17/2023

Em atenção ao email da Secretaria Municipal de Saúde de Castelo, no qual solicita aprovação do Colegiado Intergestor Regional SUL - CIR-SUL, referente ao Protocolo de Planejamento Familiar do município de Castelo, 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 a referência hospitalar para realização dos procedimentos cirúrgicos eletivos de Laqueadura Tubária e Vasectomia, descritos no Protocolo é o Hospital Municipal de Castelo.

Considerando que a referência para partos de risco habitual é o Hospital Municipal de Castelo e para partos 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, 20 de julho 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 24/07/2023 10:24:06 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 24/07/2023 10:24:06 (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-G00LWS>



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

PROTOCOLO MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR E REPRODUTIVO

Castelo/ES

2023



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

PROTOCOLO MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR E REPRODUTIVO

MARCELA NAGEL STOV

Secretária Municipal da Saúde de Castelo/ES

NÍCIA MOREIRA BARBOSA

Coordenadora do Núcleo de Atenção Integrada a Saúde

PATRICIA VICENTINI BARBOSA

Coordenadora do Núcleo de Regulação, Controle, Avaliação e Monitoramento

RAIAN SARTI MAURA

Coordenador do Núcleo de Vigilância em Saúde

WAGNER JOSÉ INÁCIO

Coordenador do Núcleo de Administração, Orçamento e Finanças

ANDRESSA APARECIDA MAGNAGO FIORINI

Farmacêutica/Bioquímica e Referência Técnica Municipal da Assistência Farmacêutica

FELIPE LIMA DA SILVA

Gerente da Central Municipal de Regulação

JOSÉ HUMBERTO MAZIOLLI JÚNIOR

Enfermeiro e Referência Técnica Municipal em IST's

MICHELINE ODORICO GERALDO GAZONI

Enfermeiro e Referência Técnica Municipal em Enfermagem

SÉRGIO RENAN

Psicólogo

VALÉRIA SOUZA FERREIRA DA SILVA

Assistente Social



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

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.

A assistência ao planejamento familiar e reprodutivo é instituída no Município de Castelo/ES através do Programa que presta à população atendida ações educativas para orientar o cidadão quanto a escolhas responsáveis sobre seus direitos reprodutivos,



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

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. OBJETIVOS

Para alcançar os objetivos propostos, o Programa de Planejamento Familiar e Reprodutivo conta com o apoio e a divulgação de 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.

2.1 OBJETIVO GERAL

Prestar assistência em Planejamento Familiar, Sexual e Reprodutivo a homens e mulheres em idade fértil do Município de Castelo/ES, 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.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Democratizar e ampliar acesso às informações sobre meios de anticoncepção aos usuários do SUS do município;
- Diminuir a ocorrência de casos de gravidez indesejada;
- 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;
- Humanizar o atendimento e a qualificação da atenção ao Planejamento Familiar, Sexual e Reprodutivo.



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

3. POPULAÇÃO ALVO

Mulheres e Homens em idade fértil do município de Castelo/ES, que compareçam a uma Unidade de Saúde solicitando assistência de Planejamento Familiar ou que sejam encaminhados por Profissionais de Assistência à Saúde para esta finalidade ao Programa de Planejamento Familiar, Sexual e Reprodutivo.

- Mulheres em idade fértil no município de Castelo/ES (de 10 a 49 anos): 10.665
- Homens em idade fértil município de Castelo/ES (de 12 a 60 anos): 13.289

Fonte: Estimativas preliminares extraídas dos Dados Demográficos do Sistema DIGISUS/Ministério da Saúde em 05/06/2023.

3.1 POPULAÇÃO ALVO PRIORITÁRIA

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

- Antecedentes obstétricos desfavoráveis: abortos, mortes fetais e neonatais, baixo peso ao nascer 2.500g, pré-eclâmpsia, malformações congênitas, entre outros;
- Doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Doença Renal, Cardiopatia, Infecção por HIV/AIDS, Doenças Neurológicas, entre outras;
- Obesidade ou desnutrição;
- Tabagismo, alcoolismo, dependência química;
- Transtorno Mental.

4. ORGANIZAÇÃO DO PROTOCOLO

4.1. ATIVIDADES

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

- Aconselhamento
- Atividades clínicas



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- **Atividades educativas**

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 à saúde da mulher ou futuro conceito, é necessário a elaboração de documento de conferência médica assinada por dois médicos.

4.1.1. 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.



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

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 e como fazer a escolha do método a ser usado: preservativo feminino e masculino, pílulas, injetáveis mensais, diafragma, DIU, laqueadura tubária, vasectomia;
- III – Sexualidade, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Sexo Seguro e Formas de Contágio de Doenças, consequências, tratamentos e higiene corporal.

4.1.2. 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



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

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 ISTs; 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 de informações e experiências. Dessa forma torna-se possível o desenvolvimento de uma relação de confiança, condição básica para a realização dos procedimentos presentes no processo de aconselhamento.

4.1.3. 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 citologia 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.

4.2. COMPETÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

4.2.1. Ao agente comunitário de saúde compete



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- Convidar a população para ações educativas.
- Encaminhar o indivíduo para atendimento na Unidade Básica de Saúde caso necessário;
- Identificar fatores de risco reprodutivo e informar os outros membros da equipe;
- Realizar as visitas domiciliares periódicas para acompanhamento no programa;
- 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;

4.2.2. Ao auxiliar administrativo compete

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

4.2.3. 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 preconcepção, como para acompanhamento de uso de método contraceptivo;
- Anotar todas as orientações e condutas adotadas em prontuário.

4.2.4. Ao enfermeiro compete



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- 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.

4.2.5. 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;
- Registrar atendimentos 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).

4.2.6. Ao psicólogo compete

- Realizar orientação individual;
- Escuta qualificada;
- Proporcionar a expressão dos 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;



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- Orientação Conjugal;
- Orientação sobre a sexualidade;
- Atendimentos em Grupo;
- Integração Multidisciplinar.

4.2.7. 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.

4.3. Equipe Multiprofissional e Serviços de Referência

- Assistência Social
- Centro Integrado de Atendimento à Mulher
- Enfermeiros, Médicos e Psicólogos
- Referência Técnica da Saúde da Mulher

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.

5.1. 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



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

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.

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.



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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 de 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 à Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's): 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.



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Caso exista a infecção instalada, o diagnóstico, o tratamento e acompanhamento deverão ser oportunizados e garantido também nos serviços de planejamento familiar.

Importante salientar que o município de Castelo/ES, possui uma UDM – UNIDADE DISPENSADORA DE MEDICAMENTOS.

A UDM funciona nas mesmas instalações da Farmácia Cidadã Municipal e Estadual em local distinto e exclusivo para atender aos pacientes pertencentes a esses programas, de segunda a sexta-feira de 7 às 16 horas.

Os pacientes são atendidos individualmente, somente por farmacêuticos, conforme protocolo do Programa, em ambiente humanizado, sendo criada estratégia conjunta ao Enfermeiro Referência do Centro de Testagem e Aconselhamento Municipal, para que os pacientes sejam atendidos da maneira mais discreta possível minimizando ao máximo a exposição e discriminação dos mesmos.

Destacamos que aqueles pacientes que não se sentirem confortáveis para o recebimento da medicação nesta municipalidade por questões de proximidade com alguns servidores desta administração ou quaisquer motivos que gere constrangimento, estes podem fazer a retirada em outro Município que tenha esse tipo de atendimento ou no mesmo local que era realizado primariamente.

A seguir apresentamos o Fluxo de Atendimento aos pacientes com diagnóstico de IST's.

1 – Os pacientes testados para HIV deverão realizar 2 testes rápidos de marca diferente caso o primeiro teste apresentar positivo. Assim, todo paciente que por ventura apresentar resultado do teste positivo, deverá ser referenciado para o serviço do CTA.

Em caso de exposição prévia, o teste de HIV com resultado negativo, deverá ser monitorado de acordo com cada caso e avaliado conforme necessidade segundo protocolo.

2 – Os critérios para profilaxia pós exposição do HIV (PEP) serão realizadas de segunda a sexta-feira por todas as unidades de Saúde da Família por livre demanda.

Os fluxos para o atendimento a pessoas que se enquadram nos critérios para utilização da PEP seguem as páginas de 23 a 30 do manual **PCDT PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV, IST E HEPATITES VIRAIS** do Ministério da Saúde.



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>

Os atendimentos aos pacientes nos finais de semana serão realizados no Hospital Municipal de Castelo.

Vale ressaltar que a prescrição da PEP pode ser realizada pelos profissionais médicos e Enfermeiros.

3 – Os pacientes que por ventura procurarem o serviço para utilização do PrEP (PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV) deverão ser referenciados para o setor do CTA para avaliação e conduta.

4 – O manejo clínico da sífilis para tratamento e acompanhamento dos pacientes segue as páginas 251 e 253 do manual PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>

5.2. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS OFERECIDOS

5.2.1. 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.



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

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 espermatozoide, impedindo seu contato com a vagina, assim como impede que os microrganismos da vagina entrem em contato com o pênis ou vice-versa.

5.2.2. Contracepções de Emergência

Popularmente conhecida como 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 do preservativo ou quando o diafragma é removido antes de seis horas após uma relação sexual, ou após esquecimento de uma ou mais pílulas anticoncepcionais.

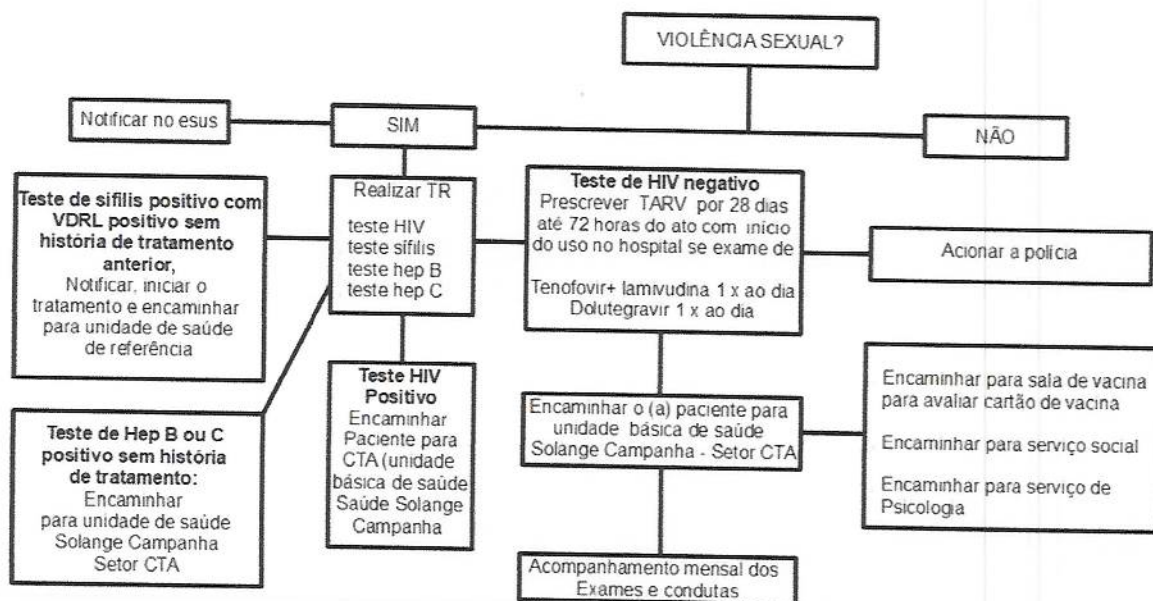
Sua utilização consiste no uso de altas doses de hormônios anticoncepcionais orais (contendo estrogênio + progestogênio) que interrompem o ciclo reprodutivo da mulher, evitando assim uma gravidez indesejada. Dependendo da etapa do ciclo na qual as pílulas foram tomadas, elas podem impedir ou retardar 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.

Em se tratando de violência sexual, além do método supramencionado, apresentamos o Fluxo a seguir para atendimento na rede pública municipal.

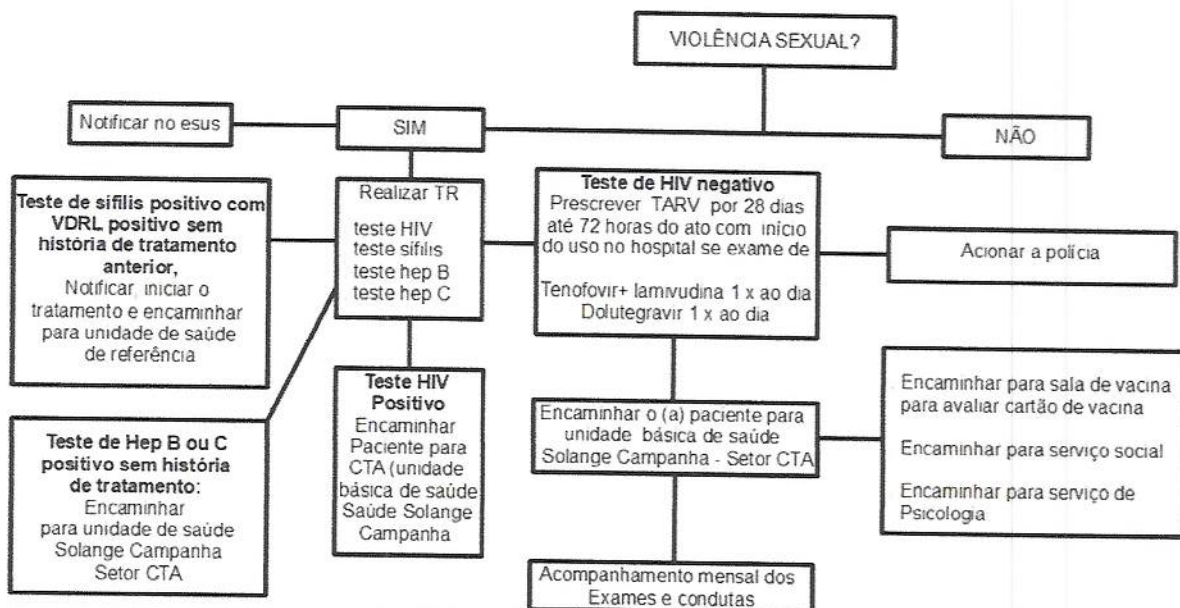


**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ATENDIMENTO HOSPITALAR DE PACIENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA
PARA TRATAMENTO DE HIV, SÍFILIS, HEPATITE B E C**



**ATENDIMENTO HOSPITALAR DE PACIENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA INFANTIL PARA
TRATAMENTO DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES B e C**





**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

5.2.3. Contracepção Hormonal: Pílulas e Injetáveis

As pílulas são anticoncepcionais hormonais, esteróides orais, utilizados isoladamente ou em associação com a finalidade básica de impedir a concepção. Classificam-se em combinadas e apenas com progestogênios ou minipílulas. As primeiras compõem-se de um estrogênio associado a um progestogênio, enquanto a minipílula é constituída por progestogênio isolado.

Os anticoncepcionais injetáveis são prescritos para uso feminino que contêm progestogênio isolado ou associação de estrogênios e progestogênios, para administração parenteral (IM), com doses hormonais de longa duração de administração mensal ou trimestral.

5.2.4. 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.

5.2.5. 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.

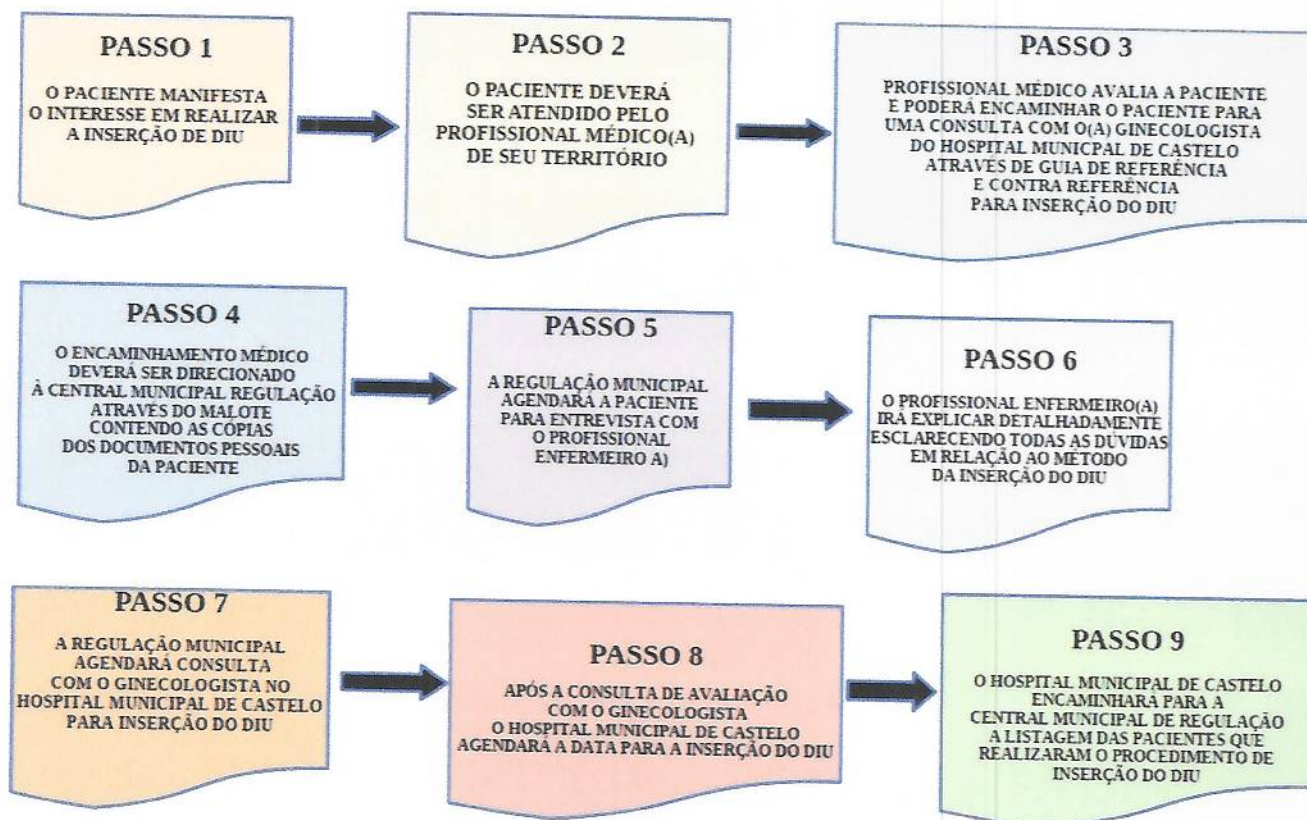
O DIU disponível na rede municipal é o de cobre, com a validade de 10 anos. Não há contra-indicação para a mulher realizar suas atividades cotidianas após a inserção do DIU. O uso de camisinha feminina ou masculina deve ser aconselhado, como forma de



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

prevenção às IST's. O DIU é inserido preferencialmente no período menstrual devido colo uterino mais amolecido, causando menos desconforto e certeza de que a paciente não está grávida.

A seguir apresentamos o fluxograma:



5.2.6. Contracepção Cirúrgica

A laqueadura tubária (ligadura), é um procedimento médico de esterilização para mulheres que têm certeza de que não desejam uma gravidez futura. Trata-se de um método contraceptivo cirúrgico feminino em que as Trompas de Falópio são amarradas e/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.



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

A 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. A vasectomia é um processo simples, que pode ser realizado também com anestesia local. A operação é considerada irreversível e, portanto, não é indicado para homens que desejam ter filhos posteriormente.

6. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS OFERECIDOS NO MUNICÍPIO DE CASTELO

6.1. Temporário (REVERSÍVEIS)

Método de Barreira (Preservativo feminino e masculino): O preservativo é descartável e seu material é composto por látex ou poliuretano. Constitui o principal insumo de prevenção para a redução das taxas de infecção pelo HIV e outras IST's, além da contracepção.

Atualmente o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) é responsável para realizar a distribuição de preservativos masculinos e femininos para as unidades de saúde, e essas unidades dispõem este preservativo à disposição dos usuários.

Salientamos que o uso dos preservativos masculino ou feminino não impede a opção de utilizá-los em associação a outro método anticoncepcional da preferência do indivíduo ou casal.

DIU de Cobre: Quando a paciente voluntariamente ou por prescrição médica for solicitado a avaliação para inserção de Dispositivo Intrauterino, esta paciente será encaminhada para consulta de planejamento reprodutivo com enfermeiro ou médico da equipe, que deverá encaminhar paciente através da guia de BPA-I endereçado ao CIAM contendo:

- Dados pessoais e telefone para contato da paciente;



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- Hemograma completo;
- Quadro clínico, antecedentes ginecológicos, data da última menstruação;
- Resultado de exame citopatológico do colo uterino (preventivo) atualizado e dentro da normalidade (trazer resultado de exame no dia da consulta agendada no CIAM);

Métodos Contraceptivos Hormonais: A dispensação dos contraceptivos hormonais é realizada por meio da Farmácia Municipal, através de receituário emitido pelo SUS.

Via de Administração	Tipos	Apresentação
Hormonais orais	Etinilestradiol + Levonorgestrel 30 + 150 mcg	Comprimido
	Levonorgestrel 0,75 mg	Comprimido
	Norestisterona 0,35 mg	Comprimido
Hormonais injetáveis	Enantato de Norestisterona 50 mg + Valerato de Estradiol 5 mg	Injetável
	Medroxiprogesterona, acetato 150 mg/ml	Injetável

6.2. Definitivos (ESTERELIZAÇÃO)

- Feminino (Laqueadura Tubária)
- Masculino (Vasectomia)

6.2.1. Fluxo para solicitação/encaminhamento dos procedimentos cirúrgicos

1. Usuário do SUS é acolhido e orientado por Profissional de Saúde (vinculado ao SUS) ou por procura espontânea em Estabelecimento de Saúde (vinculado ao SUS), manifestando o desejo de esterilização cirúrgica.



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

2. Usuário passa por entrevista com enfermeiro, recebe todas as orientações sobre métodos contraceptivos e o profissional de saúde encaminha o cidadão para o Programa de Planejamento Sexual e Reprodutivo do município.
3. Equipe multidisciplinar (enfermeiro, psicólogo, assistente social, farmacêutico) do Programa de Planejamento Sexual e Reprodutivo realizam o acolhimento, aconselhamento individual, atividades educativas em grupo e outras ações conforme programa estabelecido no município.
4. Se após avaliar outros métodos de contracepção o cidadão manter o desejo de esterilização cirúrgica, o paciente é encaminhado para consulta com o médico da Unidade de Saúde da Família, que avaliará se este atende aos critérios legais para a esterilização cirúrgica conforme legislação vigente, além de orientar sobre os riscos e irreversibilidade e solicitar os exames pré-operatórios: Hemograma completo, Coagulograma (Tempo de Sangramento e Tempo de Coagulação TS, TC, TAP e PTTK), Glicemia de Jejum, Urina, Creatinina, VDRL, Risco Cirúrgico;
5. Encaminhar o usuário para a Central Municipal de Regulação, na Unidade de Saúde "Solange Campanha", acompanhado de cópia dos de Documento com foto, CPF, Cartão Nacional de Saúde-CNS e comprovante de residência atual, para realização de agenda com os profissionais da Atenção Psicossocial para atendimento individual e aplicação do Termo de Avaliação Psicossocial.
6. Assistente social encaminha o usuário para a Central Municipal de Regulação, com cópia de todos os documentos necessários à realização da cirurgia e Termo de Avaliação Psicossocial preenchido e assinado.
7. Central Municipal de Regulação agenda a consulta pré operatória com médico cirurgião, para aplicação de Termo de Consentimento informado e avaliação de exames pré operatórios.
8. Em caso de desistência preencher o Termo de Revogação de Consentimento para fins de registro e arquivamento de informações no prontuário do paciente no Município.
9. Usuário é informado sobre a data do procedimento e orientado quanto a importância de ter em mãos os Termos já preenchidos quando for para o hospital executante, acompanhado dos documentos pessoas (Documento com foto, CPF e Cartão Nacional de Saúde – CNS) e comprovante de residência atual.



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Observação: todos os termos deverão ser preenchidos em 3 vias, uma via para o paciente, uma via para o estabelecimento executante e uma via para o serviço encaminhador.

6.2.2. Serviço de Referência para Contracepção Cirúrgica – Laqueadura Tubária e Vasectomia no Hospital Municipal de Castelo.

Estimativa de procedimentos de laqueadura tubária/mês: 10

Estimativa de procedimentos de laqueadura tubária/ano: 120

Estimativa de procedimentos de vasectomia/mês: 03

Estimativa de procedimentos de vasectomia/ano: 36

MARCELA NAGEL STOV
Secretária Municipal de Saúde
Castelo/ES

MARCELA NAGEL STOV
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

7. 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.



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXOS

ANEXO I – LEI Nº 14.443, DE 2 DE SETEMBRO DE 2022

Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar.

Art. 2º A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 9º

§ 1º

§ 2º A disponibilização de qualquer método e técnica de contracepção dar-se-á no prazo máximo de 30 (trinta) dias." (NR)

"Art. 10.

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 fecun-



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

didade, 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.

.....

§ 5º (Revogado).

..... "

(NR)

Art. 3º Fica revogado o § 5º do art. 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

Brasília, 2 de setembro de 2022; 201º da Independência e 134º da República.

**JAIR MESSIAS BOL-
SONARO**

*Marcelo Antônio Cartaxo
Queiroga Lopes*



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

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

CAPÍTULO I – DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º 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.

Parágrafo único – É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único – As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

- I – a assistência à concepção e contracepção;
- II – o atendimento pré-natal;
- III – a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;
- IV – o controle das doenças sexualmente transmissíveis;
- V – o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis. (Redação dada pela Lei nº 13.045, de 2014)

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º – É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único – Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º – É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional – Mensagem nº 928, de 19.8.1997)

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 interessada acesso 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.



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

§ 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.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

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

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

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

§ 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. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997;



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CAPÍTULO II – DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

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.

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;

III – através de histerectomia e ooforectomia;

IV – em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V – através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.

Art. 16. Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena – detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 17. Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena – reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único – 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.

Art. 18. Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena – reclusão, de um a dois anos, e multa.

Art. 19. Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no caput e nos §§ 1º e 2º do art. 29 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal.

Art. 20. As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:

I – se particular a instituição:



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

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.

Art. 21. 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, observados, nesse caso, o disposto nos arts. 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil, combinados com o art. 63 do Código de Processo Penal.

CAPÍTULO III – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e, em especial, nos seus arts. 29, caput, e §§ 1º e 2º; 43, caput e incisos I, II e III; 44, caput e incisos I e II e III e parágrafo único; 45, caput e incisos I e II; 46, caput e parágrafo único; 47, caput e incisos I, II e III; 48, caput e parágrafo único; 49, caput e §§ 1º e 2º; 50, caput, § 1º e alíneas e § 2º; 51, caput e §§ 1º e 2º; 52; 56; 129, caput e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º.

Art. 23. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Adib Jatene



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**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 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;



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- 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 CONSENTO 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.

_____, ____/____/____

Assinatura da paciente _____

Assinatura do médico responsável sobre carimbo (legível) _____

Documento em 3 vias: Paciente / Programa / Hospital



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ANEXO IV – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE
VASECTOMIA**

Eu _____,
Idade _____ anos, Portador 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 submetido 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.



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

– 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, **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.

Assinatura do paciente _____, ____/____/____

Assinatura do médico responsável sobre carimbo (legível) _____

Documento em 3 vias: Paciente / Programa / Hospital



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

ANEXO V - TERMO DE REVOGAÇÃO DE CONSENTIMENTO

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

_____, ____/____/____

Assinatura do paciente _____

Assinatura do Técnico Responsável e carimbo (legível) _____

TERMO DE REVOGAÇÃO DE CONSENTIMENTO

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

_____, ____/____/____

Assinatura do paciente _____

Assinatura do Técnico Responsável e carimbo (legível) _____



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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 da Unidade de Saúde: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

_____, ____/____/____.

Assinatura da(o) Paciente

Documento em 3 vias: Paciente / Programa / Hospital



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO VII – 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 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- _____



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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 / Psicólogo



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO VIII – 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



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

ANEXO IX – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA USUÁRIAS 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)



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**ANEXO X – TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIONAIS
INJETÁVEIS TRIMESTRALMENTE**

Eu, _____ cadastrad
a 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)



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**ANEXO XI – TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIONAIS
INJETÁVEIS MENSAIS**

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 referência 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 dúvidas foram esclarecidas.

Local: _____ Data: ____/____/____

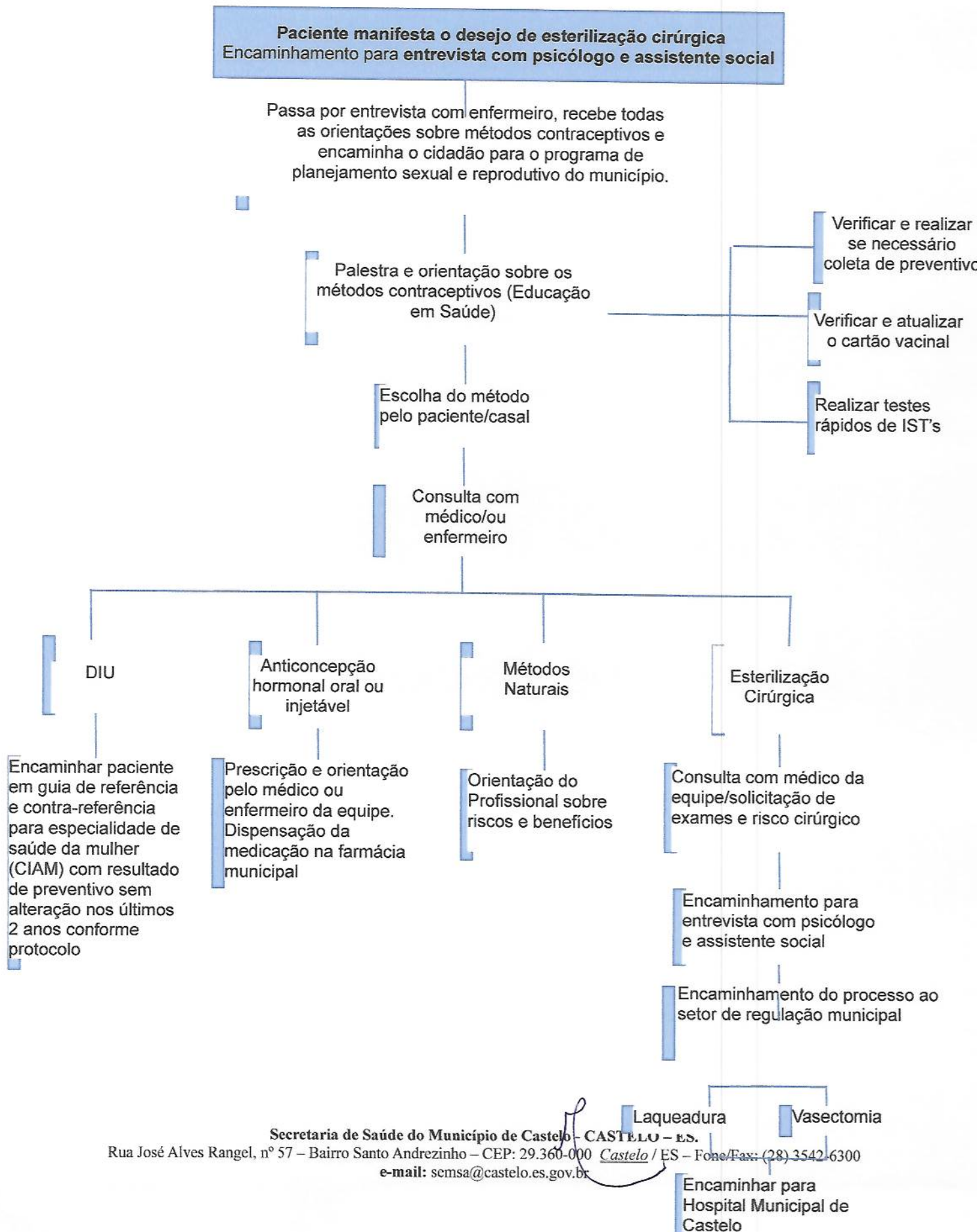
Assinatura do Usuário

Assinatura e carimbo do (a) médico(a)



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

APÊNDICE 1 - Fluxograma para Anticoncepção e Esterilização Cirúrgica



Nº DO PROCESSO	
141591/2022	
Nº FOLHA	ASSINATURA
250	

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CASTELO/ES
 Criado pela Lei Municipal Nº 1.197/90,
 Reorganizado pela Lei Nº 1721, de 13 de março de 1997,
 Com Modificações através da Lei Nº 2.495, de 30 de março de 2007.

RESOLUÇÃO Nº 0007 DE 05 DE JUNHO DE 2023

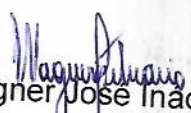
O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Castelo-ES, em Reunião Ordinária realizada em 05 de junho de 2023; às 13h na sala do Conselho Municipal de Saúde de Castelo/ES, no uso de suas competências regimentais e atribuições regido pela Lei Municipal Nº 3.455, de 31 de março de 2014, modificado pela Lei Nº 3.851, de 28 de novembro de 2018, e

CONSIDERANDO:

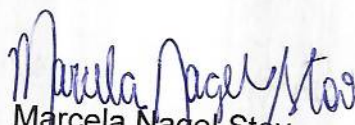
- O que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 156;
- O que reza a Lei Federal Nº 8.080/90 e 8.142/90;
- A Portaria MS Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão;
- A Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013, o qual estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

RESOLVE:

- Aprovar o Protocolo Municipal de Planejamento Familiar e Reprodutivo no Município de Castelo – ES.


 Wagner José Inácio

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Castelo/ES (substituto)


 Marcela Nagel Stov

Secretária Municipal de Saúde de Castelo/ ES

RESOLUÇÃO Nº176/2023

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião realizada dia 03 de agosto de 2023, às 14 horas, no auditório da SESA / Enseada do Suá, Vitória - ES.

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 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, aprovando 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 a solicitação de aprovação do Protocolo Municipal de Planejamento Familiar da Secretaria Municipal de Saúde de Castelo.

Considerando a Resolução nº 007/2023 do Conselho Municipal de Saúde do município de Castelo.

RESOLVE:

Art.1º - Homologar a Resolução nº 038/2023 da CIR SUL, que aprova o Protocolo Municipal de Planejamento Familiar, do município de **Castelo - ES**.

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

Vitória (ES), 08 de agosto 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 08/08/2023 16:39:44 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 08/08/2023 16:39:44 (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-HG791S>