

PROTOCOLO DE ACESSO À ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE

2023



MISSÃO

“Promover saúde e bem-estar para as pessoas.”



VISÃO

“Ser uma instituição ágil e inovadora, atenta as necessidades de integralidade e sustentabilidade, referência em gestão de saúde pública no Brasil.”

VALORES



Orgulho e Paixão



Transparência



Empatia e Cuidado



Eficiência e Inovação



Sustentabilidade e Governança



SECRETÁRIA DA SAÚDE

Tânia Maria Eberhardt

DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

Jocelita Cardozo Colagrande

DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Marlene Bonow Oliveira

DIRETORIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Douglas Calheiros Machado

DIRETORIA TÉCNICA

Amanda Bertolo Merki

GERÊNCIA DE GESTÃO FINANCEIRA

Mariana Luiza Faria Bergemann

GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E LABORATÓRIO MUNICIPAL

Louise Domeneghini Chiaradia Delatorre

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM E GESTÃO ASSISTENCIAL

Vanessa Cardoso Pacheco

GERÊNCIA DE DISTRITO SANITÁRIO

Bruna Daniela Dumont Ladeira Landmann – Distrito Centro

Luiza Helena Cardoso dos Santos – Distrito Norte

Jaqueline Fornari – Distrito Sul

GERÊNCIA DE REGULAÇÃO

Franci Maiara Machado

GERÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIAIS

Flavia Schwinden Müller

COORDENAÇÃO DO NÚCLEO DE GESTÃO ASSISTENCIAL

Maristela Mello de Aguiar

ELABORAÇÃO – 2017

Carine Juliana Gonçalves de Souza

Flávia Favaretto

Lailah El Achkar

Gislene Cristina Mantovani de Araújo

Patricia Luzia Johann Teochi

Rosane Regina de Almenau Goelzer

Rosimeire Pereira Bressan

Simone Aparecida de Souza

ATUALIZAÇÃO E REVISÃO – 2023

Fabiane Cherobin

Janaína Pravato Vicente Banin

Michelli Aparecida Rosin



SUMÁRIO

1. PROTOCOLO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA.	7
2. ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA FEMININA: LAQUEADURA TUBÁRIA.	7
2.1. Benefícios.	7
2.2. Riscos.	7
2.3. Contraindicações.	7
3. CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DE ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA FEMININA. .	8
3.1. Critérios referentes a documentação para o Processo.	8
4. FLUXO PARA SOLICITAÇÃO/ENCAMINHAMENTO PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA FEMININA: LAQUEADURA.	8
5. SOLICITAÇÃO/ENCAMINHAMENTO PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA FEMININA EM GESTANTES.	10
6. ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA MASCULINA: VASECTOMIA.	11
6.1. Benefícios.	11
6.2. Riscos.	11
6.3. Contraindicações.	11
7. CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DE ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA E ADMISSÃO NO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR.	12
7.1. Critérios referentes a documentação para o Processo:	12
8. FLUXO PARA SOLICITAÇÃO / ENCAMINHAMENTO PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA MASCULINA: VASECTOMIA.	12
REFERÊNCIAS.	15



LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Fluxograma de encaminhamento para Esterilização Cirúrgica Eletiva – Laqueadura tubária.....	16
Anexo 2 – Fluxograma de encaminhamento para Esterilização Eletiva – Vasectomia.	17
Anexo 3 – Processo para Esterilização Cirúrgica Voluntária e eletiva.	18
Anexo 4 – Esterilização Cirúrgica Eletiva – Vasectomia.	19
Anexo 5 – Esterilização Cirúrgica Eletiva – Laqueadura Tubária.	20
Anexo 6 – Termo de Consentimento Livre Informado – Esterilização Cirúrgica Eletiva Masculina – Vasectomia.	21
Anexo 7 – Termo de Consentimento Livre Informado – Esterilização Cirúrgica Eletiva Feminina – Laqueadura Tubária.....	23
Anexo 8 – Conferência de Documentação Necessária, obrigatória.	25
Anexo 9 – Termo de Consentimento Livre e Informado - Esterilização Cirúrgica Eletiva Feminina - Laqueadura Tubária para Gestantes.....	26



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH: Autorização de Internação Hospitalar.

APAC: Autorização para Procedimento de Alto Custo.

APS: Atenção Primária à Saúde.

CIAP: Classificação Internacional de Atenção Primária.

CID-10: Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão.

CNS: Cartão Nacional de Saúde.

COREN/SC: Conselho Regional de Enfermagem / Santa Catarina.

CPF: Cadastro de Pessoa Física.

CRM/SC: Conselho Regional de Medicina/ Santa Catarina.

DIU: Dispositivo Intrauterino.

HIV: *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana).

IST: Infecção Sexualmente Transmissível.

KTPP: Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada.

LT: Laqueadura Tubária.

Nº: Número.

RG: Registro Geral.

SIG-Saúde Tech: Sistema Integrado de Gestão Saúde-Tech.

SISREG: Sistema Nacional de Regulação.

SUS: Sistema Único de Saúde.

TAP: Tempo de Atividade da Protrombina.

UBS: Unidade Básica de Saúde.



1. PROTOCOLO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA.

A Laqueadura Tubária e a Vasectomia, são métodos, em geral, adequados para pessoas que estão seguras e desejosas da contraceção permanente.

O usuário deve ser suficientemente esclarecido de suas vantagens e desvantagens, tendo consciência de que o procedimento envolve consequências a curto, médio e longo prazo, bem como ter conhecimento de todos os demais métodos contraceptivos disponíveis no serviço de saúde.

2. ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA FEMININA: LAQUEADURA TUBÁRIA.

Laqueadura Tubária (LT) ou ligadura de tubas uterinas, consiste no método de esterilização feminina caracterizado pelo corte e/ou ligamento cirúrgico das tubas uterinas, que fazem o caminho dos ovários até o útero. Assim, as tubas uterinas impedem a passagem do óvulo e o encontro com os espermatozóides, não havendo fecundação, ou seja, impossibilitando a gravidez.

2.1. Benefícios.

- ✓ Não interfere nas relações sexuais;
- ✓ Não interfere na libido;
- ✓ Não tem efeitos sobre o leite materno;
- ✓ Não apresenta efeitos colaterais a longo prazo ou riscos à saúde.

2.2. Riscos.

- ✓ São complicações da cirurgia: infecção e sangramento no local da incisão ou intra-abdominal, lesão de órgãos pélvicos ou abdominais, aderências;
- ✓ Internação e anestesia (dependendo da técnica utilizada);
- ✓ A gravidez ocorre raramente (cerca de 1%), mas quando ocorre, a chance de ser ectópica é aumentada.

2.3. Contraindicações.

- ✓ Infecções pélvicas ou sistêmicas agudas;
- ✓ Fatores que contraindicam a realização cirúrgica;
- ✓ Estar fora dos critérios estabelecidos na Lei nº 14.443, de 02 de setembro de 2022.

3. CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DE ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA FEMININA.

De acordo com o disposto no Artigo 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 e suas alterações, na Lei nº 14.443, de 02 setembro de 2022, que regula o parágrafo 7º da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

Somente é permitida a Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina – Laqueadura Tubária – sob as seguintes condições:

- ✓ Mulheres com capacidade civil plena (responsáveis pelos seus atos), casadas ou não, maiores de 21 anos de idade (com ou sem filhos);
- ✓ Mulheres com capacidade civil plena, casadas ou não, maiores de 18 anos, com pelo menos 02 filhos;
- ✓ 03 ou mais cesarianas prévias;
- ✓ Por indicação médica em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos (Especialista que indicou a LT e o médico da Atenção Primária).

3.1. Critérios referentes a documentação para o Processo.

Prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado, à mulher interessada, acesso a serviços que englobam métodos contraceptivos, aconselhamento familiar, educação sexual, assistência pré-natal e pós-natal, entre outros serviços relacionados à saúde reprodutiva (Planejamento Familiar/ Reprodutivo), incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando à escolha consciente;

Termo de Solicitação e Consentimento Informado, expressando a manifestação da vontade da mulher, de forma escrita e firmada (sem necessidade de registro em cartório), a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis disponíveis na APS (anexo 05).

*Gestantes necessitam preencher o Termo de Consentimento do Estado (anexo) e seguir orientações descritas no item 1.5;

4. FLUXO PARA SOLICITAÇÃO/ENCAMINHAMENTO PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA FEMININA: LAQUEADURA.

Serviço de Atenção Primária à Saúde (Anexo 1):

- ✓ A usuária procura a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência, e expressa sua vontade de utilizar um método contraceptivo definitivo;
- ✓ É agendada a consulta de enfermagem (anexo 03) ou participação no Grupo de

Planejamento Familiar/ Reprodutivo onde serão realizadas algumas condutas:

- Apresentação todas as opções de métodos contraceptivos disponíveis para a escolha consciente do casal ou usuária (DIU; Anticoncepção Oral, Injetável, Vasectomia; preservativo masculino e feminino);
 - Oferta de testagem rápida para sífilis, vírus da imunodeficiência humana (HIV), sífilis e hepatites virais (sendo opcional a aceitação da usuária);
- ✓ Mantida a decisão da usuária, e preenchido os critérios legais, na continuidade da consulta, organizar a demanda:
- Fornecer a listagem de documentos (anexo 06):
 - ✓ Comprovação de participação em planejamento familiar/ reprodutivo;
 - ✓ Parecer médico justificando a solicitação;
 - ✓ Termo de solicitação e informação assinado pelo requerente;
 - ✓ Comprovante de residência;
 - ✓ RG do usuário requerente;
 - ✓ Certidão de nascimento dos filhos vivos (quando houver);
 - ✓ Cópia do Cartão Nacional do SUS (CNS);
 - Orientar e solicitar imediatamente a assinatura do Termo de Consentimento Livre Informado, com a destaque para a data, que deverá ser de no mínimo 60 dias antes do envio da documentação para a Regulação;
- ✓ O enfermeiro orienta sobre a possibilidade de procurar a Unidade de Saúde quantas vezes forem necessárias para sanar suas dúvidas com a equipe de saúde ou manifestar desistência;
- ✓ Encaminha o usuário para consulta médica na Unidade Básica de Saúde;
- ✓ O médico em consulta (anexo 03), avalia os critérios e dá parecer clínico, entregando ao usuário o formulário de processo carimbado e assinado;
- ✓ Médico orienta a agendar consulta com enfermeiro, em 60 dias, para entrega da documentação;
- ✓ Enfermeiro confere e reúne toda a documentação, preenche a Conferência de Documentação Necessária para o Processo, colhe as assinaturas e orienta sobre a continuidade do processo;
- ✓ Enfermeiro digitaliza e entrega os documentos originais ao usuário, e orienta a necessidade dos mesmos no momento da cirurgia;
- ✓ No descritivo do encaminhamento On-line, inserir dados clínicos e condições de Vulnerabilidade Social (alcoolismo, drogadição, grande múltipara, mulher em situação de violência), quando houver;
- ✓ Encaminha a documentação digitalizada para Central de Regulação através do e-mail laqueadura.joinville@gmail.com, com o assunto: nome e sobrenome – Laqueadura (neste momento é necessário confirmar os dados cadastrais e telefones de contato informados no

- referido sistema);
- ✓ O enfermeiro solicita o procedimento no SIG – Saúde Tech: Consulta para Planejamento Familiar Laqueadura (Código de procedimento 99001081) (CID-10 Z30.2 = Esterilização CIAP - W13);
 - ✓ O médico regulador prioriza o agendamento da consulta e autoriza o procedimento cirúrgico;
 - ✓ Médico cirurgião ginecológico: solicita os exames pré-operatórios, orienta os cuidados pré-operatórios, preenche a AIH e encaminha, por malote, para a Regulação (Secretaria da Saúde).
 - Os exames pré-operatórios são: parcial de urina, hemograma, TAP e KTPP;
 - Eletrocardiograma e o Raio X de tórax são solicitados as pacientes com mais de 40 anos de idade ou quando necessário, com validade máxima de 6 meses;
 - ✓ Regulação do Município: Recebe a AIH e insere no Sistema de Regulação Estadual (SISREG);
 - ✓ Regulação do Estado: autoriza o procedimento, insere em mapa cirúrgico e comunica Regulação do Município e Hospital Executante;
 - ✓ Hospital Executante: agenda o procedimento, avisa à usuária sobre data da cirurgia, realiza o procedimento e preenche a Ficha de Notificação Individual de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva – Laqueadura Tubária (anexo 10), anexando no prontuário da paciente (Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, Art.11 e 16);
 - ✓ Médico cirurgião ginecológico: orienta os cuidados pós-operatório e a consulta de retorno da mulher ao Hospital Executante.

5. SOLICITAÇÃO/ENCAMINHAMENTO PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA FEMININA EM GESTANTES.

O processo para gestante, segue o mesmo fluxo de usuárias não gestantes, em relação ao tempo de decisão, assinatura dos documentos, e encaminhamentos posteriores, porém, não há necessidade de encaminhamento via sisreg da AIH.

Documentos necessários para o processo (anexo 06):

- ✓ RG e CPF;
- ✓ Cartão Nacional do SUS (CNS);
- ✓ Termo de Consentimento Livre e informado (anexo 05) assinado pela usuária e profissional com data e carimbo (3 vias) (a data deve ser do dia em que a gestante manifesta o desejo em fazer a laqueadura);
- ✓ Registro de nascimento dos filhos (se menor de 21 anos);
- ✓ Check list de Documentação Necessária para o Processo.

A gestante deverá levar a documentação, no dia do parto, para a Maternidade, sem

necessidade de processo regulatório.

Importante:

- 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.
- O procedimento será realizado apenas em situações de cesariana (a realização de cesariana visando o procedimento de esterilização cirúrgica não deverá ser feito).

6. ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA MASCULINA: VASECTOMIA.

A vasectomia ou deferentectomia, é um método contraceptivo definitivo que consiste em secção e/ou oclusão do canal deferente, sendo um método seguro, eficaz e de fácil execução.

É uma procedimento feito com anestesia local em cima do escroto, sem necessidade de internação.

É uma cirurgia de esterilização voluntária e eletiva, sendo o método contraceptivo a longo prazo mais eficiente que existe, estando entre as opções mais seguras para o planejamento familiar.

6.1. Benefícios.

- ✓ Não interfere nas relações sexuais;
- ✓ Não afeta o desempenho sexual do homem;
- ✓ Não apresenta efeitos colaterais a longo prazo ou riscos à saúde.

6.2. Riscos.

- ✓ Infecção e sangramento no local ou dentro da incisão e a formação de coágulos no escroto são complicações raras da cirurgia.

6.3. Contraindicações.

- ✓ Infecção local na pele ou escroto;
- ✓ Massa intra-escrotal;
- ✓ Infecção do trato genital masculino ou orquite;
- ✓ Distúrbios de coagulação.

7. CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DE ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA E ADMISSÃO NO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

De acordo com o disposto no Artigo 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 e suas alterações, na Lei nº 14.443, de 02 setembro de 2022, que regula o parágrafo 7º da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

Somente é permitida a Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Masculina – Vasectomia sob as seguintes condições:

- ✓ Homens com capacidade civil plena (responsáveis pelos seus atos), casados ou não e maiores de 21 anos de idade (com ou sem filhos);
- ✓ Homens com capacidade civil plena, casados ou não, maiores de 18 anos, com pelo menos 02 filhos.

7.1. Critérios referentes a documentação para o Processo

- ✓ Prazo mínimo de sessenta (60) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado, ao homem interessado, acesso ao Serviço de Regulação da fecundidade (Planejamento Familiar/ Reprodutivo), incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando à escolha consciente;
- ✓ Termo de Consentimento Livre e Informado, expressa a manifestação da vontade do homem, de forma escrita e firmada (sem necessidade de registro em cartório), a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contrace
- ✓ pção reversíveis disponíveis na APS (anexo 04).

8. FLUXO PARA SOLICITAÇÃO / ENCAMINHAMENTO PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA MASCULINA: VASECTOMIA.

Serviço de Atenção Primária à Saúde (Anexo 2)

- ✓ O usuário procura a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência e expressa sua vontade de utilizar um método definitivo de planejamento familiar;
- ✓ É agendada a consulta de enfermagem (anexo 03) ou participação no Grupo de Planejamento Familiar/ Reprodutivo onde serão apresentadas todas as opções de métodos contraceptivos disponíveis para a escolha consciente do casal ou usuário (dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepção oral, injetável, laqueadura-tubária (LT), preservativo masculino e feminino);
- ✓ É oferecido testagem rápida para sífilis, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e hepatites virais (sendo opcional a aceitação do usuário);
- ✓ Mantida a decisão da usuária e preenchido os critérios da Lei nº 14.443, de 02 de setembro

de 2022:

- Fornecer a listagem de documentos, conforme descrito abaixo (anexo 06), orientar e solicitar imediatamente a assinatura do Termo de Consentimento Informado, com a destaque para a data, que deverá ser de no mínimo 60 dias antes do envio da documentação para a Regulação (apêndices A, B e C);
 - Comprovação de participação em planejamento familiar/ reprodutivo;
 - Parecer médico justificando a solicitação;
 - Termo de solicitação e informação assinado pelo requerente;
 - Comprovante de residência;
 - RG do usuário requerente;
 - Certidão de nascimento dos filhos vivos (quando houver);
 - Cópia do Cartão Nacional do SUS (CNS).
- ✓ O enfermeiro orienta sobre a possibilidade de procurar a Unidade de Saúde quantas vezes forem necessárias para sanar suas dúvidas com a equipe de saúde ou manifestar desistência;
 - ✓ Encaminha o usuário para consulta médica na Unidade Básica de Saúde;
 - ✓ O médico em consulta (anexo 03), avalia os critérios e dá parecer clínico, entregando ao usuário o formulário de processo carimbado e assinado;
 - ✓ Médico orienta ao usuário agendar consulta com enfermeiro, em 60 dias, para entrega da documentação;
 - ✓ Enfermeiro confere e reúne toda a documentação, preenche a Conferência de Documentação Necessária para o Processo, colhe as assinaturas e orienta sobre a continuidade do processo;
 - ✓ Enfermeiro digitaliza e entrega os documentos originais ao usuário e orienta a necessidade dos mesmos no momento da cirurgia;
 - ✓ No encaminhamento on-line inserir dados clínicos e condições de Vulnerabilidade Social (alcooolismo, drogadição, grande múltipara, mulher em situação de violência), quando houver;
 - ✓ O enfermeiro confere a documentação e solicita o procedimento no SIG – Saúde Tech, Consulta para Planejamento Familiar Vasectomia (Código de procedimento 99000704) (CID-10-Z30.2 = Esterilização / CIAP-Y13 Esterilização Masculina) e encaminha a documentação digitalizada para Central de Regulação através do endereço eletrônico: vasectomia.joinville@gmail.com identificando no assunto o nome do usuário e o procedimento solicitado (ex.: Nome e Sobrenome – Vasectomia, e ainda, neste momento é necessário confirmar os dados cadastrais e telefones de contato informados no referido sistema);
 - ✓ Médico regulador confirma o recebimento e responde via endereço eletrônico:
 - Confirmamos o recebimento da documentação referente ao Encaminhamento para

- Procedimento de Vasectomia, o mesmo está de acordo com os critérios do Protocolo;
- Se não estiver de acordo com os critérios do Protocolo o médico regulador responde o e-mail orientando as devidas adequações.
- ✓ O médico regulador prioriza o agendamento da consulta, e autoriza o procedimento cirúrgico;
 - ✓ Médico do hospital (urologista): orienta os cuidados pré e pós-operatórios; solicita espermograma e orienta o paciente a realizá-lo após 25 (vinte e cinco) ejaculações;
 - ✓ Hospital executante:
 - Preenche APAC;
 - Insere na fila cirúrgica;
 - Agenda a cirurgia, avisa o usuário a data da cirurgia;
 - Realiza o procedimento;
 - Preenche a Ficha de Notificação Individual de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva – Laqueadura Tubária (anexo 10), anexando no prontuário do paciente (Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, Art.11 e 16);
 - ✓ Após o procedimento, o usuário realiza a coleta para espermograma, leva o resultado do espermograma para o enfermeiro na Unidade Básica de Saúde:
 - Se laudo constar resultado quantitativo 00 (zero) de espermatozóide, orienta e libera o usuário;
 - Qualquer resultado diferente, encaminhar o usuário para avaliação médica na Unidade Básica de Saúde (Parecer COREN nº 007/2015);
 - ✓ Nos casos em que o resultado do espermograma mostrar presença de espermatozóides e o usuário desejar refazer a vasectomia, o mesmo pode ser reencaminhado após resgate do mesmo processo, devendo assinar novo Termo de Consentimento Informado.

Nota:

Em caso de complicação pós-cirúrgica no período de até 14 (quatorze) dias ou 02 (duas) semanas, tais como febre >38°C, dor e edema, infecção, sangramento ou formação de hematoma no local no local da incisão, ou vaginal (nos casos de laqueadura), o usuário deverá ser encaminhado ao Serviço de Emergência do Hospital Executante.

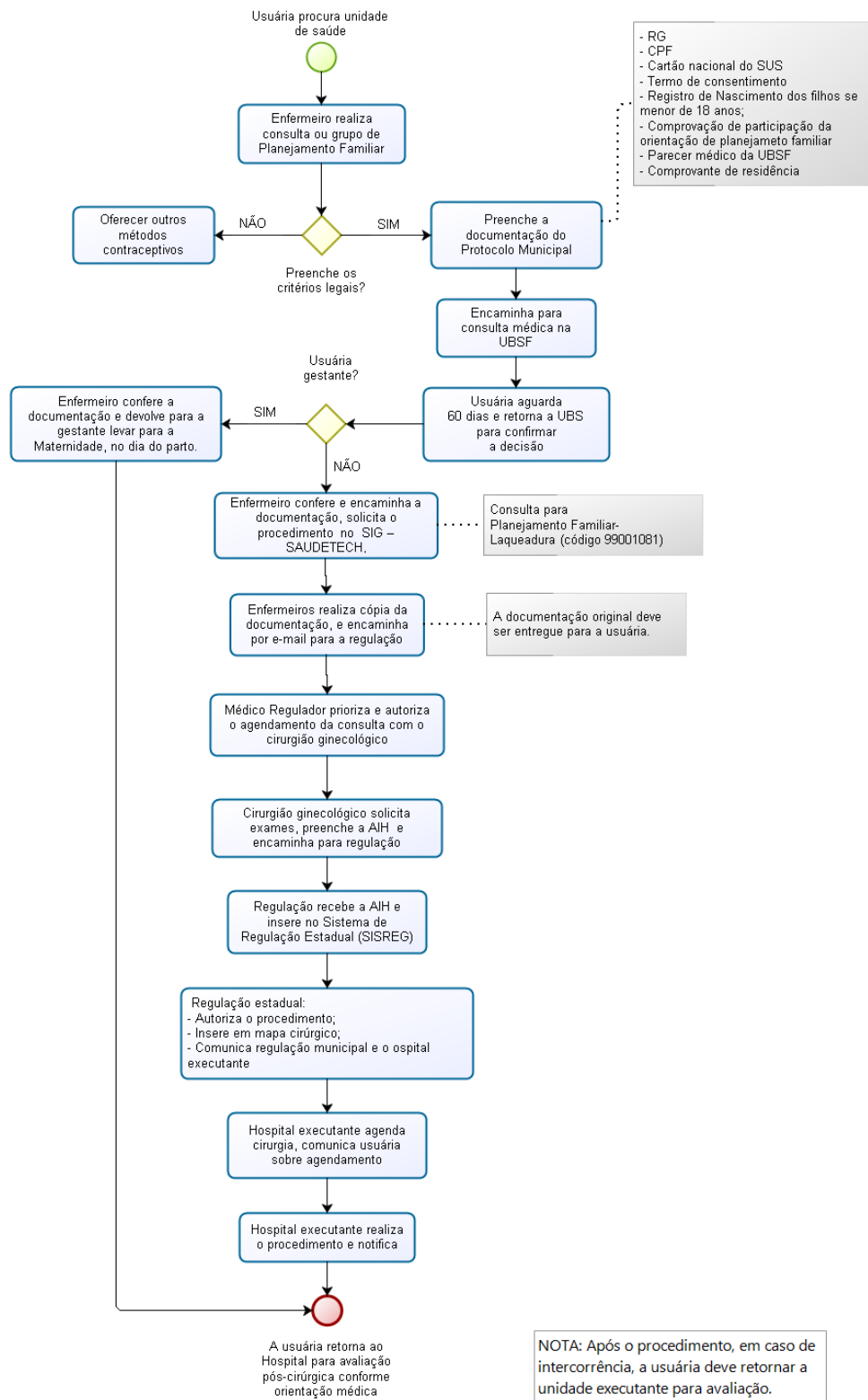
REFERÊNCIAS.

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 1. ed., 1. reimpr. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília – DF: Ministério da Saúde. 2013. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Plano de Ação Nacional 2009–2011. Brasília – DF: 2009.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999, considera o Artigo 6o e Parágrafo Único e Artigo 10 da Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, publicada no Diário Oficial nº 010, de 15 de janeiro de 1996 e Diário Oficial nº 159, de 20 de agosto de 1997, que regula o parágrafo 7o da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências**. Brasília – DF: 1999.
5. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 14.443 de 02 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. Brasília – DF: 2022.
6. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SANTA CATARINA (COREN/SC). **Parecer nº 004/CT/2015/RT**. Avaliação de exames pelo enfermeiro. Florianópolis – SC: 2015.



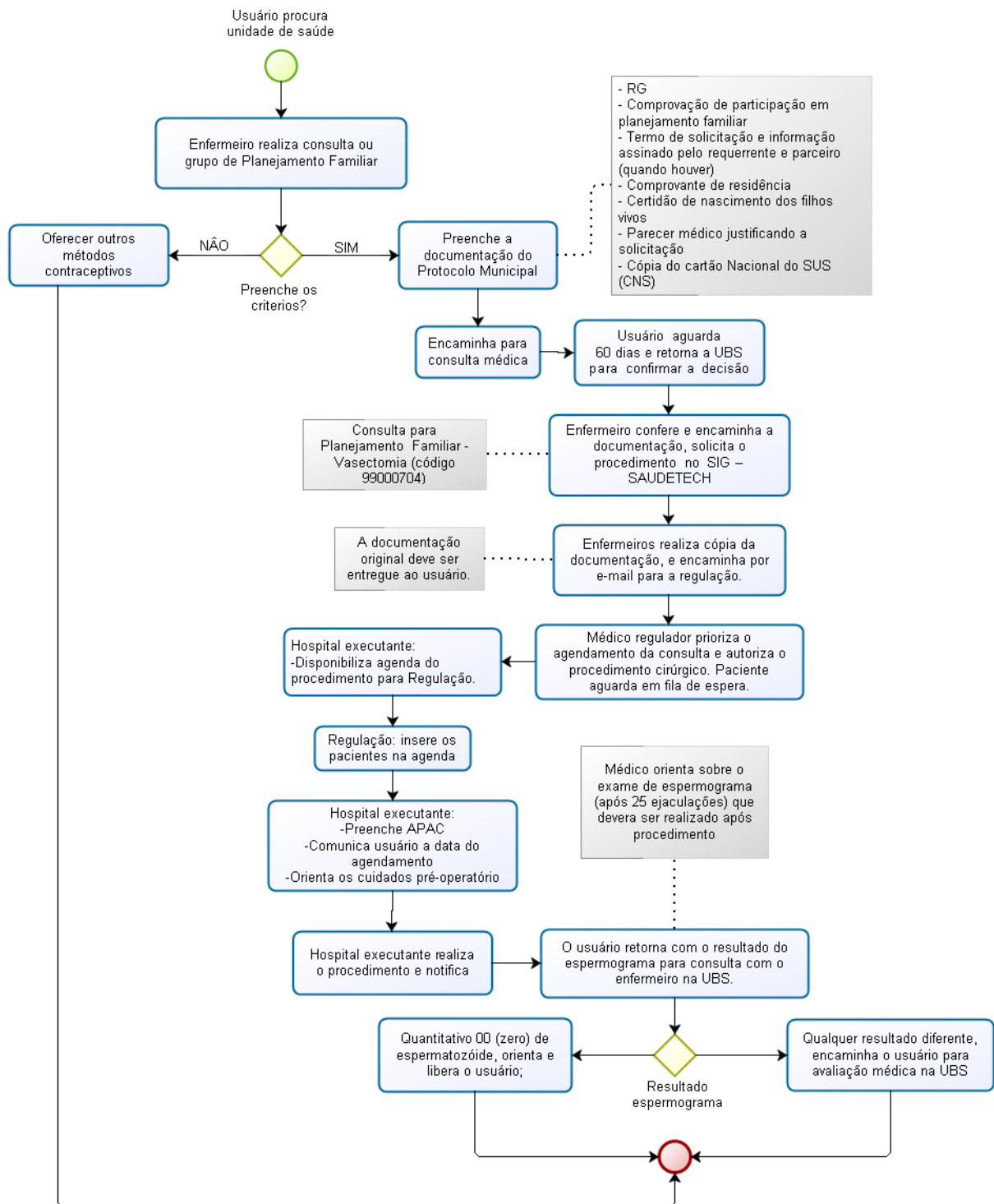
ANEXOS

Anexo 1 – Fluxograma de encaminhamento para Esterilização Cirúrgica Eletiva – Laqueadura tubária.



Fonte: NGA, SMS, 2023.

Anexo 2 – Fluxograma de encaminhamento para Esterilização Eletiva – Vasectomia.



Fonte: NGA, 2023.

Anexo 3 – Processo para Esterilização Cirúrgica Voluntária e eletiva.

Anexo 03 – Processo para Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva

- Masculina – Vasectomia
 Feminina – Laqueadura Tubária

Unidade Básica de Saúde: _____

Consulta de Enfermagem

Declaro que _____,
portador de CPF _____, participou de orientação no dia ____/____/____,
obtendo **informações sobre todos os métodos reversíveis e irreversíveis de contracepção e esterilização**, no Programa de Planejamento Familiar, optando pelo procedimento de esterilização cirúrgica que é **considerado irreversível**.

- Possui comprovadamente ____ anos (mais de 21 anos); ou,
 Possui comprovadamente ____ filhos (mínimo 2 filhos vivos).

Carimbo e assinatura.
Enfermeiro (a).
Coren/sc.

Anexo 4 – Esterilização Cirúrgica Eletiva – Vasectomia.

Anexo 4 – Esterilização Cirúrgica Eletiva – Vasectomia.

Consulta Médica

Após atendimento do usuário, realizado no dia ___/___/_____, e avaliação clínica quanto a possível massa escrotal, infecções locais, infecção sexualmente transmissível (IST) atual, infecção sistêmica ou gastroenterite, dou o seguinte parecer.

- () O usuário **NÃO ESTÁ APTO** à indicação de esterilização cirúrgica definitiva.
- () O usuário **ESTÁ APTO**, mediante livre consentimento, à indicação de esterilização cirúrgica definitiva.

Carimbo e Assinatura.

Médico (a).

CRM/SC.

Anexo 5 – Esterilização Cirúrgica Eletiva – Laqueadura Tubária.

Anexo 05 – Esterilização Cirúrgica Eletiva – Laqueadura Tubária

Consulta com Médica

Após atendimento da usuária, realizado no dia ___/___/____, e avaliação clínica quanto à presença, infecções locais, infecção sexualmente transmissível (IST) atual, possibilidade de gestação ou infecção sistêmica; bem a como indicação do procedimento por Risco a vida, caso haja uma nova gestação, ou condição de vulnerabilidade social, dou o seguinte parecer e encaminhamento:

- () A usuário **NÃO ESTÁ APTA** a indicação de Esterilização Cirúrgica.
- () A usuária **ESTÁ APTA**, mediante livre consentimento, a indicação de esterilização cirúrgica.

Carimbo e assinatura
Médico(a)
CRM/SC

Anexo 6 – Termo de Consentimento Livre Informado – Esterilização Cirúrgica Eletiva Masculina – Vasectomia.

Anexo 06 – Termo de Consentimento Livre Informado – Esterilização Cirúrgica Eletiva Masculina – Vasectomia

Eu, _____, _____ anos, portador do RG _____, órgão Emissor _____, CPF _____, e cartão nacional do SUS _____, venho por meio deste Termo de Consentimento Livre Informado, autorizar a realização de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Masculina: VASECTOMIA.

Informo que fui orientado, por meio de reuniões, consulta de enfermagem e médica, informações preventivas e educativas sobre os meios e técnicas disponíveis para a regulamentação da fecundidade e seus riscos, bem como do conteúdo da Lei nº 14.443, de 02 de setembro de 2022, que regulamenta o Programa de Planejamento Familiar **DECLARO** que:

1. Fui informado sobre os outros métodos anticoncepcionais disponíveis, também eficazes e reversíveis;
2. Estou ciente de que esta cirurgia é considerada, na prática, irreversível e que o SUS não realiza cirurgia de reversão;
3. Fui alertado sobre o risco de arrependimento, principalmente em condições de instabilidade conjugal e forte emoção, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, outro casamento ou posterior desejo de procriar bem como melhora da condição socioeconômica;
4. Estou ciente de que, devo aguardar, pelo menos, **60 dias** a partir da assinatura desta solicitação para que o procedimento possa ser realizado, período em que terei chance de refletir sobre minha decisão, receber orientação da equipe deste serviço, bem como sanar dúvidas sobre o procedimento em qualquer momento;
5. Fui informado das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reação adversa e alergia às drogas utilizadas no ato cirúrgico, e complicações durante o procedimento cirúrgico, como parada cardiorrespiratória, morte, hemorragias, e pós cirúrgicas como infecções, dor e sangramento;
6. Fui informado de que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a Vasectomia pode apresentar falhas, e estou ciente de que o método em questão, não protege contra Infecções Sexualmente Transmissíveis;
7. Fui informado pelo médico urologista, sobre os cuidados pré e pós-operatórios e me comprometo a realizar o exame de espermograma após 25 (vinte e cinco) ejaculações;
8. Fui informado de que, ao menor sinal ou sintoma de gravidez de minha companheira, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar este Serviço;
9. Estou ciente de que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo;
10. Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi, e aceitei, comprometendo-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo/a médico/a, estando ciente de que a não observância das orientações, poderá acarretar riscos e efeitos colaterais para eu mesmo;
11. Caso ocorra qualquer uma das situações supracitadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e/ou instituição que realizou o procedimento, pois o escolhi de minha livre e espontânea vontade.

Portanto, declaro estar em pleno domínio de minha capacidade civil e de discernimento, sem efeito de drogas, álcool, ou emocionalmente alterado. Assim, declaro que estou satisfeito com a informação recebida e que compreendo o alcance e os riscos do procedimento de vasectomia/cirurgia de esterilização masculina, e por tal razão consinto que se realize a referida intervenção cirúrgica.

O presente Termo de Consentimento Livre Informado, tem validade legal indeterminada, desde a sua assinatura, e poderá ser revogado a qualquer momento mediante manifestação expressa do usuário e/ou responsável legal, em qualquer momento antes da realização do procedimento, sem prejuízo legal ou restrição ao acesso a outro método.

Para que produza os efeitos legais, assino o presente termo em duas vias com igual teor e validade, recebendo uma das cópias.

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do (a) paciente	Assinatura do (a) médico responsável
Nome:	Nome:
RG:	RG:
CPF:	CPF:

Joinville (SC): ____ de ____ de ____ Hora: ____:____

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Expliquei todo o procedimento a que o usuário e ou seu responsável legal, acima referido deverá ser submetido, sobre benefícios e riscos, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado, e o mesmo autoriza a realização do procedimento, sem ressalvas.

Nome do médico: _____
CRM/SC: _____

Assinatura e carimbo do Médico responsável pela aplicação do Termo de recusa/carimbo.

Joinville (SC): ____ de ____ de ____ Hora: ____:____

Resolução CFM n° 2.217/2018

É vedado ao médico:

Art. 22 – Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.[...]

Art. 24 – Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.[...]

Art. 31 – Desrespeitar o direito do paciente ou seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.[...]

Art. 34 – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.*

*Imprimir e Assinar em duas vias, ficando uma das vias com o usuário, e a segunda via deverá ser encaminhada juntamente com os outros documentos, ficando arquivada no hospital executante.

Anexo 7 – Termo de Consentimento Livre Informado – Esterilização Cirúrgica Eletiva Feminina – Laqueadura Tubária.

Anexo 07 – Termo de Consentimento Livre Informado – Esterilização Cirúrgica Eletiva Feminina – Laqueadura Tubária.

Eu, _____, _____ anos, portador do RG _____, órgão Emissor _____, CPF _____, ecartão nacional do SUS _____, venho por meio deste Termo de Consentimento Livre Informado, autorizar a realização de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina: LAQUEADURA TUBÁRIA.

Informo que fui esclarecida por meio de reuniões, consulta de enfermagem e médica, orientações preventivas e educativas sobre os meios e técnicas disponíveis para a regulamentação da fecundidade e seus riscos, bem como a Lei nº 9.263/1996 alterada pela Lei nº 14.443, de 02 de setembro de 2022, que regulamentou o Programa de Planejamento Familiar **DECLARO** que:

1. Fui informada sobre os outros métodos anticoncepcionais disponíveis, também eficazes e reversíveis;
2. Fui comunicada que a intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas ou retirada das mesmas (salpingectomia), com o objetivo de impedir gravidez, e que para realização deste procedimento existem várias formas de cirurgia:

- **Laparoscópica** – cirurgia realizada por meio de 3 ou 4 pequenos cortes realizados no abdome;
- **Laparotomia** – cirurgia realizada pelo abdome semelhante a cesárea;
- **Peri umbilical** – após parto vaginal, respeitando a Golden hour e a involução uterina pois neste período a altura uterina estará adequada para a realização do procedimento;
- **Vaginal** – cirurgia realizada pela vagina;
- **Peri-cesárea** – laqueadura tubária realizada oportunamente durante a cesariana no momento da cesárea previamente indicada por motivo obstétrico.

3. Entendo que a realização de cesariana com intuito de realização de esterilização feminina continua sendo proibida por lei;

4. 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;

5. Estou ciente de que esta cirurgia é considerada, na prática, irreversível e que o SUS não realiza cirurgia de reversão;

6. Fui alertada sobre o risco de arrependimento, principalmente em condições de instabilidade conjugal e forte emoção, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, outro casamento ou posterior desejo de procriar bem como melhora da condição socioeconômica;

7. Estou ciente de que, devo aguardar, pelo menos, **60 dias** a partir da assinatura desta solicitação para que o procedimento possa ser realizado, período em que terei chance de refletir sobre minha decisão, receber orientação da equipe deste serviço, bem como sanar dúvidas sobre o procedimento em qualquer momento;

8. Fui informada das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reação adversa e alergia às drogas utilizadas no ato cirúrgico e complicações durante o procedimento cirúrgico, como parada cardiorrespiratória, morte, hemorragias, lesões de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico e pós cirúrgicas como infecções, dor e sangramento;

9. Fui informada de que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a Laqueadura Tubária (LT) pode apresentar falha de 0,41% que independe da paciente ou médico, e estou ciente de que o método em questão, não protege contra Infecções Sexualmente Transmissíveis;

10. Fui informada de que, ao menor sinal ou sintoma de gravidez, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar este Serviço;

Estou ciente de que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo;

Caso ocorra qualquer uma das situações supracitadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e/ou instituição que realizou o procedimento, pois o escolhi de minha livre e espontânea vontade;

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi, e aceitei, comprometendo-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo/a médico/a, estando ciente de que a não observância das orientações, poderá acarretar riscos e efeitos colaterais para eu mesmo.

Portanto, declaro estar em pleno domínio de minha capacidade civil e de discernimento, sem efeito de drogas, álcool, ou emocionalmente alterado. Assim, declaro que estou satisfeito com a informação recebida e que compreendo o alcance e os riscos do procedimento de laqueadura tubária cirúrgica, e por tal razão consinto que se realize a referida intervenção cirúrgica.

O presente Termo de Consentimento Livre Informado, tem validade legal indeterminada, desde a sua assinatura, e poderá ser revogado a qualquer momento mediante manifestação expressa do usuário e/ou responsável legal, em qualquer momento antes da realização do procedimento, sem prejuízo legal ou restrição ao acesso a outro método.

Para que produza os efeitos legais, assino o presente termo em três vias com igual teor e validade, recebendo uma das cópias.

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do (a) paciente	Assinatura do (a) médico responsável
Nome:	Nome:
RG:	RG:
CPF:	CPF:

Joinville (SC): _____ de _____ de _____ Hora: _____ :

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Expliquei todo o procedimento a que o usuário e ou seu responsável legal, acima referido deverá ser submetido, sobre benefícios e riscos, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado, e o mesmo autoriza a realização do procedimento, sem ressalvas.

Nome do médico: _____

CRM/SC: _____

Assinatura e carimbo do Médico responsável pela aplicação do Termo de de consentimento.

Joinville (SC): _____ de _____ de _____ Hora: _____ :

Resolução CFM nº 2.217/2018

“É vedado ao médico:

Art. 22 – Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.[...]

Art. 24 – Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.[...]

Art. 31 – Desrespeitar o direito do paciente ou seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.[...]

Art. 34 – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.”

*Imprimir e Assinar em três (03) vias, ficando uma das vias com o usuário, e as demais vias deverão ser encaminhadas juntamente com os outros documentos, ficando arquivada no hospital executante.

Anexo 8 – Conferência de Documentação Necessária, obrigatória.

Anexo 08 – Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva - Conferência de Documentação Obrigatória.

- () Comprovação de participação da orientação de Planejamento Familiar;
- () Parecer médico da UBS quanto a aptidão do usuário e critérios estabelecidos;
- () Comprovante de residência (cópia anexa);
- () Documento oficial com foto (cópia anexa com foto visível);
- () Certidão de Nascimento dos filhos (cópia anexa);
- () Cópia do Cartão SUS do requerente (cópia anexa).
- () Termo de Consentimento Livre Informado assinado.

Assinatura e carimbo do (a) Enfermeiro (a) responsável
Coren/SC

Joinville, ____ de _____ de _____.

Anexo 9 – Termo de Consentimento Livre e Informado - Esterilização Cirúrgica Eletiva Feminina - Laqueadura Tubária para Gestantes.

Anexo 09 – Termo de Consentimento Livre Informado – Esterilização Cirúrgica Eletiva Feminina – Laqueadura Tubária para gestantes.

Eu, _____, _____ anos, portadora do RG _____, órgão Emissor _____, CPF _____, e cartão nacional do SUS _____, venho por meio deste Termo de Consentimento Livre Informado, manifestar meu desejo de ser submetida e autorizar a realização de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina: LAQUEADURA TUBÁRIA.

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 a Lei nº 9.263/1996 alterada pela Lei nº 14.443, de 02 de setembro de 2022 e que, de acordo com a mesma lei, desde que observado esse prazo mínimo, é permitida a laqueadura durante o período do parto.

Antes da operação, foi-me informado que:

1. A intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas ou retirada das mesmas (salpingectomia), com o objetivo de impedir gravidez, e que para realização deste procedimento existem várias formas de cirurgia:

- **Laparoscópica** – cirurgia realizada por meio de 3 ou 4 pequenos cortes realizados no abdome;
- **Laparotomia** – cirurgia realizada pelo abdome semelhante a cesárea;
- **Peri umbilical** – após parto vaginal, entre 24h e no máximo 48h, respeitando a *Golden hour* e a involução uterina pois neste período a altura uterina estará adequada para a realização do procedimento;
- **Vaginal** – cirurgia realizada pela vagina;
- **Peri-cesárea** – laqueadura tubária realizada oportunamente durante a cesariana no momento da cesárea previamente indicada por motivo obstétrico.

2. Entendo também que a realização de cesariana com intuito de realização de esterilização feminina continua sendo proibida por lei;

3. Qualquer cirurgia que venha a ser escolhida necessita de anestesia. O tipo de anestesia será avaliado e escolhido pelo Serviço de Anestesia;

4. Fui orientada de que a laqueadura tubária não é um método 100% eficaz. Existe uma porcentagem de falha de 0,41% que independe do paciente ou do médico;

5. Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente;

6. A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas, tem limitada taxa de sucesso reprodutivo, não é disponibilizada nos serviços do SUS e não deve ser considerada como uma possibilidade no momento da decisão pelo método contraceptivo definitivo. Em caso de dúvidas ou considerando haver chance de arrependimento, opte por um método contraceptivo seguro e efetivo, mas não definitivo;

7. Assim como outros procedimentos cirúrgicos complicações que poderão surgir da laqueadura tubária, são: Intra-operatórias (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico; Pós-operatórias leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia e outras); Pós-operatórias graves e menos comuns (evisceração, apneia, trombozes, hematomas, pelviperitonites, hemorragia e perfuração de órgãos);

8. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;

9. O procedimento planejado da esterilização cirúrgica durante o período de parto (após passado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da minha vontade e o parto) poderá sofrer mudanças de técnica ou ser postergado, devido a condições médicas, técnicas ou de estrutura assistencial da maternidade;

10. Caso surjam contraindicações que impossibilitem realizar a laqueadura, entendo que a justificativa será registrada em prontuário e a equipe médica me orientará outro método para evitar gravidez;

11. Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis como os métodos de barreira, anticoncepção hormonal e dispositivos intrauterinos;

12. Tenho ciência, conforme disposto 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. Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento, antes que o procedimento de laqueadura tubária se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Consinto, portanto, ao (à) médico (a) a realizar o (s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Fica instituído que o presente termo tem validade indeterminada, e que, diante do procedimento proposto, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal, e negar a realização do tratamento a qualquer momento, sem prejuízo legal ou restrição ao acesso dos serviços de saúde ou tratamentos futuros.

Para que produza os efeitos legais, assino o presente termo em TRÊS vias com igual teor e validade, recebendo uma das cópias.

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do (a) Paciente	Assinatura do (a) Paciente
Nome:	Nome:
RG:	RG:
CPF:	CPF:

Joinville (SC): ____ de ____ de ____ Hora: ____:____.

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Expliquei todo o tratamento a que o paciente acima referido deverá ser submetido, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios e riscos, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado, e o mesmo concorda em realizá-lo.

Nome do médico: _____ CRM/SC: _____

Assinatura e Carimbo do Médico responsável pela aplicação do Termo de consentimento

Joinville (SC): ____ de ____ de ____ Hora: ____:____.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.217/2018

É vedado ao médico:

Art. 22 – Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte [...]

Art. 24 – Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo [...]

Art. 31 – Desrespeitar o direito do paciente ou seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte [...]

Art. 34 – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.”

Lei 8.078 de 11/09/1990

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor:

Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

Anexo 10 – Ficha de Notificação Individual de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva – Laqueadura Tubária e Vasectomia.

1 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome / Razão Social:	
Endereço:	
CGC / CNPJ:	Data:

2 DADOS DO PACIENTE

Nome do (a) paciente:		
Data de nascimento:	Sexo: () F () M	Nº de filhos:
Logradouro:		Nº:
Complemento:	Bairro:	CEP:
Município (Código IBGE): 4209102	Nome do município: Joinville	UF: SC

3 GRAU DE INSTRUÇÃO

() Analfabeto	() Ensino médio completo
() Ensino fundamental incompleto	() Ensino superior incompleto
() Ensino fundamental completo	() Ensino superior completo
() Ensino médio incompleto	() Pós-graduação

Documentação completa presente no prontuário: () **SIM** () **NÃO**

CID-10: _____ (Em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou futuro concepto)

4 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS REVERSÍVEIS UTILIZADOS ANTERIORMENTE

ORIENTA:

Métodos Naturais: _____

Outros: _____

OFERECE:

Métodos de Barreira	Métodos Hormonais	Dispositivo Intrauterino (DIU)
() Preservativo Masculino	() Hormonal Oral Combinado	() Hormonal
() Preservativo Feminino	() Minipílula	() De Cobre
() Diafragma	() Hormonal Injetável Mensal	
	() Hormonal Injetável Trimestral	
	() Anticoncepção de Emergência	

5 DADOS DA INTERNAÇÃO

____/____/____ Data da Internação

____/____/____ Data da Alta

_____ Médico Responsável

Responsável pelo Preenchimento / Carimbo

Fonte: NGA, SMS, 2023.