

LINHA DE CUIDADO SAÚDE DA MULHER PLANEJAMENTO FAMILIAR

**PROTOCOLO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E
ELETIVA FEMININA: LAQUEADURA TUBÁRIA**

SECRETÁRIO DA SAÚDE

Jean Rodrigues da Silva

DIRETORIA TÉCNICA DE MEDICINA

Luana Garcia Ferrabone

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Mário José Bruckheimer

DIRETORIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E SERVIÇOS ESPECIAIS

Marlene Bonow Oliviera

GERÊNCIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA

Keli Bett

GERÊNCIA DE REGULAÇÃO

Gislene Cristina Mantovani de Araújo

GERÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIAIS

Akadenilques de Oliveira Martins Souza Kudla

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM

Renata Andrade Teixeira Heil

COORDENAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Roselaine Elisa Radtke

ELABORAÇÃO / COLABORAÇÃO

Carine Juliana Gonçalves de Souza – Enfermeira, Instituição Bethesda

Douglas Calheiros Machado – Enfermeiro, Diretor de Gestão Hospitalar do Hospital São José

Flávia Favaretto – Agente Administrativo, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Lailah El Achkar – Enfermeira, Instituição Bethesda

Gislene Cristina Mantovani de Araújo – Coordenadora da Central de Regulação

Patrícia Luzia Johann Teochi – Pedagoga, Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial

Rosane Regina de Almenau Goelzer – Enfermeira, Gerente de Enfermagem da Maternidade Darcy Vargas

Rosimeire Pereira Bressan – Enfermeira Obstétrica, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Simone Aparecida de Souza – Enfermeira, Gerente de Regulação

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS: *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

AIH: Autorização de Internação Hospitalar

APS: Atenção Primária à Saúde

CNS: Cartão Nacional do SUS

COREN/SC: Conselho Regional de Enfermagem / Santa Catarina

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

MS/SAS: Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde

Nº: Número

SC: Santa Catarina

SES/Joinville: Secretaria da Saúde/Joinville

SES/SC: Secretaria da Saúde/Santa Catarina

SISREG: Sistema Nacional de Regulação

SUS: Sistema Único de Saúde

TAP: Tempo de Atividade da Protrombina

UBS: Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 PROTOCOLO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA	05
1.1 Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina: Laqueadura Tubária	05
1.1.1 Benefícios	06
1.1.2 Riscos	06
1.1.3 Contraindicações	06
2 CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DE ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA E ADMISSÃO NO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR, SEGUNDO A PORTARIA MS/SAS Nº 48 DE 11 DE FEVEREIRO DE 1999	07
3 FLUXO PARA SOLICITAÇÃO / ENCAMINHAMENTO PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR (Indicação de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina: Laqueadura Tubária)	08
3.1 Fluxograma para a Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina: Laqueadura Tubária	10
REFERÊNCIAS	11
APÊNDICE A – Processo para Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina: Laqueadura Tubária na Atenção Primária à Saúde	12
APÊNDICE B1 – Termo de Solicitação e Consentimento Informado (1ª via – Hospital)	13
APÊNDICE B2 – Termo de Solicitação e Consentimento Informado (2ª via – Usuário)	14
APÊNDICE C – Declaração do Requerente sem Sociedade Conjugal	15
APÊNDICE D – Conferência de Documentação Necessária	16
ANEXO A – Ficha de Notificação Individual de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva: Laqueadura Tubária e Vasectomia	17

PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

1 PROTOCOLO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA

A Laqueadura Tubária e a Vasectomia são métodos em geral adequados para casais que estão seguros e desejosos da contracepção permanente.

O casal deve ser suficientemente esclarecido de suas vantagens e desvantagens, tendo a 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.

1.1 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 espermatozoides, não havendo fecundação, ou seja, impossibilitando a gravidez.

É um procedimento relativamente seguro que pode ser feito de várias maneiras, sendo necessária internação e anestesia geral ou regional. Existem cerca de dez técnicas para a laqueadura: pode-se colocar anéis de plástico, queimar e cortar as tubas uterinas, cliques de titânio, fazer com fio de sutura etc.

Embora sua eficácia teórica seja de 100%, na prática é observado, em média, falha de 0,3 gestações para cada 100 mulheres/ano.

1.1.1 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.

1.1.2 Riscos:

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

é aumentada;

- ✓ Laqueadura Tubária não protege contra ISTs e AIDS;
- ✓ Anos após a realização da cirurgia, várias mulheres mostram arrependimento (de 11 a 15%) por não poder mais engravidar, mesmo quando no momento do procedimento tiveram certeza da escolha.

1.1.3 Contraindicações:

- ✓ Gravidez;
- ✓ Infecções pélvicas ou sistêmicas agudas;
- ✓ Fatores que contraindiquem a realização cirúrgica;
- ✓ Estar fora dos Critérios estabelecidos na Portaria MS/SAS nº 48, de 11 de fevereiro de 1999.

2 CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DE ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA E ADMISSÃO NO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR, SEGUNDO A PORTARIA MS/SAS Nº 48, DE 11 DE FEVEREIRO DE 1999

De acordo com o disposto no Artigo 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, 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, casadas ou não, maiores de 25 anos de idade e/ou pelo menos dois filhos vivos; ou
- ✓ Mulheres com risco reprodutivo, com indicação à esterilização cirúrgica (Laqueadura Tubária), obedecidos critérios acima citados e as seguintes patologias:
 - a) Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle;
 - b) Diabetes mellitus de difícil controle;
 - c) Doença Renal Crônica;
 - d) Cardiopatias;
 - e) Outras patologias, justificadas e com indicação médica;
 - f) Cesária prévia 3 ou mais; ou
- ✓ 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).

Crítérios referentes a documentação para o Processo:

- ✓ Prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado, à mulher interessada, acesso ao Serviço de Regulação da fecundidade, **incluindo aconselhamento pela Equipe de Saúde, visando à escolha consciente;**
- ✓ **Termo de Solicitação e Consentimento Informado**, expressa a manifestação da vontade da mulher, de forma escrita e firmada, a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis disponíveis na APS (Apêndice B1 e B2);
- ✓ **Consentimento** expresso de ambos, quando na vigência de união estável ou casamento (Apêndice B1 e B2);
- ✓ **Declaração da Requerente sem Sociedade Conjugal**, quando a mulher informar que **não** possui companheiro(a) deverá assinar afirmando que não se encontra em sociedade conjugal: casamento ou união estável (Apêndice C).

Importante: É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto riscos supracitados. Mulheres que realizaram cesariana recentemente, podem realizar a LT, desde que respeitado a Lei dos 60 dias.

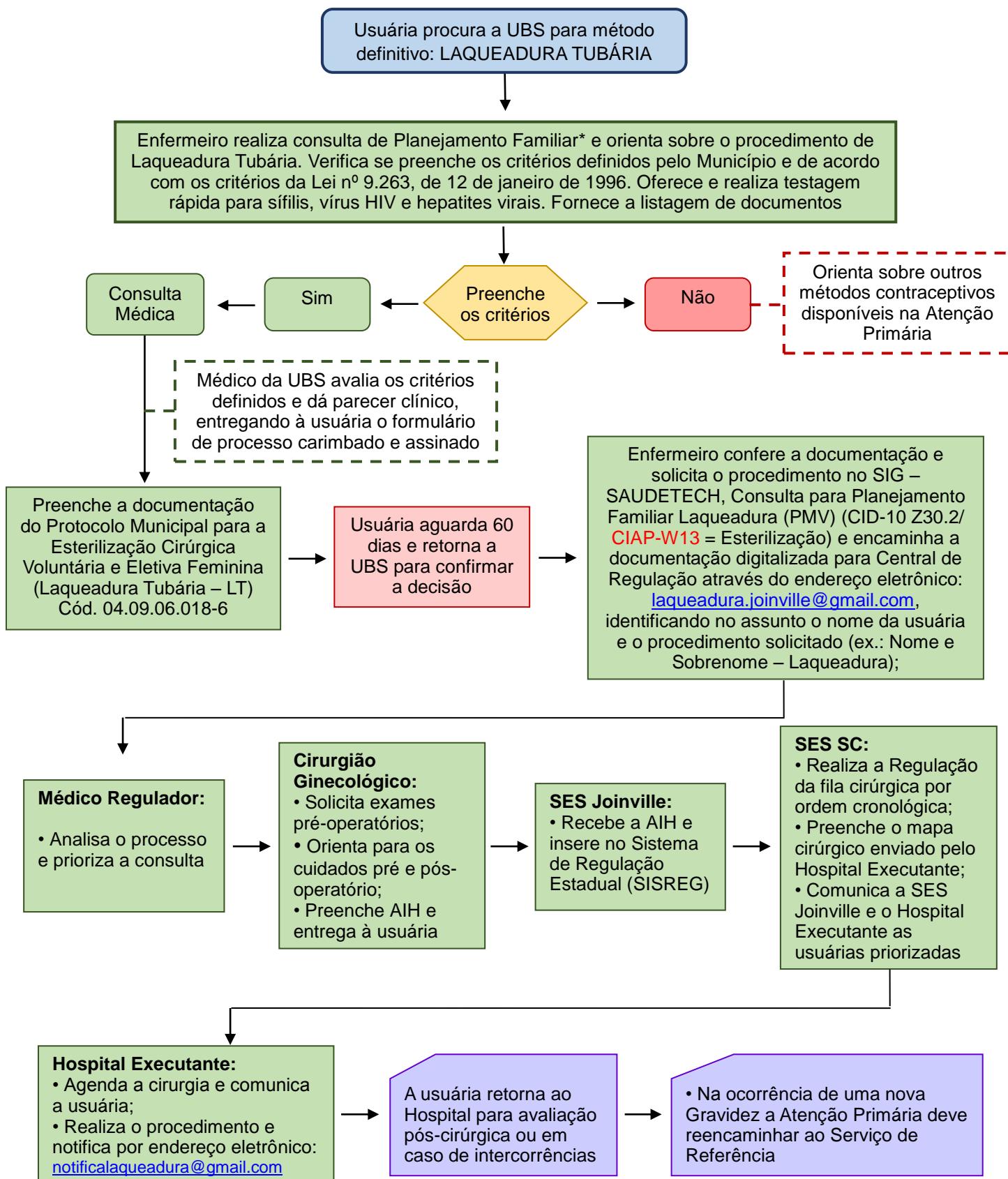
3 FLUXO PARA SOLICITAÇÃO / ENCAMINHAMENTO PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR (Indicação de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina: Laqueadura Tubária)

Serviço de Atenção Primária à Saúde:

- ✓ A usuária 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 ou participação no Grupo de Planejamento Familiar onde serão apresentadas todas as opções de métodos contraceptivos disponíveis para a escolha consciente do casal ou usuário (dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepção oral, injetável, vasectomia, preservativo masculino e feminino);
- ✓ É oferecido teste rápido para sífilis, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e hepatites virais (sendo opcional a aceitação da usuária);
- ✓ Mantida a decisão do casal/usuário (a) é preenchido os critérios da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996;
- ✓ É fornecido pelo enfermeiro a listagem de documentos, orientada e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Informado;
- ✓ O enfermeiro encaminha a usuária para consulta médica na Unidade Básica de Saúde;
- ✓ O médico em consulta, avalia os critérios e dá parecer clínico, entregando a usuária o formulário de processo carimbado e assinado. A avaliação clínica pressupõe investigação de:
 - Doença cardíaca isquêmica;
 - Sangramento vaginal inexplicado;
 - Câncer cervical;
 - Câncer ovariano/endometrial;
 - IST atual;
 - Infecção local;
 - Doenças respiratórias agudas;
 - Doença inflamatória pélvica atual.
- ✓ Após parecer médico favorável para realização do procedimento, o enfermeiro da Unidade Básica de Saúde cumprindo o artigo 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, reúne toda a documentação do Protocolo Municipal para a Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina – Laqueadura Tubária, colhe as assinaturas e orienta sobre a continuidade do processo, conforme descrição abaixo:
 1. Comprovação de participação em planejamento familiar;
 2. Parecer médico justificando a solicitação;
 3. No caso de indicação por **Risco de Vida a Mulher ou Concepto** será necessário incluir o **Laudo Médico** assinado pelo Especialista que indicou a LT e o médico da Atenção Primária, para priorização;
 4. Termo de solicitação e informação assinado pelo requerente e parceiro (quando houver);
 5. Comprovante de residência;
 6. RG do usuário requerente;
 7. Certidão de nascimento dos filhos vivos;
 8. Cópia do Cartão Nacional do SUS (CNS);
 9. Preenche a Conferência de Documentação Necessária para o Processo;

10. Digitaliza e entrega os documentos originais à usuária e orienta a necessidade dos mesmos no momento da cirurgia;
 11. Orienta para a continuidade do processo, bem como sobre o **prazo mínimo de sessenta (60) dias** entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico;
 12. 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;
 13. No encaminhamento *Online* inserir dados clínicos e condições de Vulnerabilidade Social (alcoolismo, drogadição, grande múltipara, mulher em situação de violência), quando houver.
- ✓ Mantido o interesse da usuária pela Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva: Laqueadura Tubária (LT) após o prazo de 60 dias, retorna a Unidade Básica de Saúde e confirma a decisão;
 - ✓ O enfermeiro confere a documentação e solicita o procedimento no SIG – SAUDETCH, Consulta para Planejamento Familiar Laqueadura (PMV) (CID-10 Z30.2 = Esterilização CIAP-W13) e encaminha a documentação digitalizada para Central de Regulação através do endereço eletrônico laqueadura.joinville@gmail.com identificando no assunto o nome da usuária e o procedimento solicitado (ex.: Nome e Sobrenome – Laqueadura);
 - ✓ Médico regulador confirma o recebimento e responde via endereço eletrônico: **Confirmamos o recebimento da documentação referente ao Encaminhamento para Procedimento de Laqueadura, 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 e autoriza o procedimento cirúrgico;
 - ✓ **Médico cirurgião ginecológico:** solicita os exames pré-operatórios, orienta os cuidados pré-operatórios e preenche a AIH. Os exames pré-operatórios são: parcial de urina, hemograma, TAP e KTPP, o eletrocardiograma e o Raio X de tórax são solicitados as usuárias com mais de 40 anos de idade ou quando necessário, com validade máxima de 6 meses;
 - ✓ **Hospital Executante:** insere na fila cirúrgica, agenda a cirurgia, avisa a usuária a data da cirurgia, realiza o procedimento e preenche a Ficha de Notificação Individual de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva – Laqueadura Tubária (Anexo A), digitaliza e envia ao Serviço de Vigilância Epidemiológica por meio do endereço eletrônico: notificalaqueadura@gmail.com (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;
 - ✓ 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 e sangramento no local e/ou vaginal a mulher deverá ser encaminhada ao Serviço de Emergência do Hospital Executante.

3.1 Fluxograma para a Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina: Laqueadura Tubária



*O registro do Procedimento no Sistema Integrado de Gestão (SIG) Saúdetech, na Atenção Primária, deve ser feito como Consulta de Planejamento Familiar.

Observações Legais:

- Não se pode fazer a Esterilização Cirúrgica por outro procedimento que não a Laqueadura Tubária (LT);
- É vedada a Esterilização Cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de risco comprovado.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2016.
2. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.045, de 25 de novembro de 2014**. Altera as Leis nºs 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que “regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília – DF: 2014.
1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1. ed., 1. reimpr. 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: Ministério da Saúde, 2009.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999**. Brasília – DF: 1999.
5. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília – DF: 1996.
6. COREN/SP – Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. **Parecer nº 007/2014 – CT**. PRCI nº 099.152/2012 – Tickets nº 277.202, 277.242, 281.850, 284.033, 290.514 e 302.667. Solicitação de exames por Enfermeiro e avaliação de resultado. São Paulo – SP: 2014.

APÊNDICE A – Processo para Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina – Laqueadura Tubária na Atenção Primária à Saúde

Unidade Básica de Saúde _____

Consulta com Enfermeiro (a) na Unidade Básica de Saúde

Declaro que _____ e seu (sua) parceiro (a) _____ participaram de orientação no dia ____ / ____ / 20 ____, obtendo **informações sobre todos os métodos reversíveis e irreversíveis**, no Programa de Planejamento Familiar, optando pelo procedimento de Esterilização Cirúrgica que é **considerado irreversível**.

- () Possui comprovadamente ____ anos (mais de 25 anos) e/ou
() Possui comprovadamente ____ filhos (mínimo 2 filhos vivos).

Assinatura e carimbo do (a) Enfermeiro (a) – COREN / SC

Consulta com Médico (a) na Unidade Básica de Saúde

Após atendimento da cliente realizado no dia ____ / ____ / 20 ____ 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 ou o seguinte parecer e encaminhamento:

- () O usuário **não está apto** a indicação de Esterilização Cirúrgica.
() O usuário **está apto**, mediante livre consentimento, a indicação de Esterilização Cirúrgica.

Assinatura e carimbo do Médico (a) – CRM / SC

IMPORTANTE: Na vigência de união estável ou casamento, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos. Caso contrário, nos espaços destinados a assinatura do parceiro, escrever “Não se aplica”.



APÊNDICE B1 – Termo de Solicitação e Consentimento Informado (1ª Via – Hospital)

Eu, _____, _____ anos,
RG _____, Órgão Emissor _____, CPF _____, Cartão
Nacional do SUS _____, venho por meio deste TERMO, solicitar a
realização de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina: LAQUEADURA TUBÁRIA (LT).

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, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o Programa de Planejamento Familiar **DECLARO** que:

1. Fui informada 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 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.
4. 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. Não se pode realizar a Laqueadura Tubária (LT) nos períodos pós-parto ou aborto, exceto nos casos de risco a vida comprovados.
6. Fui informada das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reação a drogas, parada cardiorrespiratória, morte, hemorragias, infecções.
7. Fui informada de que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a Laqueadura Tubária (LT) pode apresentar falhas e não protege contra Infecções Sexualmente Transmissíveis.
8. Fui informada de que, ao menor sinal ou sintoma de gravidez, 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. 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.

Portando, declaro estar em pleno domínio de minha capacidade civil e de discernimento: não estando drogada, alcoolizada ou emocionalmente alterada.

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do(a) Requerente

Assinatura do(a) Parceiro (a)

RG Nº

RG Nº

Joinville, _____ de _____ de 20 _____.



APÊNDICE B2 – Termo de Solicitação e Consentimento Informado (2ª via – Usuário)

Eu, _____, _____ anos,
RG _____, Órgão Emissor _____, CPF _____, Cartão
Nacional do SUS _____, venho por meio deste TERMO, solicitar a
realização de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina: LAQUEADURA TUBÁRIA (LT).

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, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o Programa de Planejamento Familiar **DECLARO** que:

1. Fui informada 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 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.
4. 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. Não se pode realizar a Laqueadura Tubária (LT) nos períodos pós-parto ou aborto, exceto nos casos de risco a vida comprovados.
6. Fui informada das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reação a drogas, parada cardiorrespiratória, morte, hemorragias, infecções.
7. Fui informada de que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a Laqueadura Tubária (LT) pode apresentar falhas e não protege contra Infecções Sexualmente Transmissíveis.
8. Fui informada de que, ao menor sinal ou sintoma de gravidez, 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. 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.

Portando, declaro estar em pleno domínio de minha capacidade civil e de discernimento: não estando drogada, alcoolizada ou emocionalmente alterada.

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do(a) Requerente

Assinatura do(a) Parceiro (a)

RG Nº

RG Nº

Joinville, _____ de _____ de 20 _____.



APÊNDICE C – Declaração do Requerente sem Sociedade Conjugal

Eu, _____, _____ anos,
RG _____, Órgão Emissor _____, CPF _____,
Cartão Nacional do SUS _____, declaro para fins de Esterilização
Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina: LAQUEADURA TUBÁRIA (LT), que não me encontro em
sociedade conjugal – casamento ou união estável na presente data.

Assinatura da Requerente

Joinville, _____ de _____ de 20 _____.

APÊNDICE D – Conferência de Documentação Necessária

Conferência de Documentação Necessária:

Documentação obrigatória:

- () Comprovação de participação da orientação de Planejamento Familiar;
- () Parecer médico da UBS quanto a aptidão da usuária e critérios estabelecidos;
- () Termo de Solicitação e Informação assinado pela requerente e parceiro (quando houver);
- () Comprovante de residência (cópia anexa);
- () RG do requerente (cópia anexa com foto visível);
- () Certidão de Nascimento dos filhos (cópia anexa);
- () Cópia do Cartão SUS do requerente (cópia anexa).

Documentação para situações específicas:

- () Declaração da requerente informando que não se encontra em sociedade conjugal – casamento ou união estável (apenas para mulheres sem companheiro(a));
- () Laudo Médico assinado pelo Especialista que indicou a LT e o médico da Atenção Primária quando houver **Risco de Vida à Mulher** ou **ao Concepto** devido a uma condição patológica.

Assinatura e carimbo do (a) Enfermeiro (a) Conferente
COREN / SC

Joinville, _____ de _____ de 20 _____.



ANEXO A – Ficha de Notificação Individual de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva – Laqueadura Tubária e Vasectomia

1 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome / Razão Social:		
Endereço:	Bairro:	CEP:
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

IMPORTANTE: Digitalizar e enviar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica:
notificalaqueadura@gmail.com