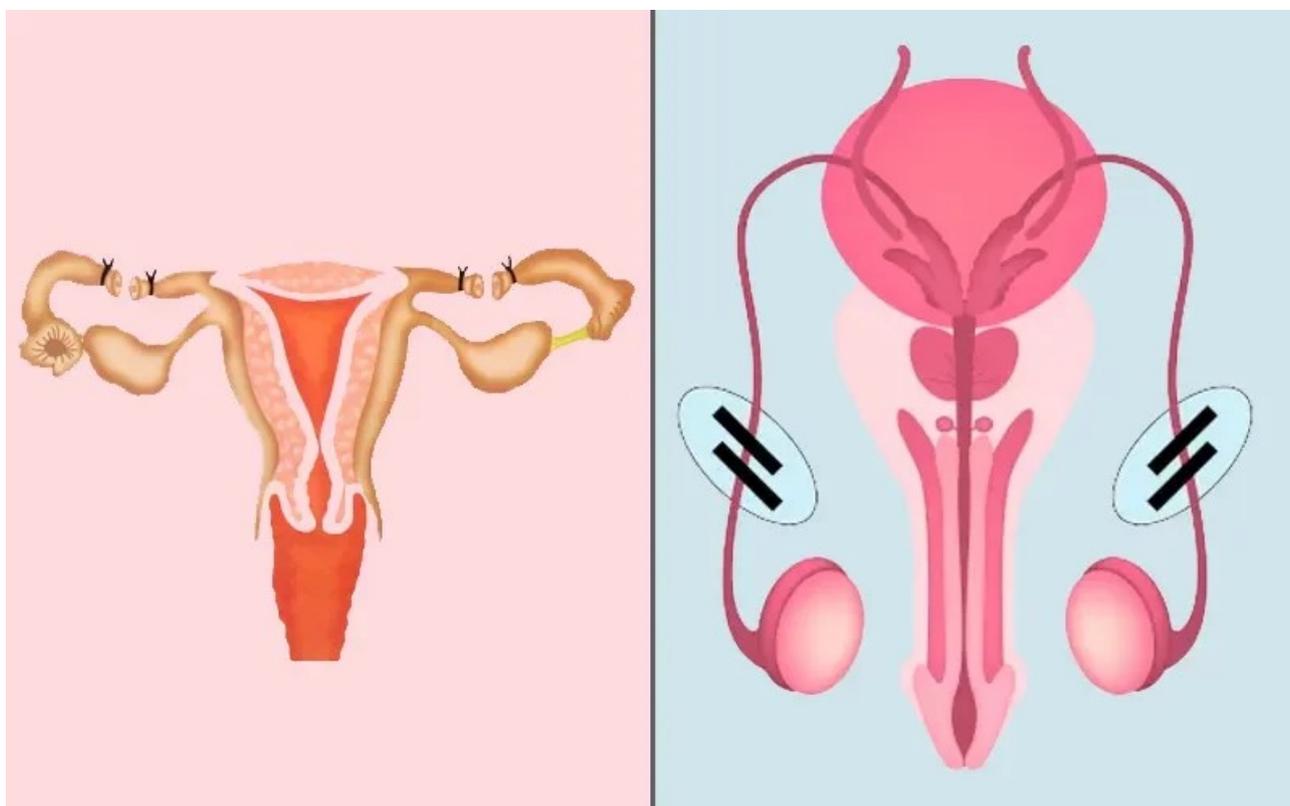




**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



NOTA TÉCNICA SOBRE ATENDIMENTO A LAQUEADURA E VASECTOMIA



**Porto Velho-RO
2024**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



ASSUNTO: ALTERAÇÕES NO ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTO PARA CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA NA REDE MUNICIPAL

DATA DE ELABORAÇÃO:
03/03/2023

DATA DE REVISÃO:
14/03/2023

DATA DE DIVULGAÇÃO:
05/04/2023

ELABORADO POR:

Ana Emanuela de Carvalho Chagas (Enfermeira/DAB)
Aline Silva Lima (Enfermeira/DMAC)
Carla Fabiane Andriolo Feltrin (Psicóloga/CRSM)
Alba Cristina Bezerra Hermando (Enfermeira/CRSM)
Noeli Nunes de Lima (Assistente Social/CIMI)

1 APRESENTAÇÃO

O direito ao planejamento reprodutivo é garantido a todos os cidadãos brasileiros, com oferta de diversos métodos pelo Sistema Único de Saúde – SUS. O município de Porto Velho possui oferta regular de métodos reversíveis e irreversíveis na sua rede municipal, dentre os quais, destacamos a **Laqueadura e Vasectomia**, que estão em foco através da **Lei nº 9.263 de 12/01/1996** a qual sofreu algumas alterações através da Lei nº 14.443 de 02/09/2022, em que determina o prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para a esterilização no âmbito do planejamento familiar.

Com o objetivo de sanar as dúvidas apresentadas pelas equipes de saúde, foi elaborado o presente documento como norteador da conduta profissional relacionada à oferta e acesso a esses métodos e técnicas contraceptivas. As principais alterações trazidas pela **Lei nº 14.443/2022** são:

1. A disponibilização de qualquer método e técnica de contracepção dar-se-á no prazo máximo de 30 (trinta) dias, ou seja, oferecer à paciente os métodos contraceptivos após **30 (trinta) dias** do parto;
2. A esterilização voluntária (Laqueadura e Vasectomia) será permitida em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de **21 (vinte e um) anos**, tendo ou não filhos;
3. A esterilização voluntária (Laqueadura e Vasectomia) será permitida em homens e mulheres, entre 18 e 20 anos, somente com a apresentação de documentos comprobatórios de 02 (dois) ou mais filhos vivos, observado o tempo mínimo de **60 (sessenta) dias** após o primeiro atendimento de planejamento reprodutivo registrado. Entretanto, mesmo previsto em lei a contracepção nesses casos, é recomendado que o profissional de saúde e/ou equipe multidisciplinar, realize o aconselhamento visando desencorajar a esterilização precoce, informando os prós e contras do procedimento, além de ofertar outros métodos contraceptivos disponíveis pela rede municipal. Embora ofertando outros métodos contraceptivos e aconselhamento, o usuário mantenha a decisão pelo método cirúrgico, deve-se respeitar a sua decisão;
4. A Laqueadura intraparto pode ser realizada, desde que seja obedecido o prazo de **60 (sessenta) dias** do aconselhamento, seguido do termo de consentimento assinado pelo profissional e paciente.
Obs: Não será permitido o agendamento de cesárea para realização da Laqueadura. Durante o trabalho de parto, se houver a indicação médica para realizar a cesárea, poderá ser realizado o procedimento de acordo com os critérios médicos. É recomendado que a paciente durante o período de pré-natal, seja esclarecida sobre todos os procedimentos para a Laqueadura, bem como análise da documentação e assinatura do termo de consentimento pelo profissional de saúde e paciente, aguardando o desencadear do parto. Não há necessidade de encaminhar a paciente ao CRSM, uma vez que não pode ser agendada a cesárea para a realização da Laqueadura.

5. Não é obrigatória a anuência do cônjuge para realização de Laqueadura e/ou Vasectomia às pessoas que convivem maritalmente. No item **“assinatura da testemunha”** do formulário, é destinado a assinatura



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



de qualquer pessoa com capacidade civil plena, maior de 18 anos que tenha testemunhado a vontade da pessoa sem coação ou coerção em realizar o procedimento.

2. ENCAMINHAMENTO PARA VASECTOMIA E LAQUEADURA

A equipe multiprofissional da APS realiza o acolhimento à mulher, homem ou casal e a consulta de planejamento reprodutivo averiguando se há o cumprimento dos critérios acima descritos. Possibilitando a elucidação de dúvidas e aconselhamento quanto aos métodos contraceptivos reversíveis disponíveis na rede pública para auxiliar em escolha bem informada e consciente. Esse momento de orientações deverá ser realizado por profissional de saúde (nível superior), de forma individual (em consultório) ou coletiva (grupos operativos). Devendo se atentar para orientações pré-operatórias primordiais:

2.1 Orientação sobre o método:

- a) Opções de contracepção reversíveis existentes;
- b) Riscos da cirurgia e possíveis efeitos colaterais;
- c) Dificuldades de reversão e indisponibilidade desse procedimento pelo SUS;
- d) Necessidade de continuidade de prevenção de IST através do uso de preservativo, mesmo com a esterilização definitiva.

2.2 Decisão pela esterilização:

a) Se após o atendimento, o paciente mantém a decisão pela esterilização cirúrgica, o profissional de saúde solicitará os exames pré-operatórios e em caso de identificação de alguma patologia ou situação de atenção à saúde da mulher e do homem durante abordagem na APS, a Equipe de Saúde da Família deverá realizar o tratamento; e em casos que seja necessário avaliação de especialista como por exemplo Cardiologista, deverá ser feito encaminhamento para essa avaliação antes de encaminhar a/o paciente ao setor de regulação da APS, a fim de inserir no sistema SISREG para posterior agendamento ao Centro de Referência em Saúde da Mulher – CRSM ou outro ambulatório identificado pela gestão para atendimento a essa demanda, visando as orientações e agendamento do procedimento cirúrgico;

b) Ressalta-se que o(a) paciente somente será encaminhado(a) ao Centro de Referência Saúde da Mulher – CRSM, quando o(a) mesmo(a) estiver apto(a) ao procedimento cirúrgico (Laqueadura e Vasectomia), ou seja, após a verificação da documentação e análise dos resultados dos exames solicitados pela APS.

c) Quando o(a) paciente for agendado(a) ao Centro de Referência Saúde da Mulher – CRSM receberá as orientações pertinentes ao procedimento cirúrgico, bem como o agendamento da data da cirurgia na Maternidade Municipal Mãe Esperança – MMME.

3. DOS EXAMES A SEREM SOLICITADOS NO PRÉ - OPERATÓRIO

Os exames são uma forma de monitorar o quadro geral de saúde do(a) paciente e podem ser solicitados no serviço de APS que fizer a consulta de planejamento reprodutivo. Os exames mínimos são:

3.1 VASECTOMIA

- * Hemograma
- * EAS
- * Coagulograma
- * Glicemia de jejum.

***IMPORTANTE:** As sorologias HBsAg, Anti-HCV, Anti-HIV 1 e 2 e VDRL são recomendadas para homens e mulheres, mas não são obrigatórias para as cirurgias.

3.2 LAQUEADURA

- * Hemograma
- * EAS
- * Glicemia de jejum
- * Coagulograma

***Se a paciente for Hipertensa:** também risco cirúrgico com ECG e RX Tórax (ambos apenas p/ Laqueadura e c/ laudo do médico), Creatinina, Ácido Úrico.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



***Se a paciente for Diabética:** também Creatinina e Hemoglobina Glicosilada.

***IMPORTANTE:** O risco cirúrgico será viabilizado após apresentação da paciente no Centro de Referência de Saúde da Mulher e confirmação de critérios para realização da cirurgia. Além disto, para a realização da laqueadura as sorologias HBsAg, Anti-HCV, Anti-HIV 1 e 2, VDRL e Beta HCG são realizados no ato da internação para o procedimento.

***Obs-1:** Para a realização do procedimento cirúrgico, as comorbidades devem estar estabilizadas.

***Obs-2:** Os exames devem ser realizados o mais próximo possível da data de realização da cirurgia. A avaliação do risco cirúrgico será agendada via regulação para avaliação em ambulatório de cardiologia do município.

4. DOCUMENTOS LEGAIS EXIGIDOS PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA:

Em atendimentos individuais ou coletivos, os usuários devem ser orientados a apresentar as cópias que ficarão anexas ao prontuário médico no momento da realização do procedimento cirúrgico, destacam-se:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo(a) usuário(a) com seu histórico reprodutivo para a realização do procedimento cirúrgico (EM ANEXO).
- RG, CPF e Cartão do SUS (Paciente).
- RG, CPF (Testemunha). **Obs:** Pode ser o cônjuge ou outra pessoa adulta com direitos civis preservados, maior de 18 anos.
- Certidão de nascimento De pelo menos 02 (dois) filhos vivos.
- Comprovante de endereço atualizado.
- Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pelas orientações.

5. CASOS ESPECIAIS:

a) Para submeter-se ao procedimento cirúrgico, a pessoa deverá ter capacidade civil plena, conforme Artigo 10, I da Lei nº 9.263 de 12/01/1996.

b) A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, conforme §6º do Art. 10.

c) O prazo mínimo entre a manifestação por escrito da vontade de realizar o procedimento e a efetiva realização desse é de 60 (sessenta) dias. O agendamento da cirurgia será somente após decorrido esse prazo.

d) A realização de laqueadura intraparto, poderá ser feita se as condições clínicas da paciente permitirem e forem preenchidos os critérios legais. Contudo, deve ser ressaltado que o desejo pela laqueadura não é critério médico para realização de cesárea.

e) Gestantes podem realizar aconselhamento para contracepção cirúrgica durante o acompanhamento pré-natal, porém não necessitam regular atendimento no CRSM, uma vez que, apenas na assistência intra parto, na Maternidade Municipal, será definido se a gestante apresenta critério e indicação de cesariana e assim, conferida documentação para a realização de contracepção, o profissional médico poderá realizar.

f) A contracepção cirúrgica possui chances de reversão, que **não** são oferecidas pela rede SUS no município de Porto Velho e que **não** há garantia de viabilidade de 100% de reversão, cabendo ao profissional de saúde esclarecer esse ponto aos pacientes.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA
ALTERAÇÃO PELA Lei nº 14.443 de 02/09/2022**

Eu _____ Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Cartão SUS nº _____, RG nº _____, nos termos da **Lei nº 9.263 de 12/01/1996**, com alterações através da **Lei nº 14.443 de 02/09/2022**, voluntariamente, desejo submeter-me à contracepção cirúrgica, sobre a qual fui devidamente esclarecido(a).

Minha decisão foi tomada após ter recebido orientações sobre os métodos anticoncepcionais existentes e saber que:

1. Existem e estão disponíveis outros métodos anticoncepcionais reversíveis, os quais me foram oferecidos.
2. Este é um ato cirúrgico, que envolve risco e desconforto como qualquer cirurgia.
3. Este é um método anticoncepcional de difícil reversão, cuja cirurgia não é ofertada pelo SUS.
4. Mesmo sendo considerado um método definitivo, ocasionalmente pode falhar (de 0,5 à 1,0% para laqueadura e 1 a cada 2000 cirurgias para vasectomia), não sendo esse fato atribuído ao profissional ou técnica utilizada no procedimento.
5. Mesmo manifestando desejo pela realização de contracepção cirúrgica, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação posso revogar o consentimento para a realização do procedimento e ter o processo finalizado.
6. Declaro ainda não ter dúvidas quanto ao procedimento cirúrgico ao qual serei submetido(a), e no caso da cirurgia de **() LAQUEADURA () VASECTOMIA**, recebi ainda orientações gerais sobre o pré/intra/pós-operatório.

Assinatura ou digital direita do(a) paciente

Assinatura ou digital direita da testemunha

DADOS DO PACIENTE

Idade: _____ Escolaridade: () Não Alfabetizado () E. Fundamental () E. Médio () E. Superior

Raça: () Branco () Pardo () Preto () Amarelo () Indígena

Gestações: _____ Para: _____ Aborto: _____ Cesárias: _____ Não se aplica ()

Nº de Filhos: _____ Idade dos Filhos (mais velho): _____ (mais novo): _____

Métodos utilizados e seus efeitos: _____

Comorbidades: _____

Riscos reprodutivos: _____

Profissional de Saúde responsável pelas orientações do Planejamento Reprodutivo e oferta de métodos contraceptivos reversíveis:

Nome e carimbo do profissional

DOCUMENTOS PARA CIRURGIA

1 CÓPIA DE:

* RG, CPF e CARTÃO DO SUS (PACIENTE);

* RG e CPF DA TESTEMUNHA;

* REGISTRO DE NASCIMENTO DE PELO MENOS 2 FILHOS VIVOS;

* COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (ATUALIZADO);

* OBRIGATÓRIO A ASSINATURA DO SOLICITANTE!

Porto Velho / RO, ___/___/___

IMPORTANTE:

- a) Em caso de dúvidas, faça os questionamentos ao profissional de saúde que está prestando atendimento, não fique com receio de realizar qualquer pergunta.
- b) Existe prazo mínimo entre a manifestação por escrito do desejo pela laqueadura/vasectomia, sendo estipulado pela lei em 60 dias. Assim, o agendamento do procedimento será feito após esse prazo.
- c) Mesmo realizando laqueadura ou vasectomia, continue utilizando preservativo, pois esse é o único meio indicado para prevenir doenças sexualmente transmissíveis.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



ORIENTAÇÕES PARA VASECTOMIA

1.A vasectomia é um método cirúrgico de interrupção da fertilidade masculina, causada pela secção dos vasos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado. É um procedimento de pequeno porte, seguro e eficiente. Não requer internação hospitalar. **NÃO PROVOCA IMPOTÊNCIA SEXUAL** ou qualquer efeito adverso.

2.Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia caso minha condição clínica o requeira. São feitos um ou dois cortes no escroto, que são posteriormente costurados, podendo haver ou não necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado. As complicações, raras, que podem ocorrer são: aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (hematomas e equimoses), dor ou infecção local. 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 sua equipe.

3.O paciente está apto a retornar ao trabalho entre 05 e 07 dias após a Vasectomia. Podendo retornar à sua atividade sexual quando se sentir bem (sem incômodo local), o que ocorre geralmente após 07 – 10 dias.

4.Apesar de a vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade (1 em cada 2000 operações) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides de um ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados e o indivíduo poderá permanecer fértil e ocasionar uma gravidez.

5.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.

6.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.

7.Apesar de seu médico oferecer todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

ORIENTAÇÕES PARA LAQUEADURA

1. A intervenção de laqueadura tubária consiste basicamente na **INTERRUPÇÃO DA CONTINUIDADE DAS TROMPAS DE FALÓPIO**, com o objetivo de impedir uma nova gravidez. Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea), contudo ressalta-se que a laqueadura não é uma indicação para parto cesárea, e somente será feita se a paciente preencher os critérios legais e tiver condições clínicas para fazer o procedimento.

2.Esta técnica necessita de anestesia, que será avaliada pelo médico anestesista.

3.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%.

4.Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação de saúde de cada paciente.

5.As complicações que poderão surgir são: hemorragias, lesões de órgãos, infecção urinária, dor abdominal, dor de cabeça, anemia, etc.

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

7.Nesse procedimento, existe a necessidade de internação, que é em média, 24 horas. A internação será feita no dia da cirurgia, preferencialmente às 6 da manhã, a paciente deve estar em jejum desde às 10 horas da noite anterior.

8.Caso a paciente tenha filho de até 6 (seis) meses de idade e esteja amamentando, poderá trazê-lo, desde que traga um acompanhante para ajudar nos cuidados.

9.Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis: Métodos de barreira (camisinha); Anticoncepção hormonal (injeção, comprimido); Contracepção intra-uterina (DIU); Métodos naturais.

10.Nesse procedimento, existe a necessidade de internação, que poderá ter variação de tempo de acordo com as necessidades de cada paciente. Após a cirurgia, a paciente deverá manter repouso para evitar complicações. É importante que a mulher evite ter relações sexuais, limpar a casa ou praticar atividade física por pelo menos 15 dias. É preciso fazer a retirada dos pontos da cirurgia, geralmente após 15 dias da cirurgia.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



CONSENTIMENTO INFORMADO PARA VASECTOMIA

Eu, abaixo-assinado, procurei espontaneamente o médico _____, para ser submetido a uma operação de Vasectomia. Antes da operação me foi informado que:

A vasectomia é um método cirúrgico de interrupção da fertilidade masculina, causada pela secção dos vasos 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 minha condição clínica o requeira. São feitos um ou dois cortes no escroto, que são posteriormente costurados, podendo haver ou não necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado.

As complicações, raras, que podem ocorrer são: hematomas (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 sua equipe.

Apesar de poder ser tentado a reversão futura desta cirurgia, ou seja, a recanalização do ducto deferente, quanto maior o tempo de interrupção do deferente, menor o índice de sucesso em readquirir fertilidade.

Apesar de a vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade (1 em cada 2000 operações) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides de um ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados e o indivíduo poderá permanecer fértil e ocasionar uma gravidez.

O método não interfere na função sexual nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Até o momento não se conhece nenhuma doença que ocorre 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.

Diante do exposto, eu _____, RG nº _____, CPF nº _____, Idade _____ anos, estou ciente dos esclarecimentos acima e manifesto que desejo ser submetido à Vasectomia, por minha livre e espontânea vontade.

Porto Velho, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente

Assinatura da testemunha



Assinado por **Ana Emanuela De Carvalho Chagas** - Subgerente do Nucleo de Saude da Mulher - Em: 23/07/2024, 12:16:16



Assinado por **Francisca Rodrigues Nery** - Diretora de Departamento - Em: 23/07/2024, 08:22:37



Assinado por **Fabiola Barros Ribeiro** - Diretora do DAB - Em: 15/07/2024, 13:54:11



Assinado por **Aline Silva Lima** - Gerente de Divisão de Apoio a Assistência Hospitalar - Em: 08/07/2024, 09:21:06