

Resolução CIB Nº. 046 de 08 de agosto de 2005.

Dispõe sobre normas de procedimentos para Laqueadura Tubária e Vasectomia no âmbito do SUS no Estado de Mato Grosso.

A COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE ESTADUAL, no uso de suas atribuições legais e considerando:

I – O disposto da Portaria nº 048 SAS/MS de 11 de Fevereiro de 1999.

RESOLVE:

Art. 1º Estabelecer normas que regulamentem a Autorização dos Procedimentos de Laqueadura Tubária e Vasectomia no âmbito do SUS/MT.

§ 1º - Os hospitais com os requisitos necessários para se credenciarem ao SUS para a realização dos Procedimentos de Laqueadura Tubária e Vasectomia, conforme as exigências da Portaria nº 048 de 11 de Fevereiro de 1999, poderão ser autorizados a realizar o procedimento pelas Secretarias Municipais em Gestão Plena do Sistema, conforme se segue:

I – A instituição proponente deverá preencher a Ficha de Credenciamento de Instituição para realização de Laqueadura Tubária e Vasectomia (anexo I) e a Ficha de Cadastro de Unidades com Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento (anexo II), encaminhando-as a Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com a cópia da documentação dos profissionais que compõem a Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento (RG, CPF, Diploma do curso e Carteira do Conselho);

II – A Secretaria Municipal de Saúde deverá validar as informações e submeter o pleito a apreciação do Conselho Municipal de Saúde, sendo que cópia da ata deverá ser anexada a documentação acima referida;

a – Caso aprovado, a Secretaria Municipal de Saúde em Gestão Plena do Sistema deverá elaborar uma Portaria de Credenciamento do Hospital e encaminhá-la ao Departamento de Programação, Controle e Avaliação /MS.

III – A Secretaria Municipal de Saúde deverá comunicar formalmente ao Escritório Regional de Saúde a que pertence, tanto a solicitação de credenciamento quanto a confirmação da habilitação junto ao Ministério da Saúde para a realização de tais procedimentos.

IV – O Escritório Regional de Saúde, por sua vez, deverá proceder de forma similar junto a SES/SAI.

§ 2º - Os demais municípios cujos hospitais possuem os requisitos necessários para se credenciarem ao SUS para a realização dos Procedimentos de Laqueadura Tubária e Vasectomia, conforme as exigências da Portaria nº 048 de 11 de Fevereiro de 1999 poderão ser autorizados a realizar o procedimento pela Secretaria Estadual de Saúde, conforme se segue:

I – A instituição proponente deverá preencher a Ficha de Credenciamento de Instituição para realização de Laqueadura Tubária e Vasectomia (anexo I) e a Ficha de Cadastro de Unidades com Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento (anexo II), encaminhando-as a Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com a cópia da documentação dos profissionais que compõem a Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento (RG, CPF, Carteira do Conselho e Diploma do curso);

II – A Secretaria Municipal de Saúde deverá validar as informações e submeter o pleito a apreciação do Conselho Municipal de Saúde, sendo que cópia da ata deverá ser anexada a documentação acima referida;

a – Caso aprovado, a Secretaria Municipal de Saúde deverá encaminhar o pleito ao Escritório Regional de Saúde.

III – O Escritório Regional de Saúde validará as informações através de visita *in loco* e emitirá parecer.

a – Caso desfavorável, o Escritório Regional de Saúde informará a unidade proponente os quesitos pendentes necessários à efetivação do referido credenciamento.

b – Caso favorável, uma cópia do processo juntamente com o parecer, ficará no Escritório Regional de Saúde e a original será encaminhada a SES/SAI, onde será emitido o parecer final, conforme fluxo (anexo III).

Art. 2º Estabelecer critérios para cadastramento de Unidades de saúde públicas em pelo menos um nível de assistência com prioridade para a rede básica, com Equipes Multidisciplinares de Aconselhamento para a realização de ações de planejamento familiar com encaminhamento dos pacientes com indicativo às Unidades credenciadas para efetuarem os procedimentos de Laqueadura Tubária e Vasectomia.

§ 1º - As Unidades de saúde públicas com Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento serão cadastradas para complementação dos serviços hospitalares credenciados ao SUS que não disponham de Equipe Multidisciplinar para Aconselhamento.

§ 2º – A Equipe de Aconselhamento deverá ser composta de, no mínimo:

01 Assistente Social

01 Enfermeiro

01 Médico

01 Psicólogo

§ 3º – A Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento poderá atuar em qualquer nível de referência em saúde pública, conveniada ou contratada.

§ 4º - O município que não dispôr de Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento e/ou Hospital Credenciado para a realização dos atendimentos para Laqueadura Tubária e Vasectomia deverão garantir este acesso.

Art. 3º Estabelecer documentação e fluxo necessários para a realização de Laqueadura Tubária e Vasectomia.

§ 1º – O usuário atendido em qualquer Unidade da rede pública, ou da rede conveniada ou contratada, que apresentar indicação ou manifestar interesse em realizar esterilização definitiva, desde que se enquadre no artigo 10º da Lei 9.263 de 12 de Janeiro de 1996, deverá ser encaminhado à Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento com a Ficha de Encaminhamento para Aconselhamento em Laqueadura Tubária e Vasectomia devidamente preenchida (anexo V).

§ 2º – Caberá a Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento proceder a sensibilização, orientação e conscientização da(o) usuária de todos os métodos contraceptivos reversíveis, a fim de que os procedimentos cirúrgicos irreversíveis venham a se constituir como último recurso.

§ 3º - A atuação da Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento vem reforçar as ações de prevenção e promoção em Planejamento Familiar, não isentando a Atenção Básica no desempenho de seu papel.

§ 4º - Quando o parecer da Equipe de Aconselhamento for favorável à autorização dos Procedimentos de Laqueadura Tubária ou Vasectomia, a mesma deverá:

I - Preencher e assinar a Ficha de Encaminhamento para a Realização de Laqueadura Tubária e Vasectomia (anexo V) e o Termo de Responsabilidade (anexo VI) em duas vias, sendo que as segundas vias deverão ficar anexadas ao prontuário do(a) usuário(a) na Unidade com Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento e as primeiras vias deverão ser encaminhadas a Central de

Regulação, juntamente com o Laudo de Internação Hospitalar, emitido pelo médico integrante da Equipe;

a – o Termo de Responsabilidade deverá ser assinado juntamente com o(a) usuário(a) e, em vigência de sociedade conjugal, seu cônjuge.

§ 5º – A Central de Regulação, após a regulação do procedimento, retornará à Unidade cadastrada com Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento que, por sua vez, informará devidamente o usuário, encaminhando-o ao Hospital de Referência, conforme fluxo do Sistema de Referência e Contra-Referência.

I - Municípios que não possuem as Centrais Municipais de Regulação, a Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento enviará a Ficha de Encaminhamento para a Realização de Laqueadura Tubária e Vasectomia, o Termo de Responsabilidade e o Laudo de Internação Hospitalar à Secretaria Municipal de Saúde.

II - A Secretaria Municipal de Saúde enviará a documentação acima referida para a Central de Regulação Regional a fim de se proceder a regulação do procedimento.

§ 6º – A Central de Regulação só poderá autorizar a internação mediante a apresentação de toda a documentação necessária estabelecida (vide artigo 3º, parágrafo 4º) e considerando os critérios estabelecidos na Lei 9.263 de 12 de Janeiro de 1996.

§ 7º - O hospital de referência, após a realização do procedimento, deverá preencher a Ficha de Notificação Compulsória (anexo VII) em duas vias, sendo que:

I - As primeiras vias da Ficha de Notificação Compulsória, do Termo de Responsabilidade e da Ficha de Encaminhamento para a Realização da Laqueadura Tubária e Vasectomia, deverão ser anexadas ao prontuário do(a) usuário(a) na Unidade Hospitalar credenciada, para fins de supervisão.

II - A segunda via da Ficha de Notificação Compulsória deverá ser encaminhada a Secretaria Municipal de Saúde, mensalmente.

Art. 4º Estabelecer fluxo de relatórios necessários para o acompanhamento e supervisão de tais procedimentos.

§ 1º - A Unidade cadastrada com Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento deverá criar um livro registro para tal procedimento e, mensalmente, preencher o Relatório de Atendimento da Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento (anexo VIII) e remetê-lo a Secretaria Municipal de Saúde.

§ 2º - A Secretaria Municipal de Saúde deverá preencher o Consolidado de Atendimento (anexo IX) mensalmente, encaminhando-o ao Escritório Regional de Saúde.

a - Caso não haja realização de tal procedimento, a Unidade Hospitalar deverá comunicar formalmente a Secretaria Municipal de Saúde.

§ 3º - O Escritório Regional de Saúde deverá analisar as informações que servirão de subsídios para estudos e supervisões locais e posteriormente consolidá-las em planilha (anexo X) e remetê-las a SES/SAI.

§ 4º - Os municípios já habilitados deverão se adequar às novas diretrizes.

Art. 5º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Augustinho Moro
Secretário de Estado de Saúde/MT

Marineze Araújo Meira
Presidente do COSEMS/MT

ANEXO I
FICHA DE CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA
TUBÁRIA E VASECTOMIA

Inclusão	01	Alteração	03	Exclusão	05
CGC do Hospital:					

Razão Social/Nome:			
Logradouro:		Número:	Complemento:
Bairro:	CEP:	Município:	UF:
Nome do Banco:		Agência:	Conta Corrente:
UF:	Código Município:		

ESPECIALIDADE		Leitos		Número de profissionais
Nome	Código	Contratados	Total	
Cirurgia	1			
Obstetrícia	2			
Clínica Médica	3			
Urologia	4			
TOTAL:				

Orienta:

Métodos Naturais: _____

Outros: _____

Oferece:

Métodos de Barreira

- q** Preservativo Masculino
q Preservativo Feminino
q Diafragma

Métodos Hormonais

- q** Hormonal Oral Combinado
q Minipílula
q Hormonal Injetável Mensal
q Hormonal Injetável Trimestral
q Anticoncepção de Emergência

DIU

Tipo: _____

OUTROS: _____

Direção Hospitalar
(Assinatura/Carimbo)

Gestor
(Assinatura/Carimbo)

ANEXO II
FICHA DE CADASTRO DE UNIDADES COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ACONSELHAMENTO

Nome da Unidade: _____ Cód.: _____
Razão Social: _____ CGC: _____
Logradouro: _____ N.º _____
Bairro: _____ CEP: _____
Município: _____ Regional/Consórcio: _____

Equipe responsável pelo planejamento familiar:

	NOME
☐ Médico	
☐ Enfermeiro	
☐ Psicólogo	
☐ Assistente Social	
☐ Outros Específicos	

Orienta:

Métodos Naturais: _____

Outros: _____

Oferece:

Métodos de Barreira

- ☐ Preservativo Masculino
- ☐ Preservativo Feminino
- ☐ Diafragma

Métodos Hormonais

- ☐ Hormonal Oral Combinado
- ☐ Minipílula
- ☐ Hormonal Injetável Mensal
- ☐ Hormonal Injetável Trimestral

- ☐ Anticoncepção de Emergência

DIU
Tipo: _____

OUTROS: _____

Responsável pela Unidade
(Assinatura/Carimbo)

Gestor
(Assinatura/Carimbo)

ANEXO IV
FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA ACONSELHAMENTO EM LAQUEADURA TUBÁRIA /
VASECTOMIA

Nome da Unidade de Origem: _____ Código: _____
Endereço: _____ N.º: _____
Bairro: _____ CEP: _____
Município: _____ UF: _____
Escritório Regional _____ Consórcio: _____
Outros/Especificar: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐
Estado Civil: Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ Amasiado ☐
CPF: _____ RG: _____
Grau de Instrução: ☐ Analfabeto ☐ Ensino Fundamental ☐ Ensino Médio
☐ Ensino Superior
Ocupação: _____ Renda Familiar: _____

Nome do Cônjuge: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____
Endereço Residencial: _____ N.º: _____
Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ UF: _____

Procedimento Solicitado: ☐ Laqueadura Tubária ☐ Vasectomia

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

N.º de partos normais: _____ N.º de partos cesariana: _____
N.º de abortos: _____ N.º de nati-mortos: _____
N.º de filhos vivos: _____ Data do último parto: _____

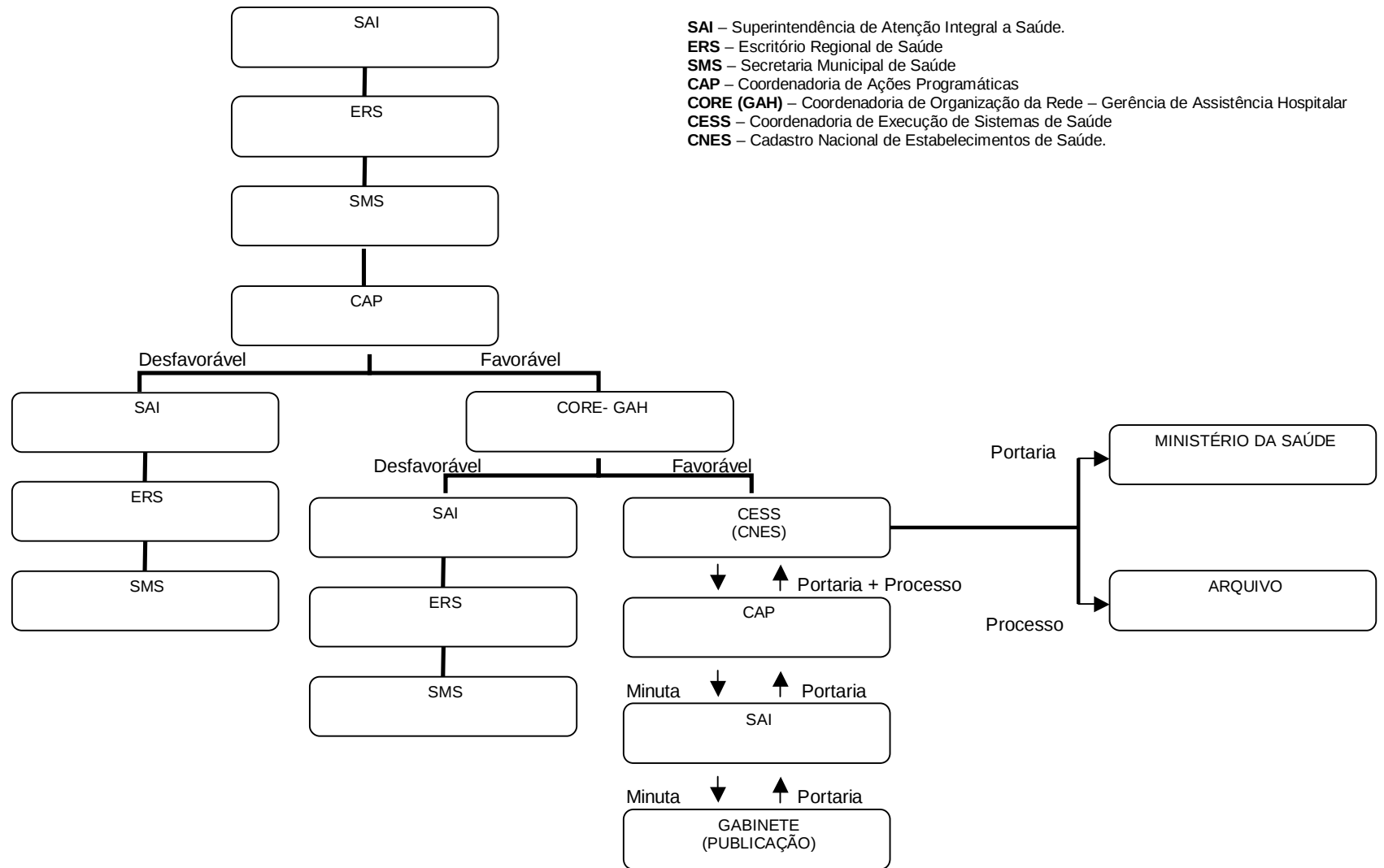
Condições clínicas que contra indicam uma Gravidez:

Observações:

Médico: _____ CRM: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

ANEXO III FLUXOGRAMA



ANEXO V
FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA /
VASECTOMIA

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

Estado Civil: Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ Amasiado ☐

CPF: _____ RG: _____

Grau de Instrução: ☐ Analfabeto ☐ Ensino Fundamental ☐ Ensino Médio
☐ Ensino Superior

Ocupação: _____ Renda Familiar: _____

Orientou:

Métodos Naturais. Quais? _____

Se outros, quais? _____

Ofereceu:

Métodos de Barreira

- ☐ Preservativo Masculino
- ☐ Preservativo Feminino
- ☐ Diafragma

Métodos Hormonais

- ☐ Hormonal Oral Combinado
- ☐ Minipílula
- ☐ Hormonal Injetável Mensal
- ☐ Hormonal Injetável Trimestral
- ☐ Anticoncepção de Emergência

DIU

Tipo: _____

OUTROS: _____

Motivo da opção pela Laqueadura Tubária ou Vasectomia

Parecer da Equipe:

Assinatura e carimbo
da equipe:

_____ (Assistente Social)

_____ (Enfermeiro)

_____ (Médico)

_____ (Psicólogo)

Data: ____/____/____.

ANEXO VI
TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu,....., voluntariamente desejo submeter-me à contracepção cirúrgica e esclareço que:

- 1 – Tenho conhecimento sobre outros métodos contraceptivos, os quais me foram oferecidos.
- 2 – Estou consciente que a contracepção cirúrgica (Laqueadura Tubária ou Vasectomia) é um método definitivo e que as tentativas de reversão não têm sucesso garantido e nem são oferecidos de modo rotineiro.
- 3 – Estou consciente que toda e qualquer cirurgia tem os seus riscos operatórios.
- 4 – Estou consciente que ocasionalmente este método pode falhar.
- 5 – Estou consciente que com a cirurgia estarei interrompendo minha fertilidade, que caso contrário poderia se prolongar por vários anos.

Idade do casal:

Homem:

Número de filhos vivos:.....

Mulher:

Número de filhos vivos:

Número de gestações:.....

Partos Vaginais:

Cesáreas:

Abortos:.....

Métodos utilizados e seus efeitos:.....

.....

.....

Patologias associadas:

.....

Observações:.....

.....

.....

Declaramos que as informações acima são verdadeiras:

Assinatura do(a) cliente

Assinatura do(a) companheiro(a)

Documento:.....

Documento:.....

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

A equipe multiprofissional de aconselhamento da Unidade de Saúde _____ é favorável à realização desta cirurgia de contracepção.

(Assistente Social)
Assinatura e Carimbo

(Enfermeiro)
Assinatura e Carimbo

(Médico)
Assinatura e Carimbo

(Psicólogo)
Assinatura e Carimbo

ANEXO VII

**FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO DE
LAQUEADURA TUBÁREA E VASECTOMIA**
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome / Razão Social:

CGC / CNPJ:

Data:

DADOS DO PACIENTE

Nome do(a) paciente:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

CEP:

Município (código IBGE):

Nome do Município:

UF:

Sexo:

M

F

Data de nascimento:

/ /

Nº de filhos:

GRAU DE INSTRUÇÃOAnalfabeto ☐Ensino Fundamental ☐Ensino Médio ☐Ensino Superior ☐

Documentação completa presente no prontuário:

Sim ☐Não ☐**INDICAÇÃO**

(Cid 10 – Em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou futuro conceito)

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS REVERSÍVEIS UTILIZADOS ANTERIORMENTE

Orienta:

Métodos Naturais: _____**Outros:** _____

Oferece:

Métodos de Barreira**q** Preservativo Masculino**q** Preservativo Feminino**q** Diafragma**Métodos Hormonais****q** Hormonal Oral Combinado**q** Minipílula**q** Hormonal Injetável Mensal**q** Hormonal Injetável Trimestral**q** Anticoncepção de Emergência**DIU**

Tipo: _____

OUTROS: _____**DADOS DA INTERNAÇÃO**

Data da Internação:

/ /

Data da Alta:

/ /

Médico Responsável

Responsável pelo preenchimento/Carimbo

ANEXO IX
CONSOLIDADO DE ATENDIMENTO

Secretaria Municipal de Saúde: _____

Escritório Regional de Saúde: _____

Mês/Ano: _____

1. Atendimento da Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento no Mês, conforme relatório de atendimento da Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento:

1.1 Número de mulheres atendidas: _____	
Faixa Etária: < 20 = _____ 20 a 24 = _____ 25 a 30 = _____ 30 a 35 = _____ + 35 = _____ Total: _____	Quantidade de mulheres atendidas com: Nenhum filho: _____ 1 filho: _____ 2 filhos: _____ 3 filhos: _____ 4 filhos: _____ 5+ filhos: _____ Total: _____

1.2 Número de Homens atendidos: _____	
Faixa Etária: < 20 = _____ 20 a 24 = _____ 25 a 30 = _____ 30 a 35 = _____ + 35 = _____ Total: _____	Quantidade de homens atendidos com: Nenhum filho: _____ 1 filho: _____ 2 filhos: _____ 3 filhos: _____ 4 filhos: _____ 5+ filhos: _____ Total: _____

--

1.3 Número de mulheres encaminhadas para a realização de laqueadura tubária: ____

1.3.1 – Número de mulheres < 25 anos encaminhadas para realização de laqueadura tubária: ____

1.4 Número de homens encaminhados para a realização de vasectomia: _____

2. Realização de Laqueadura Tubária/Vasectomia, conforme recebimento de Ficha de Notificação Compulsória Hospitalar:

2.1 Número de Laqueaduras Realizadas: ____

2.2 Número de Vasectomias Realizadas: ____

2.3 Total de Procedimentos Realizados: ____

Nome e função do responsável pelo preenchimento

Data: ____/____/____

ANEXO VIII
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ACONSELHAMENTO

Secretaria Municipal de Saúde: _____

Unidade com Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento: _____

Mês/Ano: _____

Nome do Cliente	Idade	Estado Civil	N.º Filhos	Procedimento Realizado			
				Aconselhamento		Encaminhamento para realização de esterilização	
				Sim	Não	Sim	Não

 Responsável pelo preenchimento

Data: ____/____/____

ANEXO X
PLANILHA PARA CONSOLIDAÇÃO DE DADOS REGIONAL

Escritório Regional de Saúde: _____
Mês/Ano: _____

Município	Mulheres atendidas (número)*	Faixa etária						Mulheres encaminhadas p/ esterilização definitiva	Número de Laqueaduras Tubárias realizadas
		<20	20-24	25-30	30-35	+35	Total		

Município	Homens atendidos (número)*	Faixa etária						Homens encaminhados p/ esterilização definitiva	Número de Vasectomias realizadas
		<20	20-24	25-30	30-35	+35	Total		

Responsável pelo preenchimento

Data: ____/____/____