



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.001 - Página 1/19	
Título do Documento	FLUXO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	Emissão: 16/08/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 16/08/2025

SUMÁRIO

Siglas e Conceitos.....	2
1. Objetivos	3
2. Justificativas	3
3. Critérios de Inclusão.....	3
4. Atribuições, Competências e Responsabilidades.....	4
5. Referência das/os Usuárias/os ao Ambulatório Multiprofissional de Planejamento Familiar	5
6. Descrição do Protocolo	7
7. Fluxograma.....	9
8. Anexos	10
9. Referências.....	18
10. Histórico de Revisão.....	18



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.001 - Página 1/19	
Título do Documento	FLUXO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	Emissão: 16/08/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 16/08/2025

SIGLAS E CONCEITOS

ACR - Acolhimento e Classificação de Risco

AGHUX – Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HUAB – Hospital Universitário Ana Bezerra

Intercorrência – Ocorrência de um evento inesperado que não poderia ser, em geral, previsto.

NIR – Núcleo Interno de Regulação

PNAR - Pré-natal de alto risco

RN – Rio Grande do Norte

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SESAP – Secretaria de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Norte

SUS – Sistema Único de Saúde

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.001 - Página 1/19	
Título do Documento	FLUXO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	Emissão: 16/08/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 16/08/2025

1. OBJETIVO

Prestar atendimento padronizado, resolutivo e humanizado, às/aos usuárias/os que desejam se submeter à esterilização cirúrgica (laqueadura tubária e/ou vasectomia), de forma a garantir o direito ao planejamento familiar e reprodutivo de mulheres e homens. Este protocolo contempla o fluxo de assistência a/ao usuária/o interessada/o pela esterilização cirúrgica e o momento em que a/o usuária/o é acolhida/o no serviço de ambulatório multiprofissional de planejamento familiar do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). Assim, pretende-se padronizar o atendimento dessas/es usuárias/os com base no estabelecido pela Lei do Planejamento Familiar (Nº 14.443/2022).

2. JUSTIFICATIVAS

- Estabelecer fluxo de atendimento às/os usuárias/os do ambulatório multiprofissional de planejamento familiar;
- Orientar os profissionais de saúde do HUAB quanto ao fluxo de atendimento dessas/es usuárias/os;
- Garantir a execução dos direitos sexuais e reprodutivos das/os usuárias/os.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Mulheres (gestantes ou não) e homens com 21 anos de idade e/ou dois filhos vivos, reguladas/os via Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ou Secretaria Estadual de Saúde (SESAP);
- Gestantes com 21 anos de idade e/ou dois filhos vivos que realizam pré-natal de alto risco(PNAR) no ambulatório do HUAB;

4. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Assistente social, enfermeira/o, psicóloga/o e residentes dessas áreas de atuação.

a. Assistente social:

- ✓ Acolher os/as usuários/as;
- ✓ Fomentar que o planejamento familiar está embasado na legislação, Lei nº 14.443 de 02 de setembro de 2022, a qual regula e estabelece critérios, e pela Portaria nº426/GM em 22 de março de 2015, a qual institui a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida;
- ✓ Preencher entrevista multiprofissional para laqueadura tubária (ANEXO A) e vasectomia (ANEXOB).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.001 - Página 1/19	
Título do Documento	FLUXO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	Emissão: 16/08/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 16/08/2025

- ✓ Analisar os dados referentes ao contexto socioeconômico do usuário;
- ✓ Prestar orientações sobre direitos sociais;
- ✓ Verificar a documentação apresentada pelo usuário e orientar caso alguma esteja em dissonância com o que é exigido;
- ✓ Orientar que a(o) usuária(o) está livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para o seu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo na atenção primária e secundária de saúde;
- ✓ Elaborar Parecer Multiprofissional de Planejamento Familiar;

b. Enfermeira/o:

- ✓ Preencher entrevista multiprofissional para laqueadura tubária (ANEXO A) e vasectomia (ANEXO B).
- ✓ Alertar sobre a dificuldade de reversão dos procedimentos de laqueadura tubária e vasectomia.
- ✓ Orientar acerca dos métodos anticoncepcionais reversíveis disponíveis.
- ✓ Explicar os riscos e benefícios da cirurgia de laqueadura tubária e do procedimento de vasectomia.
- ✓ Esclarecer sobre a taxa de falha da esterilização cirúrgica.
- ✓ Informar que os procedimentos de esterilização cirúrgica não protegem do risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis incluindo o vírus do HIV.
- ✓ Enfatizar acerca da possibilidade de arrependimento futuro.
- ✓ Orientar as/os usuárias/os quanto ao fluxo até a realização do procedimento.

c. Psicóloga/o:

- ✓ Preencher entrevista multiprofissional para laqueadura tubária (ANEXO A) e vasectomia (ANEXO B).
- ✓ Realizar a análise considerando os fenômenos biopsicossociais da/o usuária/o com o objetivo de avaliar se ela/e possui recursos internos para as consequências de uma cirurgia irreversível.
- ✓ Avaliar se a/o usuária/o e seu/sua acompanhante não têm dúvidas quanto à opção pelo procedimento de laqueadura em detrimento de outros métodos contraceptivos.
- ✓ Identificar se a/o usuária/o e seu/sua acompanhante estão devidamente informados dos riscos/benefícios do procedimento de laqueadura com relação aos outros métodos contraceptivos existentes.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.001 - Página 1/19	
Título do Documento	FLUXO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	Emissão: 16/08/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 16/08/2025

- ✓ Observar se a/o usuária/o e seu/sua acompanhante apresenta condições psíquicas para tomar a decisão quanto à solicitação do procedimento de laqueadura.

5. REFERÊNCIA DAS/OS USUÁRIAS/OS AO AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

5.1 Referenciadas/os pela Atenção Básica:

O primeiro atendimento será através de:

- Ambulatório médico de planejamento familiar do HUAB;
- Ambulatório de ginecologia geral do HUAB;
- Ambulatório de urologia (nos casos de interesse pela vasectomia) do HUAB;
- Ambulatório de cirurgia ginecológica do HUAB;

5.2 Referenciadas/os pelos ambulatórios do HUAB:

Após atendimento em ambulatório médico (conforme citados acima) ou ambulatório de pré-natal de alto risco, as/os usuárias/os são agendadas/os pela recepção/equipe técnica em enfermagem/enfermeira do ambulatório/Núcleo Interno de Regulação (NIR) para consulta no ambulatório multiprofissional de planejamento familiar.

5.3 Contrarreferência após consulta multiprofissional:

Após ser atendida/o no ambulatório multiprofissional de planejamento familiar, a/o usuária/o é orientada/o a procurar o NIR, exceto quando se tratar de gestante. No NIR, a/o usuária/o será direcionada/o às próximas etapas do processo. Para a gestante de alto risco, deverá aguardar até a próxima consulta no ambulatório de PNAR, onde apresentará entrevista multiprofissional à/ao profissional médica/o que irá verificar as informações recebidas previamente pela gestante, bem como assinar a entrevista. Para a gestante de risco habitual, deverá apresentar a entrevista multiprofissional ao profissional médico que a acompanha no pré-natal na Atenção Básica. Este assinará no campo do Parecer da Equipe Técnica.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.001 - Página 1/19	
Título do Documento	FLUXO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	Emissão: 16/08/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 16/08/2025

6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Conforme a Lei nº 14.443/2022, o planejamento familiar é direito de todo cidadão. Tal lei prevê um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

6.1 Equipe multiprofissional:

A equipe multiprofissional será composta por: assistente social, enfermeira/o e psicóloga/o, não havendo a possibilidade de realização da entrevista multiprofissional na ausência de alguma categoria profissional citada.

Esse atendimento deverá acontecer em sala ambulatorial, com estrutura que garanta ambiente adequado para realização da entrevista e preservação do sigilo profissional.

O atendimento deverá iniciar com o acolhimento da/o usuária/o por todos os membros da equipe multiprofissional, em seguida serão conferidos os documentos trazidos pela/o usuária/o, conforme orientação prévia. Após verificação dos documentos, será realizada entrevista multiprofissional por meio de documento padronizado (ANEXO A e B). Durante a entrevista, será realizado aconselhamento, com o fornecimento de informações sobre os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, visando desencorajar a esterilização precoce, os riscos e benefícios das cirurgias de esterilização cirúrgica, salientar que não será realizada anexectomia (salpingectomia e/ou ooforectomia) ou histerectomia durante a laqueadura e o esclarecimento de dúvidas que a/o usuária/o possa ter. Ao final, a equipe irá emitir parecer técnico favorável ou não à realização da laqueadura tubária ou vasectomia.

6.2 Operacionalização do protocolo:

Conforme prerrogativas da Lei nº 14.443/2022, é necessário respeitar o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, nesse período deve-se incluir aconselhamento por equipe multiprofissional, visando a desencorajar a esterilização precoce. Essa recomendação visa minimizar fatores relacionados ao arrependimento, como a falta de informação sobre os métodos anticoncepcionais reversíveis.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.001 - Página 1/19	
Título do Documento	FLUXO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	Emissão: 16/08/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 16/08/2025

A referida Lei estabelece que 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. Nesse sentido, a laqueadura poderá ocorrer após cesariana (se indicação médica para esta via de parto) ou pós-parto normal.

O registro de expressa manifestação da vontade se dá através de documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

A data da manifestação do desejo, será contabilizada a partir de documento escrito e firmado, que poderá ser o próprio formulário da entrevista multiprofissional do planejamento familiar, ou na ausência deste, ficha de referência assinada e carimbada por profissional de nível superior ou documento semelhante que comprove o interesse da/o usuária/o pela esterilização cirúrgica.

Durante o atendimento multiprofissional, será respeitada a autonomia da/o usuária/o, assegurando a correta compreensão da informação e a livre decisão.

Caso tome a decisão pela laqueadura/vasectomia, a/o usuária/o assina o termo de consentimento onde expressa sua ciência quanto ao caráter definitivo, existência de outros métodos não definitivos e seu desejo quanto à laqueadura ou à vasectomia. Este termo de consentimento, bem como a entrevista multiprofissional poderá ser realizado e assinado no município de origem da/o usuária/o, desde que seja firmado por profissionais de três categorias diferentes, e em conformidade ao modelo utilizado no HUAB, respeitando o que está previsto na Lei nº 14.443/2022.

A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, conforme preconiza a legislação vigente.

6.3 Preenchimento da AIH:

O preenchimento da AIH deve ser feito pelo profissional médico, obrigatoriamente contendo o código SUS para "LAQUEADURA TUBÁRIA" (04.09.06.018-6) com o CID para "Esterilização" (Z302). Para o procedimento VASECTOMIA" (04.09.04.024-0) , utiliza-se o mesmo CID de "Esterilização" (Z302).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.001 - Página 1/19	
Título do Documento	FLUXO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	Emissão: 16/08/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 16/08/2025

7. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da saúde. Saúde sexual e reprodutiva. Caderno de atenção básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. Recuperado em 14 de setembro de 2018, <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.p>

BRASIL. Câmara dos Deputados. Centro de Documentação e Informação. Lei n. 14.443, de setembro de 2022. Brasília: Câmara dos Deputados, 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Centro de Documentação e Informação. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Brasília: Câmara dos Deputados, 1996.

FEBRASGO. Manual de anticoncepção. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2015. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/manual-de-anticoncepcao/#:~:text=Manual%20de%20anticoncep%C3%A7%C3%A3o.,relacionamento%20sexual%20resulte%20em%20gravidez.>

Protocolo sobre Planejamento Reprodutivo. Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Prudente. São Paulo, 2022. <http://www.saudepp.sp.gov.br/farmacia/documentos/planejamentoreprodutivo.pdf>

8. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	16/08/2023	Elaboração do documento

<p>Elaboração</p> <p>Alana Gonçalves Xavier Enfermeira Assistencial</p> <p>Priscyla Geuliane Martins Peixoto Freire Enfermeira Assistencial</p> <p>Mayra Shamara Silva Batista Psicóloga Hospitalar</p> <p>Natália Alves de Queiroz Assistente Social</p> <p>Rita Berenice da Silva Costa Chefe da Unidade de Bloco Cirúrgico e Processamento de Material Esterelizado</p>	<p>Assinado eletronicamente via SEI</p>
---	---



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.001 - Página 1/19	
Título do Documento	FLUXO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	Emissão: 16/08/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 16/08/2025

José Ferreira Lima Chefe da Unidade Multiprofissional	
Validação Vanessa Freires Maia Setor de Gestão da Qualidade	Assinado eletronicamente via SEI
Aprovação Flávia Andreia Pereira Soares dos Santos Gerente de Atenção à Saúde	Assinado eletronicamente via SEI

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.001 - Página 1/19	
Título do Documento	FLUXO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	Emissão: 16/08/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 16/08/2025

9. ANEXOS

ANEXO A - ENTREVISTA MULTIPROFISSIONAL E PARECER DA EQUIPE TÉCNICA CIRURGIA DE LAQUEADURA TUBÁRIA

PLANEJAMENTO FAMILIAR ENTREVISTA MULTIPROFISSIONAL E PARECER DA EQUIPE TÉCNICA CIRURGIA DE LAQUEADURA TUBÁRIA

1. Dados de identificação do(a) usuário(a):		
Nome:	Data de nascimento:	
Nome Social/Apelido:		
RG:	CPF:	Prontuário:
Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Outros		
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	Telefone:
Escolaridade: <input type="checkbox"/> não alfabetizada <input type="checkbox"/> ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> ensino médio completo <input type="checkbox"/> ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> ensino superior completo <input type="checkbox"/> outros:		
2. Situação Socioeconômica:		
Composição familiar:		
Quantas pessoas no núcleo familiar trabalham:		
Situação ocupacional da usuária:		
Local de trabalho:		
Renda Familiar (Salário Mínimo - SM) ± Benefícios: R\$ <input type="checkbox"/> até 1 SM. <input type="checkbox"/> entre 1 e 2 SM. <input type="checkbox"/> entre 2 e 3 SM <input type="checkbox"/> entre 3 e 4 SM <input type="checkbox"/> acima de 4 SM		
Composição da Renda e Benefícios: <input type="checkbox"/> salário <input type="checkbox"/> pensão <input type="checkbox"/> aposentadoria <input type="checkbox"/> benefícios sociais <input type="checkbox"/> sem renda fixa <input type="checkbox"/> Outros		
Tipo de benefícios sociais: <input type="checkbox"/> BPC: <input type="checkbox"/> PBF: <input type="checkbox"/> Outros R\$		
3. Situação habitacional/sanitária (endereço apresentado):		
Situação moradia: <input type="checkbox"/> própria <input type="checkbox"/> alugada <input type="checkbox"/> cedida <input type="checkbox"/> financiada <input type="checkbox"/> outro		
Tipo de habitação: <input type="checkbox"/> alvenaria <input type="checkbox"/> taipa <input type="checkbox"/> outro		
Número de cômodos onde habita:		
Dispõe de banheiros: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> interno <input type="checkbox"/> externo		
Instalação sanitária: <input type="checkbox"/> fossa <input type="checkbox"/> esgoto geral <input type="checkbox"/> céu aberto <input type="checkbox"/> outros		
Instalação elétrica: <input type="checkbox"/> não tem <input type="checkbox"/> rede pública <input type="checkbox"/> energia solar <input type="checkbox"/> biodigestor <input type="checkbox"/> outro		
Instalação hidráulica: <input type="checkbox"/> rede pública <input type="checkbox"/> carro pipa <input type="checkbox"/> poço <input type="checkbox"/> chafariz <input type="checkbox"/> cisterna <input type="checkbox"/> outro		
4. Antecedentes Gestacionais:		
Número de gestações: <input type="checkbox"/>		

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.001 - Página 1/19	
Título do Documento	FLUXO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	Emissão: 16/08/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 16/08/2025

Número de gestações: []			
Tipo de parto: [] normal [] cesárea [] fórceps [] outro			
Vivos: []			
Idades: [] 0 a 2 anos [] 3 a 4 anos [] 5 a 6 anos [] 7 a 11 anos [] adolescente [] adulto			
Natimorto: [] causas:			
Abortos: [] causas:			
Mortos: [] causas:			
Reação emocional com a perda: [] superação [] sequelas emocionais/luto complicado			
Filhos deficientes: [] não [] sim quantos? _____ Tipo de deficiência: _____			
5. Situação de saúde e planejamento familiar:			
Realizou exames de prevenção de câncer do colo uterino: [] não [] sim. Quando?			
Já utilizou métodos contraceptivos? [] não [] sim			
Tipos de métodos: [] contraceptivo oral [] contraceptivo injetável [] preservativo [] DIU [] outros:			
Recebeu orientação para o uso? [] não [] sim			
Por qual profissional? Enfermeira			
Interrompeu o uso? [] não [] sim. Por qual motivo?			
Participou de reunião informativa sobre planejamento familiar previamente? [] não [] sim			
Data em que manifestou o desejo pela esterilização cirúrgica: ____/____/____.			
Qual o motivo da busca pela contracepção cirúrgica? [] nº de filhos [] condição de saúde [] situação socioeconômica [] cesárea de repetição [] manifestação do desejo dos entrevistados [] outros:			
Tem alguma doença? [] não [] sim. Qual?: [] HAS [] DM [] DHEG [] DG [] Transtorno mental [] outros:			
Interdição judicial: [] não [] sim.			
Em caso de interdição judicial, tem autorização judicial para contracepção cirúrgica: [] não [] sim			
6. Análise da situação psicossocial familiar relacionada à opção por laqueadura:			
A/o solicitante apresenta condições psíquicas para tomar a decisão quanto à solicitação do procedimento de laqueadura.		Sim	Não
A/o cônjuge/acompanhante/responsável apresenta condições psíquicas para tomar a decisão quanto à solicitação do procedimento de laqueadura.		Sim	Não
A/o solicitante e seu cônjuge/responsável estão devidamente informados dos riscos/benefícios do procedimento de laqueadura com relação aos outros métodos contraceptivos existentes.		Sim	Não
A/o solicitante e seu cônjuge/responsável não têm dúvidas quanto à opção pelo procedimento de laqueadura em detrimento de outros métodos contraceptivos.		Sim	Não
A decisão quanto ao procedimento de laqueadura não fere princípios éticos nem aqueles legalmente estabelecidos para a sua realização.		Sim	Não



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.001 - Página 1/19	
Título do Documento	FLUXO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	Emissão: 16/08/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 16/08/2025



7. Parecer da Equipe Técnica Multiprofissional de Planejamento Familiar do HUAB

Parecer da Equipe Técnica Multiprofissional de Planejamento Familiar do HUAB

De acordo com o preconiza a LEI nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, Capítulo I, Art. 10º, a equipe técnica multiprofissional do planejamento familiar deste Hospital/Maternidade, abaixo assinados, é **FAVORÁVEL** pela contracepção cirúrgica na pessoa de: _____; idade: _____ anos; RG: _____ e CPF: _____, Prontuário: _____; considerando o contexto familiar, a manifestação do desejo pelo método contraceptivo de Laqueadura Tubária e os critérios legais.

Santa Cruz (RN), _____ de _____ de 20_____.

Assistente Social		Médico/a
Psicólogo/a	Enfermeiro/a	Médico/a

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.001 - Página 1/19	
Título do Documento	FLUXO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	Emissão: 16/08/2023	Próxima revisão: 16/08/2025
		Versão: 01	

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – LAQUEADURA

Eu, _____, RG: _____ e CPF: _____, Idade: _____ anos, Prontuário: _____, venho através deste termo solicitar a realização do procedimento cirúrgico para: **LAQUEADURA**.

Declaro para os devidos fins que:

- a) Participei da reunião de Planejamento Familiar e conheci os demais métodos anticoncepcionais disponíveis também eficazes e reversíveis (métodos de barreira, anticoncepção hormonal, dispositivos intrauterinos (DIU), implantes e métodos naturais);
- b) Estou ciente de que esta cirurgia apresenta dificuldades para sua reversão na prática;
- c) Fui alertada sobre o risco de arrependimento, principalmente em situações de instabilidade conjugal e forte emoção, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, casamento posterior e desejo de ter filhos;
- d) Devo aguardar pelo menos sessenta (60) dias, a partir da manifestação do interesse pela realização da laqueadura tubária para que o procedimento possa ser realizado, exceto em situações de risco à vida ou à saúde da mulher e do futuro conceito, conforme a Lei Nº 14.443/2022, Art.10;
- e) O desejo de laqueadura não significa jamais a indicação absoluta de cesárea. É proibido pela Lei realizar ~~cesárea~~ para fim exclusivo de esterilização;
- f) Fui informada das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico: do anestésico, hemorragia, lesões de órgãos e/ou gravidez ectópica;
- g) Fui informada que assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a laqueadura pode apresentar taxa de falha de 0,41%;
- h) Estou ciente que sou livre para desistir do procedimento cirúrgico a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo disponível nas Redes de Atenção à Saúde;
- i) Fui informada que este procedimento não me protege do risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus do HIV;
- j) Esta entrevista tem validade de 2 (dois) anos;
- k) Caso ocorra qualquer uma das situações acima citadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e ou instituição que realizou o procedimento, pois fiz de minha própria vontade;
- l) Declaro que as informações prestadas por mim são verídicas.

Santa Cruz (RN), _____ de _____ de 20_____

Assinatura da requerente



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.001 - Página 1/19	
Título do Documento	FLUXO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	Emissão: 16/08/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 16/08/2025

ANEXO B - ENTREVISTA MULTIPROFISSIONAL E PARECER DA EQUIPE TÉCNICA CIRURGIA DE VASECTOMIA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA



PLANEJAMENTO FAMILIAR ENTREVISTA MULTIPROFISSIONAL E PARECER DA EQUIPE TÉCNICA CIRURGIA DE VASECTOMIA

1. Dados de identificação do(a) usuário(a):		
Nome:	Prontuário:	
Nome Social:		
Data de nascimento:	RG:	CPF:
Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Outros		
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	Telefone:
Escolaridade: <input type="checkbox"/> não alfabetizado <input type="checkbox"/> ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> ensino médio completo <input type="checkbox"/> ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> ensino superior completo <input type="checkbox"/> outros:		
2. Situação Socioeconômica:		
Composição familiar:		
Quantas pessoas no núcleo familiar trabalham:		
Situação ocupacional do usuário:		
Local de trabalho:		
Renda Familiar (Salário Mínimo - SM): R\$ <input type="checkbox"/> até 1 SM. <input type="checkbox"/> entre 1 e 2 SM. <input type="checkbox"/> entre 2 e 3 SM <input type="checkbox"/> entre 3 e 4 SM <input type="checkbox"/> acima de 4 SM		
Composição da Renda: <input type="checkbox"/> salário <input type="checkbox"/> pensão <input type="checkbox"/> aposentadoria <input type="checkbox"/> benefícios sociais <input type="checkbox"/> sem renda fixa <input type="checkbox"/> Outros		
Tipo de benefícios sociais: <input type="checkbox"/> BPC: <input type="checkbox"/> PBF: <input type="checkbox"/> Outros R\$ _____		
3. Situação habitacional/sanitária (endereço apresentado):		
Situação moradia: <input type="checkbox"/> própria <input type="checkbox"/> alugada <input type="checkbox"/> cedida <input type="checkbox"/> financiada <input type="checkbox"/> outro		
Tipo de habitação: <input type="checkbox"/> alvenaria <input type="checkbox"/> taipa <input type="checkbox"/> outro		
Número de cômodos onde habita:		
Dispõe de banheiros: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> interno <input type="checkbox"/> externo		
Instalação sanitária: <input type="checkbox"/> fossa <input type="checkbox"/> esgoto geral <input type="checkbox"/> céu aberto <input type="checkbox"/> outros		
Instalação elétrica: <input type="checkbox"/> não tem <input type="checkbox"/> rede pública <input type="checkbox"/> energia solar <input type="checkbox"/> biodigestor <input type="checkbox"/> outro		
Instalação hidráulica: <input type="checkbox"/> rede pública <input type="checkbox"/> carro pipa <input type="checkbox"/> poço <input type="checkbox"/> chafariz <input type="checkbox"/> cisterna <input type="checkbox"/> outro		
4. Filhos tidos e existentes (quantificar):		

1

PRAÇA TEQUINHA FARIAS, nº 13, CENTRO – SANTA CRUZ/RN CEP: 59.200-000
FONE: (84) 3291-2324

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.001 - Página 1/19	
Título do Documento	FLUXO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	Emissão: 16/08/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 16/08/2025

Vivos: <input type="checkbox"/>				
Idades: <input type="checkbox"/> 0 a 2 anos <input type="checkbox"/> 3 a 4 anos <input type="checkbox"/> 5 a 6 anos <input type="checkbox"/> 7 a 11 anos <input type="checkbox"/> adolescente <input type="checkbox"/> adulto				
Natimorto: <input type="checkbox"/> causas:				
Mortos: <input type="checkbox"/> causas:				
Reação emocional com a perda: <input type="checkbox"/> superação <input type="checkbox"/> sequelas emocionais/luto patológico				
Filhos deficientes: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim quantos? _____ Tipo de deficiência: _____				
5. Situação de saúde e planejamento familiar:				
Já utilizou métodos contraceptivos? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim				
Tipos de métodos: <input type="checkbox"/> preservativo <input type="checkbox"/> outros:				
Recebeu orientação para o uso? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Por qual profissional? Médico				
Interrompeu o uso? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Por qual motivo?				
Participou de reunião informativa sobre planejamento familiar no HUAB? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim				
Onde: Hospital Universitário Ana Bezerra				
Data em que manifestou o desejo pela esterilização cirúrgica: ____/____/____.				
Qual o motivo da busca pela esterilização cirúrgica?				
<input type="checkbox"/> nº de filhos <input type="checkbox"/> condição de saúde: <input type="checkbox"/> situação socioeconômica <input type="checkbox"/> esposa com histórico de cesárea de repetição				
<input type="checkbox"/> manifestação do desejo dos entrevistados <input type="checkbox"/> outros:				
Tem alguma doença? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Qual?: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> outros:				
Interdição judicial: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim.				
Em caso de interdição judicial, tem autorização judicial para contracepção cirúrgica: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim				
6. Análise da situação psicossocial familiar relacionada à opção por vasectomia:				
O/a solicitante apresenta condições psíquicas para tomar a decisão quanto à solicitação do procedimento de vasectomia.	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
O/a cônjuge/acompanhante/responsável apresenta condições psíquicas para tomar a decisão quanto à solicitação do procedimento de vasectomia.	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
O/a solicitante e seu cônjuge/responsável estão devidamente informados dos riscos/benefícios do procedimento de vasectomia com relação aos outros métodos contraceptivos existentes.	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
O/a solicitante e seu cônjuge/responsável não têm dúvidas quanto à opção pelo procedimento de vasectomia em detrimento de outros métodos contraceptivos.	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
A decisão quanto ao procedimento de vasectomia não fere princípios éticos nem aqueles legalmente estabelecidos para a sua realização.	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.001 - Página 1/19	
Título do Documento	FLUXO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	Emissão: 16/08/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 16/08/2025



7. Parecer da Equipe Técnica Multiprofissional de Planejamento Familiar do HUAB

Parecer da Equipe Técnica Multiprofissional de Planejamento Familiar do HUAB

De acordo com o preconiza a LEI nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, Capítulo I, Art. 10^o, a equipe técnica multiprofissional do planejamento familiar deste Hospital/Maternidade, abaixo assinados, é **FAVORÁVEL** pela contracepção cirúrgica na pessoa de: _____; idade: _____ anos; RG: _____ e CPF: _____, Prontuário: _____; considerando o contexto familiar, a manifestação do desejo pelo método contraceptivo de vasectomia e os critérios legais.

Santa Cruz (RN), _____ de _____ de 20 ____.

Assistente Social		Médico/a
Psicólogo/a	Enfermeiro/a	Médico/a

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.001 - Página 1/19	
Título do Documento	FLUXO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	Emissão: 16/08/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 16/08/2025


TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - VASECTOMIA

Eu, _____, RG: _____ e CPF: _____, Idade: _____ anos, Prontuário: _____, venho através deste termo solicitar a realização do procedimento cirúrgico para: **VASECTOMIA.**

Declaro para os devidos fins que:

- Participei da reunião de Planejamento Familiar e conheci os demais métodos anticoncepcionais disponíveis também eficazes e reversíveis (métodos de barreira, anticoncepção hormonal, dispositivos intrauterinos (DIU), implantes e métodos naturais);
- Estou ciente de que esta cirurgia apresenta dificuldades para sua reversão na prática;
- Fui alertado sobre o risco de arrependimento, principalmente em situações de instabilidade conjugal e forte emoção, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, casamento posterior e desejo de ter filhos;
- Devo aguardar pelo menos sessenta (60) dias, a partir da manifestação do interesse pela realização da vasectomia para que o procedimento possa ser realizado, conforme a Lei N° 14.443/2022, Art.10;
- Fui informado das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico, inclusive da possibilidade de expelir espermatozoides nos primeiros três meses após o procedimento;
- O método não interfere na função sexual nem causa impotência sexual ou disfunção erétil;
- Fui informado que assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a vasectomia pode apresentar taxa de falha de 0,05% (1 a cada 2.000 casos);
- Estou ciente que sou livre para desistir do procedimento cirúrgico a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo disponível nas Redes de Atenção à Saúde;
- Fui informado que este procedimento não me protege do risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus do HIV;
- Esta entrevista tem validade de 2 (dois) anos;
- Caso ocorra qualquer uma das situações acima citadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e ou instituição que realizou o procedimento, pois foi realizado com meu consentimento;
- Declaro que as informações prestadas por mim são verídicas.

Santa Cruz (RN), _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do requerente

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

CERTIDÃO

Processo nº 23527.001812/2023-33

Interessado: Setor de Gestão da Qualidade, Mayra Shamara Silva Batista, Natália Alves de Queiroz, José Ferreira Lima, Priscyla Geuliane Martins Peixoto Freire, Rita Berenice da Silva Costa, Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos, Vanessa Freires Maia

PRT.UMULTI.001 (32938693) FLUXO DE ATENDIMENTO
MULTIPROFISSIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

<p>Elaboração</p> <p>Alana Gonçalves Xavier Enfermeira Assistencial</p> <p>Priscyla Geuliane Martins Peixoto Freire Enfermeira Assistencial</p> <p>Mayra Shamara Silva Batista Psicóloga Hospitalar</p> <p>Natália Alves de Queiroz Assistente Social</p> <p>Rita Berenice da Silva Costa Chefe da Unidade de Bloco Cirúrgico e Processamento de Material Esterelizado</p> <p>José Ferreira Lima Chefe da Unidade Multiprofissional</p>	
--	--

<p>Validação</p> <p>Vanessa Freires Maia</p> <p>Setor de Gestão da Qualidade</p>	<p>Assinado eletronicamente via SEI</p>
<p>Aprovação</p> <p>Flávia Andreia Pereira Soares dos Santos</p> <p>Gerente de Atenção à Saúde</p>	<p>Assinado eletronicamente via SEI</p>



Documento assinado eletronicamente por **Alana Gonçalves Xavier, Enfermeiro(a)**, em 18/09/2023, às 10:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Ferreira Lima, Chefe de Unidade**, em 18/09/2023, às 11:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mayra Shamara Silva Batista, Psicólogo(a)**, em 18/09/2023, às 11:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Natália Alves de Queiroz, Assistente Social**, em 18/09/2023, às 14:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Priscyla Geuliane Martins Peixoto Freire, Enfermeiro(a)**, em 19/09/2023, às 13:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rita Berenice da Silva Costa, Chefe de Unidade**, em 19/09/2023, às 14:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vanessa Freires Maia, Enfermeiro(a)**, em 19/09/2023, às 17:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio, Chefe de Setor**, em 20/09/2023, às 16:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos, Gerente**, em 26/09/2023, às 09:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **32938856** e o código CRC **881A25EF**.