



DIÁRIO OFICIAL

PREFEITURA DE ARAGUATINS-TO

Código 002202318

TERÇA, 07 DE NOVEMBRO DE 2023

ANO I

EDIÇÃO N° 002 SUPLEMENTO 01

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS-TO

Praça Anselmo Ferreira Guimarães
Araguatins-TO/CEP: 77950-000

AQUILES PEREIRA DE SOUSA

Prefeito Municipal

✓ **Diário Oficial Assinado Eletronicamente.**

✓ Em acordo com Validador I.T.I. versão 2.11rc5.

A autenticidade deste documento poderá ser confirmada na página do Diário Oficial na internet, no endereço

<https://www.araguatins.to.gov.br/diariooficial>

por meio do código de verificação ou QR Code.

SUMÁRIO

► Prefeitura Municipal	2
PORTARIA SEMUS 023/2023	2

Gerado via Sistema de Diário Oficial Eletrônico ® v.2.3.1



CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO

002202318





ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 11.406.326/0001-30

PORTARIA SEMUS Nº 023/2023

Institui o Protocolo Municipal de Regulação Ambulatorial para o Planejamento Reprodutivo.

O GESTOR DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAGUATINS/TO e SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, Excelentíssimo Senhor, RUY MATOS OLIVEIRA, no uso das atribuições legais e constitucionais que o cargo lhe confere, nos termos do art. 197 da CF/1988, ainda nas disposições da Lei Orgânica Municipal de Araguatins/TO;

CONSIDERANDO a Lei municipal nº 611/97, que cria e normatiza o Fundo Municipal de Saúde de Araguatins/TO;

CONSIDERANDO que a Assistência em Planejamento Familiar deve incluir oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, cientificamente aceitos, conforme a Lei nº 9.263, 12 de Janeiro de 1996, que regulamenta o § 7º do Art. 226 da Constituição Federal, que trata do Planejamento Familiar;

CONSIDERANDO a Lei nº 14.443, de 02 de Setembro de 2022, que altera a Lei nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996, para determinar o prazo para oferta de métodos e técnicas contraceptivas, disciplinando as condições para esterilização no âmbito do Planejamento Reprodutivo;

CONSIDERANDO a Nota Técnica nº 34/2023-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS, que trata das orientações aos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal, em relação a Lei nº 14.443, de 02 de Setembro de 2022;

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
E-mail: araguatins@saude.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com


AQUILES PEREIRA DE SOUSA
Prefeito Municipal



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 11.406.326/0001-30

CONSIDERANDO a necessidade de ampliar o acesso aos procedimentos de Laqueadura Tubária e Vasectomia na Rede de Atenção à Saúde;

CONSIDERANDO a Resolução do Conselho Municipal de Saúde de Araguatins nº 09, de 30 de Setembro de 2023, que aprova o Projeto de Capacidade Instalada do Hospital de Pequeno Porte Dr. Ostílio Antônio de Araújo de Araguatins/TO para Credenciamento/Habilitação de Laqueadura Tubária e Vasectomia e o Protocolo Municipal de Regulação Ambulatorial para o Planejamento Reprodutivo;

RESOLVE:

Art. 1º Instituir no âmbito do município de Araguatins/TO o Protocolo Municipal de Regulação Ambulatorial para o Planejamento Reprodutivo, conforme o Anexo desta Portaria.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GABINETE DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAGUATINS,
Estado do Tocantins, aos 07 de Novembro de 2023.

REGISTRE-SE, PUBLIQUE-SE E CUMPRA-SE.


Documento assinado digitalmente
RUY MATOS OLIVEIRA
Data: 07/11/2023 09:17:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

QUINES PEREIRA DE SOUSA
Prefeito Municipal

RUY MATOS OLIVEIRA
Gestor do Fundo Municipal de Saúde
Secretário Municipal de Saúde
Decreto nº 241/2022

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
E-mail: araguatins@saude.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com



ESTADO DO TOCANTINS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 CNPJ: 11.406.326/0001-30
ANEXO

PROTOCOLO MUNICIPAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL PARA O PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

A garantia da atenção integral à saúde das mulheres inclui a atenção à saúde reprodutiva, entendida como um direito humano de acordo com convenções internacionais das quais o Brasil é signatário e conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

A Declaração e Plataforma de Ação de Pequim (1995) define o conceito de saúde reprodutiva como:

“A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis”.

O Ministério da Saúde explicita que o direito ao planejamento familiar e reprodutivo é parte indissociável da atenção à saúde das mulheres. Deve, portanto, se basear nas premissas de respeito à autonomia em relação às escolhas contraceptivas, de não-discriminação, da justiça reprodutiva, e promover a educação em saúde para a tomada de decisões informadas.

Os serviços de saúde devem garantir às pessoas acesso a métodos e técnicas de concepção e contracepção, para quem deseja ter ou não filhos, quantos e em que momento de suas vidas, independente do nível de atenção.

Assim, a Lei nº 9.263/1996, que estabelece o Planejamento Familiar como um direito, também é a norma que orienta ações de atenção sexual e reprodutiva nos serviços de saúde do país, dentre elas as relacionadas à contracepção, incluindo a esterilização voluntária. A lei também garante o acesso a outros métodos e técnicas de anticoncepção respaldados pela literatura científica, assim como às informações e orientações sobre os mesmos, considerando as necessidades de cada pessoa, sem discriminação, coerção ou violência.

Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
 E-mail: araguatins@saude.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com

AQUILES PEREIRA DE SOUSA
 Prefeito Municipal



ESTADO DO TOCANTINS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 CNPJ: 11.406.326/0001-30

Em 02 de setembro de 2022 foi instituída a Lei nº 14.443, a qual alterou a Lei nº 9.263/1996, para disciplinar as condições para o acesso à esterilização voluntária no âmbito do planejamento familiar. As alterações trazidas pela nova redação dizem respeito principalmente aos métodos contraceptivos definitivos: a laqueadura tubária e a vasectomia.

A laqueadura tubária é uma intervenção cirúrgica que consiste na obstrução das tubas uterinas, com ou sem a ressecção segmentar das mesmas, impedindo a fertilização dos óvulos pelos espermatozoides. Já a vasectomia consiste em interrupção cirúrgica dos ductos deferentes, com ou sem a ressecção segmentar dos mesmos, impedindo totalmente o fluxo de espermatozoides para o líquido seminal, podendo ser realizada em ambiente ambulatorial ou hospitalar, utilizando-se anestesia local, sem a necessidade de internação na maioria dos casos.

São procedimentos considerados métodos definitivos de contracepção. Nesse sentido, a nova lei disciplina o atendimento das pessoas que por eles se interessem. Cabe destacar que se mantém, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, toda a oferta contraceptiva, incluindo os métodos de barreira e reversíveis, de forma acessível.

A partir da Lei nº 14.443/2022, a Lei nº 9.263/1996, no art. 9º (§ 2º) passa a estabelecer que os serviços de saúde tem que cumprir o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a disponibilização de diversos métodos e técnicas de contracepção no âmbito do Planejamento Familiar, acompanhada de avaliação clínica e oferta de informações sobre as necessidades de cada pessoa. Compreende-se que este é o prazo máximo que os serviços de saúde têm para orientar não só as pessoas com interesse na esterilização voluntária, mas qualquer pessoa que procure atendimento para planejamento familiar e reprodutivo.

No que se refere à esterilização voluntária, a nova redação traz as seguintes alterações nos requisitos de elegibilidade:

- a idade mínima para mulheres e homens com capacidade civil plena passa de 25 (vinte e cinco) para 21 (vinte e um anos), independentemente do número de filhos vivos.
- foi definido prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação de vontade e o ato cirúrgico.
- não é mais necessário o consentimento expresso de ambos os cônjuges para a realização de laqueadura tubária ou vasectomia.
- o histórico de cesarianas sucessivas anteriores não é mais requisito para a realização de laqueadura tubária durante a cesárea, sendo a esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto garantida à solicitante, desde que

Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
 E-mail: araguatins@saude.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com


AQUILES PEREIRA DE SOUSA
 Prefeito Municipal



ESTADO DO TOCANTINS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 CNPJ: 11.406.326/0001-30

observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas.

Os demais dispositivos da Lei nº 9.263/1996 foram mantidos, e dentre eles ressaltamos:

- o acesso ao planejamento familiar e reprodutivo, inclusive o aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce.
- pessoas com menos de 21 anos e pelo menos dois filhos vivos mantêm o direito à esterilização voluntária, caso tenham capacidade civil plena (ver sessão anterior sobre considerações legais).
- é mantido o direito à esterilização voluntária nos casos em que há risco à vida ou à saúde da mulher, situação em que o fato deve ser atestado em relatório escrito e assinado por dois médicos.
- é necessária autorização judicial para a esterilização de pessoas absolutamente incapazes.
- os dispositivos do Capítulo II da Lei nº 9.263/1996, dos crimes e das penalidades, continuam em vigor sem alterações em sua redação.

Desta forma, visando assegurar o direito estabelecido pela nova lei, considerando as orientações do Ministério da Saúde, o presente protocolo tem como objetivo reorganizar a rede de atenção à saúde municipal, abrangendo os serviços de atenção primária à saúde e serviços especializados ambulatorial e hospitalar.

A pessoa que tiver interesse na realização da esterilização voluntária deverá REGISTRAR MANIFESTAÇÃO EXPRESSA DE VONTADE (**Anexo A**), iniciando o período obrigatório de 60 (sessenta) dias entre o primeiro atendimento e o ato operatório. Uma via deve permanecer com a pessoa e a outra anexada ao prontuário.

Após o registro da manifestação de vontade, deve ser iniciado acompanhamento por equipe multiprofissional, objetivando o cuidado integral e transdisciplinar, com avaliação dos riscos e benefícios de cada método contraceptivo, conforme com as condições de saúde de cada indivíduo. De acordo com a Lei nº 14.443, o acompanhamento deve desencorajar a esterilização precoce, reduzindo a chance de arrependimento após a esterilização cirúrgica. A escolha do método deve ser sempre compartilhada entre o paciente e a equipe de saúde, nunca imposta.

Caso a decisão pela esterilização voluntária seja mantida após o processo de aconselhamento multidisciplinar, com explanação pormenorizada e a oferta dos métodos contraceptivos reversíveis, deve-se proceder com o registro de um TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE (**Anexos B e C**) em três vias de igual teor, sendo que uma via deve ser anexada ao prontuário, uma deve ser

Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
 E-mail: araguatins@saude.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com


AQUILES PEREIRA DE SOUSA
 Prefeito Municipal



ESTADO DO TOCANTINS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 CNPJ: 11.406.326/0001-30

entregue para a pessoa e outra entregue ao Serviço Especializado de referência que irá realizar o procedimento cirúrgico.

O TCLE contém em sua redação que a pessoa foi informada de que os métodos de contracepção definitiva não previnem Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), que foi destacada a importância do uso dos preservativos para este fim, bem como onde são disponibilizados pelo SUS.

Ressalta-se que os momentos do parto, tanto vaginal quanto cesariano, são propícios para a realização de procedimentos contraceptivos, a depender das condições clínicas da paciente. Em ambos os casos, é possível realizar a inserção do DIU ou a realização da laqueadura tubária, sem prolongamento da internação hospitalar.

Destaca-se, ainda, que no processo de planejamento reprodutivo, os serviços de saúde sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Araguatins deverão garantir acesso: ao acompanhamento por equipe multiprofissional, aos métodos contraceptivos reversíveis disponíveis na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Renome vigente, o cumprimento dos prazos para atendimento e orientação sobre os métodos contraceptivos disponíveis, além da referência para a realização de vasectomia e laqueadura, caso seja o desejo da pessoa.

Deve-se orientar que a pessoa leve, na primeira consulta no serviço especializado de referência: o encaminhamento de referência, com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento; as receitas dos medicamentos em uso; o registro de expressa manifestação de vontade de esterilização voluntária, datado e assinado; e o TCLE para realização de Laqueadura Tubária ou Vasectomia, devidamente assinado pela pessoa que deseja realizar o procedimento cirúrgico e pelo(s) profissional(ais) assistente(s).


AQUILES PEREIRA DE SOUSA
 Prefeito Municipal

Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
 E-mail: araguatins@saude.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com



ESTADO DO TOCANTINS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 CNPJ: 11.406.326/0001-30
PROTOCOLO 1 – VASECTOMIA

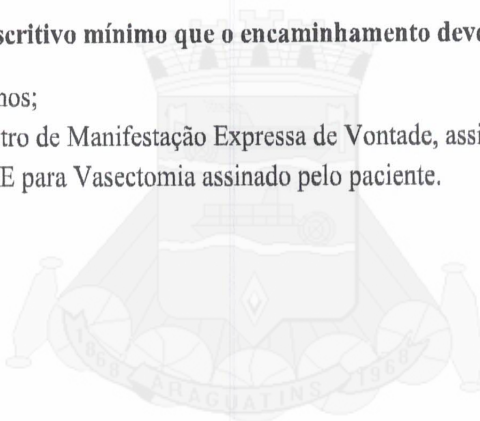
É papel da Atenção Primária à Saúde orientar sobre a esterilização cirúrgica e outros métodos anticoncepcionais reversíveis. A indicação de Vasectomia só poderá ocorrer após informação sobre vantagens, desvantagens, eficácia e riscos associados ao procedimento cirúrgico. A **Figura 1** contém informações complementares que auxiliam nesta decisão. A vasectomia deve ser considerada um método definitivo devido às dificuldades técnicas implicadas na sua reversão. O procedimento poderá ser realizado com um prazo mínimo de 60 dias após o registro de Manifestação Expressa de Vontade, mediante documento assinado pelo paciente. Veja modelo de REGISTRO DE EXPRESSA MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA – LAQUEADURA TUBÁRIA OU VASECTOMIA (**Anexo A**) e o TCLE para Vasectomia (**Anexo B**).

Condições clínicas que podem indicar encaminhamento para o Serviço Especializado de referência com vistas à Vasectomia:

- pessoa com idade superior a 21 anos; ou
- pessoa com dois filhos vivos.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- número de filhos;
- anexar o registro de Manifestação Expressa de Vontade, assinado pelo paciente;
- anexar o TCLE para Vasectomia assinado pelo paciente.



Aquiles Pereira de Sousa
AQUILES PEREIRA DE SOUSA
 Prefeito Municipal

Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
 E-mail: araguatins@saude.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com



ESTADO DO TOCANTINS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 CNPJ: 11.406.326/0001-30

PROTOCOLO 2 – LAQUEADURA TUBÁRIA

É papel da Atenção Primária à Saúde orientar sobre métodos anticoncepcionais reversíveis e sobre a esterilização cirúrgica. A indicação de Laqueadura Tubária só poderá ocorrer após informações sobre vantagens, desvantagens, eficácia e riscos associados ao procedimento cirúrgico. Também é recomendado oferecer informações sobre Vasectomia à parceria, que é um procedimento seguro, de menor custo, de mais simples execução e altamente eficaz. A **Figura 1** contém informações complementares que auxiliam nesta decisão.

A Laqueadura Tubária é considerada um método definitivo, devido às dificuldades técnicas para sua reversão. O procedimento poderá ser realizado com um prazo mínimo de 60 dias após o registro de Manifestação Expressa de Vontade, mediante documento assinado pelo paciente. Entre o encaminhamento e a realização do procedimento, a paciente deve ser incentivada a manter uso regular de contraceptivo, a fim de evitar gestação indesejada. A esterilização cirúrgica pode ser garantida no período de parto, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o procedimento. Sugere-se que o registro de Manifestação Expressa de Vontade e o TCLE para Laqueadura Tubária, devidamente assinados, sejam anexados em Caderneta de Pré-Natal. Além disso, também é permitida no período de parto quando durante o procedimento cirúrgico se constatar que uma próxima gestação possa gerar risco à vida (nesta situação é preciso relatório com justificativa assinado por dois médicos). Reforça-se que uma cesariana sem indicação obstétrica não pode ser justificada para realização de Laqueadura Tubária no mesmo tempo cirúrgico. Veja modelo de TCLE para Laqueadura Tubária (**Anexo C**).

Condições clínicas que podem indicar encaminhamento para o Serviço Especializado de referência com vistas à Laqueadura Tubária:

- pessoa com idade superior a 21 anos; ou
- pessoa com dois filhos vivos; ou
- situações de risco à vida ou à saúde da pessoa ou do futuro concepto (é preciso relatório com justificativa, assinado por dois médicos).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- antecedentes ginecológicos e obstétricos;
- número de filhos;
- comorbidades de risco a futuras gestações ou à saúde da pessoa (sim ou não). Se sim, descreva;
- cirurgias abdominais prévias e intercorrências ou complicações associadas (sim ou não). Se sim, descreva;

Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
 E-mail: araguatins@saude.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com

QUILES PEREIRA DE SOUSA
 Prefeito Municipal



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 11.406.326/0001-30

- presença de obesidade grave ou demais situações que proporcionem dificuldade técnica operatória (sim ou não). Se sim, descreva;
- anexar o registro de Manifestação Expressa de Vontade, assinado pela paciente;
- anexar o TCLE para Laqueadura Tubária, assinado pela paciente.


AQUILES PEREIRA DE SOUSA
Prefeito Municipal



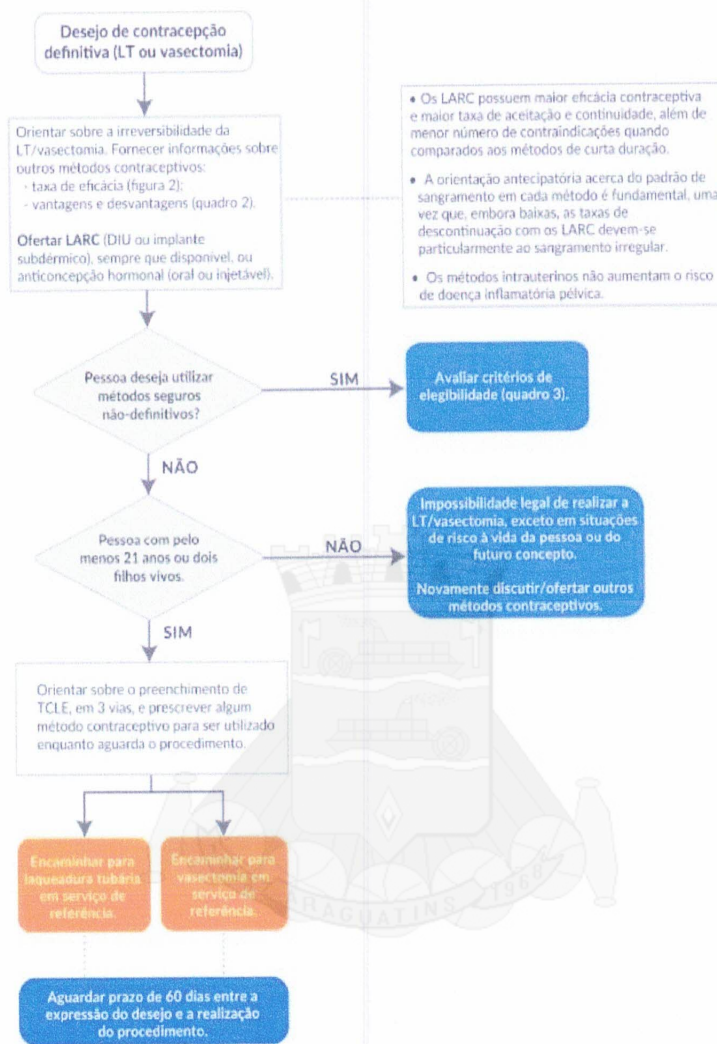
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
E-mail: araguatins@saude.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com



ESTADO DO TOCANTINS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 CNPJ: 11.406.326/0001-30

Figura 1

Fluxograma de planejamento reprodutivo para pessoas que desejam contracepção definitiva



DIU: Dispositivo intrauterino; LARC: Contraceptivos de longa duração (do inglês, Long-Acting Reversible Contraception); LT: Ligadura tubária; TCLE: Termo de consentimento livre e esclarecido.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

AQUILES PEREIRA DE SOUSA
 Prefeito Municipal

Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
 E-mail: araguatins@saude.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com

9190086625342464557



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 11.406.326/0001-30

Anexo A

**REGISTRO DE EXPRESSA MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE
ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA – LAQUEADURA TUBÁRIA OU
VASECTOMIA**

Eu, _____,
com inscrição no CPF nº _____, com data de nascimento
___/___/_____, manifesto o desejo de submeter-me ao procedimento de
esterilização voluntária, método contraceptivo definitivo. Sei que entre a manifestação
da minha vontade (por meio deste documento), e o procedimento cirúrgico, deverão se
passar ao menos 60 dias a partir da assinatura desta solicitação. Período em que terei a
possibilidade de refletir sobre minha decisão sob as orientações dos profissionais de
saúde.

A esterilização voluntária será realizada por meio cirúrgico – Laqueadura
Tubária (ligadura das trompas) ou Vasectomia.

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

Araguatins/TO, ___/___/_____.


Assinatura do(a) paciente


AQUILES PEREIRA DE SOUSA
Prefeito Municipal

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
E-mail: araguatins@sande.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 11.406.326/0001-30

Anexo B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE VASECTOMIA

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
com data de nascimento ____/____/____, inscrição no CPF nº _____,
residente no endereço _____, na cidade
_____, Estado _____, CEP _____,
manifesto o desejo de submeter-me à cirurgia esterilizadora voluntária por meio de
VASECTOMIA, por minha livre e espontânea vontade, e declaro para os devidos fins:

- Registre expressa manifestação de vontade de esterilização voluntária, observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.
- Recebi informação detalhada dos benefícios da vasectomia. A equipe de saúde multidisciplinar explicou sobre como funciona e de como é feita a vasectomia, e respondeu às perguntas que fiz de maneira que pude entender.
- Estou ciente que é um procedimento cirúrgico considerado definitivo. Mas que existe cirurgia para reversão da Vasectomia, ou seja, a recanalização dos ductos deferentes, mas a chance de recuperar a fertilidade é baixa.
- Existe uma pequena possibilidade de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez.
- A Vasectomia não interfere na função sexual, não causa impotência sexual (ou disfunção sexual).
- Tive conhecimento que existem outras opções de contracepção reversíveis e eficazes, como o preservativo masculino, bem como métodos de contracepção

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
E-mail: araguatins@saude.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com


AQUILES PEREIRA DE SOUSA
Prefeito Municipal



ESTADO DO TOCANTINS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 CNPJ: 11.406.326/0001-30

reversíveis para minha parceria (métodos de barreira, DIU, métodos hormonais), disponíveis gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

- Estou ciente que a vasectomia não previne infecções sexualmente transmissíveis (IST) e sobre a importância do uso dos preservativos, bem como onde são disponibilizados pelo SUS.
- Recebi informação pela equipe de saúde multidisciplinar, detalhadamente e em mais de uma ocasião, sobre o risco de arrependimento, pois dependendo da situação pessoas que fazem vasectomia se arrependem de terem feito.
- Sei que qualquer método contraceptivo, incluindo a vasectomia, tem chance de falha, e fui informado pela equipe de saúde sobre sua probabilidade.
- Estou ciente que qualquer método contraceptivo, incluindo a vasectomia, tem chance de complicações. A equipe de saúde explicou quais são e a probabilidade estimada de cada complicação. O risco de morte existe, porém, é muito baixo, e depende das condições de cada pessoa. Caso aconteça alguma complicação e eu não estiver mais no estabelecimento de saúde, foi explicado e registrado por escrito qual lugar eu devo procurar.
- Recebi informação de onde e quando fazer o exame de pesquisa de espermatozoides após a realização da vasectomia, e que o exame é realizado gratuitamente pelo SUS.
- Estou ciente que, mesmo após a assinatura deste termo, estou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para o meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo.
- Outras observações: _____

Recomenda-se o uso de outro método contraceptivo por 3 meses ou até o paciente ter ejaculado 20 vezes, número mínimo para “esvaziar” o trato genital. Após este período, um espermograma deve ser realizado. O retorno da atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção deve acontecer quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no ejaculado (azoospermia).

Após atenta leitura, é de minha vontade autorizar a realização da cirurgia esterilizadora voluntária de vasectomia, estando plenamente ciente dos benefícios e dos riscos dessa

Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
 E-mail: araguatins@saude.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com


AQUILES PEREIRA DE SOUSA
 Prefeito Municipal



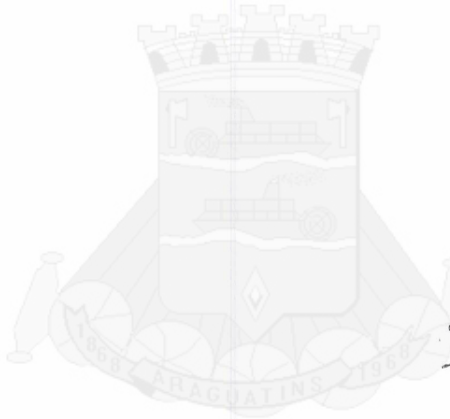
ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 11.406.326/0001-30

intervenção, bem como assumo a responsabilidade de cumprir fielmente todas as recomendações feitas pelo médico e sua equipe.

Araguatins/TO, ____/____/____.

Assinatura do paciente

Assinatura e carimbo do(s) profissional(ais) assistente(s)




AQUILES PEREIRA DE SOUSA
Prefeito Municipal

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
E-mail: araguatins@saude.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 11.406.326/0001-30
Anexo C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
com data de nascimento ____/____/____, inscrição no CPF nº _____,
residente no endereço _____, na cidade
_____, Estado _____, CEP _____,
manifesto o desejo de submeter-me à cirurgia esterilizadora voluntária por meio de
Laqueadura Tubária, por minha livre e espontânea vontade, e declaro para os devidos
fins:

- Registre expressa manifestação de vontade de esterilização voluntária, observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.
- Recebi informação detalhada dos benefícios da laqueadura tubária. A equipe de saúde multidisciplinar explicou sobre como funciona e de como é feita a laqueadura, e respondeu às perguntas que fiz de maneira que pude entender.
- Estou ciente que é um procedimento cirúrgico considerado definitivo.
- Tive conhecimento que existem outras opções de contracepção reversíveis e eficazes, como métodos de barreira, dispositivo intrauterino-DIU e métodos hormonais, bem como métodos de contracepção reversíveis para minha parceria, disponíveis gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Caso aplicável, também tive conhecimento que existe um método de contracepção definitivo para minha parceria, a vasectomia, que é um procedimento mais simples e que não requer internação hospitalar.


AQUILES PEREIRA DE SOUSA
Prefeito Municipal

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
E-mail: araguatins@saude.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com



ESTADO DO TOCANTINS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 CNPJ: 11.406.326/0001-30

- Estou ciente que a laqueadura tubária não previne infecções sexualmente transmissíveis (IST) e sobre a importância do uso dos preservativos, bem como onde são disponibilizados pelo SUS.
- Recebi informação pela equipe de saúde multidisciplinar, detalhadamente e em mais de uma ocasião, sobre o risco de arrependimento, pois dependendo da situação pessoas que fazem laqueadura se arrependem de terem feito.
- Sei que qualquer método contraceptivo, incluindo a laqueadura, tem chance de falha, e fui informado pela equipe de saúde sobre sua probabilidade.
- Caso eu esteja gestando, recebi informação de que é possível colocar um DIU na mesma internação do parto normal ou da perda gestacional. Tive conhecimento que a cesárea nunca pode ter como indicação principal a realização da laqueadura. Caso haja indicação de realização de cesárea por motivos clínicos, a laqueadura pode ser realizada no mesmo ato cirúrgico.
- Estou ciente que qualquer método contraceptivo, incluindo a laqueadura, tem chance de complicações. A equipe de saúde explicou quais são elas e a probabilidade estimada de cada uma. O risco de morte existe, porém, é muito baixo, e depende das condições de cada pessoa. Caso aconteça alguma complicação e eu não estiver mais no estabelecimento de saúde, foi explicado e registrado por escrito qual lugar eu devo procurar.
- A Laqueadura Tubária é considerada um método permanente de interrupção da fertilidade e cerca de 10% a 20% das pessoas se arrependem de não poder gestar após o procedimento. A cirurgia para reversão de Laqueadura Tubária é um procedimento caro e que apresenta baixa chance de retornar à fertilidade.
- Estou ciente que, mesmo após a assinatura deste termo, estou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para o meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo.
- Outras observações: _____.

Após atenta leitura, é de minha vontade autorizar a realização da cirurgia esterilizadora voluntária de Laqueadura Tubária, estando plenamente ciente dos benefícios e dos

Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
 E-mail: araguatins@saude.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com


AQUILES PEREIRA DE SOUSA
 Prefeito Municipal



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 11.406.326/0001-30

riscos dessa intervenção, bem como assumo a responsabilidade de cumprir fielmente todas as recomendações feitas pelo médico e sua equipe.

Araguatins/TO, ____/____/____.

Assinatura do paciente

Assinatura e carimbo do(s) profissional(ais) assistente(s)




AQUILES PEREIRA DE SOUSA
Prefeito Municipal

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
E-mail: araguatins@saude.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 11.406.326/0001-30

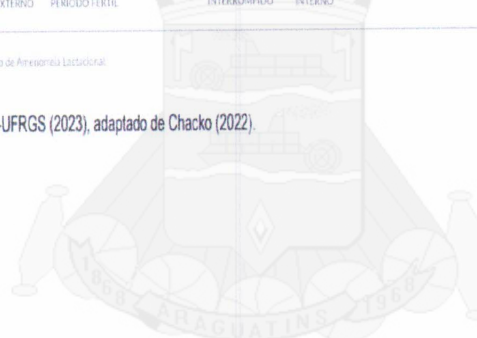
Figura 2

Comparação da eficácia com o uso típico de métodos contraceptivos



DIU, dispositivo intrauterino; MAL, Método de Amarelinha Lactacional.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Chacko (2022).



AQUILES PEREIRA DE SOUSA
Prefeito Municipal

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
E-mail: araguatins@saude.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com

9190086625342464557



ESTADO DO TOCANTINS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 CNPJ: 11.406.326/0001-30

Quadro 1

Principais vantagens e desvantagens dos métodos contraceptivos

Aspectos	DIU de cobre	DIU de levonorgestrel	Contraceptivos combinados: ACO, anel vaginal, adesivo	Progestágeno oral isolado	Implante subdérmico	Medroxiprogesterona trimestral	Preservativo masculino	Diafragma e espermicida
Duração	10 anos para o TCu 380.	5 anos.	Uso diário para ACO (pouca flexível), mensal para anel vaginal e semanal para adesivo.	Uso diário, sem pausa.	3 anos.	90 dias.	Uso único por relação sexual.	Reutilizável por até 2 anos, deve ser inserido antes da relação sexual.
Ação hormonal	Nenhuma.	Progestágeno de ação predominantemente local/regional.	Estrogênio e progestágeno.	Progestágeno.	Progestágeno.	Progestágeno.	Nenhuma.	Nenhuma.
Efeito sobre ciclo menstrual	Podem aumentar fluxo/duração.	Redução da volume, após 3-6 meses de uso há possibilidade de sangramento infrequente/cíclico em menor volume ou amenorreia.	Regular e menor volume (uso cíclico).	Irregular.	Irregular, em menor volume.	Menor volume, irregular; amenorreia após 6 meses de uso.	Nenhum.	Nenhum.
Escapes menstruais	Sim.	Sim.	Sim.	Sim.	Sim.	Sim.	Não.	Não.
Acesso	Disponível no SUS. Necessidade de profissional com treinamento adequado.	Em geral, indisponível no SUS*. Necessidade de profissional com treinamento adequado.	Anticoncepcionais orais estão disponíveis no SUS.	Anticoncepcionais orais estão disponíveis no SUS.	Em geral, indisponível no SUS*. Necessidade de profissional com treinamento adequado.	Disponível no SUS. Aplicação por profissional de saúde.	Disponível no SUS.	Indisponível no SUS.

Não é considerado uma boa opção nos seguintes casos:	Sangramento menstrual aumentado, dismenorreia, anemia ferropnívica, doença de Wilson, DIP recente, distorção de cavidade uterina (mioma volumoso, malformações mullerianas).	DIP recente, distorção de cavidade uterina (mioma volumoso, malformações mullerianas), paciente sem desejo de amenorreia ou que não tolere escapes menstruais.	Crânios de elegibilidade 3 ou 4 a ACO (quadro 3); sensibilidade a estrogênio (náuseas, sensibilidade mamária, cefaleia).	Paciente sem desejo de amenorreia ou que não tolere escapes menstruais.	Paciente sem desejo de amenorreia ou que não tolere escapes menstruais.	Paciente sem desejo de amenorreia ou que não tolere escapes menstruais, baixa massa óssea, perfil metabólico desfavorável ou elevado risco tromboembólico, obesidade, desejo de gestação breve.	Alergia a látex (preservativos livres de látex estão disponíveis no mercado), histórico de uso irregular, parceiro que não se dispõe a utilizar de forma regular.	Dificuldade de inserção do diafragma, dificuldade de cuidados de higiene com diafragma, sensibilidade ou alergia ao espermicida, alteração pélvica que interfira em posicionamento adequado do diafragma (prolapso genital, septo vaginal), histórico de ITU frequente.
Efeitos adversos	Riscos: perfuração uterina, expulsão. Aumento de risco de DIP nos primeiros 20 dias após inserção.	Riscos: perfuração uterina, expulsão. Aumento de risco de DIP nos primeiros 20 dias após inserção.	Risco de tromboembolismo venoso.	Mastalgia, retenção hídrica.	Cicatriz local, possibilidade de dificuldade de remoção.	Ganho de peso (estimado em até 5% do peso inicial em 1 ano de uso), redução de massa óssea (reversível após suspensão).	Risco de ruptura.	Risco de infecção urinária, irritação vaginal.
Vantagens	Contraceção de alta eficácia. Utilização em paciente com histórico pessoal de câncer de mama.	Contraceção de alta eficácia. Proteção endometrial contra hiperplasia, melhora de dismenorreia. Estratégia terapêutica para SUA.	Estratégia terapêutica para SUA e STPM, redução de dismenorreia, melhora de acne e hirsutismo.	Contraceção eficaz, com segurança e indicações amplas (incluindo-se lactantes, mulheres com comorbidades).	Contraceção de alta eficácia.	Contraceção eficaz, prolongada, não depende de uso diário.	Proteção contra IST.	Reutilizável, livre de hormônios.

ACO: anticoncepcional oral combinado; DIP: doença inflamatória pélvica; DIU: dispositivo intrauterino; IST: infecção sexualmente transmissível; ITU: infecção do trato urinário; STPM: síndrome da tensão pré-menstrual; SUA: sangramento uterino aumentado.

* Podem existir programas de oferta municipais.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Chacko (2022) e Febrasgo (2022).

AQUILES PEREIRA DE SOUSA
 Prefeito Municipal

Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
 E-mail: araguatins@saude.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com



ESTADO DO TOCANTINS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 CNPJ: 11.406.326/0001-30

Quadro 2

Critérios de elegibilidade dos métodos contraceptivos

Categorias de elegibilidade para cada método:
 Categoria 1 = A condição não restringe o uso do método.
 Categoria 2 = As vantagens do uso do método nesta condição superam o risco teórico ou comprovado.
 Categoria 3 = Os riscos teóricos ou comprovados do uso do método superam as vantagens nesta condição.
 Categoria 4 = O risco do uso do método é inaceitável nesta condição.

	CHC	POP	DMPA injetável	Implante	DIU de cobre	DIU-LNG
Condição						
Idade	<40 = 1 ≥40 = 2	<18 = 1 18-45 = 1 >45 = 1	<18 = 2 18-45 = 1 >45 = 2	<18 = 1 18-45 = 1 >45 = 1	<20 = 2 ≥20 = 1	<20 = 2 ≥20 = 1
Pós-parto imediato < 48h, inclusive pós-dequitação imediata					1	1 = Não amamentando 2 = Amamentando
Pós-parto em aleitamento materno Amamentando e < 21 dias pós-parto Amamentando e entre 21-42 dias pós-parto Amamentando e > 42 dias pós-parto	4 2 (3 se <30 dias ou fator de risco para TVP) 2	2 1 (2 se <30 dias) 1	2 1 (2 se <30 dias) 1	2 1 (2 se <30 dias) 1		
Pós-parto sem aleitamento materno < 21 dias pós-parto Entre 21-42 dias pós-parto > 42 dias pós-parto	4 2 (3 se outro fator de risco para TVP) 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	
Tabagismo Idade < 35 anos Idade ≥ 35 anos < 15 cigarros/dia ≥ 15 cigarros/dia	2 3 4	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1
Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²)	2	1	1	1	1	1
Doença cardiovascular						
Múltiplos fatores de risco para DCV (hipertensão, idade avançada, tabagismo e diabetes)	3,4*	2	3	2	1	2
Hipertensão Hipertensão controlada adequadamente PA normalizada ou sistólica = 140-159 ou diastólica = 90-99 Sistólica ≥ 160 ou diastólica ≥ 100 ou com DCV	3 3 4	1 1 2	2 2 3	1 1 2	1 1 1	1 1 2
TVP e embolia pulmonar Doença no passado Doença aguda História familiar em 1º grau	4 4 2	2 2 1	2 2 1	2 2 1	1 2 1	2 2 1
Trombose venosa superficial Veias varicosas Tromboflebite superficial	1 2/3**	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1
Doença isquêmica do coração	4	3	3	3	1	3
AVC	4	2 ¹ /3*	3	2 ¹ /3*	1	2
Doença neurológica						
Cefaleia não migrânea (leve ou grave)	I= 1, C= 2	I= 1, C= 1	I= 1, C= 1	I= 1, C= 1	I= 1, C= 1	I= 1, C= 1
Migrânea Sem aura e idade < 35 anos Sem aura e idade ≥ 35 anos Com aura, em qualquer idade	I= 2, C= 3 I= 3, C= 4 I= 4, C= 4	I= 1, C= 2 I= 1, C= 2 I= 2, C= 3	I= 2, C= 2 I= 2, C= 2 I= 2, C= 3	I= 2, C= 2 I= 2, C= 2 I= 2, C= 3	I= 1, C= 1 I= 1, C= 1 I= 1, C= 1	I= 2, C= 2 I= 2, C= 2 I= 2, C= 3

Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
 E-mail: araguatins@saude.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com

AQUILES PEREIRA DE SOUSA
 Prefeito Municipal



ESTADO DO TOCANTINS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUATINS
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 CNPJ: 11.406.326/0001-30

Anticonvulsivantes ^f	3 1= ác. valproico	3 1=lamotrigina e ác. valproico	1	2	1	1
Doença ginecológica ou mamária						
Doença trofoblástica						
Níveis de β-HCG decrescentes ou indetectáveis	1	1	1	1	2	2
Níveis crescentes de β-HCG ou doença maligna	1	1	1	1	4	4
Mama						
Câncer de mama atual	4	4	4	4	1	4
Câncer no passado (≥5 sem a doença)	3	3	3	3	1	3
Fibroma uterino	1	1	1	1	2	2
Doença inflamatória pélvica						
Atual ou ≤3 meses (inclui cervicite purulenta)	1	1	1	1	4	4
Passada	1	1	1	1	1	1
HIV/Aids						
Clinicamente bem, em uso de TARV ^g	1	1	1	1	1	1
Estado clínico deteriorado ou não uso de TARV	€	€	€	€	2	2
Alterações endócrinas						
Diabetes gestacional prévio	1	1	1	1	1	1
Diabetes sem DCV	2	2	2	2	1	2
Diabetes com complicações ou >20 anos de diagnóstico	3,4 ^h	2	3	2	1	2
Alterações gastrointestinais						
Hepatite viral						
Ativa	I=3/4 ⁱ ; C=2	1	1	1	1	1
Portador/crônica	1	1	1	1	1	1
Lúpus eritematoso sistêmico						
Anticorpos antifosfolípidos positivos ou desconhecido	4	3	3	3	1	3
Trombocitopenia grave	2	2	3	2	3	2
Terapia imunossupressora	2	2	2	2	2	2
Nenhuma das anteriores	2	2	2	2	1	2

AVC: acidente vascular cerebral; CHC: contraceptivo hormonal combinado; DCV: doença cardiovascular; DIU: dispositivo intrauterino; DMPA: acetato de medroxiprogesterona de depósito; HIV: vírus da imunodeficiência humana; IMC: índice de massa corporal; POP: pílula de progestágeno isolado; DIU-LNG: dispositivo intrauterino de levonorgestrel; TARV: terapia antiretroviral; TVP: trombose venosa profunda.

^fQuando há múltiplos fatores de risco, os quais qualquer um aumenta substancialmente o risco de DCV, o uso de CHC pode aumentar o risco a um nível inaceitável. No entanto, uma simples adição de categorias para múltiplos fatores de risco não é adequada. Por exemplo: uma combinação de 2 fatores de risco atribuídos como categoria 2 não necessariamente justifica uma maior categoria.

^gTromboflebite superficial pode estar associada com risco aumentado de TVP. Se uma mulher tiver fatores de risco concomitantes (ex. trombofilia conhecida ou câncer), diagnóstico ou histórico de TVP, consulte as recomendações para TVP. Trombose venosa superficial associada com um cateter intravenoso periférico é menos provável de ser associada a trombose adicional e uso de CHC pode ser considerado.

^hInício: pode-se iniciar o método nestas condições.

ⁱContinuidade: quando o método já estava sendo usado e ocorre o AVC, passa a ser categoria 3 para continuar o método.

€ Fenitoína, carbamazepina, barbiturato, primidona, topiramato, oxcarbazepina.

g Fosamprenavir implica categoria 3 para CHC. Os demais ARV são categoria 1 ou 2 para CHC. Os demais métodos não interferem substancialmente na TARV (categoria 1 ou 2).

^hA categoria deve ser avaliada de acordo com a gravidade da doença.

Fonte: Duncan (2022), adaptado de Organização Mundial de Saúde (2015) e Curtis et al (2016).


AQUILES PEREIRA DE SOUSA
 Prefeito Municipal

Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Presidente Kennedy, S/N, Centro – CEP: 77.950-000 – Araguatins/TO
 E-mail: araguatins@saude.to.gov.br araguatins.semus@gmail.com