

Protocolo de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina - Laqueadura Tubária

Junho de 2022



PROTOCOLO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA FEMININA: LAQUEADURA TUBÁRIA

Araucária, 08 de junho de 2022

Versão Inicial

PODER EXECUTIVO

PREFEITO

Hissam Hussein Dehaini

VICE-PREFEITO

Hilda Lukalski Seima

SECRETÁRIO DE GOVERNO

Genildo Pereira Carvalho

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETÁRIO

Adilson Seidi Suguiura

OUVIDORIA EM SAÚDE

Janet Kfiatkoski

DIREÇÃO GERAL

Camila Gonçalves Lemos Fabrício de Mello

DIREÇÃO TÉCNICA

Patrícia Beleski Carvalho de Oliveira

DIREÇÃO ASSISTENCIAL

Lucas Foltz

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Regina Mendonça de Carvalho

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Carolina de Almeida Torres

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA

Fabrício Binder

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Kelly Rosa Rigoni Lavarias

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ana Maria Taborda

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Alexandro André Radin

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E AUDITORIA

Nilian Valência Ferreira Madeira

NÚCLEO ADMINISTRATIVO FINANCEIRO

André Luiz Dreveniak

ELABORAÇÃO

Regina Mendonça de Carvalho – Diretora do Departamento de Atenção Primária
Ariane Sossela Zanlorenzi Cardoso – Supervisora das Linhas de Cuidado e Programas e Gerente da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas
Elisa Baggio Soares – Assessora Técnica do Departamento de Atenção Primária
Márcio Souza Santos – Supervisor assistencial
Juliana Santos – Enfermeira e Responsável pela Linha de Cuidado da Saúde da Criança
Priscila Lopes Nogueira Berveglieri – Responsável Técnica de Enfermagem e Responsável pela Linha de Cuidado da Saúde da Mulher.

Colaboração Técnica

Membros da Câmara Técnica de Enfermagem

Membros da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia

Diagramação e revisão

Departamento de Planejamento Gestão e Auditoria do SUS – DPGA

Núcleo de Comunicação em Saúde – NCS

Núcleo de Qualidade em Saúde – NQS

LISTA DE SIGLAS

AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

AIH: Autorização de Internação Hospitalar

APS: Atenção Primária à Saúde

CNS: Cartão Nacional do SUS

HIV: Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)

IST: Infecção Sexualmente Transmissível

KTPP: Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada

LT: Laqueadura Tubária

MS: Ministério da Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

HMA: Hospital Municipal de Araucária

SUMÁRIO

PODER EXECUTIVO.....	3
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	4
ELABORAÇÃO.....	5
Colaboração Técnica.....	5
Diagramação e revisão.....	5
1. APRESENTAÇÃO.....	8
2. INTRODUÇÃO.....	9
3. ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA – LAQUEADURA TUBÁRIA.....	10
3.1 Benefícios.....	10
3.2 Riscos.....	10
3.3 Contraindicações.....	11
4. CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DE ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA E ADMISSÃO NO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR, SEGUNDO A PORTARIA MS/SAS Nº 48, DE 11 DE FEVEREIRO DE 1999.....	11
4.1 Critérios referentes a documentação para o processo.....	11
5. FLUXO PARA SOLICITAÇÃO / ENCAMINHAMENTO PARA SAÚDE REPRODUTIVA (INDICAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA FEMININA: LAQUEADURA TUBÁRIA). .	12
6. FLUXO DA LAQUEADURA.....	14
7. REFERÊNCIAS.....	15
8. APÊNDICES.....	16
APÊNDICE 1 – TERMO OU MANIFESTAÇÃO DA VONTADE PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA – LAQUEADURA TUBÁRIA.....	16
APÊNDICE 2 – DECLARAÇÃO DO REQUERENTE SEM SOCIEDADE CONJUGAL.....	21
9. HISTÓRICO DE REVISÕES.....	23

1. APRESENTAÇÃO

A Laqueadura Tubária é um método indicado para casais que estão seguros e desejosos da contracepção permanente.

O casal deve ser suficientemente esclarecido de suas vantagens e desvantagens, tendo consciência de que o procedimento envolve consequências a curto, médio e longo prazo, bem como ter conhecimento de os demais métodos contraceptivos disponíveis no serviço de saúde.

2. INTRODUÇÃO

A lei nº 9.263/96 que regulamenta a esterilização cirúrgica e estabelece que é dever do Estado prover informações e disponibilizar outros métodos anticoncepcionais, esclarecendo as dúvidas sobre o método definitivo, para garantir a liberdade de escolha dos cidadãos. As mulheres que procuram prevenção contraceptiva através do Sistema Único de Saúde (SUS) podem optar por métodos temporários/reversíveis que incluem métodos de barreira e métodos hormonais por diferentes vias de administração; ou pelo método definitivo, através da esterilização voluntária feminina por meio de ligadura tubária (BRASIL, 2016).

Para as mulheres e homens com capacidade civil plena que desejam a esterilização voluntária como método contraceptivo, a lei nº 9.263/96 determina que o procedimento pode ser acessado apenas por maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos. Aos casados é necessário consentimento expresso do cônjuge e é vedada a realização da laqueadura tubária no momento do parto ou aborto, exceto em casos de necessidade comprovada, por cesarianas sucessivas anteriores.

Aos solicitantes do procedimento que cumprem as exigências descritas, é necessário aguardar o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. Neste período, o solicitante deverá participar de sessões de orientação para receber informações e esclarecer dúvidas, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce (BRASIL, 1996).

Porém, segundo Carvalho e Schor (2012, p. 95) “(...) a demanda por reversão da laqueadura tubária ocorre mesmo quando as mulheres foram atendidas por serviços organizados conforme a legislação” e, portanto, o arrependimento não é resultado apenas da falta de acesso à informação. Diante das implicações envolvidas e derivadas da escolha pelo método anticoncepcional definitivo, uma das maiores dos profissionais de saúde, que recebem a demanda por laqueadura tubária nas Unidades de Saúde e hospitais é evitar o arrependimento futuro das solicitantes (MARCOLINO, 2004).

Para isso, além da apresentação e orientação sobre os métodos contraceptivos disponíveis, as solicitantes precisam passar por aconselhamento, onde os profissionais das equipes de saúde devem desencorajar as “esterilizações precoces”.

3. ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA – LAQUEADURA TUBÁRIA

Laqueadura Tubária (LT) ou ligadura de tubas uterinas consiste no método de esterilização feminina caracterizado pelo corte e/ou ligamento cirúrgico das tubas uterinas, que fazem o caminho dos ovários até o útero. Assim, as tubas uterinas impedem a passagem do óvulo e o encontro com os espermatozoides, não havendo fecundação, ou seja, impossibilitando a gravidez.

É um procedimento relativamente seguro que pode ser feito de várias maneiras, sendo necessária internação e anestesia geral ou regional. Existem cerca de dez técnicas para a laqueadura: pode-se colocar anéis de plástico, queimar e cortar as tubas uterinas, cliques de titânio, fazer com fio de sutura etc. Embora sua eficácia teórica seja de 100%, na prática é observado, em média, falha de 0,3 gestações para cada 100 mulheres/ano.

3.1 Benefícios

- Não interfere nas relações sexuais;
- Não interfere na libido;
- Não tem efeitos sobre o leite materno;
- Não apresenta efeitos colaterais a longo prazo ou riscos à saúde.

3.2 Riscos

- São complicações da cirurgia: infecção e sangramento no local da incisão, infecção ou sangramento intra-abdominal, lesão de órgãos pélvicos ou abdominais, aderências;
- Exige exames pré-operatórios, internação e anestesia (dependendo da técnica utilizada);
- A gravidez ocorre raramente (cerca de 1%), mas quando ocorre, a chance de ser ectópica é aumentada;
- Laqueadura Tubária não protege contra ISTs e AIDS;
- Anos após a realização da cirurgia, várias mulheres mostram arrependimento (de 11 a 15%) por não poder mais engravidar, mesmo quando no momento do procedimento tiveram certeza da escolha.

3.3 Contraindicações

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

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

De acordo com o disposto no Artigo 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o parágrafo 7º da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

Somente é permitida a Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina – Laqueadura Tubária – sob as seguintes condições:

- Mulheres com capacidade civil plena, casadas ou não, maiores de 25 anos de idade e/ou, pelo menos, dois filhos vivos; ou
- Mulheres com risco reprodutivo, com indicação à esterilização cirúrgica (Laqueadura Tubária), obedecidos critérios acima citados; ou
- Por indicação médica em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos (Especialista que indicou a LT e o assistente).

4.1 Critérios referentes a documentação para o processo

- Prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado, à mulher interessada, acesso ao Serviço de Regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento pela Equipe de Saúde, visando à escolha consciente;
- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido expressa a manifestação da vontade da mulher, de forma escrita e firmada, a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis disponíveis na APS (Apêndice 1)

– Declaração da Requerente sem Sociedade Conjugal, quando a mulher informar que não possui companheiro(a) deverá assinar afirmando que não se encontra em sociedade conjugal: casamento ou união estável (Apêndice 2).

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

5. FLUXO PARA SOLICITAÇÃO / ENCAMINHAMENTO PARA SAÚDE REPRODUTIVA (INDICAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA FEMININA: LAQUEADURA TUBÁRIA)

Serviço de Atenção Primária à Saúde:

- A usuária procura a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência e expressa sua vontade de utilizar um método definitivo da Saúde Reprodutiva;
- É agendada a consulta com enfermeiro(a) onde serão apresentadas todas as opções de métodos contraceptivos disponíveis para a escolha consciente do casal ou usuário (dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepção oral, injetável, vasectomia, preservativo masculino e feminino);
- Serão oferecidos testes rápidos para sífilis, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e hepatites virais B e C (sendo opcional a aceitação da usuária);
- Mantida a decisão do casal/usuário (a) e preenchido os critérios da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996; entregar o Termo de Consentimento da Laqueadura. Orientar para que leve para casa e inicie o preenchimento com atenção. Orientar quanto às assinaturas, em que duas testemunhas – preferencialmente familiares – deverão assinar o termo nas duas vias.
- Caso a paciente não tenha cônjuge ou companheiro, deverá ser entregue a Declaração do Requerente sem Sociedade Conjugal.
- Se a paciente tiver cônjuge ou parceiro fixo, este deverá assinar o Termo de Consentimento da Laqueadura nas duas vias.
- Encaminhar para o psicólogo orientar que no dia da consulta deverá trazer o Termo de Consentimento da Laqueadura (com todas as assinaturas) e que preferencialmente o cônjuge também compareça na consulta.
- Mantendo a decisão pela laqueadura, o psicólogo deverá encaminhar para consulta médica orientar que o paciente traga o Termo de Consentimento da Laqueadura para a consulta.

– O médico em consulta, avalia os critérios e dá parecer clínico e deverá finalizar o atendimento pela Atenção Primária com preenchimento do Termo de Consentimento.

Após certificar que todos os campos do termo estiverem preenchidos, o médico realizará o encaminhamento da paciente pelo sistema IPM – Saúde para o HMA.

Caminho do IPM: Agendamento – Lista de Espera – Consultas

Especialidade: Ginecologia

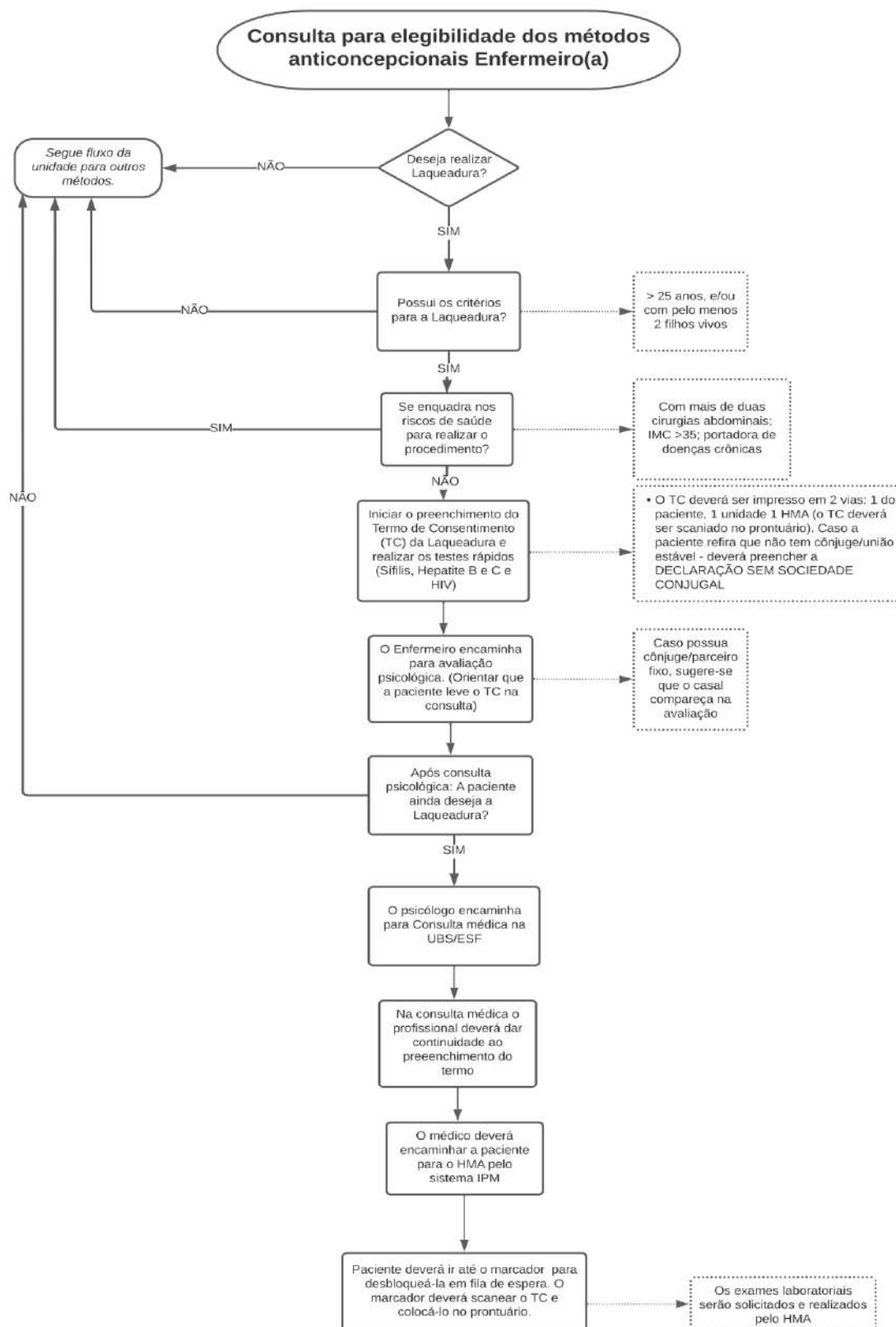
Subespecialidade: Avaliação Laqueadura

O marcador deverá confirmar o paciente na fila de espera e scanear o Termo de Consentimento da Laqueadura, assim como a Declaração do Requerente sem Sociedade Conjugal.

Os exames laboratoriais serão solicitados e realizados pelo HMA

6. FLUXO DA LAQUEADURA

FLUXOGRAMA ENCAMINHAMENTO PARA LAQUEADURA



7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.**

Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.045, de 25 de novembro de 2014.** Altera as Leis nos 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que “regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília – DF: 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** 1. ed., 1. reimpr. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Plano de Ação Nacional 2009–2011. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999.** Brasília – DF: 1999.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília – DF: 1996.

CARVALHO, Marta Lucia de Oliveira; SCHOR, Néia. **Esterilização feminina: em busca do controle da própria fertilidade.** Ciência, Cuidado e Saúde, [s.l.], v. 11, n. 5, p.95-101, 30 maio 2012. Acesso em: 02 jul. 2022.

8. APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO OU MANIFESTAÇÃO DA VONTADE PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA – LAQUEADURA TUBÁRIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO / MANIFESTAÇÃO DA VONTADE PARA
ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA – LAQUEADURA**

Eu, _____, _____ anos,
RG _____, órgão emissor _____, CPF _____ venho por meio deste TERMO,
solicitar a realização de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina: LAQUEADURA
TUBÁRIA (LT).

Informo que fui esclarecida por meio de consultas de enfermagem, psicologia e médica com orientações preventivas e educativas sobre os meios e as técnicas disponíveis para a regulamentação da fecundidade e seus riscos, bem como a Lei nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996, que regulamenta a Saúde Reprodutiva DECLARO que:

1. Fui informada sobre os outros métodos disponíveis, também eficazes e reversíveis;
2. Fui alertada sobre os riscos de arrependimento, principalmente em condições de instabilidade conjugal e fortes emoções, tais como: separação; divórcio; viuvez; morte de filho; outro casamento ou posterior desejo de procriar bem como melhora da condição socioeconômica;
3. Devo aguardar, pelo menos, 60 dias a partir da data da assinatura desta solicitação para que o procedimento possa ser realizado, período em que terei chance de refletir sobre minha decisão, receber orientações dos profissionais de saúde, bem como sanar dúvidas sobre o procedimento a qualquer momento;
4. Estou ciente que não poderei realizar a LT nos períodos pós-parto ou aborto, exceto nos casos de risco a vida comprovados;
5. Fui informada das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reação aos medicamentos – choque anafilático pós-anestésico; parada cardiorrespiratória, infecções, morte, hemorragias, infecções;
6. Fui informada de que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a LT pode apresentar falhas e não protege contra Infecções Sexualmente Transmissíveis;
7. Fui informada que ao menor sinal de gravidez, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar este serviço;
8. Estou ciente existem riscos de gravidez após a laqueadura, por recanalização das trompas uterina, gravidez tubária e alterações do ciclo menstrual;
9. Fui informada da dificuldade de reversão cirúrgica;
10. Estou ciente que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo;
11. Caso ocorra qualquer uma das situações supracitadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e/ou Instituição que realizou o procedimento, pois o escolhi de minha livre e espontânea vontade.

Portanto, declaro estar em pleno domínio da minha capacidade civil e de discernimento, sem estar sob efeito de drogas, alcoolizada ou emocionalmente alterada.

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

_____ Assinatura da requerente	_____ Assinatura do cônjuge / parceiro(a)
_____ Número do RG	_____ Número do RG

ASSINATURA DAS TESTEMUNHAS

_____ Testemunha I	_____ Testemunha II
_____ Grau de parentesco	_____ Grau de parentesco
_____ Número do RG	_____ Número do RG

Araucária, _____ de _____ de 20____

DOCUMENTAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA – LAQUEADURA

1 – Solicitação de esterilização cirúrgica

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Procedimento: _____

Local: _____

Data: ____/____/____

1º Exames realizados na Consulta com Enfermeiro

Realizado teste rápido para detecção da Sífilis	SIM	☐	NÃO	☐
Realizado teste rápido para detecção de anticorpos ANTI-HIV	SIM	☐	NÃO	☐
Realizado teste rápido para detecção de antígenos para Hepatite B e C	SIM	☐	NÃO	☐

***Laudo dos Testes Rápidos em posse do paciente.**

Assinatura do Enfermeiro

2º Parecer do Psicólogo da Atenção Primária ou pela Saúde Suplementar

Assinatura do Psicólogo

3º Parecer médico do serviço de Atenção Primária Solicitante

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura do médico e carimbo

4º Parecer médico do serviço de Referência Credenciada

Local: _____ Data: ____/____/____
Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura do médico e carimbo

Assinatura do paciente

Data Cirurgia: ____/____/____

1ª via: - Serviço de referência credenciado – deve ser mantida anexada ao prontuário médico hospitalar.

1ª via: - Unidade de Saúde de origem deverá scanear nos anexos do prontuário do paciente.

2ª via: - Deve ser entregue à paciente.

APÊNDICE 2 – DECLARAÇÃO DO REQUERENTE SEM SOCIEDADE CONJUGAL



Declaração do Requerente sem Sociedade Conjugal

Eu, _____, _____ anos,

RG _____, Órgão Emissor _____, CPF _____

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

Assinatura da Requerente

Araucária, _____ de _____ 20 ____.

9. HISTÓRICO DE REVISÕES

Identificação: Nome do Documento			
Edição	Elaborado por (Nome/data)	Aprovado por (Nome/data)	Descrição da Edição
00	Priscila L.N. Berveglieri 04/05/2022	Câmara Técnica de Enfermagem e Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia 08/06/2022	Versão Inicial – Atualização/Revisão de procedimento. (Próxima revisão em Junho de 2023)