

PROTOCOLO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Catanduva/SP
2023

Equipe Técnica de Elaboração

I - Representantes da Coordenação de Atenção Básica (Secretaria de Saúde):

Alessandra Merighi Montes Mota - Diretora Técnica de Saúde

Gabriela Zerbinatti Mismito Sangalli - Enfermeira Coordenação de Atenção Básica

Natália Lourenço Costa – Diretora de Vigilância em Saúde

Thaísa Garcia Vicente de Oliveira - Diretora Administrativa

II - Representante da Coordenação Médica da Atenção Básica:

Fernanda M. Martinez Perez - Médica

III - Representante da Assistência Farmacêutica:

Larissa Francieli Souza Silva - Farmacêutica Supervisora

IV - Representantes da Organização Social Mahatma Gandhi:

Mariana Mendonça Alves Pansa - Coordenadora Técnica

Eduarda Oliveira De Aro Margonar - Enfermeira Supervisora Fernanda Pugliani

Sanches de Barros - Enfermeira Supervisora

Carolina Pindanga - Enfermeira Supervisora

Fabiana Lora Bueno - Enfermeira Supervisora

V - Representante do Núcleo de Educação Permanente

Marcela Parente Bertin Monteiro - Educadora Permanente

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
1.1 População Alvo.....	5
2.DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES.....	5
2.1 Usuários que fazem uso de qualquer método contraceptivo.....	5
2.2 Usuários que não fazem uso de qualquer método contraceptivo.....	5
2.2.1 Acolhimento de usuários que buscam a Unidade Básica de Saúde..	6
2.2.2 Acolhimento de usuários identificados em espaços externos (Visita ACS, atendimento domiciliar NASF e/ouESF, entre outros	7
ANEXO I – Lei 14.443, de 2022 e Lei 9.263, de 1996.....	13
ANEXO II – Avaliação médica para encaminhamento ao método cirúrgico..	19
ANEXO III – Ficha para contracepção definitiva.....	20
ANEXO IV – Termo de Consentimento Informado (Laqueadura).....	24
ANEXO V – Termo de Consentimento Informado (Vasectomia).....	25
ANEXO VI – Planejamento Familiar: Manifestação de vontade de esterelização	26
Anexo VII – Protocolo de Inserção de Dispositivo Intrauterino Não Hormonal na Saúde Básica de Catanduva	28

1. INTRODUÇÃO

Planejamento familiar é o controle do número de filhos e intervalos entre gestações. Tem o objetivo de garantir a saúde e o bem-estar da criança/da mulher e/ou do casal, pois permite a escolha do momento propício para a gestação.

O planejamento é importante para preparar o casal ou a família para o ciclo de mudanças na estrutura familiar e garantir decisões adequadas à sua saúde. O planejamento familiar, pré-natal, parto e controle de doenças sexualmente transmissíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é direito de todo cidadão, segundo a Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 alterada pela Lei 14.443, de 2022 e tem como objetivo prestar assistência a mulheres, homens ou casais em idade fértil e assim diminuir a ocorrência de casos de gravidez indesejada e abortos, exercendo grande impacto na morbimortalidade materno infantil no município dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

A Lei de Planejamento Familiar nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 foi reformulada pela [Lei 14.443, de 2022](#) diminuindo em seu artigo 10º de 25 para 21 anos a idade mínima de homens e mulheres com capacidade civil plena, para submeter-se a procedimento voluntário de esterilização e não será exigido o consentimento expresso de ambos os cônjuges para que ocorra o procedimento. Esse limite mínimo de idade não é exigido de quem já tenha mais de 18 anos, capacidade civil plena e ao menos dois filhos vivos. A lei mantém o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. Nesse tempo, a pessoa manterá com o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar no serviço de Saúde, podendo ocorrer uma eventual desistência do procedimento. Conforme a nova Lei também será permitido à mulher a esterilização cirúrgica durante o período de parto.

1.1 População alvo

Mulheres, homens ou casais em idade fértil do município de Catanduva que compareçam à Unidade de Saúde solicitando assistência ao Planejamento Familiar ou que tenham sido identificados pela equipe multiprofissional. Lembramos que os profissionais de saúde devem conhecer os direitos sexuais e reprodutivos dos homens, mulheres e casais que são:

- Direito de desfrutar das relações sexuais, sem temor de gravidez e/ou contração de doença transmitida por via sexual;
- Direito de decidir o número de filhos e quando tê-los;
- Direito de gestação e parto nas melhores condições;
- Direito de conhecer, gostar e cuidar do corpo;
- Direito de relação sexual livre de violência ou maus-tratos;
- Direito de informação e acesso aos métodos contraceptivos.

2. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

2.1 Usuários que fazem uso de qualquer método contraceptivo

Os usuários que fazem uso de qualquer método contraceptivo reversível e necessitem de avaliação para troca de método contraceptivo, renovação da prescrição e intercorrências ou dúvidas em relação ao método utilizado, deverão agendar consulta médica para avaliação de acordo com as datas disponíveis na agenda da equipe.

2.2 Usuários que não fazem uso de qualquer método contraceptivo

2.2.1 Acolhimento de usuários que buscam a Unidade Básica de Saúde

Na recepção, o auxiliar administrativo deverá acolher a mulher o homem ou o casal que procurar a Unidade Básica de Saúde para Planejamento Familiar e frente à necessidade do usuário, poderá agendar grupo educativo ou consulta de enfermagem.

1) Consulta de enfermagem:

Uma vez agendada a consulta de enfermagem, o profissional deverá esclarecer as dúvidas e avaliar o método escolhido pelo usuário. Para os usuários que manifestarem o interesse em métodos irreversíveis (laqueadura e vasectomia), o enfermeiro deverá verificar se os mesmos se enquadram nas exigências do Art. 10 da Lei nº [Lei 14.443, de 2022](#) (Anexo I), orientar documentos necessários (RG, CPF, CNS, comprovante de residência e certidão de nascimento dos filhos (este último apenas para menores de 21 anos com pelo menos 2 filhos vivos) e agendar grupo educativo o mais breve possível.

Para os usuários que manifestarem o interesse em outros métodos, após ampla orientação realizada pelo profissional de saúde e esteja decidido quanto ao método escolhido, o mesmo deverá ser encaminhado para consulta médica, preferencialmente no mesmo dia.

2) Consulta médica:

Deverá participar mulher, homem ou casal que deseja utilizar qualquer método de contracepção. A consulta deve incluir: anamnese; exame físico geral; exame das mamas, com educação para o autoexame; exame ginecológico; avaliação da escolha e prescrição do método contraceptivo (caso escolha).

Caso o médico identifique a necessidade de avaliação psicológica ou social, o usuário deverá ser matriciado com a equipe de NASF. Após avaliação, caso o(a) paciente se apresente apto, o(a) mesmo(a) deve ser encaminhado(a) para consulta médica no mesmo dia.

2.2.2 Acolhimento de usuários identificados em espaços externos (VisitaACS, atendimento domiciliar NASF e/ou ESF, entre outros)

A mulher, o homem ou casal que manifestar o interesse em iniciar qualquer método contraceptivo, o espaço que preferencialmente deverá ser indicado será o grupo educativo. Para os pacientes que relatarem impossibilidade de comparecer na data do grupo educativo, estes poderão ser direcionados para atendimento na Unidade Básica de Saúde.

Observação: Para os pacientes que manifestarem o interesse pelos métodos irreversíveis (laqueadura e vasectomia), os profissionais deverão observar os critérios estabelecidos pela [Lei 14.443, de 2022](#); na ausência de qualquer impedimento, orientar os documentos necessários e encaminhar para grupo de planejamento familiar.

1) Grupo educativo

O grupo deverá acontecer com frequência inferior a 15 dias, sendo obrigatória a participação da mulher, do homem ou casal para os usuários que manifestem o interesse em realizar vasectomia ou laqueadura, e opcional para os usuários com interesse nos demais métodos contraceptivos.

O objetivo do grupo deve ser abordado no início da atividade educativa, que é trazer informações e meios possíveis para o planejamento da família, acompanhando os usuários e auxiliando a mulher, o homem ou o casal para concepção ou anticoncepção. Devem ser oferecidas orientações gerais quanto à saúde sexual e reprodutiva, abrangendo temas como sexualidade e harmonia

conjugal, anatomia e fisiologia, período fértil, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do câncer de colo uterino, mamas e próstata e aspectos psicoemocionais. É necessário abordar e explicar sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis no SUS, que são classificados como:

DEFINITIVOS (ESTERILIZAÇÃO)		
Feminino (laqueadura tubária)	Masculino (vasectomia)	
TEMPORÁRIOS (REVERSÍVEIS)		
Métodos de barreira		
Preservativos masculino e feminino	DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre)	
Métodos hormonais		
Via de administração	Tipos	Apresentação
Hormonais orais	Combinado (monofásico) – AOC	Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg
	Minipílulas	Noretisterona 0,35 mg
	Pílula anticoncepcional de emergência (AHE)	Levonorgestrel 0,75 mg
Hormonais injetáveis	Mensais (combinado)	Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg
	Trimestrais (progestágeno)	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg

Fonte: Secretaria do Estado de São Paulo.

IMPLANTE SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL (vide protocolo específico)

O oferecimento do IMPLANTE SUBCUTÂNEO DE ETONOGESTREL ocorre no conjunto das orientações sobre métodos contraceptivos disponíveis no município de Catanduva/SP e possui como objetivo atendimento às necessidades de planejamento familiar para mulheres com alta vulnerabilidade social; mulheres com transtornos mentais graves e severos e mulheres soropositivas para o HIV.

Ao abordar sobre o método definitivo, deve-se ler e esclarecer sobre a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 e a Lei 14.443, de 2022 que regulamentam o planejamento familiar. Ao final da ação educativa, deve-se identificar o perfil dos participantes e encaminhá-los para consulta médica.

Sugestão de temas a serem abordados no encontro	
Temas	Profissionais
Métodos contraceptivos e ISTs	Enfermeiro(a) e/ou médico
Direitos sexuais e reprodutivos, Lei nº 9263/93 e Portaria nº 48 de 11/02/99	Assistente Social
Aspectos psicoemocionais e harmonia conjugal	Psicóloga
Prevenção do câncer de colo uterino, mama e próstata e risco cirúrgico	Enfermeiro(a) e/ ou médico

a) Consulta médica (grupo educativo):

Deverá participar mulher/homem/casal que deseja utilizar qualquer método de contracepção. A consulta deve incluir: anamnese; exame físico geral; exame das mamas, com educação para o autoexame; exame ginecológico; avaliação da escolha e prescrição do método contraceptivo (caso escolha).

Caso o método escolhido seja o Dispositivo Intrauterino (DIU) a usuária deverá ser encaminhada via Sistema de Regulação; o agendamento será realizado pela Central de Regulação de vagas e a mesma deverá ser comunicada da data da consulta no serviço especializado pela Unidade de Saúde, em tempo hábil.

Caso o método escolhido seja irreversível, o médico(a) deverá avaliar e registrar no prontuário se o(a) paciente está apto(a) a ser encaminhado(a) ao especialista (ANEXO II). O serviço de referência será o Hospital Emílio Carlos/Fundação Padre Albino, habilitado para realização de laqueadura e vasectomia, aprovado através da CIB 27 de 22/07/2011 e habilitado pelo Ministério da Saúde em 03/09/2015.

Caso o médico identifique a necessidade de avaliação psicológica ou social, o usuário deverá ser matriciado com a equipe de NASF. Após avaliação, caso o(a) paciente se apresente apto, o(a) mesmo(a) deve ser encaminhado(a) para consulta médica no mesmo dia.

b) Consulta de enfermagem (grupo educativo):

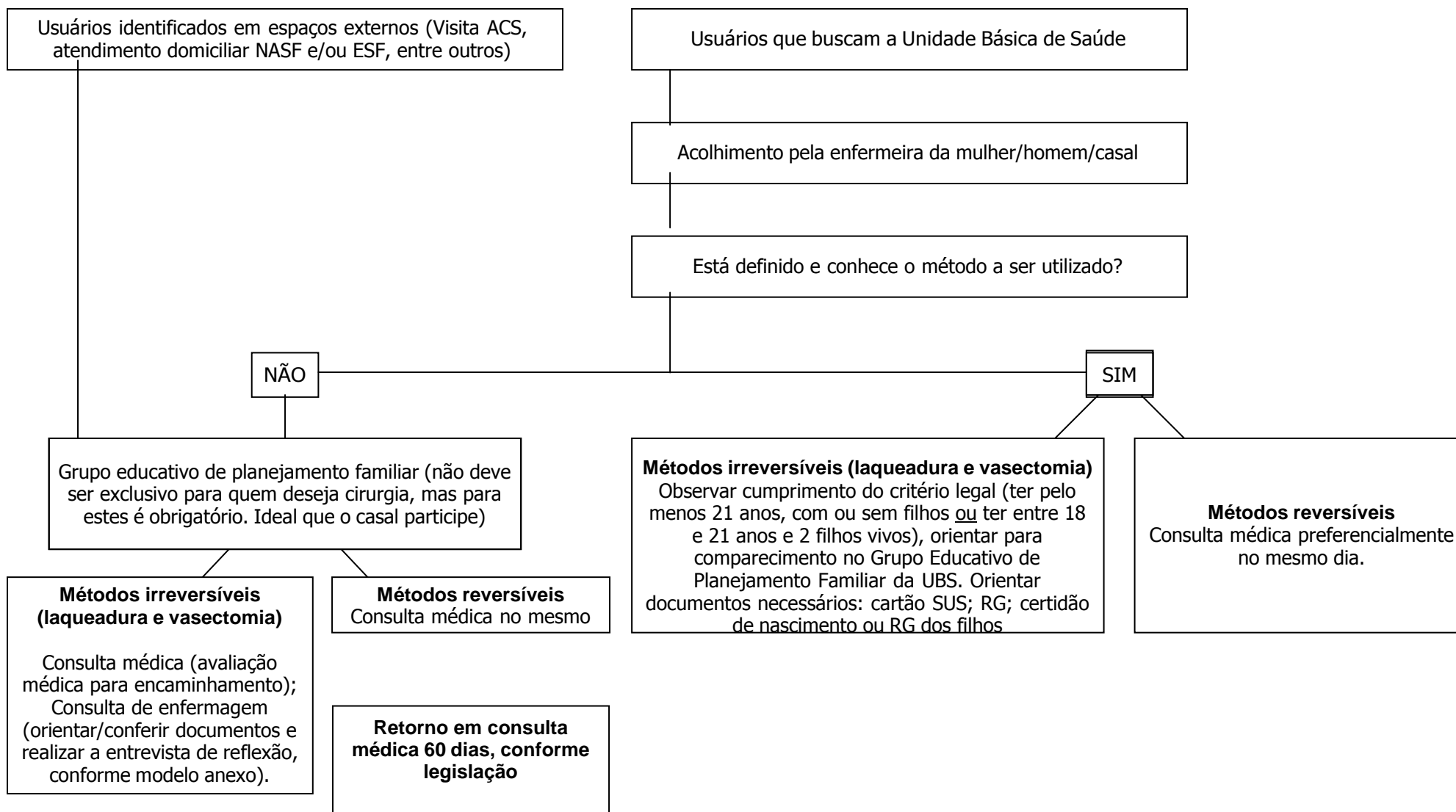
Deverão ser encaminhados para consulta de enfermagem, no mesmo dia, somente os usuários que optarem por um dos métodos irreversíveis, após avaliação médica. Devem participar da consulta de enfermagem o casal/mulher/homem, devendo o profissional verificar se os mesmos se enquadram nas exigências do Art. 10 da [Lei 14.443, de 2022](#) (Anexo I). A enfermeira deverá organizar os documentos que serão encaminhados juntamente com a gestante no dia do parto ou com a guia de encaminhamento ao especialista (mulheres não gestantes) e homens, sendo: RG, CPF, CNS, comprovante de residência e certidão de nascimento dos filhos (se idade entre 18 e 21 anos).

Na mesma data do grupo educativo, para os pacientes que optarem por métodos irreversíveis, deverá ser aplicado o Anexo III - Ficha para contracepção definitiva- Entrevista de reflexão sobre métodos contraceptivos escolhidos. Deverá ler e orientar quanto ao termo de consentimento (Anexos IV e V) de acordo com a opção (laqueadura ou vasectomia); solicitar assinatura na data atual e agendar consulta médica para 60 dias, visando a confirmação do desejo do procedimento cirúrgico e avaliação clínica.

Entregar o termo de consentimento ao casal/mulher/homem e tirar uma cópia para ficar arquivada em prontuário. Posteriormente, reunir o termo de consentimento original com cópia dos documentos pessoais e deixar sob responsabilidade do paciente.

Na consulta com o especialista (mulheres não gestantes ou homens), deverão levar: guia (filipeta) de encaminhamento anexado com a cópia dos documentos pessoais e termo de consentimento original. A gestante deverá levar toda a documentação no momento do parto.

FLUXOGRAMA DA ASSISTÊNCIA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR (Usuários que não utilizam qualquer método contraceptivo)



ANEXO I

LEI Nº 14.443, DE 2 DE SETEMBRO DE 2022

Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar.

Art. 2º A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 9º

§ 1º

§ 2º A disponibilização de qualquer método e técnica de contracepção dar-seá no prazo máximo de 30 (trinta) dias." (NR)

"Art. 10.

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce;

.....
§ 2º 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.
.....

§ 5º (Revogado).

....." (NR)

Art. 3º Fica revogado o § 5º do art. 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Art. 4º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial. Brasília, 2 de setembro de 2022; 201º da Independência e 134º da República.

JAIR MESSIAS BOLSONARO | Marcelo Antônio | Cartaxo Queiroga Lopes

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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o 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.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o **caput** para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no **caput**, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

~~V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.~~

V - o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis. [\(Redação dada pela Lei nº 13.045, de 2014\)](#)

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º - É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

~~Parágrafo único. A prescrição a que se refere o **caput** só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.~~

§ 1º A prescrição a que se refere o **caput** só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia. [\(Redação dada pela Lei nº 14.443, de 2022\)](#) [Vigência](#)

§ 2º A disponibilização de qualquer método e técnica de contracepção dar-se-á no prazo máximo de 30 (trinta) dias. [\(Incluído pela Lei nº 14.443, de 2022\)](#) [Vigência](#)

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#))

~~l - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação~~

~~da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;~~

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce; [\(Redação dada pela Lei nº 14.443, de 2022\)](#) [Vigência](#)

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em 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.

~~§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.~~

§ 2º 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. [\(Redação dada pela Lei nº 14.443, de 2022\)](#) [Vigência](#)

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

~~§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.~~ [\(Revogado pela Lei nº 14.443, de 2022\)](#) [Vigência](#)

§ 5º [\(Revogado\)](#). [\(Redação dada pela Lei nº 14.443, de 2022\)](#) [Vigência](#)

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#)

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#)

CAPÍTULO II

DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#)

Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único - A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I - durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei.

II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III - através de histerectomia e ooforectomia;

IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V - através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.

Art. 16. Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 17. Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena - reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único - Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na [Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956](#).

Art. 18. Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena - reclusão, de um a dois anos, e multa.

Art. 19. Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no [caput e nos §§ 1º e 2º do art. 29 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal](#).

Art. 20. As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:

I - se particular a instituição:

a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II - se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Art. 21. Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei, observados, nesse caso, o disposto nos [arts. 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil](#), combinados com o [art. 63 do Código de Processo Penal](#).

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no [Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal](#), e, em especial, nos seus [arts. 29, caput, e §§ 1º e 2º; 43, caput e incisos I, II e III; 44, caput e incisos I e II e III e parágrafo único; 45, caput e incisos I e II; 46, caput e parágrafo único; 47, caput e incisos I, II e III; 48, caput e parágrafo único; 49, caput e §§ 1º e 2º; 50, caput, § 1º e alíneas e § 2º; 51, caput e §§ 1º e 2º; 52; 56; 129, caput e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º](#).

Art. 23. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO | ADIB JATENE

ANEXO II - Avaliação médica para encaminhamento ao método cirúrgico

() Laqueadura () Vasectomia

Data: ____ / ____ / ____

Nome do(a) usuário(a): _____

Antecedentes Patológicos

Cardiopatias ()
Hipertensão Arterial ()
Diabetes ()
IST. Qual? _____ ()
Varizes / TVPCA ()
Mama ()
CA Ginecológico
Tabagismo ()
Outros. Qual? _____
Medicações em uso: _____

Cardiopatias ()
Hipertensão Arterial ()
Diabetes ()
IST. Qual? _____ ()
Varizes / TVP ()
CA Próstata ()
Câncer. Qual? ()
Tabagismo ()
Outros. Qual? _____ ()
Medicações em uso: _____

Para ♀ nº de gestações: _____

Complicações na gestação ou parto?

PN () PF ()

PC () Aborto ()

Último resultado de Papanicolau: _____

Data do exame: ____ / ____ / ____

Para o pretendente ao método definitivo

Nº de filho vivos: _____ Filhos com problemas de saúde: _____

Anticoncepção atual: _____

Por que não quer mais o método: _____

Já utilizou outros métodos? Por quanto tempo?

Pílula: _____ Injetáveis: _____ Coito interrompido: _____

Preservativo: _____ Tabela: _____ DIU: _____ Diafragma: _____

Alterações no exame físico e/ou ginecológico: _____

Gravidez atual: Sim ()

Não ()

Idade Gestacional: _____

DPP: _____

Parecer médico em relação ao método escolhido. Justificar:

Há necessidade de avaliação:

Psicológica: Sim () Não ()

Social: Sim () Não ()

Nome / Registro / Carimbo

ANEXO III - Ficha para contracepção definitiva Entrevista de reflexão sobre métodos contraceptivos escolhidos

Data: ____ / ____ / ____

Prontuário: _____

Nome paciente: _____

Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ RG: _____

Sexo:

Alfabetizado(a):

() Feminino () Masculino

() Sim

() Não

Raça / Cor:

() Preta () Parda () Amarela () Branca () Indígena

RESPONDER AS QUESTÕES DE 1 A 3 APENAS SE POSSUIR FILHOS

1. Quantos filhos tem? ()

Quantos são de relações anteriores? _____ E da relação atual? _____

Idade / Sexo: _____ / _____

Idade / Sexo: _____ / _____

Idade / Sexo: _____ / _____

Idade / Sexo: _____ / _____

Idade / Sexo: _____ / _____

Idade / Sexo: _____ / _____

Idade / Sexo: _____ / _____

Idade / Sexo: _____ / _____

2. Quantos foram planejados? _____

3. Quantos com certidão? (apresentar) _____

4. Teve aborto? () Sim () Não

Em caso afirmativo, quantos? _____

5. Quais métodos já utilizou?

- Pílula Sim Não Opinião: _____
- Hormônio Injetável Sim Não Opinião: _____
- Diafragma Sim Não Opinião: _____
- DIU Sim Não Opinião: _____
- Preservativo Feminino Sim Não Opinião: _____
- Preservativo Masculino Sim Não Opinião: _____

6. Qual método utiliza atualmente? _____

7. Qual a dificuldade em continuar com esse método? _____

8. Por que gostaria de realizar o método definitivo? _____

RESPONDER AS QUESTÕES DE 1 A 15 APENAS SE POSSUIR COMPANHEIRO

1. A decisão foi tomada em conjunto pelo casal?

Sim Não

2. Pensou na possibilidade de seu companheiro realizar vasectomia?

Sim Não

3. Pensou na possibilidade da sua companheira realizar laqueadura?

Sim Não

4. Seu companheiro(a) atual:

É afetivo com você? Sim Não

Mora com você? Sim Não

Trata bem os filhos em comum e outros? Sim Não

5. Tempo de convivência conjugal: _____ Com registro civil? Sim Não

6. Está empregado? Sim Não

7. Teve rendimento com regularidade no último ano? () Sim () Não

8. Dê uma nota ao seu relacionamento: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()

9. Vocês trabalham?

Homem () Sim () Não
Mulher () Sim () Não

São remunerados?
() Sim () Não

10. Quanto tempo ficam fora de casa? _____ Horas

11. Nota para satisfação com o trabalho: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

12. Com quem ficam os filhos neste período? _____ Paga algo? () Sim () Não

13. Quantos filhos moram com você? _____

Em comum _____

Seus _____

Dele _____

14. Compartilha moradia com outras
pessoas? () Sim () Não

Quem?

15. Há usuários de drogas em casa?
() Sim () Não

Quem?

16. Há usuários de álcool na casa?
() Sim () Não

Quem?

17. Quem paga as despesas da casa? _____

18. Se um de seus filhos morresse, gostaria de ter outro? () Sim () Não
possibilidade? () Sim () Não

19. Está consciente dos riscos da cirurgia anestésica e intra-operatória? () Sim () Não

20. Está consciente das dificuldades técnicas e da irreversibilidade cirúrgica? () Sim () Não

21. Que efeito acha que a cirurgia produzirá em seu corpo? _____

22.O que sente ao dizer: “Eu quero ser estéril”? _____

23.Decisão bem consolidada? () Sim () Não

Pendências a resolver: _____

Método escolhido: _____

Nome | Registro | Carimbo

ANEXO IV - Termo de consentimento informado (Laqueadura)

Eu, _____, portadora da carteira de identidade número _____ órgão emissor _____ 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;
- b) Fui devidamente informado sobre a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 e Lei 14.443, de 2022;
- c) Estou ciente de que esta cirurgia é considerada, na prática, irreversível;
- d) Fui alertada sobre o risco de arrependimento, principalmente em situações de instabilidade conjugal e forte emoção, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, outro casamento ou posterior desejo de ter filhos;
- e) Devo aguardar 60 (sessenta) dias, a partir da assinatura desta solicitação, para que o procedimento possa ser realizado;
- f) Fui informada das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico (inclusive gravidez ectópica) e do anestésico;
- g) Fui informada que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a laqueadura pode apresentar taxa de falha de 0,5%;
- h) 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 disponível na Rede Básica Municipal de Catanduva;
- i) Fui informada que este procedimento não me protege do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus do HIV;
- j) 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.

Catanduva, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do requerente: _____

RG:



ANEXO V - Termo de consentimento informado (Vasectomia)

Eu, _____, portador da carteira de identidade número _____ órgão emissor _____ venho através deste termo solicitar a realização do procedimento cirúrgico para **vasectomia**.

Declaro para os devidos fins que:

- a) Participei da reunião de Planejamento Familiar e conheci os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, também eficazes e reversíveis;
- b) Fui devidamente informado sobre a Lei nº 9.263/96;
- c) Estou ciente de que esta cirurgia é considerada, na prática, irreversível;
- d) Fui alertado sobre o risco de arrependimento, principalmente em situações de instabilidade conjugal e forte emoção, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, outro casamento ou posterior desejo de ter filhos;
- e) Devo aguardar 60 (sessenta) dias, a partir da assinatura desta solicitação, para que o procedimento possa ser realizado;
- f) Fui informado das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico;
- g) Fui informado que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a vasectomia pode apresentar taxa de falha de 0,1 a 0,15%;
- h) 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 disponível na Rede Básica Municipal de Catanduva;
- i) Fui informado que este procedimento não me protege do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus do HIV;
- j) 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.

Catanduva, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do requerente: _____

RG:



ANEXO VI - Planejamento Familiar: Manifestação de vontade de esterilização

PRIMEIRA DECLARAÇÃO

Paciente: _____ Nº Prontuário: _____
Data de nascimento: _____ Estado civil: _____
Nº de filhos vivos: _____ Tipo de esterilização: _____

Em atendimento ao que dispõe a [Lei 14.443, de 2022](#), venho pela presente declaração manifestar a minha expressa vontade de me submeter à esterilização voluntária acima referida, sob os cuidados do médico e hospital indicados, tendo a declarar:

- 1) Que tenho mais de 21 anos e me encontro em plena capacidade civil ou que tenho entre 18 e 21 anos com pelo menos 2 filhos vivos e em plena capacidade civil;
- 2) Que manifesto esta vontade com pleno discernimento, livre e espontaneamente, sem qualquer coação ou influência e que estou em perfeito gozo de saúde mental;
- 3) Que fui amplamente informado(a) a respeito de todos os riscos da cirurgia a qual pretendo me submeter e também acerca de seus efeitos colaterais e dificuldades de sua reversão e da **possibilidade de falha (engravidar)**;
- 4) Que fui devidamente esclarecido(a) e informado(a) sobre todas as opções de contracepção existentes, inclusive as mais facilmente reversíveis, de conformidade com o que dispõe o inciso I do art. 10 da [Lei 14.443, de 2022](#);
- 5) Que aceito me submeter à cirurgia somente após decorridos 60 (sessenta) dias da data de assinatura da presente, desde que eu não manifeste meu arrependimento em sentido contrário por escrito;
- 6) Que as informações aqui prestadas são integralmente verídicas e que tenho conhecimento das consequências criminais em decorrência de declarações falsas, ficando a entidade hospitalar e o médico responsável isentos de quaisquer responsabilidades caso venha a ser apurada eventual incorreção nas informações prestadas.

E por ser esta a expressão da verdade, firmo a presente declaração em duas vias de igual teor para um só efeito.

Catanduva, _____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente
RG:

Assinatura da
testemunha 1
RG:

Assinatura da
testemunha 2
RG:



SEGUNDA DECLARAÇÃO

Declaro que: decorridos 60 (sessenta) dias da minha manifestação de vontade visando a esterilização voluntária, desejo mantê-la integralmente, submetendo-me ao respectivo ato cirúrgico.

Catanduva, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do requerente
RG:

Assinatura da testemunha 1
RG:

Assinatura da testemunha 2
RG:

PROTOCOLO DE INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO NÃO HORMONAL NA SAÚDE BÁSICA DE CATANDUVA

Sumário

1.CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	30
2.CRITÉRIOS NÃO ELEGÍVEIS-DIU-NH	31
3.PREPARAÇÃO PARA INSERÇÃO DO DIU-NH	32
4.MATERIAIS NECESSÁRIOS	32
5.INSERÇÃO DO DIU	33
6.INTERVENÇÕES E ACONSELHAMENTO PÓS-INSERÇÃO DO DIU	34
7.FLUXOGRAMA INSERÇÃO DO DIU	36
CHECK LIST PARA INSERÇÃO DO DIU DE COBRE	37
TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE IMPLANTE DE DIU	40

DISPOSITIVO INTRAUTERINO NÃO HORMONAL (DIU-NH)

Segundo DIU TCu 380^a – FURP (2016), o DIU-NH possui haste do “T” de polietileno enrolada com aproximadamente 176 mg de fio de cobre e cada um de seus braços transversais leva um cilindro de cobre de aproximadamente 68,7 mg. É indicado como contraceptivo intrauterino para mulheres que não apresentam contraindicações ao método e observados os critérios não elegíveis. O efeito anticoncepcional do DIU é obtido através da liberação contínua de íons de cobre na cavidade uterina, o que aumenta a sua concentração na cavidade, no muco cervical e no fluido tubário, prevenindo a fertilização e reduzindo o número e viabilidade dos espermatozoides que chegam à porção ampular da trompa onde está o óvulo e alterando os movimentos dos cílios das trompas, dificultando a movimentação do óvulo em direção ao útero (DIU TCu 380^a FURP, 2016).

Em relação à contracepção, seu índice de falha em 0,8%, ou seja, menos de uma gestação a cada 100 mulheres por ano. Deve-se considerar que este índice poderá sofrer alteração no caso de expulsão ou perfuração e sua durabilidade é de 10 anos com recomendação da OMS de 12 anos. Seu acondicionamento deve ser em temperatura ambiente (entre 15°C e 30°C), protegido da umidade e da luz solar direta (FEBRASGO, 2010; DIU TCu 380^a FURP, 2016, BRASIL, 2018).

1. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Em geral, todas as mulheres podem usar o DIU-NH com eficácia e tranquilidade, sendo sua recomendação em quaisquer circunstâncias, desde que com as orientações adequadas e observações das situações dos critérios não elegíveis apontadas no item abaixo.

2. CRITÉRIOS NÃO ELEGÍVEIS - DIU-NH

O DIU não deve ser inserido quando um ou mais dos critérios demonstrados abaixo existirem:

- 1) Gravidez ou suspeita de gravidez;
- 2) Infecção pélvica aguda ou subaguda;
- 3) Infecção puerperal nos últimos 3 meses;
- 4) Após aborto séptico nos 3 meses anteriores à inserção;
- 5) Sangramento genital de etiologia desconhecida;
- 6) Malignidade uterina conhecida ou suspeita por citologia oncológica;
- 7) Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos 3 meses;
- 8) Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), atual ou nos últimos 3 meses, incluindo cervicite purulenta;
- 9) Doença trofoblástica gestacional maligna ou benigna;
- 10) Malformação uterina congênita;
- 11) Anomalias da cavidade uterina, congênitas ou adquiridas, incompatíveis com a permanência do DIU-NH contendo cobre;
- 12) Tuberculose pélvica;
- 13) Entre 48 horas a 4 semanas após o parto ou aborto comum;
- 14) Mulher que convive com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e apresentam CD4 maior que 200;
- 15) Alergia ao cobre (Doença de Wilson);
- 16) Menstruação volumosa e muito dolorosa;
- 17) Distúrbios de coagulação graves.

Fonte: CASANOVA; DIEGUES; HECK, 2019. Adaptado de DIU TCU 380^a – FURP (2016) e Brasil (2018).

3. PREPARAÇÃO PARA INSERÇÃO DO DIU-NH

Para realização da técnica, indica-se um preparo preliminar à inserção, sendo:

1) O médico deverá solicitar a presença de uma enfermeira, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem para circular a sala;

2) Antes da inserção, os critérios de não elegibilidade devem ser revistos e considerados;

3) Verificar se a paciente apresenta exame de colpocitologia recente (menos de 12 meses) negativo para malignidade e com infecções detectadas por este já tratadas;

4) Fazer um exame pélvico completo para determinar a ausência de condições que contraindicam a inserção do DIU, além da posição do útero;

5) Descartar a gravidez. O profissional antes da inserção do DIU deverá estar atento ao descarte de gravidez. No caso de dúvida, este deverá solicitar a realização do teste rápido de gravidez (β HCG) urinário disponibilizado na unidade de saúde. Persistindo a dúvida, solicitar que a mulher aguarde o período menstrual, ou ainda poderá ser solicitado β HCG quantitativo prévio a inserção.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Espéculo
- Pinça Pozzi
- Histerômetro
- Antisséptico
- DIU-NH
- Luva de procedimento
- Luva estéril
- Pinça de Cheron
- Tesoura de Metzenbaum reta

5. INSERÇÃO DO DIU

- O uso de técnica asséptica é essencial, usar luva estéril.
- O colo uterino e a cavidade vaginal devem ser rigorosamente limpos com uma solução antisséptica aquosa.
- Para se evitar a chance de contaminação, não remova o DIU do tubo de inserção antes de aplicá-lo na cavidade uterina.
- Não deixe os braços do DIU-NH dobrados no tubo de inserção por mais de 5 minutos antes de sua introdução no útero.
- Não dobre os braços do T no sentido contrário ao indicado.

Passos para realização da inserção:

A técnica “*no touch*” para carregar o DIU-NH no aplicador é a mais indicada. Desta forma, o preparo do T de cobre pode ser feito sem comprometer a esterilidade, dobrando os braços do T na embalagem parcialmente aberta. Colocada em uma superfície plana e limpa, puxe o êmbolo parcialmente para não interferir. Segure o T com o dedo polegar e o dedo indicador por cima da embalagem, um dedo de cada lado da extremidade do braço horizontal do T. Empurre o tubo de inserção contra os braços do T como indicado pela seta. Ajuste a guia azul de modo que indique a profundidade (verificada anteriormente com histerômetro) na qual o DIU deverá ser inserido e a direção em que os braços do T se abrirão.

Neste momento, verifique se os braços horizontais e o eixo longo da guia azul estão na mesma direção horizontal. Introduza o tubo de inserção no canal cervical e para cima até o DIU tocar o fundo da cavidade uterina. A guia azul deve estar em contato com o colo uterino – neste instante, **não force a inserção**.

Para liberar os braços do DIU, segure o êmbolo e retraia o tubo de inserção. Esta retirada do tubo de inserção liberará os braços do DIU.

Após os braços do T estarem liberados, o tubo de inserção deve ser movido

suavemente para cima até que seja sentida a resistência do fundo do útero. Isto assegurará a colocação do DIU na posição mais alta possível dentro da cavidade uterina. Retire o êmbolo segurando o tubo de inserção fixo. Retire o tubo de inserção. Os fios poderão ser visualizados. Deixe o comprimento suficiente (aproximadamente 2 a 3 cm) para facilitar a verificação da presença do DIU.

6. INTERVENÇÕES E ACONSELHAMENTO PÓS-INserÇÃO DO DIU

Intervenções e aconselhamentos pós-inserção do DIU-NH a serem seguidas pelos profissionais de saúde:

1) Solicitação de exame de Ultrassom Transvaginal (USTV):

A ultrassonografia transvaginal tem sido considerada como o melhor método para diagnosticar inadequações na posição do DIU, devendo ser indicada como exame de rotina na prevenção de falhas. No entanto, tem sido proposto que o exame clínico é adequado para a avaliação da posição do DIU, dispensando a indicação da ultrassonografia transvaginal para essa finalidade.

Para se considerar um DIU bem posicionado, a distância do ápice do DIU ao fundo uterino não deve ultrapassar 2,5 cm, assim como a distância do ápice ao fundo da cavidade uterina não deve ser superior a 5 mm. A frequência de mau posicionamento encontrada na literatura foi de aproximadamente 11%, cujo único fator associado foi a nuliparidade. Independente das distâncias mencionadas, atualmente o que é mais aceito para um DIU ser considerado com posição inadequada é a sua penetração total ou parcial na endocérvix. (Gonçalves WJ, Bortoletto CC, Sartori MG, Lindsey PC, Araújo F, Baracat EC, et al. *Análise prospectiva pela ultrassonografia de 400 mulheres com dispositivo intrauterino. Reprod Clim. 1995;10(2):63-6.12. Veloso MD, Lobos AG, Aliste SN, Rojas GC, García MP, Matzler PP. Control Ecográfico post- inserción de dispositivo intrauterino. Rev Chil Obstet Ginecol. 2011;76(1):15-200*)

Portanto, assim que inserido o DIU, será solicitado USG Transvaginal para esta paciente a fim de verificar seu bom posicionamento. Estando bem posicionado, a paciente deverá passar por exame ginecológico semestral (exame especular).

O profissional deve visualizar o fio do DIU. Caso não ocorra, o mesmo deverá solicitar novo USGTV e orientar o uso de contraceptivo até que a posição do dispositivo seja confirmada pelo USTV.

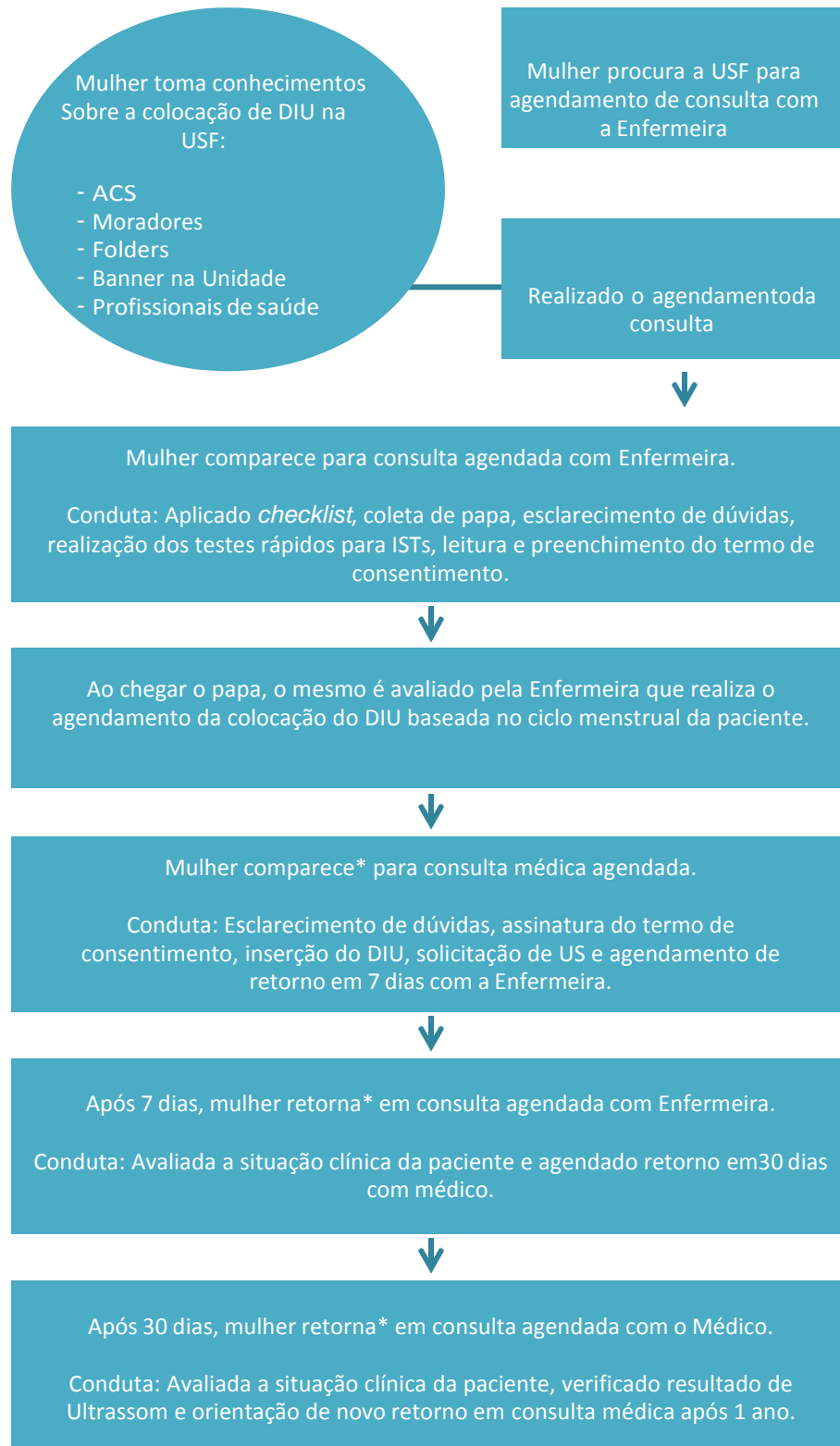
2) Aconselhamento quanto ao reinício da vida sexual em 24 a 48 horas após a inserção do DIU-NH com uso de preservativo, permitindo descanso do corpo ou a depender de critérios de cada casal.

3) Aconselhamento quanto ao uso do preservativo nas relações sexuais como prática segura, sendo este recomendado como uso rotineiro, porém como garantia de contracepção até a realização do USTV.

4) Após realização da ultrassonografia, aconselhar quanto à verificação do fio em exame ginecológico semestral com realização de exame especular.

5) Orientar a paciente que passar em exame ginecológico semestral o uso de outro método contraceptivo quando houver necessidade de confirmar o posicionamento do dispositivo intrauterino.

7.FLUXOGRAMA INSERÇÃO DE DIU



Obs.: Caso a mulher não compareça em algum atendimento agendado, será realizada busca ativa pela equipe - via telefone e ACS.

CHECKLIST PARA INSERÇÃO DO DIU DE COBRE

1) Você deu à luz há mais de 48 horas e há menos de 4 semanas?

() NÃO () SIM

Retarde a colocação de um DIU até atingir 4 ou mais semanas depois do parto.

2) Você teve uma infecção que se seguiu ao parto ou aborto?

() NÃO () SIM

Se ela apresentar, no momento, uma infecção dos órgãos reprodutivos durante as primeiras 6 semanas após o parto (sepsia puerperal) ou ela acabar de ter uma infecção no útero provocada por um aborto (aborto séptico), não insira o DIU. Encaminhe caso ela não tenha recebido o atendimento necessário. Ajude-a a escolher outro método. Após o tratamento, reavalie a possibilidade de utilizar o DIU.

3) Você tem sangramento vaginal que é incomum para você?

() NÃO () SIM

Se ela tiver sangramento vaginal inexplicável que sugira gravidez ou um problema médico subjacente, o uso de um DIU poderia dificultar o diagnóstico e o monitoramento de qualquer tratamento. Ajude-a a escolher um método a ser usado enquanto o problema estiver sendo avaliado e tratado (mas não um DIU hormonal, injetáveis só de progestógeno ou implantes). Após o tratamento, reavalie a possibilidade de utilizar o DIU.

4) Você tem alguma condição ou problema ginecológico ou obstétrico, tais como câncer genital ou tuberculose pélvica? Em caso afirmativo, quais problemas?

() NÃO () SIM

Se houver conhecimento de câncer cervical, endometrial ou ovariano, doença trofoblástica gestacional, tuberculose pélvica: não insira um DIU. Encaminhe para atendimento caso isto ainda não tenha sido feito. Ajude-a a escolher outro método. No caso de tuberculose pélvica, reavalie a possibilidade de utilizar o DIU após o tratamento.

5) Você tem Aids?

() NÃO () SIM

Não insira um DIU se ela tiver Aids, a menos que ela esteja clinicamente bem e em terapia antirretroviral. Caso ela esteja infectada com HIV, mas não tenha Aids, ela poderá usar o DIU. Se uma mulher que tem um DIU colocado desenvolver Aids, ela poderá manter o DIU.

6) Avalie se ela tem risco individual muito alto de gonorreia ou clamídia. Mulheres que apresentam uma probabilidade individual muito alta de exposição a gonorreia ou clamídia não devem colocar um DIU.

7) Avalie se a cliente pode estar grávida. Faça à cliente as perguntas constantes na lista de verificação de gravidez.

8) Há algum tipo de úlcera na vulva, vagina ou cérvix?

() NÃO () SIM

Possibilidade de IST.

9) A cliente sente dor na parte inferior do abdômen quando move o cérvix?

() NÃO () SIM

Possibilidade de DIP.

10) Há descarga cervical purulenta?

() NÃO () SIM

Possibilidade de DST ou DIP.

11) O cérvix sangra com facilidade quando se toca nele?

() NÃO () SIM

Possibilidade de DST ou câncer cervical.

12) Há alguma anormalidade anatômica da cavidade uterina que a paciente tenha conhecimento?

() NÃO () SIM

Se houver uma anormalidade anatômica que distorça a cavidade uterina, talvez não seja possível realizar a colocação adequada do DIU. Ajude-a escolher outro método.

13) Realizou coleta de exame preventivo há quanto tempo?

() Há menos de 1 ano, e tem o exame em mãos – não há necessidade de novo exame.

() Realizou a mais de 1 ano, ou não lembra resultado do último exame – realizar nova coleta.

14) Faz uso de algum anticoncepcional oral ou injetável?

() NÃO Orientar uso do preservativo até a 15 dias após inserção do DIU.

() SIM Manter até 15 dias após a inserção do DIU.

Observações:

Assinatura do profissional: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE IMPLANTE DE DIU

Considerando o artigo 22 do Código de Ética Médica (resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garantem ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu _____

_____ ,
ou seu responsável legal, Sr(a) _____ ,

RG: _____ e CPF: _____ estando em pleno

gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins estar ciente que serei submetida ao procedimento de Implante de Dispositivo Intrauterino (DIU) e que fui previamente informada sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do procedimento a que vou me submeter, bem como as suas eventuais complicações, tais como: perfuração uterina, expulsão do DIU, dor pós implante, sangramento excessivo pós implante, sangramento excessivo no período menstrual (o qual pode levar a anemia), infecção uterina e de anexos uterinos, gravidez (tópica e ectópica), alteração da flora vaginal favorecendo infecções genitais. Assim sendo, concordo em submeter-me ao referido tratamento/procedimento. Declaro, sob as penas da lei, que:

- a) Fui informada sobre os diversos métodos contraceptivos existentes, definitivos e não definitivos, tendo optado pelo uso do DIU;
- b) Fui informada que o implante do DIU não possui 100% (cem por cento) de eficácia para a contracepção;
- c) Estou ciente que o DIU a ser implantado tem prazo de eficácia de 10 anos, devendo, ao final, ser substituído ou retirado;
- d) Estou ciente que, como método anticoncepcional, o DIU também apresenta contraindicações, não devendo ser utilizado diante da suspeita de gravidez ou gravidez confirmada, suspeitas ou presença de tumores uterinos, em caso de sangramento vaginal sem causa conhecida, nas más formações uterinas e na presença de infecções ginecológicas;
- e) Sou sabedora de que a equipe de saúde da referida USF não terá nenhuma responsabilidade em caso de falha na utilização do DIU acarretando gravidez;
- f) Estou ciente, que caso seja meu desejo, posso solicitar a retirada do DIU à equipe de saúde, a qualquer momento.

Declaro posse destes dados, concordo expressamente com a realização do implante de dispositivo intrauterino (DIU de cobre), por mim escolhido como método anticoncepcional.

Autorizo os profissionais a realizarem exames e a praticarem todos os atos médicos e de enfermagem dele decorrente.

Confirmando que recebi as explicações dadas, compreendi e concordo com os itens acima referidos e

que foi dada a oportunidade de me expressar sobre os pontos com os quais não concordasse e, para tanto, assino o presente documento, por ser esta expressão livre e consciente de minha vontade.

Catanduva, _____ de _____ de 2020.

Assinatura da paciente/responsável

Assinatura/carimbo do médico responsável

Responsável legal da paciente: _____

RG: _____ CPF: _____

Grau de parentesco: _____

