



Fluxo de encaminhamento para Vasectomia – Lei Federal nº 14.443

V.2 01/03/2023

DIREITOS REPRODUTIVOS:

- O direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas;
- O direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos;
- O direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.

Fonte: Ministério da Saúde, 2010

CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO:

- A partir de 2 de setembro de 2022 foi aprovada a nova Lei Federal nº14.443, que reduz a idade para realização de laqueadura e vasectomia para homens e mulheres com capacidade civil plena sendo permitido em **maiores de vinte e um anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos**, não sendo necessário a assinatura do cônjuge, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias (60 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 com a oferta de todos os métodos disponíveis pelo SUS e quando necessário avaliação da equipe de saúde para que o usuário tome uma decisão com autonomia e de maneira assertiva, considerando a dificuldade da reversão do método.

ACOLHIMENTO:

- Ao decidir pelos métodos definitivos de contracepção (vasectomia), o usuário deverá dirigir-se a Unidade de Saúde de sua referência, tendo seu cadastro atualizado e definitivo, para que seja possível o encaminhamento ao serviço de especializado para realização do procedimento .
- Com o cadastro atualizado, este deverá ser encaminhado para consulta de enfermagem na qual será realizada a solicitação dos exames e agendamento com o profissional médico para sequência do atendimento .



CONSULTA DE ENFERMAGEM:

- Após o usuário manifestar o desejo da realização da vasectomia, o profissional Enfermeiro solicitará os exames pré-operatórios pelo E- Saúde: creatinina, TAP, hemograma completo, pesquisa de anticorpos anti-HIV 1 e HIV2, análise de caracteres físicos, elementos e sedimento de urina, glicose, rastreamento para sífilis-quimioluminescência. *Instrução Normativa da Enfermagem nº03/2021*. **Orientar a continuidade de método contraceptivo até a realização do procedimento.**
- Ao término do atendimento o profissional Enfermeiro agendará consulta de retorno com o profissional médico em data oportuna com os resultados do exames realizados.



CONSULTA MÉDICA PARA AVALIAÇÃO:

- O profissional realizará a avaliação dos resultados dos exames e do estado geral de saúde.
- Será aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido para realização de esterilização cirúrgica, em 3 vias, **com parecer qualificado contendo idade, paridade, comorbidades e informações necessárias, local, data da solicitação dos exames, assinatura e carimbo médico.**
- Após todos os critérios contemplados o médico realizará através do E-Saúde a inserção do usuário na especialidade: urologia/avaliação vasectomia.

SITUAÇÕES QUE REQUEREM ATENÇÃO:

- **Observar o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o procedimento deverá ser respeitado.**
- **Orientar o usuário levar o termo de consentimento livre e esclarecido assinado, os exames impressos no dia da consulta especializada e no dia do procedimento.**
- Homens abaixo de 21 anos, deverão passar por aconselhamento com a equipe de saúde na APS, para orientação sobre a esterilização precoce, considerado como método potencialmente definitivo devido a dificuldade da reversão.

Termo de consentimento livre e esclarecido para VASECTOMIA

Nome : _____

Data de nascimento: ____/____/____ RG/CPF: _____

Unidade de Saúde: _____ DS: _____ Data: ____/____/____

Eu, _____, desejo

realizar a cirurgia de esterilização permanente. Antes da cirurgia, fui informado a respeito dos riscos que podem ocorrer como hemorragias, infecções, granuloma local e choque anafilático pós-anestésico. Sabendo que existe uma pequena possibilidade de ocorrer recanalização espontânea, levando ao retorno da fertilidade e a uma possível gravidez. Recebi a orientação para que o retorno da atividade sexual, sem qualquer forma de anticoncepção, deve acontecer quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no material ejaculado, exame que será realizado em média 90 dias após o procedimento ou após ter ejaculado no mínimo 20 vezes. Fui orientado que existem outros métodos contraceptivos reversíveis que não causam a interrupção permanente da fertilidade, assim como da dificuldade da reversão cirúrgica. Que a vasectomia não previne a transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Diante dos esclarecimentos prestados pelo médico confirmo, por minha livre e espontânea vontade, o desejo de realizar a esterilização cirúrgica, de acordo com LEI Nº 14.443, DE 2 DE SETEMBRO DE 2022

Assinatura do paciente: _____

1º parecer médico do serviço de atenção primária solicitante

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura do médico e carimbo _____

2º parecer médico do serviço de referência credenciada

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura do médico e carimbo _____

Termo de consentimento livre e esclarecido para VASECTOMIA

Nome : _____

Data de nascimento: ____/____/____ RG/CPF: _____

Unidade de Saúde: _____ DS: _____ Data: ____/____/____

Eu, _____, desejo

realizar a cirurgia de esterilização permanente. Antes da cirurgia, fui informado a respeito dos riscos que podem ocorrer como hemorragias, infecções, granuloma local e choque anafilático pós-anestésico. Sabendo que existe uma pequena possibilidade de ocorrer recanalização espontânea, levando ao retorno da fertilidade e a uma possível gravidez. Recebi a orientação para que o retorno da atividade sexual, sem qualquer forma de anticoncepção, deve acontecer quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no material ejaculado, exame que será realizado em média 90 dias após o procedimento ou após ter ejaculado no mínimo 20 vezes. Fui orientado que existem outros métodos contraceptivos reversíveis que não causam a interrupção permanente da fertilidade, assim como da dificuldade da reversão cirúrgica. Que a vasectomia não previne a transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Diante dos esclarecimentos prestados pelo médico confirmo, por minha livre e espontânea vontade, o desejo de realizar a esterilização cirúrgica, de acordo com LEI Nº 14.443, DE 2 DE SETEMBRO DE 2022

Assinatura do paciente: _____

1º parecer médico do serviço de atenção primária solicitante

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura do médico e carimbo _____

2º parecer médico do serviço de referência credenciada

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura do médico e carimbo _____

Termo de consentimento livre e esclarecido para VASECTOMIA

Nome : _____

Data de nascimento: ____/____/____ RG/CPF: _____

Unidade de Saúde: _____ DS: _____ Data: ____/____/____

Eu, _____, desejo

realizar a cirurgia de esterilização permanente. Antes da cirurgia, fui informado a respeito dos riscos que podem ocorrer como hemorragias, infecções, granuloma local e choque anafilático pós-anestésico. Sabendo que existe uma pequena possibilidade de ocorrer recanalização espontânea, levando ao retorno da fertilidade e a uma possível gravidez. Recebi a orientação para que o retorno da atividade sexual, sem qualquer forma de anticoncepção, deve acontecer quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no material ejaculado, exame que será realizado em média 90 dias após o procedimento ou após ter ejaculado no mínimo 20 vezes. Fui orientado que existem outros métodos contraceptivos reversíveis que não causam a interrupção permanente da fertilidade, assim como da dificuldade da reversão cirúrgica. Que a vasectomia não previne a transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Diante dos esclarecimentos prestados pelo médico confirmo, por minha livre e espontânea vontade, o desejo de realizar a esterilização cirúrgica, de acordo com LEI Nº 14.443, DE 2 DE SETEMBRO DE 2022

Assinatura do paciente: _____

1º parecer médico do serviço de atenção primária solicitante

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura do médico e carimbo _____

2º parecer médico do serviço de referência credenciada

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura do médico e carimbo _____