



PLANEJAMENTO FAMILIAR SEV - SERVIÇO DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA

Lei 9263 de 12/01/1996
Lei 13.146 de 06/07/2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência – Art. 9º - Parágrafo Único e Norma Técnica 071/2016 - MS
Lei 14.443 de 05/09/2022

O Planejamento Familiar é um direito de todo cidadão e está preconizado pela Lei nº 9263 de 12/01/1996 e alterações realizadas pela Lei 13.146 de 06/07/2015 e Lei 14.443 de 05/09/2022.

É um conjunto de ações de regulação de fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

O **SEV** – Serviço de Esterilização Voluntária é uma das ações que compõe o Planejamento Familiar no município de Batatais.

1. Local de execução:

- Centro de Saúde I – Dr. José de Mello e Silva – Praça Anita Garibaldi, s/nº - Centro – Fone 1637613039 ou 37612177.
- Equipe Multiprofissional composta por um profissional de cada área: Medica, Enfermagem, Técnico de Enfermagem, Psicologia e Serviço Social.

2. Podem realizar a esterilização cirúrgica voluntariamente de acordo com a legislação:

- Homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos com dois filhos vivos;
- Homens e mulheres com deficiência de acordo com o preconizado pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência e Normatizado pela NT – MS nº 071/2016;
- Quando há risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

3. É condição para que se realize a esterilização voluntária:

- O prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação do interesse e a realização do atocirúrgico;
- O aconselhamento por equipe multidisciplinar visando: desencorajar a esterilização precoce, informações sobre métodos e técnicas de contracepção cientificamente aceitos, os riscos das cirurgias para esterilização (Laqueadura tubária e Vasectomia), possíveis efeitos colaterais e dificuldades de sua reversão, garantindo a total liberdade de escolha e decisão;
- O acesso a métodos contraceptivos reversíveis;
- O registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e



Prefeitura Municipal da Estância Turística de Batatais – SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Praça Cônego Joaquim Alves, 167 – Fone: (16) 3761-7433 Cx. Postal 58
e-mail: semusabatatais@gmail.com



firmado;

- O consentimento expresso de ambos os cônjuges.

4. Fluxo para o atendimento:

- Agendamento espontâneo realizado pela pessoa interessada, no Centro de Saúde I Dr. Jose deMello e Silva;
- Quando se tratar de Laqueadura eletiva, a pessoa interessada deverá apresentar cópias de exame citológico com data inferior a 01 (um) ano e hemograma recente (exigência do protocolo para referência à Mater);
- Consulta médica para a pessoa interessada (a manifestação do interesse preconizada pela legislação se inicia na data do comparecimento à consulta);
- Atendimento de Enfermagem realizado em grupo, para a pessoa interessada, sobre métodos contraceptivos reversíveis e sobre as cirurgias para esterilização;
- Atendimento domiciliar realizado pelo Serviço Social com avaliação documental;
- Atendimento Psicológico para a pessoa interessada;
- Consulta médica para a pessoa interessada para a conclusão do processo, avaliação de exames caso tenham sido solicitados e referência ao Serviço de Saúde que executará o ato cirúrgico;
- No caso em que a pessoa interessada estiver grávida, os documentos de conclusão dos atendimentos e a referência, serão fornecidos para serem apresentados ao Serviço de Obstetrícia. A realização da Laqueadura após o parto deverá ser realizada, sem restrições, a partir de 05/03/2023 – Lei 14449/2022;
- No caso em que a cirurgia para esterilização for eletiva, os documentos serão enviados à Secretaria Municipal de Saúde após a sua digitação;
- A realização do ato cirúrgico para esterilização somente poderá ser realizada 60 (sessenta) dias após a manifestação de interesse, conforme preconizado em lei. Em um dos documentos realizados para a conclusão do processo estará expressa a data da manifestação de interesse. Caberá ao Serviço de Saúde que executará o ato cirúrgico a avaliação do prazo legal;
- Somente serão concluídos os processos em que todos os atendimentos foram realizados e com a apresentação dos exames solicitados.

5. Anexos:



ANEXO I

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Ao Serviço de Referência

Prezado (a) Senhor (a): _____.

Comunicamos que o (a) Senhor (a) _____,
após os atendimentos de orientação para Planejamento Familiar, realizados por equipe multidisciplinar a
partir do dia __/__/__, decidiu voluntariamente pelo método:

LAQUEADURA TUBÁRIA

VASECTOMIA

Batatais, ____ de _____ de _____.

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR



ANEXO II

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA PLANEJAMENTO FAMILIAR**

SOLICITAÇÃO DE MÉTODO DE ANTICONCEPÇÃO DEFINITIVO

De acordo com Lei Federal de nº 9263 de 12/01/1996, Lei 13.146 de 06/07/2015 e Lei 14.446 de 05/09/2022.

Eu, _____,
RG nº _____ e CPF nº _____
Residente _____
Batatais – SP, solicito de maneira espontânea a realização de:

() LAQUEADURA TUBÁRIA

() VASECTOMIA

Por esse documento, manifesto a minha vontade.

Batatais, _____ de _____ de _____.

Assinatura



ANEXO III

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA PLANEJAMENTO FAMILIAR**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ após
participar de atividades de orientação para Planejamento Familiar onde tive conhecimento sobre as
opções de métodos contraceptivos reversíveis, sobre os riscos e efeitos colaterais do procedimento de
esterilização, sobre a eventual possibilidade de falha em todos os métodos para contracepção, manifesto
de maneira livre a minha vontade em realizar o procedimento abaixo descrito e assinalado, pois considero
que seja o mais adequado:

LAQUEADURA TUBÁRIA

VASECTOMIA

Estou ciente de que poderei recusar-me a realiza-lo a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos.

Batatais, ____ de _____ de _____.

Nome do Candidato: _____

RG nº _____ e CPF nº _____

Assinatura Candidato (a)