



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

RESOLUÇÃO – CIB Nº 31 /2006, de 28 de abril de 2006.

Dispõe sobre critérios para efetivação dos procedimentos de esterilização no âmbito do Estado do Tocantins;

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO TOCANTINS, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições da Portaria nº 931/1997, em especial o art. 2º, expedida pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, c/c os arts. 5º e 14º, do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a análise, discussão e pactuação do Plenário da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada em 28 de abril de 2006;

Considerando a edição da Portaria SAS/MS-48, de 11-2-99 que regulamenta a Lei Federal 9.263, de 12-1-96, que regula o parágrafo 7º da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências;

Considerando que o credenciamento das instituições, para a realização da esterilização cirúrgica deve ser autorizada pelo gestor estadual ou municipal e obedecer ao disposto na referida portaria;

Considerando que a maioria das unidades hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS/TO, não possui ambulatório para oferecimento de Serviços de Planejamento Familiar, condição essa necessária para o credenciamento da Instituição, com vistas à realização dos procedimentos de esterilização;

Considerando que cabe às Unidades Básicas de Saúde e/ou Ambulatórios de Especialidades manter o Serviço de Planejamento Familiar na maioria dos Municípios do Estado do Tocantins;

Considerando a necessidade de estabelecer critérios para o credenciamento das instituições hospitalares para a realização dos procedimentos de esterilização no âmbito do Estado do Tocantins,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar que todos os serviços hospitalares do Estado do Tocantins, que desejarem se credenciar para a realização de laqueadura tubária e vasectomia, deverão encaminhar seus pedidos para a Coordenação de Controle,





GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

Regulação, Avaliação e de Sistema da Secretaria de Estado da Saúde, acompanhado de:

a) - Ficha de Credenciamento da Instituição para a Realização de Laqueadura Tubária e Vasectomia (conforme modelo anexo 1), que obedece ao disposto no artigo 5º da Portaria MS/SAS n.º 48;

b) - Ficha de Identificação do Serviço Hospitalar de Esterilização Cirúrgica, (conforme modelo anexo 2) no qual deverá constar o nome do responsável técnico, a declaração de existência de Comissão de Avaliação da Indicação do Método Definitivo (multiprofissional), com a enumeração de seus componentes;

§ 1º - A Coordenação de Controle Regulação, Avaliação e de Sistema, encaminhará as fichas acima citadas, para a Coordenação Estadual da Atenção Básica, onde serão submetidas a análise das Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, da Criança, do Adolescente e Estratégia Saúde da Família, e posteriormente, serão encaminhadas para análise, apreciação e deliberação da Comissão Intergestores Bipartite:

Art. 2º - Para o credenciamento das instituições hospitalares, de que trata esta resolução, é condição indispensável a comprovação da existência de Serviço Ambulatorial de Planejamento Familiar, que ofereça aos pacientes todos os métodos contraceptivos reversíveis;

Art. 3º - As instituições hospitalares que estejam sob gestão plena municipal, deverão anexar declaração de anuência da respectiva Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 4º - As instituições hospitalares que possuem Serviço Ambulatorial Próprio de Planejamento Familiar, de acordo com os requisitos exigidos na Portaria Ministerial, poderão pleitear seu credenciamento, acrescentando ao disposto no artigo 1º, a Declaração de Serviço Ambulatorial Próprio de Planejamento Familiar (conforme modelo anexo 3), na qual deve constar a identificação do serviço, com endereço completo, nome e cargo do responsável técnico, metodologia de trabalho, métodos de anticoncepção oferecidos e forma de avaliação dos(as) pacientes;

Art. 5º - As instituições hospitalares que desejarem se credenciar para realização dos procedimentos de laqueadura tubária e vasectomia, e que não possuem Serviço Ambulatorial Próprio de Planejamento Familiar, porém recebem pacientes encaminhadas por outras unidades que possuem Serviço de Planejamento Familiar, poderão pleitear seu credenciamento, acrescentando ao disposto no artigo 1º, a Ficha de Identificação das Unidades Ambulatoriais Externas





GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

com Serviço de Planejamento Familiar (conforme modelo anexo 4), na qual deve constar, identificação completa das unidades, declaração da existência de Serviço de Planejamento Familiar, nome e cargo do responsável, número e categoria dos componentes da equipe técnica da unidade, a metodologia utilizada, os métodos de anticoncepção oferecidos e as formas de avaliação dos (as) pacientes;

Art. 6º - As instituições hospitalares credenciadas à prestação deste serviço deverão ainda manter nos prontuários das (os) pacientes, a Ficha de Registro Individual de Notificação de Esterilização (conforme o modelo definido na Portaria MS/SAS n.º 48/99), a expressa manifestação de vontade dos pacientes (Termo de Solicitação e Informação - anexo 6), em documento escrito e firmado, a cópia da Ficha de Encaminhamento do Serviço de Planejamento Familiar para Esterilização Cirúrgica (conforme modelo anexo 5), e a cópia da Ata de conferência médica (Anexo 7);

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor nesta data.


Gismar Gomes
Presidente

ANEXO 1

FICHA DE CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÃO PARA
REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIAINCLUSÃO ()
ALTERAÇÃO ()
EXCLUSÃO ()

CNPJ DO HOSPITAL _____

RAZÃO SOCIAL _____

LOGRADOURO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____

BAIRRO OU DISTRITO _____ CEP _____ MUNICÍPIO _____

CÓDIGO AG. _____ CONTA CORRENTE _____ NOME DO BANCO _____ NOME DA AGÊNCIA _____

CÓD. MUN. _____

ESPECIALIDADE LEITOS PROFISSIONAIS

LEITOS		
ESPECIALIDADE	EXISTENTES	SUS
CIRURGIA		
OBSTETRICIA		
GINECOLOGIA		
CLIN. MÉDICA		
UROLOGIA		
TOTAL GERAL		

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS FORNECIDOS: (S) SIM (N) NÃO

DIAFRAGMA ()

ESPERMICIDA ()

HORMÔNIO ORAL ()

PRESERVATIVO ()

DIU ()

HORMÔNIO INJETÁVEL ()

REFERÊNCIA FORMAL:

DE MÓDULO: _____

MICRORREGIONAL: _____

MACRORREGIONAL: _____

ANEXO 2

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO HOSPITALAR DE ESTERILIZAÇÃO
CIRÚRGICA

I - IDENTIFICAÇÃO:

Nome da Unidade Hospitalar: _____

Endereço : _____

N.º _____ Bairro _____ Município _____
CEP: _____ Telefone _____ Fax _____ Estado : TO

II - SERVIÇO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

Comissão de Avaliação da Indicação do Método Definitivo:

() SIM

() NÃO

COMPONENTES	SIM	NOME DO PROFISSIONAL	CÓDIGO NO CNES	NÃO
Diretor Clínico				
Representante da Comissão Ética				
Médico Gineco-obstetra				
Médico Cirurgião				
Médico Urologista				
Enfermeiro				
Psicólogo				
Assist. Social				
Outros (especificar)				

Responsável Técnico:

Nome e Cargo: _____

Local, Data e Assinatura:

_____, _____ de _____ de _____.

ANEXO 3

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO AMBULATORIAL PRÓPRIO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

I - IDENTIFICAÇÃO:

Nome da Unidade Hospitalar: _____

Endereço : _____

N.º _____ Bairro _____ Município _____

CEP: _____ Telefone _____ Fax _____ Estado : TO

II - SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR:

() SIM

() NÃO

Se sim preencher os seguintes campos:

Responsável Técnico : _____

Formação : _____ Cargo: _____

Profissionais participantes:

CATEGORIA	QUANTIDADE
Médico	
Enfermeiro	
Psicólogo	
Assistente Social	
Educador de Saúde Pública	
Outros (especificar)	

Metodologia Utilizada:

TIPO	SIM	NÃO
Palestra		
Exposição Técnica de Jogos		
Dinâmica de Grupo		
Abordagem Individual		
Outra (especificar)		

Métodos de Anticoncepção Oferecidos: (S) SIM (N) NÃO

Métodos de Anticoncepção	Abordados	Disponíveis
Diafragma		
Preservativo		
Espemicida		
DIU		
Hormônio Oral		
Hormônio Injetável		

Avaliação do Paciente:

TIPO	SIM	NÃO
Clínica		
Psicológica		
Social		

Responsável Técnico:

Nome e Cargo: _____

Local, Data e Assinatura:

_____, _____ de _____ de _____.

ANEXO 4

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DAS UNIDADES AMBULATORIAIS EXTERNAS/ UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

I - IDENTIFICAÇÃO:

Nome da Unidade Hospitalar: _____

Endereço : _____

N.º _____ Bairro _____ Município _____
C.P.: _____ Telefone _____ Fax _____ Estado : TO

II - SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR:

() SIM

() NÃO

Se sim preencher os seguintes campos:

Responsável Técnico : _____

Formação : _____ Cargo: _____

Profissionais participantes:

CATEGORIA	QUANTIDADE
Médico	
Enfermeiro	
Psicólogo	
Assistente Social	
Educador de Saúde Pública	
Outros (especificar)	

Metodologia Utilizada:

TIPO	SIM	NÃO
Palestra		
Exposição Técnica de Jogos		
Dinâmica de Grupo		
Abordagem Individual		
Outra (especificar)		

Métodos de Anticoncepção Oferecidos: (S) SIM (N) NÃO

Métodos de Anticoncepção	Abordados	Disponíveis
Diafragma		
Preservativo		
Espermicida		
DIU		
Hormônio Oral		
Hormônio Injetável		

Avaliação do Paciente:

TIPO	SIM	NÃO
Clínica		
Psicológica		
Social		

Responsável Técnico:

Nome e Cargo: _____

Local, Data e Assinatura:

_____, _____ de _____ de _____.

ANEXO 5

FICHA DE ENCAMINHAMENTO
PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

Da Unidade: _____

Para : _____

Nome da(o) Paciente: _____

Data Nascimento ____/____/____ N°. de Filhos _____

Aconselhamento : Data (s) ____/____/____ ; ____/____/____ ; ____/____/____.

Avaliação Médica: _____

Avaliação Psicológica: _____

Avaliação Social: _____

Justificativa da Indicação: _____

Local, Data e Assinatura do Responsável pelo encaminhamento:

_____, ____ de ____ de ____.

Nome e Cargo

ANEXO 7

ATA DE CONFERÊNCIA MÉDICA

Unidade de Saúde: _____

Registro: _____

Momento da Cirurgia:

a) fora do período gravídico puerperal ()

c) pós-parto ()

b) transparto ()

d) pós-abortamento ()

Nome: _____

Nacionalidade: _____, estado civil: _____.

Com _____ anos de idade,

Residente à _____, Aos _____ dias do mês
na cidade de _____, do ano de _____, os médicos abaixo assinados, inscritos no

Conselho Regional de Medicina desta jurisdição, respectivamente sob os números
_____ e _____ analisaram em conferência médica, os dados clínicos da
paciente acima e indicam a realização da esterilização cirúrgica nos termos do inciso
II do artigo 10 da Lei 9.263 de 12/01/96 com o CID _____.

Lavraram, portanto, a presente ata em 3 (três) vias, sendo a primeira remetida à
Secretaria de Saúde para notificação compulsória junto ao SUS; a segunda anexada
ao prontuário da paciente e a terceira encaminhada à Comissão de Ética Médica da
instituição.

_____, _____ de _____ de _____
Local e data da cirurgia

Assinatura do médico assistente

Assinatura do médico conferencista

Assinatura do requerente

Assinatura do cônjuge