



GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO
- SECRETARIA EXECUTIVA -

RESOLUÇÃO – CIB Nº. 056/2010, de 19 de Maio de 2010.

Dispõe sobre o credenciamento e habilitação do serviço de Laqueadura no Hospital Materno Infantil Tia Dedé, no município de Porto Nacional.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO TOCANTINS/CIB-TO, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas por meio da Portaria Nº 931/1997, que constitui a CIB-TO, em especial o art. 2º, expedida em 26 de junho de 2007 pela Secretaria de Estado da Saúde, c/c os artigos 5º e 14, do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a **RESOLUÇÃO – CIB Nº. 002 /2007**, de 28 de fevereiro de 2007, que dispõe sobre a alteração dos artigos 1º, 2º e 3º e dos anexos 1, 2, 3 e 4 da **Resolução CIB Nº. 31/2006** de 28 de abril de 2006, relativamente aos critérios para efetivação dos procedimentos de Esterilização no âmbito do Tocantins, conforme anexo;

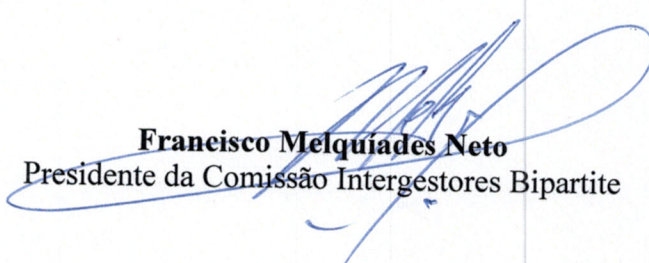
Considerando a apresentação, anexa, realizada pela Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde/ Diretoria de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria/ Coordenação de Controle e Sistemas de Informação/ Gerência de Cadastro, esclarecendo quanto ao fluxo operacional;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite, em Reunião Ordinária realizada aos 19 dias do mês de maio de 2010.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o credenciamento e habilitação do serviço de Laqueadura no Hospital Materno Infantil Tia Dedé, no município de Porto Nacional, a partir da competência junho de 2010;

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor nesta data.


Francisco Melquiades Neto
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite



**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

RESOLUÇÃO – CIB Nº 002 /2007, de 28 de fevereiro de 2007.

Dispõe sobre a Alteração dos Art. 1º, 2º e 3º e dos anexos 1,2,3 e 4 da Resolução CIB Nº 31/2006 de 28 de abril de 2006. Que trata dos critérios para efetivação dos procedimentos de Esterilização no âmbito 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 fevereiro de 2007;

Considerando a necessidade de regulamentação e padronização dos critérios de credenciamento para esterilização cirúrgica voluntária;

Considerando as discussões e conclusões do Grupo Técnico designado na reunião da CIB do dia 15 de dezembro de 2006;

RESOLVE:

Art. 1º - Alterar os artigos 1º, 2º e 3º da Resolução CIB Nº. 31, de 28 de abril de 2006, que passaram a ter a seguinte redação:

“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 seu pedido para a Diretoria de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria da Secretaria de Estado da Saúde, acompanhado de;”

a) -

b) -

“§1º – A Diretoria de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria analisará a documentação, e solicitará Pareceres Técnicos da Diretoria de Atenção Especializada, Diretoria de Atenção Primária e Diretoria de Vigilância Sanitária e posteriormente, no caso de pareceres favoráveis ao





**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

credenciamento, serão encaminhados para análise, apreciação e deliberação da CIB;

"§2º - A Diretoria de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria terá um prazo de 60 dias para solicitar inclusão de pauta na reunião ordinária da CIB no caso de todos os pareceres recomendarem o credenciamento, contados a partir da data de entrega da documentação."

"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 e comprove a existência de médico capacitado para realização do ato cirúrgico."

"Parágrafo Único - É condição indispensável que todos os profissionais participantes das ações de Planejamento Familiar estejam cadastrados no CNES"

"Art. 3º - As instituições hospitalares deverão anexar declaração de anuência da respectiva Secretaria Municipal de Saúde;"

Art. 2º - Os anexos 1, 2, 3 e 4 da Resolução CIB Nº. 31, de 28 de abril de 2006, passam a vigorar de acordo com a redação os anexos 1, 2, 3 e 4 desta resolução;

Art. 3º - Revoga-se as disposições em contrário dos Art. 1º, 2º, 3º e dos anexos 1, 2, 3 e 4 da Resolução CIB Nº. 31, de 28 de abril de 2006;

Art. 4º - Esta Resolução entra em vigor nesta data.

Eugenio Pacceli de Freitas Coelho
Presidente

FICHA DE CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÃO PARA
REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA

INCLUSÃO ()
ALTERAÇÃO ()
EXCLUSÃO ()

CNPJ DO HOSPITAL _____

RUA SOCIAL _____

GRADUADO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____

BARRIO OU DISTRITO _____ CEP _____ MUNICÍPIO _____

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

CÓD. MUN. _____

SPECIALIDADE LEITOS PROFISSIONAIS

LEITOS		
ESPECIALIDADE	EXISTENTES	SUS
QUIRURGIA		
OBSTETRICIA		
GINECOLOGIA		
CLÍN. MÉDICA		
NEFROLOGIA		
OUTROS		
TOTAL GERAL		

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

DIAPHRAGMA () ESPERMICIDA () HORMONAL ORAL COMBINADO ()
HORMONAL ORAL APENAS DE
PROGESTOGENIO ()
RESERVATIVO MASCULINO () DIU () HORMONAL INJETÁVEL ()
RESERVATIVO FEMININO ()
ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA ()
REFERÊNCIA FORMAL:

MÓDULO: _____

COORDENADOR REGIONAL: _____

COORDENADOR REGIONAL: _____

ANEXO 2 – Resolução CIB Nº 02/2007

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO HOSPITALAR DE ESTERILIZAÇÃO
CIRÚRGICA

IDENTIFICAÇÃO:

Nome da Unidade Hospitalar: _____

Endereço: _____

_____, Bairro _____, Município _____
P: _____ Telefone _____ Fax _____ Estado: TO

SERVIÇO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

Comissão de Avaliação da Indicação do Método Definitivo:

() SIM

() NÃO

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

Responsável Técnico:

Nome e Cargo: _____

Assinatura, Data e Assinatura:

_____, _____ de _____ de _____.

ANEXO 3 – Resolução CIB Nº 02/2007

**DECLARAÇÃO DE SERVIÇO AMBULATORIAL PRÓPRIO DE
PLANEJAMENTO FAMILIAR**

IDENTIFICAÇÃO:

Nome da Unidade Hospitalar: _____

Endereço : _____

Nº _____ Bairro _____ Município _____

CEP: _____ Telefone _____ Fax _____ Estado : _____

- 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 Masculino		
Preservativo Feminino		
Espermicida		
DIU		
Hormonal Oral Apenas de Progestogênio		
Hormonal Oral Combinado		
Hormonal Injetável		
Anticoncepção de Emergência		

Avaliação do Paciente:

TIPO	SIM	NÃO
Clínica		
Psicológica		
Social		

Responsável Técnico:

Função e Cargo: _____

Data e Assinatura:

_____, _____ de _____ de _____.

ANEXO 4 – Resolução CIB Nº 02/2007

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

IDENTIFICAÇÃO:

Nome da Unidade Hospitalar: _____

Endereço : _____

Bairro _____

Município _____

CEP: _____

Telefone _____

Fax _____

Estado : TO _____

SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR:

(☐) SIM

(☐) NÃO

Se não, 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 Masculino		
Preservativo Feminino		
Espermicida		
DIU		
Hormonal Oral Apenas de Progestogênio		
Hormonal Oral Combinado		
Hormonal Injetável		
Anticoncepção de Emergência		

Avaliação do Paciente:

TIPO	SIM	NÃO
Clínica		
Psicológica		
Social		

Responsável Técnico:

Função e Cargo: _____

Data e Assinatura:

_____, _____ de _____ de _____.



**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

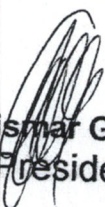


**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

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



Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde

Diretoria de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria

Coordenação de Controle e Sistemas de Informação

Gerência de Cadastro



- Solicitação de credenciamento e habilitação do serviço de Laqueadura e Vasectomia no Hospital Materno Infantil Tia Dedé no município de Porto Nacional - To.



- A solicitação do credenciamento do serviço de esterelização através de ofício para a DCRAA.
- A DCRAA encaminha solicitação de parecer para as áreas técnicas (DAE - Diretoria de Atenção Especializada, DAP - Diretoria de Atenção Primária, VISA - Diretoria de Vigilância Sanitária).



- Após o deferimento das áreas técnicas através de parecer favorável, faz se necessário encaminhamento para apreciação e deliberação da CIB de acordo com a resolução CIB Nº. 002/2007.
- Portanto solicitamos a aprovação.