

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

(Laqueadura Tubária ou Vasectomia)

maio/2015

I – REGRAS GERAIS

1. Definição

- a. A laqueadura tubária e a vasectomia são métodos contraceptivos, realizados por meio de cirurgia voluntária, em geral, adequados para casais que estão seguros e desejosos da contracepção permanente.

2. Códigos Utilizados

- b. cód. 45.06.005-3 (laqueadura tubária);
- c. cód. 56.05.044-5 (vasectomia).

3. Indicações

- d. A Resolução Normativa 338, de 21/10/2013, da Agência Nacional de Saúde – ANS atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, e estabelece em seu anexo II, itens 10 e 11, as condições e critérios para cobertura dos métodos contraceptivos, por meio de cirurgia voluntária através da laqueadura tubária ou vasectomia, conforme segue:
 - I. em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 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, para os devidos aconselhamentos e informações.
 - II. em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro filho, registrado em relatório assinado por dois médicos.

4. Obrigatoriedades

- e. Deve ser apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade do beneficiário(a), após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
- f. É necessário o consentimento expresso do cônjuge/companheiro(a) em documento escrito e firmado, para a realização da vasectomia ou da laqueadura.
- g. Avaliação psicológica prévia da condição emocional e psicológica do beneficiário.
- h. O beneficiário deverá ter conhecimento do caráter de difícil reversibilidade do procedimento, bem como de seus riscos e eventuais complicações.

5. Autorização prévia

- i. O procedimento requer a autorização prévia pela administração do Programa, tanto na modalidade de livre-escolha, quanto na Rede Credenciada.
- j. A autorização será feita no pedido médico original, o qual deverá ser apresentado pelo beneficiário ao hospital onde será realizada a cirurgia.
- k. A realização da cirurgia sem autorização prévia é de inteira responsabilidade do beneficiário, não sendo passível de posterior reembolso.

6. Vedações

- I. É vedada a realização de vasectomia e laqueadura tubária nos seguintes casos:
 - I. em mulheres que manifestem a vontade de esterilização cirúrgica durante o período de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;
 - II. esterilização cirúrgica em mulher através de cesárea, indicada para fim exclusivo de esterilização;
 - III. quando a manifestação de vontade expressa para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura ou vasectomia) ocorrer durante alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.
- m. A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.
- n. O Programa **não cobre a reversão do procedimento**.

7. Custeio

- o. Haverá incidência de custeio de **10%** (dez por cento) à conta do beneficiário titular, nos termos do art. 58 da Resolução/Presi/Secbe 9, de 23/04/2014.
- p. Os custeios serão consignados em folha de pagamento do beneficiário titular em parcelas **mensais fixas de 5% da remuneração**, descontados o IR e a Previdência (PSS/INSS).

8. Reembolso

- q. Os tratamentos realizados pelo sistema de livre-escolha (fora da Rede Credenciada) seguem os mesmos critérios e procedimentos estabelecidos para os serviços prestados por profissionais ou instituições credenciadas, inclusive no que se refere às autorizações prévias, para direito ao reembolso. ([Ver Rotina de Reembolso](#)).

II – ROTINA

1. O beneficiário deverá apresentar a documentação necessária a autorização do procedimento à **DIASA/SECBE**, se vinculado ao TRF ou à SEBES, se vinculado a Seccional, conforme segue:
 - 1.1 Pedido médico original e justificativa;
 - 1.2 Comprovante de idade superior a 25 anos ou cópia da certidão de nascimento de no mínimo 02 (dois) filhos vivos;
 - 1.3 Formulário preenchido e assinado pelo beneficiário em que declare a expressa vontade de submeter-se ao procedimento solicitado – anexo a esta rotina;
 - 1.4 Consentimento expresso do cônjuge/companheiro(a), formalizado pela assinatura no formulário “termo de consentimento”;
 - 1.5 Cópia da certidão de casamento ou declaração de união estável;
 - 1.6 Obs: em caso de risco de vida para a beneficiária, mulher, apresentar também uma ata de esterilização, assinada por pelo menos 2 (dois) médicos.
2. A documentação será anexada ao Prontuário Eletrônico do beneficiário(a).
3. O pedido médico original será encaminhado à DIVAF, para autorização.
4. A autorização será assentada no pedido médico original, (por perícia singular), a qual deverá ser apresentada pelo beneficiário na ocasião da cirurgia, juntamente com o Termo de Consentimento e demais documentos solicitados pela equipe médica/hospital.
5. Optando o beneficiário pela utilização da livre escolha, quanto ao profissional e/ou clínica/hospital, e se cumprida a tramitação relativa à autorização prévia do procedimento, terá direito ao reembolso, limitado ao valor constante das tabelas adotadas pelo Programa. ([Ver Rotina de Reembolso](#)).

Obs: [Preencher abaixo o Formulário “TERMO DE CONSENTIMENTO”](#).

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE VASECTOMIA

1) Eu, abaixo assinado, procurei por minha livre e espontânea vontade o(a) Dr(a). _____ para ser submetido à cirurgia de esterilização permanente, **VASECTOMIA**.

2) Antes da cirurgia, foi-me informado que:

- A Vasectomia é um método cirúrgico de interrupção da fertilidade masculina, por meio da secção dos ductos deferentes, interrompendo a passagem dos espermatozóides para o líquido ejaculado. Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia caso a condição clínica o requeira. São feitos um ou dois cortes na bolsa escrotal, posteriormente suturados, podendo haver ou não a necessidade da retirada de pontos, dependendo do material utilizado.
- Complicações que podem ocorrer: hematoma (sangramento interno), manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer quaisquer destas situações ou outras não descritas ou ainda se restar qualquer dúvida ou problema, o médico e/ou sua equipe deverão ser contatados.
- A reversão desta cirurgia pode ser tentada. No entanto, quanto maior o tempo menor é o índice de sucesso em readquirir fertilidade. **A reversão cirúrgica não é coberta pelo PRO-SOCIAL.**
- Apesar de a vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade (1 em cada 2.000 cirurgias) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozóides de um coto do ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez.
- O método não interfere na libido nem causa disfunção erétil. Até o momento não se conhece nenhuma doença que ocorra mais frequentemente em homens vasectomizados.
- A atividade sexual poderá ser retomada sem qualquer forma de anticoncepção quando o espermograma mostrar ausência de espermatozóide no ejaculado. Isto só ocorre em geral após uma média de 25 ejaculações, número necessário para se “esvaziar” o trato genital ajusante.

3) Diante do exposto, eu, _____,
Documento de Identidade: _____, idade ____ anos, estou ciente dos esclarecimentos e manifesto que desejo ser submetido à vasectomia, por minha livre e espontânea vontade.

Local e data: _____

Assinatura do beneficiário: _____

Nome do cônjuge/companheira: _____

Assinatura do cônjuge/companheira: _____

Atenção: Apesar de seu médico poder lhe dar todas as informações necessárias e aconselhá-la, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA

1) Eu, abaixo assinada, procurei, por minha livre e espontânea vontade, o(a) Dr.(a) _____, para ser submetida a uma operação de esterilização permanente, LAQUEADURA.

2) Antes da operação, foi-me informado que:

- A laqueadura é um método cirúrgico de interrupção de fertilidade feminina, que consiste no fechamento das tubas uterinas. Nela as trompas são seccionadas e suas extremidades amarradas de tal forma que a passagem dos espermatozoides, feita no sentido ascendente, e a do óvulo, no sentido descendente, ficam bloqueadas. Tal procedimento pode ser realizado através do método aberto, também chamado de laparotomia, ou por videolaparoscopia, onde não há exposição da cavidade abdominal.
- Apesar de se tratar de um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade de ocorrer recanalização espontânea das trompas, com retorno da fertilidade e possibilidade de gravidez.
- **A reversão cirúrgica desta operação é possível, contudo, não é coberta pelo PRO-SOCIAL.** É importante salientar que tal procedimento não garantirá o sucesso em readquirir a fertilidade.

3) Diante do exposto, eu, _____,
Documento de Identidade: _____, idade ____ anos, estou ciente dos esclarecimentos e manifesto que desejo ser submetida à laqueadura, por minha livre e espontânea vontade.

Local e data: _____

Assinatura da beneficiária: _____

Nome do cônjuge/companheiro: _____

Assinatura do cônjuge/companheiro: _____

Atenção: Apesar de seu médico poder lhe dar todas as informações necessárias e aconselhá-la, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.