

# Diário Oficial

Estado de São Paulo

Poder Executivo

Seção I

GOVERNADOR MÁRIO COVAS

Palácio dos Bandeirantes

Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344

Volume 110 - Número 8 - São Paulo, quarta-Feira, 12 de janeiro de 2000

## Saúde

GABINETE DO SECRETÁRIO

COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE

### **Resolução SS-5, de 11-1-00**

*Estabelece critérios para a efetivação dos procedimentos de esterilização no âmbito do Estado de São Paulo*

O Secretário de Estado da Saúde,

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, com exceção dos Serviços Universitários, a maioria das unidades hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS/SP, 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 de São Paulo,

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

Artigo 1º : Todos os serviços hospitalares do Estado de São Paulo, que desejarem se credenciar para a realização de laqueadura tubária e a vasectomia, deverão encaminhar seu pedido para a Secretaria de Estado da Saúde, acompanhado de:

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

2 - Ficha de Identificação do Serviço Hospitalar de Esterilização Cirúrgica, (conforme modelo anexo) 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 e a informação sobre a existência dos Comitês de Mortalidade Materna, Mortalidade Neonatal e Serviço de Aborto Legal;

Parágrafo Primeiro: Para o credenciamento das instituições hospitalares, de que trata este artigo, é condição indispensável a comprovação da existência de Serviço Ambulatorial de Planejamento Familiar, que ofereça aos pacientes todos os métodos contraceptivos

reversíveis;

Parágrafo Segundo: As instituições hospitalares que estejam sob gestão plena municipal, deverão anexar declaração de anuência da respectiva Secretaria Municipal de Saúde.

Artigo 2º : As instituições hospitalares que possuírem 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), 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 pacientes;

Artigo 3º - 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 com Serviço de Planejamento Familiar (conforme modelo anexo), 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 pacientes;

Artigo 4º - 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, em documento escrito e firmado, que contenha no mínimo as informações constantes no modelo em anexo, a cópia da Ficha de Encaminhamento do Serviço de Planejamento Familiar para Esterilização Cirúrgica (modelo em anexo), e a cópia do parecer da Comissão de Avaliação da Indicação do Método Definitivo do Hospital.

Artigo 5º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

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

INCLUSÃO 1 ALTERAÇÃO 3 EXCLUSÃO 5

CGC DO HOSPITAL

RAZÃO SOCIAL

LOGRADOURO NÚMERO COMPLEMENTO

BAIRRO OU DISTRITO CEP MUNICÍPIO

CÓDIGO AG. CONTA CORRENTE NOME DO BANCO NOME DA AGÊNCIA

UF CÓD. MUN.

ESPECIALIDADE LEITOS PROFISSIONAIS  
NOME COD CONTRATADOS TOTAL  
CIRURGIA 1  
OBSTETRICIA 2  
CLIN. MÉDICA 3  
UROLOGIA 4  
TOTAL GERAL

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS FORNECIDOS

DIAFRAGMA PRESERVATIVO ESPERMICIDA DIU HORMÔNIO ORAL

HORMÔNIO INJETÁVEL

REFERÊNCIA FORMAL:

SISTEMA MUNICIPAL

SISTEMA ESTADUAL

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO HOSPITALAR DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA  
I - IDENTIFICAÇÃO:

Nome da Unidade Hospitalar: \_\_\_\_\_

Endereço : \_\_\_\_\_

N.º \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Estado : SP

II - SERVIÇO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

Comissão de Avaliação da Indicação do Método Definitivo:

SIM ( NÃO (

Componentes:

SIM

NÃO

Diretor Clínico

Representante da Comissão Ética

Médico GO

Médico Urologista

Enfermeiro

Psicólogo

Assist. Social

Outros (especificar)

Comitê de Morte Materna

SIM ( NÃO (

Comitê de Mortalidade Neonatal

SIM ( NÃO ( Serviço de Aborto Legal

SIM ( NÃO ( Responsável Técnico: (Nome e Cargo) \_\_\_\_\_

Data e Assinatura:

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO AMBULATORIAL PRÓPRIO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

I - IDENTIFICAÇÃO:

Nome da Unidade Hospitalar: \_\_\_\_\_

Endereço : \_\_\_\_\_

N.º \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Estado : SP

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:

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) \_\_\_\_\_

Data e Assinatura:

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DAS UNIDADES AMBULATORIAIS EXTERNAS COM SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

I - IDENTIFICAÇÃO:

Nome da Unidade: \_\_\_\_\_

Endereço : \_\_\_\_\_

N.º \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Estado : SP

Área de Abrangência: \_\_\_\_\_

População Estimada: \_\_\_\_\_

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:

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) \_\_\_\_\_

Data e Assinatura:

FICHA DE ENCAMINHAMENTO  
PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA  
Da Unidade

Para \_\_\_\_\_

Nome Da (o) Paciente \_\_\_\_\_

Data Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº. de Filhos \_\_\_\_\_

Aconselhamento : Data (s) \_\_\_\_/\_\_\_\_ ; \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ;

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Avaliação Médica \_\_\_\_\_

Avaliação Psicológica \_\_\_\_\_

Avaliação Social \_\_\_\_\_

Justificativa da Indicação \_\_\_\_\_

Data e

Assinatura do Responsável pelo encaminhamento : (Nome e Cargo)

Expressa manifestação de vontade

Eu, \_\_\_\_\_, nascido (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro expressamente minha manifestação voluntária de vontade de realizar uma cirurgia (operação) que visa minha esterilização permanente, denominada de laqueadura tubária/vasectomia bilateral.

Declaro ainda que me foi dado amplo e irrestrito acesso à todas as informações sobre os riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, impedimento de conceber meus próprios filhos no futuro bem como as opções de contracepção reversíveis existentes.

Local:

Data:

\_\_\_\_\_ (Assinatura)

Nome:

RG: