

POP	ELABORAÇÃO	REVISÃO	VERSÃO	Nº PÁGINAS
002	Julho/2018	Abril/2023	02	14
TIPO DE DOCUMENTO Procedimento Operacional Padrão			ATIVIDADE Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva - Laqueadura/Vasectomia	

1. INTRODUÇÃO:

O acesso à informação sobre a saúde sexual e reprodutiva é considerada uma das áreas de atuação prioritárias na saúde pública, pois contribui para uma melhor qualidade de vida e de saúde das pessoas, proporcionando maior responsabilidade social sobre às suas escolhas e atos. Destina-se à homens e mulheres na idade adulta e adolescentes, além de casais.

Para a oferta de planejamento reprodutivo é importante que as equipes de saúde reconheçam as suas atribuições individuais e coletivas, bem como as suas competências ético-legais para o desenvolvimento profissional baseado nas necessidades dos (as) usuários.

Ainda como alicerce de atuação, as equipes devem usar o aconselhamento, as atividades educativas e atividades clínicas, visando a construção de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo ou casal, proporcionando as pessoas condições para que avaliem suas próprias vulnerabilidades, tome decisões sobre ter ou não filhos e sobre os recursos a serem utilizados para concretizar suas escolhas, observando o que seja mais adequado à sua realidade e à prática do sexo seguro, bem como são fundamentais para a qualidade da atenção prestada.

Na atenção em anticoncepção, é fundamental oferecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva, e quando se trata do desejo e da oferta de métodos contraceptivos definitivos, nomeados como esterilização cirúrgica e voluntária (laqueadura e vasectomia), é necessário também conhecer integralmente os pressupostos da legislação vigente, Lei nº 14.443, de 02 de setembro de 2022 e da Lei nº 9.263, de 12 janeiro de 1996.

2. OBJETIVO:

Padronizar o fluxo de acesso e encaminhamento ao procedimento de esterilização cirúrgica voluntária e eletiva (vasectomia e laqueadura) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em Lages/SC.

3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

AÇÕES		AGENTES
3.1	<ul style="list-style-type: none"> Acolhimento 	Todos os membros das equipes de saúde
3.2	<ul style="list-style-type: none"> Manifestação do desejo em realizar a esterilização cirúrgica e voluntária. (Laqueadura/Vasectomia). 	Usuário (a)
3.3	<p>Atentar para Critérios de Elegibilidade e Encaminhar para consulta médica e/ou de enfermagem na UBS de referência:</p> <ul style="list-style-type: none"> Homens e Mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou pelo menos com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. Atenção: Em caso de usuários (as) de <u>área descoberta</u> de ESF, o (a) usuário (a) deve ir presencialmente agendar consulta de enfermagem no CEASM. 	Todos os membros das equipes de saúde
3.4	<p>Consulta de enfermagem e / ou médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Apresentar ao usuário (a) todas as possibilidades de métodos contraceptivos (métodos de barreira, métodos hormonais, métodos definitivos e métodos comportamentais); Verificar se o (a) usuário (a) preenche os critérios para procedimento de esterilização cirúrgica e voluntária (laqueadura e vasectomia), conforme consta na <u>Lei nº 9.263</u> de 12 de janeiro de 1996 e <u>Lei nº 14.443</u> de 02 de setembro de 2022. Informar ao usuário (a) sobre vantagens e desvantagens, riscos cirúrgicos e possíveis efeitos colaterais da esterilização cirúrgica e voluntária. 	Enfermeiro (a) E /OU Médico (a)

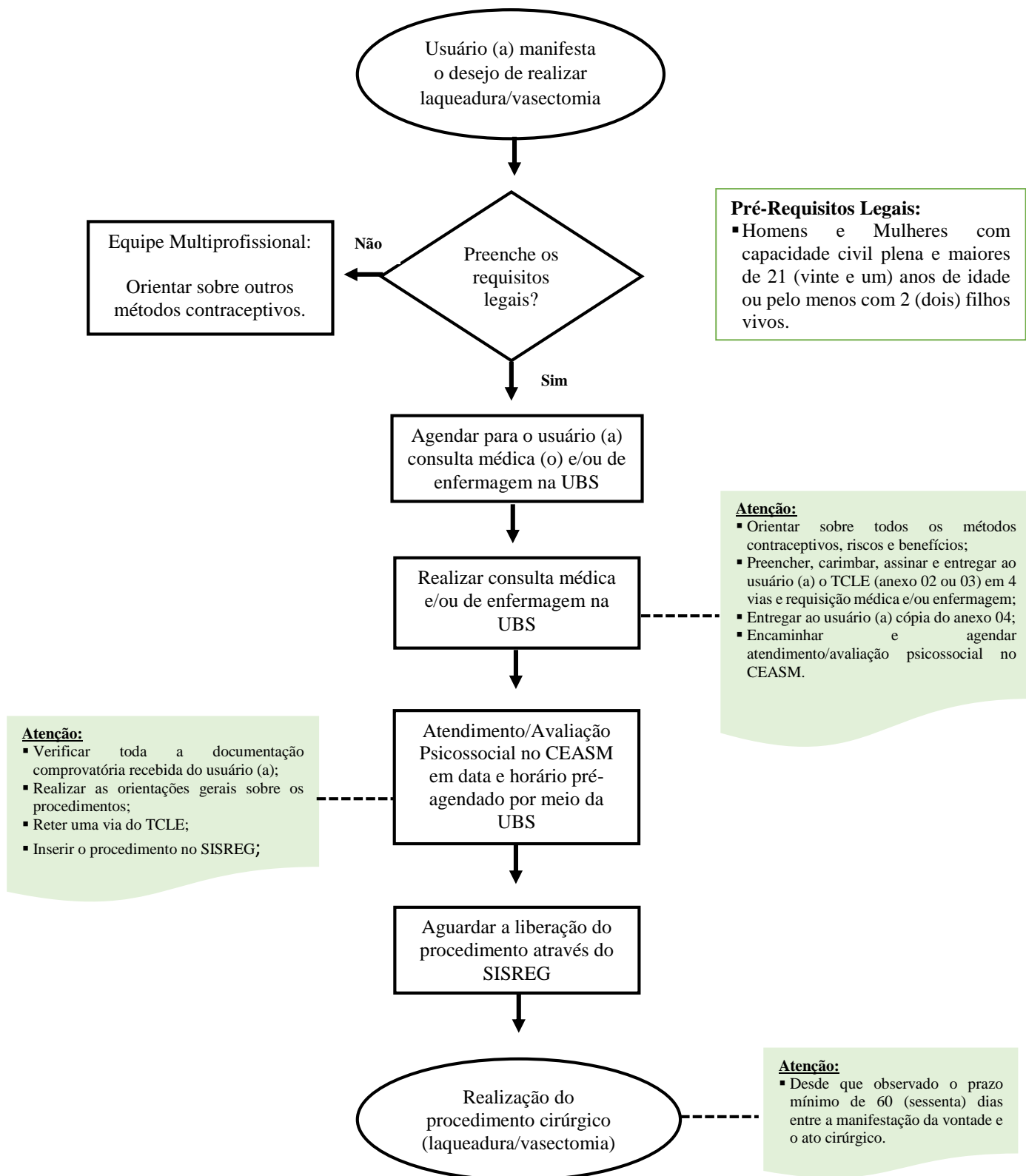
<p>3.4</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar ao usuário (a) que o procedimento não é reversível por meio do Sistema Único de Saúde – SUS. ▪ O profissional Médico (a) e/ou Enfermeiro (a) deve preencher e fornecer ao usuário (a) uma requisição de encaminhamento ao procedimento, devidamente carimbada e assinada. Esta requisição deve ficar com o (a) usuário e ser entregue durante o atendimento no Centro de Estudos e Assistência à Saúde da Mulher - CEASM. ▪ O profissional Médico (a) e/ou Enfermeiro (a) deve fornecer ao usuário (a) 04 (quatro) vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Realização de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva- <u>Laqueadura ou Vasectomia</u> - Anexo 02 (laqueadura) ou Anexo 03 (vasectomia). ▪ O TCLE deve ser lido, preenchido e assinado nas 04 (quatro) vias pelo usuário (a) ou responsável legal, informando data e local. ▪ O TCLE também deve ser lido e assinado pelo profissional médico (a) e/ou enfermeiro (a) que realizou a consulta. ▪ Com relação ao TCLE: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 01 (uma) via deve ficar armazenada na UBS junto ao prontuário do (a) usuário (a); ➤ E as outras 03 (três) vias do TCLE devem ser entregues ao usuário (a) ou responsável legal para que seja entregue uma 01 (uma) via no CEASM, 01 (uma) via ao serviço especializado que realizará a cirurgia e a 01 (uma) via será do usuário (a). ▪ Orientar e informar ao usuário (a) que para efetivação do processo, o (a) usuário (a) será após esta consulta, encaminhado ao CEASM para realizar atendimento/avaliação psicossocial. 	<p>Enfermeiro (a) E /OU Médico (a)</p>
-------------------	---	--

3.4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar o (a) usuário (a) que para realizar o atendimento no CEASM, é obrigatório levar a requisição do encaminhamento para procedimento; levar 01 (uma) via assinada do TCLE e a cópia de toda a documentação descrita no Anexo 04 (quatro). ▪ O profissional Médico (a) e/ou Enfermeiro (a) deve registrar todas as orientações e condutas realizadas em prontuário do (a) usuário (a). ▪ Atenção: ▪ Neste atendimento o profissional Médico (a) e/ou Enfermeiro (a) deve oferecer e realizar para o usuário (a) testes rápidos para detecção de HIV, Sífilis, HCV e HBsAg, com fornecimento de laudo carimbado e assinado por profissional habilitado. Em casos de resultados reagentes, iniciar imediatamente o tratamento e/ou encaminhamentos necessários conforme fluxos e pactuações preexistentes. ▪ Nos casos que o desejo for de realizar Laqueadura: a usuária deve ainda estar com o exame citopatológico de colo uterino (preventivo) em dia, conforme rotina preconizada no município. 	<p style="text-align: center;">Enfermeiro (a) E /OU Médico (a)</p>
3.5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar agendamento para atendimento psicossocial no CEASM, através de contato telefônico – (49) 3251-7900. ▪ Reforçar a orientação a (o) usuária (o) que na data de atendimento no CEASM, é obrigatório levar cópia de todos os documentos solicitados no Anexo 04, bem como a requisição do encaminhamento para procedimento e 01 (uma) via assinada do TCLE. 	<p style="text-align: center;">Todos os membros das equipes de saúde</p>
3.6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização atendimento psicossocial no CEASM com o objetivo de orientar/ aconselhar os (as) usuários (as) e/ou 	<p style="text-align: center;">Assistente Social</p>

	<p>casais para os aspectos voltados a esterilização voluntária e eletiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conferência de toda a documentação solicitada. ▪ Inserção do procedimento no Sistema de Regulação - SISREG. 	<p>E /OU Psicóloga (o)</p>
<p>3.7</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Após a autorização do procedimento via SISREG, será gerada uma guia com a informação de data, horário e local do procedimento. ▪ O (a) usuário (a) receberá contato telefônico para confirmação do interesse no procedimento. ▪ Após confirmação do interesse pelo usuário (a) em realizar o procedimento, o (a) usuário (a) deve comparecer no dia, hora e local previamente informado para consulta no serviço especializado que realizará o procedimento. ▪ Vale ressaltar que a sequência de atendimento/procedimento pode ser realizado em outro município conforme pactuações e este será organizado através do Tratamento Fora de Domicílio (TFD). ▪ Os profissionais que informaram o (a) usuário (o) sobre o agendamento no serviço especializado, devem registrar em documento oficial (ata, livro de registros, entre outros) ou em prontuário do (a) usuário (a) as informações abaixo: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Data e o Horário da realização dos contatos realizados com o (a) usuário (a), bem como a forma do contato. ➤ Registrar que o (a) usuário confirma/ aceita o atendimento e/ou que relata desistências e/ou cancelamentos. 	<p>Equipe Regulação E /OU Equipe TFD E /OU Equipe CEASM</p>

<p>3.8</p>	<p>Quando se tratar de usuárias gestantes:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Seguir todos os passos anteriores.▪ Orientar sobre a possibilidade de realização da laqueadura em situações onde o parto possa evoluir para cesariana.▪ Informar que o desejo de laqueadura não é fator decisivo para realização de cesariana.▪ A decisão por cesariana acompanhada de laqueadura é de responsabilidade do profissional médico (a) no momento do parto.▪ No momento do parto, a gestante deve estar portando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Realização de Esterilização Cirúrgica e Voluntária-Laueadura, com data superior há 60 dias conforme prevê a <u>Lei nº 14.443</u> de 02 de setembro de 2022.▪ Nos casos de realização da laqueadura após o parto, comunicar o CEASM.▪ Em caso de não realização da Laueadura no parto, a usuária seguirá em fila de espera no SISREG conforme passos anteriores deste POP.	<p>Todos os membros da equipe de saúde</p>
------------	--	--

4. FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA (LAQUEADURA/VASECTOMIA)



5. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

A **Laqueadura** é um procedimento eficaz e permanente. No primeiro ano, após o procedimento, a taxa de gravidez é de 0,5 para 100 mulheres. Dez anos após o procedimento, a taxa é de 1,8 para 100 mulheres.

Podem ocorrer algumas complicações (raras), mas que devem ser alertadas, como por exemplo as infecções e/ou sangramento no local da incisão; infecções e/ou sangramento intra-abdominal; lesões de órgãos pélvicos ou abdominais; reação alérgica ao anestésico; embolia pulmonar.

Alguns estudos indicam para a laqueadura uma proporção de arrependimento entre 10 e 20% das mulheres laqueadas, sendo as taxas maiores de arrependimento nas seguintes situações: Entre mulheres que realizaram o procedimento antes dos 30 anos de idade; ter poucos ou nenhum filho ou ter todos os filhos do mesmo sexo; Entre mulheres solteiras ou em união conjugal recente ou instável; A separação e um novo casamento; Informação deficiente sobre os riscos e efeitos colaterais do procedimento, as possibilidades e o acesso à técnica de reversão; Insuficiente informação sobre os outros métodos anticoncepcionais; Com história de morte de um filho após o procedimento;

A **Vasectomia** é um procedimento cirúrgico simples, de pequeno porte, seguro e rápido, pode ser realizado em ambulatório, com anestesia local e não altera a vida sexual do homem.

Após a realização do procedimento de vasectomia, recomenda-se fazer o exame de espermograma para ter certeza de que a vasectomia foi eficaz antes de liberar as relações sexuais sem proteção anticoncepcional adicional, sendo necessário, ter um resultado que demonstre a azoospermia para atestar que a vasectomia funcionou, pois nem o número de ejaculações, nem o tempo após a cirurgia são indicadores confiáveis.

Podem ocorrer algumas complicações, que também devem ser alertadas: as agudas, destacam-se à formação de hematomas e a infecção local; E as complicações crônicas (raras), a síndrome dolorosa pós-vasectomia, que inclui a congestão epididimária; a epididimite; o granuloma espermático; e a persistência de espermatozoides no ejaculado, essa última decorrente de erro técnico ou recanalização.

Importante esclarecer que ambos os procedimentos não são reversíveis através do Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 15 de janeiro de 1996, Seção 1, p. 561. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9263-12-janeiro-1996-374936-norma-pl.html>. Acesso em: 8 abril. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 5 de setembro de 2022, Seção 1, p. 5. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2022/lei-14443-2-setembro-2022-79318publicacaooriginal-166038-pl.htm> Acesso em: 8 abril. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf Acesso em: 8 abril. 2023.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Parecer nº 259**. Rio de Janeiro, RJ, 27 de setembro de 2016. Parecer de Conselheiro. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-2592016_46252.html. Acesso em: 17 abril de 2023.

Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN/SC). **Resposta técnica nº36/CT/2018**. Florianópolis, SC, 23 de julho de 2018. Disponível em: <https://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2018/08/RT-036-2018-Encaminhamento-Enfermagem-Esteriliza%C3%A7%C3%A3o-volunt%C3%A1ria-.pdf> Acesso em: 23 abril de 2023.

INCA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Protocolos de Regulação Ambulatorial – **Planejamento Reprodutivo: versão digital 2023**. Porto Alegre: TelessaúdeRSUFRGS, 9 de fevereiro de 2018 [atualiz. 26 abr. 2023] disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>. Acesso em: 05 de maio de 2023.

**ANEXO 01 – FICHA DE CADASTRO PARA O PROCEDIMENTO DE
LAQUEADURA/VASECTOMIA (PREENCHIMENTO NO CEASM)**

Lages, _____/_____/_____.

Unidade de Saúde Referência: _____**Procedimento:** _____ **Nº do registro:** _____**Nome Completo:** _____**DN:** ____/____/____ **Idade:** _____ **CPF ou RG:** _____**Cartão SUS:** _____ **Cartão Família:** _____**Telefone:** _____**Escolaridade:** _____**Estado civil:** _____ **Tempo de relação conjugal:** _____**Endereço:** _____ **Nº** _____**Bairro:** _____ **Ponto de referência:** _____**Nº de filhos:** _____ **Composição Familiar:** _____ **Profissão:** _____**Gestante:** () Sim **Período Gestacional:** _____ () Não_____
Carimbo e Assinatura profissional / Registro Conselho

ANEXO 02 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Realização de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva- Laqueadura¹

Eu _____, portadora do CPF: _____, idade: _____ anos, () gestante () não estou gestante, declaro estar ciente dos esclarecimentos prestados pela equipe de saúde da UBS: _____ e manifesto na data de hoje ____/____/____ meu desejo de ser submetida a laqueadura tubária por minha livre e espontânea vontade. Também sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar ao menos 60 dias, conforme preconiza a Lei nº 14.443/2022, ainda estou ciente que posso revogar o consentimento que agora presto a qualquer momento antes da cirurgia.

Antes do procedimento, foi-me informado que:

Existem outras formas para evitar gestações sem causar interrupção permanente da fertilidade, tais como: preservativo (camisinha feminino e masculino), diafragma, dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepcionais hormonais (pílulas e injetáveis). Também foi explicado que meu parceiro poderia realizar a vasectomia como método contraceptivo permanente.

A intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir uma gestação. Em qualquer cirurgia existe a necessidade do uso de anestesia. A decisão do tipo de anestesia será avaliada pelo Serviço de Anestesia.

A esterilização cirúrgica em mulher **durante o período de parto** será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas. **A decisão por cesariana acompanhada de laqueadura é de responsabilidade do profissional médico, no momento do parto, não sendo fator determinante para cesariana.**

Embora o método de laqueadura tubária seja um dos mais efetivos, em se tratando dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não chega a 100%. Existe uma porcentagem de falha de 0,41% que independe do paciente ou do médico.

Em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do procedimento e da situação vital de cada paciente. Assim como, o risco o risco de complicações intra-operatórias ou pós-operatórias.

A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas, não tem cobertura custeada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclareci todas as dúvidas que me ocorreram e participei do processo de decisão sobre o meu tratamento.

Assim, **CONSINTO** que se realize o procedimento de LAQUEADURA TUBÁRIA e este formulário atesta minha aceitação ao procedimento proposto.

Assinatura da usuária: _____

Assinatura e carimbo do médico (a) e /ou enfermeiro (a): _____

¹ Termo Adaptado do Protocolos de Regulação Ambulatorial – Planejamento Reprodutivo: versão digital 2023. Porto Alegre: Telessaúde RS-UFRGS. **Observação:** É obrigatório o preenchimento completo deste termo em quatro (04) vias originais, devendo uma via ficar arquivada no prontuário da usuária na UBS; outra via, entregue a usuária ou responsável legal; a terceira via deverá ser levada pela usuária para ser entregue ao CEASM; a quarta deverá ser levada pela usuária e entregue ao serviço especializado que realizará a cirurgia. As respectivas assinaturas são imprescindíveis à eficácia deste Termo.

ANEXO 03 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Realização de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva- Vasectomia²

Eu _____, portador do CPF: _____, idade: _____ anos, declaro estar ciente dos esclarecimentos prestados pela equipe de saúde da UBS: _____ e manifesto na data de hoje ____/____/____ meu desejo de ser submetido a vasectomia por minha livre e espontânea vontade. Também sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar ao menos 60 dias, conforme preconiza a Lei nº 14.443/2022, ainda estou ciente que posso revogar o consentimento que agora presto a qualquer momento antes da cirurgia.

Antes da operação, foi-me informado que:

A vasectomia é um método cirúrgico de interrupção permanente e definitiva da fertilidade masculina, causada pela secção dos ductos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado. Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia, caso a condição clínica requeira. São feitos um ou dois cortes na bolsa escrotal, que são posteriormente suturados, podendo haver ou não a necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado.

As complicações são raras, mas podem ocorrer: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas, deve-se procurar atendimento médico.

A vasectomia não interfere na função sexual, não causa impotência sexual (ou disfunção sexual) e não previne a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis.

A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização do ducto deferente, não tem cobertura custeada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar de a vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez.

Recomenda-se o uso de outro método contraceptivo por 3 meses ou até o paciente ter ejaculado 30 vezes, número mínimo para “esvaziar” o trato genital. Após este período, um espermograma deve ser realizado. O retorno da atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção deve acontecer quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no ejaculado (azoospermia).

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclareci todas as dúvidas que me ocorreram e participei do processo de decisão sobre o meu tratamento.

Assim, CONSENTO que se realize o procedimento de VASECTOMIA e este formulário atesta minha aceitação ao procedimento proposto.

Assinatura do usuário: _____

Assinatura e carimbo do médico (a) e /ou enfermeiro (a): _____

² Termo Adaptado do Protocolos de Regulação Ambulatorial – Planejamento Reprodutivo: versão digital 2023. Porto Alegre: Telessaúde RS-UFRGS. **Observação:** É obrigatório o preenchimento completo deste termo em quatro (04) vias originais, devendo uma via ficar arquivada no prontuário do usuário na UBS; outra via, entregue ao usuário ou responsável legal; a terceira via deverá ser levada pelo usuário para ser entregue ao CEASM; a quarta deverá ser levada pelo usuário e entregue ao serviço especializado que realizará a cirurgia. As respectivas assinaturas são imprescindíveis à eficácia deste Termo.

**ANEXO 04 – DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA CADASTRO NO CEASM
LAQUEADURA/VASECTOMIA**

ATENÇÃO: Para concluir seu cadastro no procedimento de **LAQUEADURA OU VASECTOMIA** é necessário comparecer no CEASM com os seguintes documentos:

- ❖ 03 vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) preenchidas e assinadas na sua Unidade Básica de Saúde (UBS);
- ❖ Requisição de encaminhamento para o procedimento de laqueadura e vasectomia devidamente preenchida e assinada por profissional médico (a) e/ou enfermeiro (a) da sua UBS;
- ❖ Cópia dos documentos abaixo:
 - Documento com foto usuário (a) (RG e CPF);
 - Cartão do SUS do usuário (a);
 - Cartão família do usuário (a);
 - Certidão de Nascimento de todos os Filhos (as);
 - Comprovante de residência do usuário (a);
 - Resultado do teste rápido (HIV, HCV, Sífilis, HBSag) do usuário (a);
 - Resultado de exame preventivo do último ano (se laqueadura) da usuária.

Com a documentação completa, você deve comparecer no CEASM em data e horário pré-agendados na sua UBS de referência para realizar seu atendimento psicossocial e a concluir o cadastro.

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO
001	Julho de 2018	POP Laqueadura e Vasectomia
ELABORAÇÃO	FUNÇÃO	ASSINATURA
Bruna Correa Vaz	Enfermeira/ COREN-SC 277.579 Coordenadora CEASM	
Deise Boeira Braga de Lima	Psicóloga/CRP12/10414 CEASM	
Elisângela Apa ^a de Souza	Téc. Enfermagem/COREN-SC 663568 Programa Saúde do Homem	
Tiago Santer	Enfermeiro/COREN-SC-236579 Coordenador Programa Saúde do Homem	
Wander Galvão Lopes Fernandes	Assistente Social/ CRESS/SC-5575 CEASM	
REVISÃO	FUNÇÃO	ASSINATURA
Emilli Wiggers Alves	Enfermeira/COREN-SC-230154 Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade	
Deini Maria Neto	Enfermeira COREN/SC- 505797 Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade	
Júlio Cesar de Castro Ozório	Médico/ CRM-SC 8041 Médico de Família UBS Tributo	
Otávio Manolo	Assistente Social/ CRESS-SC 7285 Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade	
VALIDAÇÃO	FUNÇÃO	ASSINATURA
Conselho Municipal de Saúde de Lages (CMSL) – Ata VIII/2018 de 08/08/2018	Conselho Municipal de Saúde de Lages (CMSL) - Resolução nº13/2018 de 08/08/2018	
APROVAÇÃO	FUNÇÃO	ASSINATURA
Odila Maria Waldrich	Secretária Municipal de Saúde de Lages/SC	
VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO
002	Abril de 2023	Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva - Laqueadura/Vasectomia
REVISÃO	FUNÇÃO	ASSINATURA
Bruna Correa Vaz	Enfermeira/ COREN-SC 277.579 Chefia de Núcleos e Comitês	
Dayane Cristina Bordin	Enfermeira/ COREN-SC 178003 Coordenadora CEASM	
Jéssica Godoy da Cruz	Assistente Social/ CRESS/SC/12 ^o R nº 7832 CEASM	
Letícia Carolina Chaves	Psicóloga/CRP- SC 12/22765 CEASM	
Mariana Ap ^a de O. Morgenstern Schulze	Psicóloga/CRP- SC 12/22765 CEASM	
Melyssa Proença Palma Nunes	Enfermeira/COREN-SC 257159 Gerente de Atenção Especializada	
APROVAÇÃO	FUNÇÃO	ASSINATURA
Claiton Camargo de Souza	Secretário Municipal de Saúde de Lages/SC	