



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA  
Estado de São Paulo  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E  
VASECTOMIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Número Filhos vivos: \_\_\_\_\_ Idade dos Filhos \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_  
Data Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Tempo de União \_\_\_\_\_  
Data do Último Parto ou Aborto: \_\_\_\_\_ Número Parto : \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
Data Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Nome: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco \_\_\_\_\_  
Número do Processo Judicial que autoriza a realização da cirurgia: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

§ 1º. É condição para que se realize a esterilização, o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º. É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante períodos de parto, aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA  
Estado de São Paulo  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

representar maior risco para sua saúde. Neste caso, a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos. (Texto retirado do § único do artigo 4º da portaria nº 48 do Ministério da Saúde)

**DIRETRIZES PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA**

Declaro, para os devidos fins, que a equipe de Planejamento Familiar, livremente procurado(a) por mim, com a finalidade de realizar esterilização cirúrgica – laqueadura tubária/vasectomia – dentro das diretrizes a seguir, conforme Resolução Normativa nº 167/2008 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e o que preceitua a lei nº 9.263/1996 " Lei do Planejamento Familiar " e a Portaria nº 48/1999 do Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, esclareceu-me que:

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco 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, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 3º. Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º. A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º. **Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.**

§ 6º. **A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.**

**Art. 12. vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica .**

Art. 15 - Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no artigo 10, está sujeito à pena de reclusão de dois a oito anos e multa, que será aumentada de um terço se for realizada:

I- Durante o período de parto ou aborto.

II- Com a manifestação da vontade do esterilizado expressa durante o uso de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental.

III- Através de histerectomia ou ooforectomia.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA  
Estado de São Paulo  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

IV- Em pessoa incapaz, sem autorização judicial.

V- Através de cesariana indicada para fim exclusivo de esterilização.

- A cirurgia de esterilização a ser consiste basicamente na interrupção da continuidade das TROMPAS DE FALÓPIO (na mulher) / como objetivo de impedir uma nova gravidez.

Esta técnica necessita anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia e embora, o método de laqueadura tubária é o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha de 0,41%. Assim, há o risco de engravidar novamente. Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco potencial de morbidade e mortalidade, derivado do ato cirúrgico e das condições clínicas de cada paciente.

**- As complicações que poderão surgir são:**

a) Intra-operatórias: hemorragias, lesões de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico, etc.

b) Pós operatórias: Leves e mais freqüentes (seromas, hematomas, edemas, hemorragias, cistites, orquites, etc.) e Graves e excepcionais (eventração, apnéia, trombose, perfurações de órgãos, etc)

- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

**- Existem outros métodos de contraceção que não são irreversíveis:**

a) Método de barreira;

b) Anticoncepção hormonal;

c) Contraceção intra-uterina (DIU);

d) Métodos naturais;

A vasectomia é um método cirúrgico de interrupção da fertilidade masculina, causada pela secção dos vasos 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 minha condição clínica o requeira. São feitos um ou dois cortes no escroto, que são posteriormente costurados, podendo haver ou não necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado.

As complicações, raras, que podem ocorrer são: hematoma (sângramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas ou ainda se eu tiver qualquer dúvida ou problema, devo entrar em contato com meu médico e/ou sua equipe.

Apesar de poder ser tentada a reversão futura desta cirurgia, ou seja, a recanalização do ducto deferente, quanto maior o tempo de interrupção do deferente, menor o índice de sucesso em readquirir fertilidade.

Apesar de a vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade (01 em cada 2000 operações) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer passagem dos



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA  
Estado de São Paulo  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

espermatozoides de um ducto para outro e voltarem a ser ejaculados e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar gravidez.

O método não interfere na função sexual nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Até o momento não se conhece nenhuma doença que ocorra mais frequentemente em homens vasectomizados. O paciente só poderá retomar sua atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no ejaculado. Isto só ocorre em geral após uma média de 25 ejaculações, que é o número necessário para “esvaziar” o trato genital, que está à frente de onde foi feita a secção do ducto deferente.

**- O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar não prevê cobertura para a realização da reversão cirúrgica.**

( ) Declaro que entendi as explicações que me foram prestadas pelo(a) médico(a) em linguagem clara e simples, esclarecendo todas as dúvidas que me ocorreram. Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

( ) Declaro que todas as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha completa responsabilidade;

( ) Declaro ter recebido aconselhamento multidisciplinar e após ter recebido todas as informações necessárias informo que participei do processo de decisão;

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto, antes que o procedimento cirúrgico seja realizado.

**Por tal razão e nestas condições CONSENTO que se realize a ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA, nas condições indicadas.**

Pirassununga, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura Paciente ou Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura cônjuge ou companheiro

afirmar de próprio punho, se for o caso: “não há”

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Enfermeiro(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Psicólogo (a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo da (o) Assistente Social