

CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA (LAQUEADURA / VASECTOMIA)

A esterilização (vasectomia e laqueadura tubária) é um método contraceptivo cirúrgico e definitivo. É realizado na mulher através da ligadura ou corte das trompas, impedindo o encontro dos gametas masculino e feminino. No homem, é realizado pela ligadura ou corte dos canais deferentes (vasectomia), o que impede a presença dos espermatozoides no líquido ejaculado.

CREDENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DE CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA

Fluxo para municípios de Gestão Plena:

O fluxo de credenciamento dos serviços para realização dos procedimentos de laqueadura e vasectomia também está previsto no Anexo II desta Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.939, DE 22 DE MAIO DE 2019 (página 7).

- 1) No caso dos municípios que detém a gestão de seus prestadores (Gestão Plena), o gestor Municipal de Saúde, deverá averiguar se a instituição requisitante atende a todos requisitos e critérios constantes na DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 2.939, DE 22 DE MAIO DE 2019, Art. 3, página 2.
- 2) A unidade de saúde pleiteante do credenciamento para a realização dos procedimentos de Laqueadura Tubária e Vasectomia deverá encaminhar para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS):
 - a. A Ficha de Solicitação Credenciamento da Instituição preenchida em modelo previsto no anexo I desta deliberação (vide anexo).
 - b. Cópia do CNES da instituição comprovando os profissionais que atuam no serviço.
 - c. Cópia da ata de apreciação do pleito junto ao Conselho Municipal de Saúde
- 3) O Gestor Municipal de Saúde depois de averiguadas as documentações enviadas pela instituição e em concordância com o credenciamento, deverá submeter o pleito para apreciação do Conselho Municipal de Saúde.

- a. Caso ocorra aprovação, a SMS em Gestão Plena do Sistema deverá alterar no CNES e comunicar formalmente à Superintendência/Gerência Regional de Saúde a conclusão do processo de credenciamento;
- b. A Superintendência/Gerência Regional de Saúde, por sua vez, deverá comunicar à SES-MG/SUBPAS/SRAS/Coordenação Materno Infantil que irá conferir toda a documentação encaminhada via processo SEI e irá concluir o processo.
 - Caso a Coordenação Materno Infantil identifique alguma divergência fará um comunicado via processo sei para adequações e posterior ciência e concordância do credenciamento.

Observação: Atenção especial aos demais requisitos legais da esterilização cirúrgica contidas nas legislações vigentes, tais como a de realização da notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde da LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996.

Fluxo para municípios de Gestão Estadual:

- 1) No caso dos municípios que não detém a gestão de seus prestadores (Gestão Estadual), o gestor Municipal de Saúde, deverá averiguar se a instituição requisitante atende a todos os requisitos e critérios constantes na DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 2.939, DE 22 DE MAIO DE 2019, Art. 3, página 2.
- 2) A unidade de saúde pleiteante do credenciamento para a realização dos procedimentos de Laqueadura Tubária e Vasectomia deverá encaminhar para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS):
 - a. A Ficha de Solicitação Credenciamento da Instituição preenchida em modelo previsto no anexo I desta deliberação (vide anexo).
 - b. Cópia do CNES da instituição comprovando os profissionais que atuam no serviço.
 - c. Cópia da ata de apreciação do pleito junto ao Conselho Municipal de Saúde

- 3) O Gestor Municipal de Saúde depois de averiguadas as documentações enviadas pela instituição e em concordância com o credenciamento solicita a Coordenação de Atenção à Saúde (CAS) da Unidade Regional de Saúde de sua área de abrangência, via processo SEI contendo documentação completa, o credenciamento do serviço.
- a. A CAS recebe a documentação e emite parecer técnico em Formulário de Análise de Viabilidade Técnica para Contratação de Serviços Assistenciais Anexo IV da deliberação (vide anexo IV).
 - b. O parecer regional deverá considerar:
 - i. Conformidade da documentação exigida;
 - ii. A natureza da instituição e se o estabelecimento já presta serviços para o SUS;
 - iii. Se o estabelecimento possui no quadro funcional os profissionais necessários;
 - iv. Se o estabelecimento implantou o serviço de Planejamento Reprodutivo e oferta todas as opções de métodos contraceptivos reversíveis, ou que seja referência de serviços que ofereçam todos os métodos;
 - v. Critérios técnicos de avaliação da rede de atenção à saúde: programação do teto da PPI para os procedimentos, instituições previamente credenciadas no município e Região de Saúde (RS), volume e local de produção dos procedimentos (laqueadura/ vasectomia) de residentes do município e da RS, perfil de cirurgia ginecológica eletiva do município/ RS, tempo de espera para realização de laqueadura eletiva/ vasectomia e existência de demanda reprimida ou vazios assistenciais, forma de organização e realização do planejamento reprodutivo no município/RS
 - c. Em caso de não conformidade documental, a CAS retorna ao gestor municipal para correções necessárias.
 - d. Em caso de parecer desfavorável, a CAS devolve o processo ao gestor municipal.

- e. Em caso de parecer favorável, a CAS submete a proposta para pactuação na Comissão Intergestores Bipartite Micro (CIB MICRO).
- f. A CIB MICRO analisa o processo
 - i. Se for desfavorável, a Secretaria Executiva da CIB MICRO devolve o processo ao Município, via CAS.
 - ii. Se for favorável, a CIB MICRO pactua a proposta e encaminha à Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação.
- g. A Secretaria Executiva da CIB, por sua vez, encaminha processo para análise e parecer técnico da SUBPAS/ SRAS/ Coordenação Materno Infantil.
- h. A SUBPAS/ SRAS/ Coordenação Materno Infantil após análise documental emite parecer técnico acerca do credenciamento do serviço
 - i. Se for desfavorável, devolve o processo à Secretaria Executiva da CIB para encaminhamento ao Município, via CAS;
 - ii. Se for favorável, devolve o processo à Secretaria Executiva da CIB para homologação em CIB.
 - iii. A Secretaria Executiva da CIB providencia homologação e devolve o formulário de pactuação homologada à SUBPAS/ SRAS/ Coordenação Materno Infantil.
 - iv. A CMI providencia uma minuta de Resolução para credenciamento do serviço e encaminha para validação da Assessoria Jurídica da SES-MG . Esse processo somente ocorrerá após a Secretaria Executiva da CIB enviar a CMI a homologação.
 - v. A Assessoria Jurídica da SES-MG analisa a minuta e devolve para a SUBPAS/ SRAS/ Coordenação Materno Infantil para rubrica. A CMI posteriormente devolve para a Assessoria Jurídica para publicação da Resolução.

- vi. Após publicação da Resolução, a CMI/DATE/SRAS/SUBPAS encaminha documentação completa para a Unidade Regional de Saúde que procede com alteração no CNES e comunica ao gestor municipal.

Observação: Atenção especial aos demais requisitos legais da esterilização cirúrgica contidas nas legislações vigentes, tais como a de realização da notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde da LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996.

BASE LEGAL

- **DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 2.939, DE 22 DE MAIO DE 2019, Art. 3, página 2.**

https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202939%20-%20SUBPAS_SRAS_MULHER%20-%20Processo%20de%20laqueadura_%20vasectomia%20no%20estado%20-%20final.pdf

- **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o §7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece prioridades, e dá outras providências.**

ANEXOS

(Estes arquivos estão disponíveis no site da SES no formato editável)

ANEXO I DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 2.939, DE 22 DE MAIO DE 2019.

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DA INSTITUIÇÃO

01 Solicitação		Inclusão	Alteração	Exclusão
Credenciamento em: _____				
02 CGC do Hospital			03 Razão Social / Nome	
04 Logradouro			05 Número	
06 Complemento		07 Bairro ou Distrito		08 CEP
09 Município				10 UF
11 ESPECIALIDADE		LEITOS		PROFISSIONAIS
Nome	Código	SUS	Total	
Cirurgia	1			
Obstetrícia	2			
Clínica Médica	3			
Urologia	4			
Totais				
12 OFERECE ASSISTÊNCIA A ANTICONCEPÇÃO				
Serviço Próprio	Métodos Comportamentais:			
	☐ Ogino-Knaus (tabelinha) Temperatura Basal ☐ Método de Billings			
	Métodos de Barreira:			
	☐ Preservativos Masculino e Feminino Diafragma			
	Métodos Hormonais Orais Métodos Hormonais Injetáveis Anticoncepção de emergência DIU			
Dados do Serviço de Planejamento Reprodutivo de referência*	Nome completo da Unidade:			
	Nome do Responsável pelo Serviço:			
	Cargo do responsável pelo serviço:			
Acesso a Serviço de Referência*	Métodos Naturais			
	☐ Ogino-Knaus (tabelinha) Temperatura Basal ☐ Método de Billings			
	Métodos de Barreira:			
	☐ Preservativos Masculino e Feminino Diafragma			
	Métodos Hormonais Orais Métodos Hormonais Injetáveis Anticoncepção de emergência DIU			
*Preenchimento obrigatório para unidades hospitalares que não ofertam todos os métodos de contracepção				
13 ASSINATURAS				
_____ Diretor Clínico		_____ Diretor do Serviço de Referência*		_____ Gestor Municipal do SUS



SAÚDE

**MINAS
GERAIS**GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.**ANEXO IV DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 2.939, DE 22 DE MAIO DE 2019**

FORMULÁRIO DE ANÁLISE DE VIABILIDADE TÉCNICA PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS		
UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE		
MUNICÍPIO SOLICITANTE		POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO
REGIÃO DE SAÚDE / REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE		POPULAÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE
INSTITUIÇÃO SOLICITANTE		CNES
EXISTE SERVIÇO ESTRUTURADO PARA CONTRATAÇÃO IMEDIATA? ☐ SIM ☐ NÃO		
ANÁLISE DO PONTO DE VISTA TÉCNICO-ASSISTENCIAL (conformidade da documentação apresentada, prestação de serviços ao SUS-MG, adequação do quadro funcional de profissionais, oferta dos métodos contraceptivos na instituição/rede municipal de saúde, critérios técnicos de avaliação da rede de atenção à saúde)		
PARECER REFERENTE A CONTRATAÇÃO ☐ FAVORÁVEL ☐ DESFAVORÁVEL		
DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO COORDENADOR DO NÚCLEO DE REDES / REFERÊNCIA TÉCNICA DA SRS/GRS	