

PROTOCOLO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA NA MATERNIDADE ESCOLA

Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

1. FINALIDADE

Realizar a laqueadura tubária nas pacientes encaminhadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, observando-se os requisitos de elegibilidade e ofertando condições de qualidade e segurança para a assistência da mulher.

2. JUSTIFICATIVA

A Lei nº 9.263/1996 estabeleceu o planejamento familiar como um direito e orienta ações de atenção sexual e reprodutiva nos serviços de saúde do país, incluindo a contracepção. O Ministério da Saúde indica que o planejamento deve ser ofertado com esclarecimentos sobre os métodos que melhor se adequem às necessidades de cada pessoa, sem discriminação, coerção ou violência. A norma foi alterada pela Lei nº 14.443/2022 para estabelecer as condições de acesso à esterilização voluntária.

Para realização da esterilização voluntária são descritos os seguintes requisitos de elegibilidade:

- Idade mínima com capacidade civil plena de 21 anos, independentemente do número de filhos vivos;
- Prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação de vontade e o ato cirúrgico;
- Condição de saúde geral que permita a realização do procedimento cirúrgico de forma segura;
- Consentimento informado assinado pela paciente após aconselhamento adequado sobre os métodos contraceptivos permanentes e reversíveis;
- Decisão voluntária da paciente, livre de coerção ou pressão externa.

Não é mais necessário o consentimento expresso de ambos os cônjuges para a realização de laqueadura tubária.

3. REQUISITOS DE ELEGIBILIDADE PARA CIRURGIA NA MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

- Condição de saúde geral que permita a realização do procedimento cirúrgico de forma segura: **PACIENTES SEM COMORBIDADES OU COM DOENÇA SISTÊMICA LEVE, BEM CONTROLADA E SEM LIMITAÇÕES FUNCIONAIS – ASA (American Society of Anesthesiologist) 1 OU 2** (Exemplos: Fumante atual, bebedor social de álcool, obesidade grau 1, hipertensão bem controlada...)
- Idade mínima com capacidade civil plena de 21 anos, independentemente do número de filhos vivos;
- Prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação de vontade e o ato cirúrgico;

- Consentimento informado assinado pela paciente após aconselhamento adequado sobre os métodos contraceptivos permanentes e reversíveis;
- Decisão voluntária da paciente, livre de coerção ou pressão externa.

CRITÉRIOS DE INEGIBILIDADE OU AVALIAÇÃO MÉDICA	
INEGIBILIDADE*	
<p>- Doença sistêmica moderada ou grave Obesidade grau 2 ou 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão Arterial não controlada ou em uso de mais 2 de anti-hipertensivos • Coronariopatia ou cardiopatia • Pneumopatia moderada a grave (Mal asmático, bronquiectasias, DPOC, ...) • Síndromes neurológicas • Hepatopatias • Doenças da coagulação (passado de trombose, TVP, discrasias sanguíneas, ...) • Doenças hematológicas (Anemia falciforme, leucemias, linfomas, mieloma múltiplo, ...) • Entre outras. <p>- Neoplasia ginecológica</p> <p>- Gravidez</p>	
AVALIAÇÃO MÉDICA	
Miomatose uterina	<ul style="list-style-type: none"> • O médico do ambulatório realizará a avaliação da paciente a partir da clínica, exames laboratoriais e de diagnóstico
Endometriose	

* Qualquer dúvida quanto à patologia relacionada a inegibilidade, o médico do ambulatório deverá ser consultado.

4. PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO NA UNIDADE MUNICIPAL

- Avaliação clínica pré-operatória completa, incluindo histórico médico, exame físico e exames complementares: **HEMOGRAMA COMPLETO + PLAQUETAS, URÉIA, CREATININA, TAP e PTT.**

- Avaliação ginecológica:

- Descartar condições que contraindiquem o procedimento como gravidez, miomatose uterina, neoplasia ginecológica, endometriose grave, entre outras;
- Realizar preventivo ginecológico em pacientes maiores do que 25 anos, caso a data do exame seja superior a 3 anos;
- Realizar ultrassonografia transvaginal, caso a data do exame seja superior a 3 anos;

- Consentimento informado assinado pela paciente após aconselhamento adequado sobre os métodos contraceptivos permanentes e reversíveis.

- Checagem do termo da **MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA** com antecedência de 60 (sessenta) dias ao ato cirúrgico.

- Marcação da data para consulta e acolhimento através do SISREG (Sistema Nacional de Regulação) e encaminhamento da paciente à Maternidade Escola da UFRJ (Rua das laranjeiras, 180 – laranjeiras – Rio de Janeiro).

Serão agendadas pelo SISREG 8 consultas para avaliação ambulatorial na instituição, as segundas e terça-feiras (total 16 consultas semanais).

- Orientar à paciente à:

- Levar todos os exames e encaminhamentos;
- Levar a manifestação e confirmação da vontade de esterilização cirúrgica;
- Levar o consentimento informado assinado após o aconselhamento adequado sobre os métodos contraceptivos permanentes e reversíveis;
- Levar os documentos pessoais (CPF e identidade);
- Jejum pré-operatório de 8 horas.

5. PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO NA MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

5.1 Avaliação ambulatorial (ANEXO 1):

- Consulta de enfermagem (ANEXO 2) e checagem dos itens abaixo:

- Encaminhamento com histórico médico;
- Exames complementares: **HEMOGRAMA COMPLETO + PLAQUETAS, URÉIA, CREATININA, TAP e PTT;**
- Consentimento informado assinado pela paciente após aconselhamento adequado sobre os métodos contraceptivos permanentes e reversíveis;
- Termo da **MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA** com antecedência de 60 (sessenta) dias ao ato cirúrgico;
- Orientações gerais (ANEXO 3);
- Agendamento da cirurgia após a consulta ginecológica (ANEXO 4)
- Preenchimento do Formulário de dados da paciente agendada para laqueadura tubária (ANEXO 5);

- Avaliação ginecológica pré-operatória completa e checagem dos itens abaixo:

- Encaminhamento com histórico médico;
- Exames complementares: **HEMOGRAMA COMPLETO + PLAQUETAS, URÉIA, CREATININA, TAP e PTT;**
- Descartar condições que contraindiquem o procedimento (por exemplo, gravidez);
- Consentimento informado assinado pela paciente após aconselhamento adequado sobre os métodos contraceptivos permanentes e reversíveis;
- Termo da **MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA** com antecedência de 60 (sessenta) dias ao ato cirúrgico;
- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte da paciente, autorizando a realização da cirurgia (ANEXO 6);
- Jejum pré-operatório de 8 horas.

Nesta ocasião, o médico do ambulatório poderá reavaliar a indicação do procedimento para paciente, de acordo com a avaliação clínica, laboratorial ou de exames diagnósticos.

5.2– Avaliação no setor de Admissão e Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) (ANEXO 7):

- Consulta de enfermagem
 - Realização do acolhimento e classificação de risco;
 - Preenchimento do histórico de enfermagem (ANEXO 8);
 - Solicitação do prontuário;
 - Conferência de documentos e exames necessários;
 - Solicitação do β -hCG.
- Consulta médica para internação

5.3 – Avaliação no setor de Internação

- Equipe de enfermagem (ANEXO 9):
 - Orientações à paciente e acompanhante sobre as normas e recursos da instituição;
 - Avaliação e orientação quanto ao jejum;
 - Preenchimento de formulários institucionais;
 - Orientação quanto a remoção de piercings, brincos e anéis.
- Avaliação anestesiológica pré-operatória completa e checagem dos itens abaixo:
 - Encaminhamento com histórico médico;
 - Exames complementares: **HEMOGRAMA COMPLETO + PLAQUETAS, URÉIA, CREATININA, GLICOSE, TAP e PTT**;
 - Jejum pré-operatório de 8 horas;
 - Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte da paciente, autorizando a realização da anestesia.

A paciente que realizará o procedimento no Serviço diurno, receberá a visita do anestesista na noite anterior. Já a paciente agendada para o Serviço Noturno receberá a visita anestésica no serviço diurno anterior. Serão realizados 2 procedimentos de segunda a sexta-feira (1 no serviço diurno e outro no noturno e 1 procedimento no serviço diurno nos finais de semana.

6. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO CENTRO OBSTÉTRICO (ANEXO 10)

- Equipe Médica Cirúrgica
 - Comunicação ao enfermeiro da paciente que realizará o procedimento;
 - Solicitação de preparo de sala operatória (ANEXO 11);
 - Ato cirúrgico da laqueadura.
- Avaliação do enfermeiro:
 - Boletim para procedimentos cirúrgicos (ANEXO 12);
 - Check-list de Cirurgia segura dos procedimentos cirúrgicos (ANEXO 13);

- Avaliação anestesiológica:

- Histórico da paciente;
- Esclarecimento de informações quanto ao procedimento anestésico para paciente e acompanhante.

7. PÓS-OPERATÓRIO NA ENFERMARIA (ANEXO 9)

- Equipe de enfermagem:

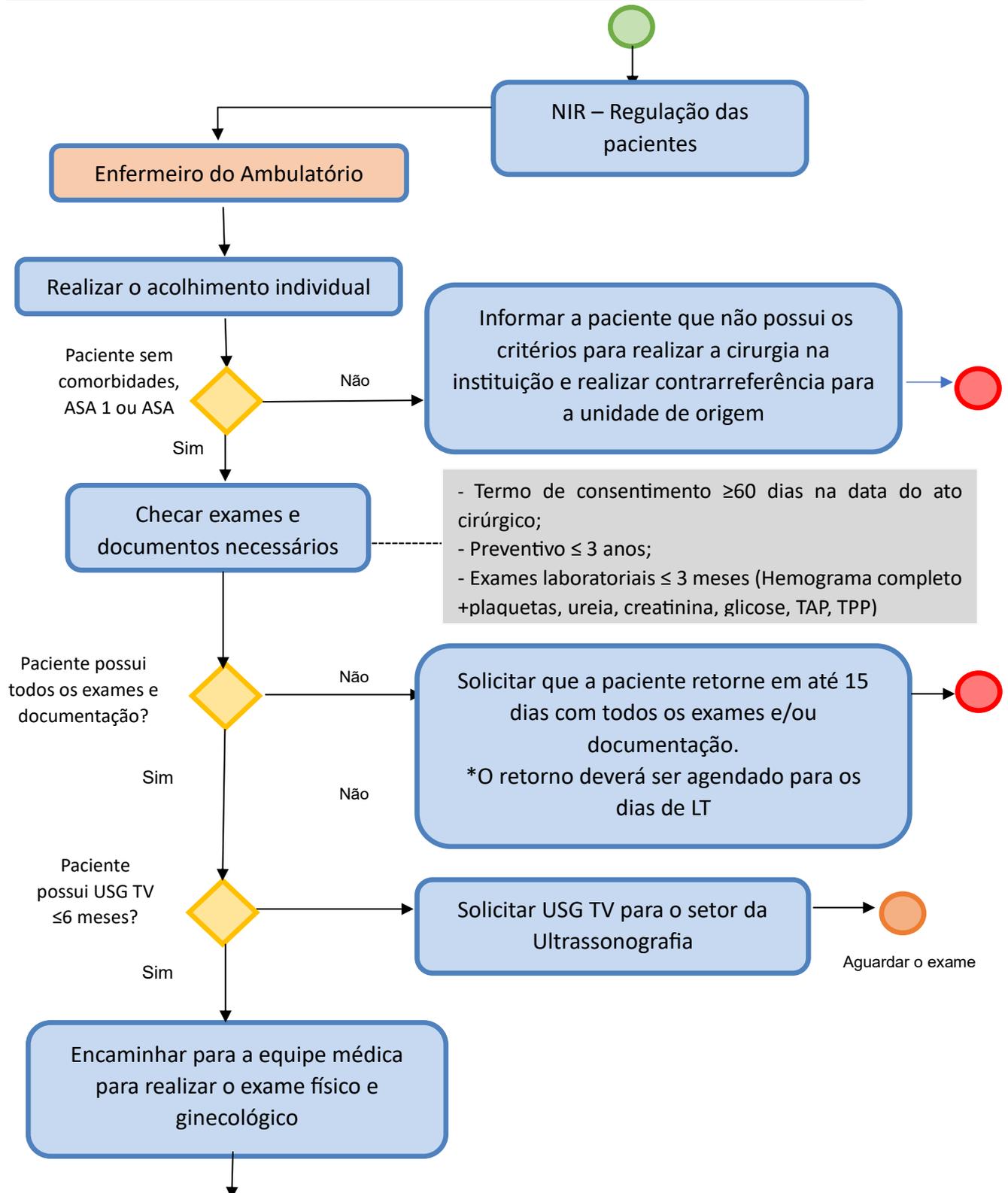
- Recepção da paciente no pós-operatório imediato;
- Avaliação da ferida cirúrgica;
- Cuidados pós-operatórios de enfermagem;
- Educação para alta;
- Encaminhamento para unidade de saúde de referência;

- Equipe Médica:

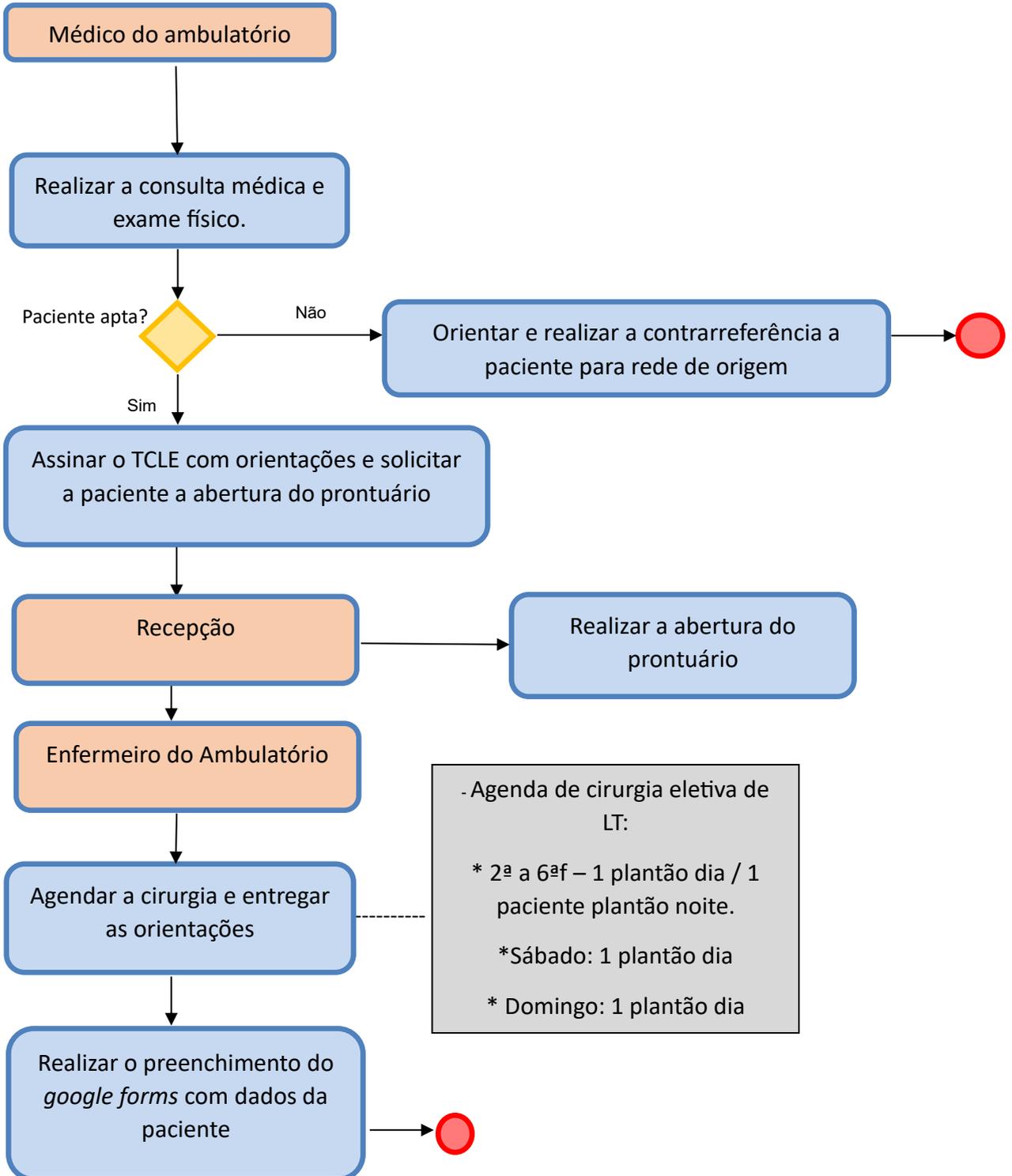
- Avaliação da paciente na visita médica diária
- Prescrição médica
- Alta hospitalar

ANEXO 1 – Fluxograma de Avaliação Ambulatorial para realização de Laqueadura Tubária

AMBULATÓRIO			
Tipo de documento	Fluxograma	FLX.MULT – Página 1/3	
Título do documento	Acolhimento e consulta pré-operatória para Laqueadura Tubária (LT) (Lei Federal 14.443/2022)	Emissão: 08/07/2024	Próxima revisão: 08/07/2026
		Versão: 1	



AMBULATÓRIO			
Tipo de documento	Fluxograma	FLX.MULT – Página 2/3	
Título do documento	Acolhimento e consulta pré-operatória para Laqueadura Tubária (LT) (Lei Federal 14.443/2022)	Emissão: 08/07/2024	Próxima revisão: 08/07/2026
		Versão: 1	



AMBULATÓRIO			
Tipo de documento	Fluxograma	FLX.MULT – Página 3/3	
Título do documento	Acolhimento e consulta pré-operatória para pacientes submetidas a Laqueadura Tubária (LT)	Emissão: 08/07/2024	Próxima revisão: 08/07/2026
		Versão: 1	

Elaboração: Enfª Priscila Oliveira de Souza	08/07/2024
Análise: Dr. Jair Braga Enfª Ana Paula Esteves Enfª Viviane Saraiva	08/07/2024
Aprovação: Drª. Penélope Saldanha Enfª Andrea Marinho Dr. Sully Turon	08/07/2024

Anexo 2– Consulta de Enfermagem ambulatorial



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA
CONSULTA DE ENFERMAGEM - LAQUEADURA TUBÁRIA GINECOLÓGICA
AMBULATORIO

Nº SIS-REG: _____

1) IDENTIFICAÇÃO:			
Nome: _____			
Nome Social: _____			
Bairro: _____		Cor/Raça: Branca/ Parda/ Preta/ Indígena/ Amarela	
Cel.: _____		Religião: _____	
Idade: _____	G.: _____	P.: _____	A.: _____
Peso Atual: _____	Altura: _____	IMC: _____	DUM: / /
2) DOCUMENTOS NECESSÁRIO:			
Termo de Consentimento ≥60 dias da data da cirurgia?		Sim ()	Não ()
Preventivo ≤3 anos?		Sim ()	Não ()
Exames Laboratoriais ≤3meses? (hemograma+plaqueta/ ureia/ creatinina/ glicose/ TAP/ TPP)		Sim ()	Não ()
USG TV ≤6 meses?		Sim ()	Não ()
3) ANAMNESE:			
Hipertensão Arterial		Sim ()	Não ()
PA: _____ X _____	*Medicação: _____	Dose diária: _____	
Diabetes Mellitus		Sim ()	Não ()
Qual tipo? _____		Uso de medicação ou insulina? _____	
Pneumopatias moderadas a graves (Mal asmático/ Bronquiectasia/ DPOC)		Sim ()	Não () Qual? _____
Doenças Cardíacas		Sim ()	Não () Qual? _____
Doenças da Coagulação (TVP/ Discrasias sanguíneas)		Sim ()	Não () Qual? _____
Doenças Hematológicas (Anemia falciforme/ Leucemias/ Linfomas/ Mielomas)		Sim ()	Não () Qual? _____
Obesidade grau 2 ou 3 (IMC ≥35)		Sim ()	Não ()
Neuropatias (Convulsão / Epilepsia)		Sim ()	Não () Uso de medicação: _____
Hepatopatias		Sim ()	Não () Qual? _____
*Doenças autoimunes		Sim ()	Não () Qual? _____
Miomatose uterina		Sim ()	Não ()
Localização e tamanho _____			
*Endometriose		Sim ()	Não ()
Neoplasia ginecológica		Sim ()	Não () Qual? _____
Alergias? _____			
Faz uso de alguma medicação? _____			
Cirurgias anteriores? _____			
4) EXAMES COMPLEMENTARES:			
B-hCG negativo?		Sim ()	Não () Sem β-hCG (realizará na internação) ()
USG TV sem alterações? (Para pacientes com USG TV >6 meses)		Sim ()	Não ()
5) OBS.:			
Em caso de emergência, quem você deseja contactar?			
Encaminhada para cirurgia		Sim ()	Não ()
Contra-referenciada para o posto		Sim ()	Não ()
Data do Acolhimento: ____/____/____		Assinatura e Carimbo do Enfermeiro	

ANEXO 3 – Orientações Gerais

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO	
	
MATERNIDADE - ESCOLA DA UFRJ	
Nome: _____	
Nome Social: _____	
Prontuário: _____	
Nº do SIS-REG: _____	
Data da internação: ____/____/____	
Horário da internação: ____:____	
Data prevista da cirurgia: ____/____/____	
Orientações:	
◦ O jejum será iniciado após a internação na instituição;	
◦ Só será permitido 1 bolsa com os pertences pessoais;	
◦ Para internação: trazer itens de higiene e camisola	
◦ O acompanhante deverá permanecer de sapato fechado no período em que estiver no centro cirúrgico;	
◦ Durante toda a internação será permitida a presença de um acompanhante da escolha da paciente;	
◦ A paciente deverá utilizar métodos contraceptivos no momento desta consulta até a data da cirurgia;	
◦ A paciente deverá trazer no dia da internação todos os documentos originais necessários.	
____/____/____ Data	_____ Assinatura e Carimbo
Rua das Laranjeiras, 180 Laranjeiras – Rio de Janeiro – RJ CEP 22240-001 Tel. (21) 2285 7935 Tel/Fax.: (21) 2205 9064 e mail: matesc@me.ufrj.br	

ANEXO 4 – Impresso para o agendamento da cirurgia de Laqueadura Tubária

MATERNIDADE ESCOLA UFRJ
LAQUEADURA TUBÁRIA

<u>2ª FEIRA MANHÃ</u>	<u>3ª FEIRA MANHÃ</u>	<u>4ª FEIRA MANHÃ</u>	<u>5ª FEIRA MANHÃ</u>	<u>6ª FEIRA MANHÃ</u>	<u>SÁBADO DIA</u>	<u>DOMINGO DIA</u>
Dia / /	Dia / /					
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Idade:	Idade:	Idade:	Idade:	Idade:	Idade:	Idade:
Tels.:	Tels.:	Tels.:	Tels.:	Tels.:	Tels.:	Tels.:
Registro:	Registro:	Registro:	Registro:	Registro:	Registro:	Registro:
Nº SISREG:	Nº SISREG:					
Alergias:	Alergias:	Alergias:	Alergias:	Alergias:	Alergias:	Alergias:
Enfermeira(o):	Enfermeira(o):	Enfermeira(o):	Enfermeira(o):	Enfermeira(o):	Enfermeira(o):	Enfermeira(o):
Observação:	Observação:	Observação:	Observação:	Observação:	Observação:	Observação:
<u>2ª FEIRA NOITE</u>	<u>3ª FEIRA NOITE</u>	<u>4ª FEIRA NOITE</u>	<u>5ª FEIRA NOITE</u>	<u>6ª FEIRA NOITE</u>	<u>OBSERVAÇÃO</u> *PACIENTES DA MANHÃ INTERNARÃO NO DIA ANTERIOR ÀS 20:00H* *PACIENTES DA NOITE INTERNARÃO NO MESMO DIA ÀS 10:00H*	
Dia / /						
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:		
Idade:	Idade:	Idade:	Idade:	Idade:		
Tels.:	Tels.:	Tels.:	Tels.:	Tels.:		
Registro:	Registro:	Registro:	Registro:	Registro:		
Nº SISREG:						
Alergias:	Alergias:	Alergias:	Alergias:	Alergias:		
Enfermeira(o):	Enfermeira(o):	Enfermeira(o):	Enfermeira(o):	Enfermeira(o):		
Observação:	Observação:	Observação:	Observação:	Observação:		

ANEXO 5 – Formulário de dados paciente agendada para laqueadura tubária

10/07/2024, 13:17

Marcação de Laqueadura Tubária

Marcação de Laqueadura Tubária

Formulário para preenchimento com dados da paciente que irá realizar a laqueadura tubária

** Indica uma pergunta obrigatória*

IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE

1. **Nome completo:** *

2. **Data de Nascimento**

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

3. **Idade**

4. **Telefone para contato ***

5. **Número da regulação (SISREG) ***

6. **UBS que referenciou a paciente ***

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Avaliação do histórico de saúde da paciente

7. **Paciente atende aos critérios de elegibilidade após avaliação da enfermagem ? ***

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não *Pular para a pergunta 21*

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Avaliação da paciente para checagem de documentos e exames

8. **Checagem dos Exames e Documentos ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não	Não trouxe
Preventivo \leq 3 anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exames laboratoriais \leq 3 meses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TCLE \geq 60 dias antes da cirurgia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
USG transvaginal \leq 6 meses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impressos de aconselhamento dos métodos contraceptivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. **Realizado USG transvaginal na ME-UFRJ ?**

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

10. **Dosagem de B-hCG?**

Marcar apenas uma oval.

Negativo

Positivo *Pular para a pergunta 21*

Não realizado

11. **Paciente encontra-se apta para avaliação médica ? ***

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não *Pular para a pergunta 21*

CONSULTA MÉDICA

Avaliação da paciente para checagem de documentos e exames

12. **Após exame físico e avaliação dos exames, paciente está apta para o procedimento? ***

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não *Pular para a pergunta 21*

DOCUMENTAÇÃO

Abertura de prontuário e anexo de documentações

13. **Realizada a abertura do prontuário? ***

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não *Pular para a pergunta 21*

14. **Documentação anexada ao prontuário: ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
Impresso SISREG (OBRIGATÓRIO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preventivo \leq 3 anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exames laboratoriais \leq 3 meses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TCLE \geq 60 dias antes da cirurgia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impressos de aconselhamento dos métodos contraceptivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
USG transvaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B-hCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Documentação pessoal (RG, CPF, comprovante de residência)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PACIENTE APTA PARA MARCAÇÃO DA LAQUEDURA TUBÁRIA

15. Paciente liberada para a marcação do procedimento?

Marcar apenas uma oval.

- Sim *Pular para a pergunta 16*
- Não *Pular para a pergunta 21*

MARCAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Referente a marcação da Laqueadura Tubária

16. Prontuário

17. Data da Internação

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

18. Horário da Internação *

Marcar apenas uma oval.

- 10h
- 20h

19. Data Prevista do Procedimento Cirúrgico

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

20. **Horário Previsto do Procedimento Cirúrgico ***

Marcar apenas uma oval.

8h

20h

DESTINO FINAL DA PACIENTE

Referente ao encerramento do atendimento da paciente

21. **Paciente foi encaminhada para: ***

Marcar apenas uma oval.

Não, encaminhada para a UBS

Retornar posteriormente *Pular para a pergunta 22*

DESTINO FINAL DA PACIENTE

Referente ao encerramento do atendimento da paciente

22. **Data do Retorno ***

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

23. **Horário**

Exemplo: 08h30

ANEXO 6 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA GINECOLÓGICA

Eu _____;

RG _____; Prontuário: _____; DN: ____ / ____ / ____ Idade: ____ anos;
ciente dos esclarecimentos prestados pela equipe de saúde, manifesto o desejo de ser submetida a laqueadura tubária por minha livre e espontânea vontade.

Fui informada que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar ao menos **60 (sessenta) dias**.

Antes da operação, fui informada que:

- A intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das trompas uterinas, com o objetivo de impedir gravidez;

- Para a realização deste procedimento é utilizada a técnica cirúrgica de:

- **Minilaparotomia: pequeno corte na pele, semelhante a da cesariana.**

- A cirurgia escolhida necessita de anestesia. O tipo de anestesia será avaliado e escolhido pelo Serviço de Anestesiologia.

- Embora o método de laqueadura tubária seja o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha de 0,41% que independe do paciente ou do médico;

- A laqueadura tubária geralmente é IRREVERSÍVEL. A reversão desta cirurgia (recanalização das trompas uterinas) é possível, porém com resultados insatisfatórios. A cirurgia de recanalização tubária não é realizada na Maternidade Escola da UFRJ;

- As complicações que poderão surgir são: hemorragia, lesões de órgãos, seroma, hematoma, infecções, hérnias, entre outras. Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade. - Em alguns casos, durante o ato operatório, as condições cirúrgicas impedem a realização da laqueadura tubária, tais como múltiplas aderências, complicações intraoperatórias.

Nestas situações o procedimento de laqueadura não será realizado, devendo a paciente procurar o planejamento familiar na unidade básica de saúde de sua referência.

Obs: Este Termo de Consentimento consiste de duas vias de igual teor, permanecendo uma com a paciente e a outra no prontuário. A primeira página deverá ser rubricada pela paciente e a última página deverá ser assinada.

- Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis, tais como os métodos de barreira (preservativos feminino e masculino), anticoncepção hormonal, dispositivos intrauterinos (DIU), implantes e métodos naturais;

- Tenho ciência, conforme disposto na Lei no. 14.443, de 02 de setembro de 2022, das condições para a realização da esterilização no âmbito do planejamento familiar. **A esterilização se destina a mulheres com capacidade civil plena, 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.**

Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, sendo esclarecidas todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento, antes que o procedimento de laqueadura tubária se realize, e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do procedimento.

Consinto, portanto, à equipe médica a realizar o procedimento e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o procedimento.

Nome do paciente ou responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou responsável legal: _____

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento à paciente e/ou seu responsável, informando os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, a paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Assinatura e carimbo médico: _____

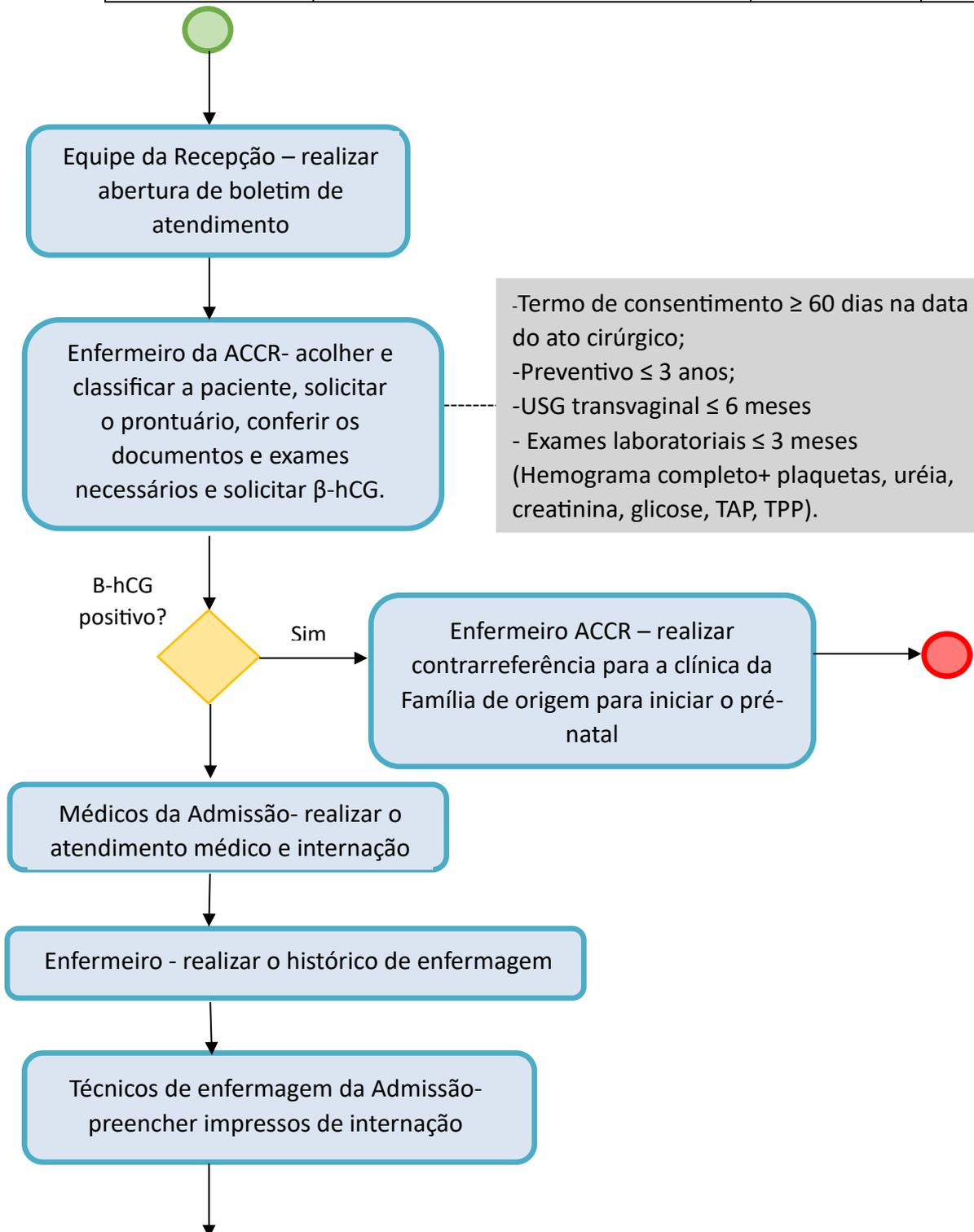
Rio de Janeiro: ____ de _____ de 20 ____ .

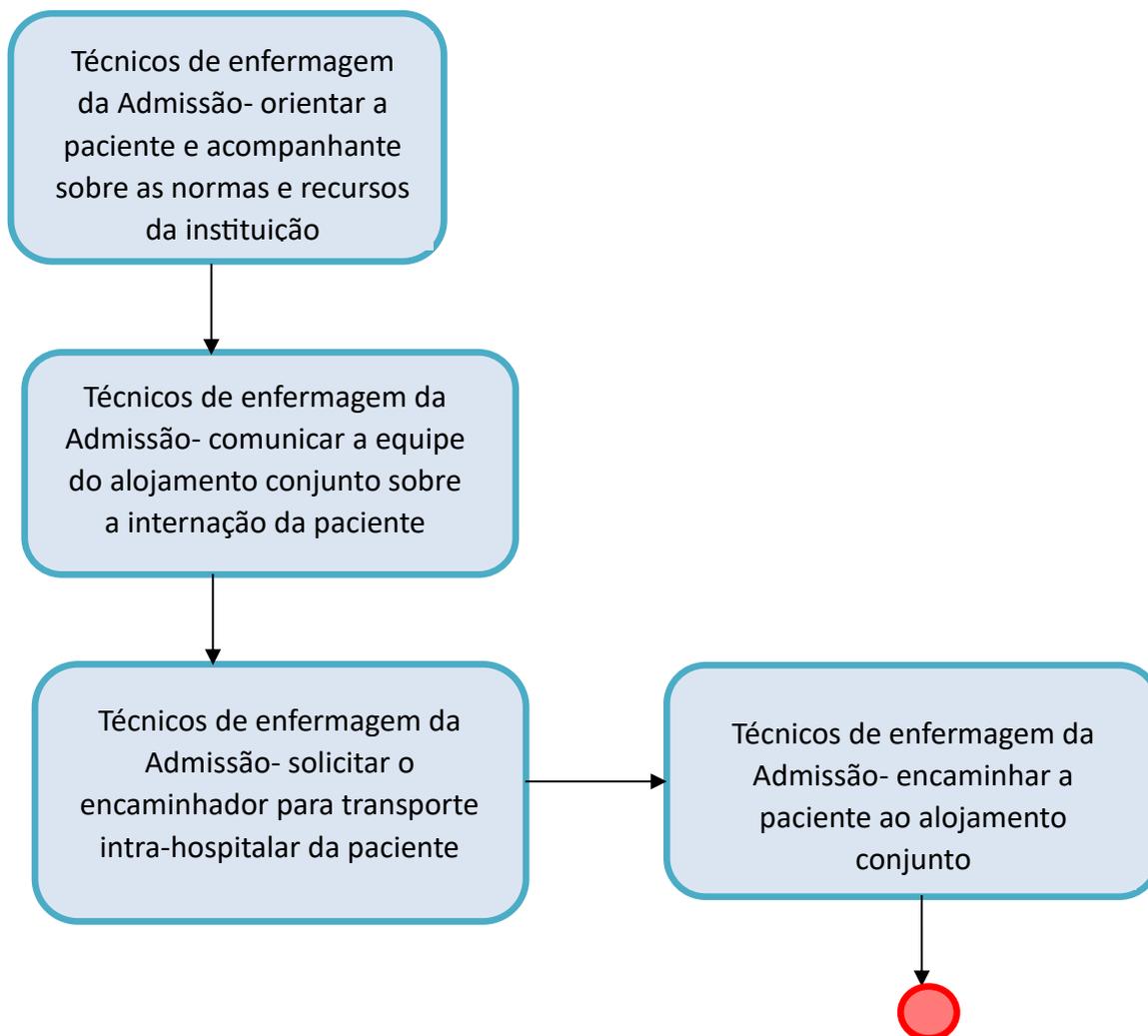
Obs: Este Termo de Consentimento consiste de duas vias de igual teor, permanecendo uma com a paciente e a outra no prontuário. A primeira página deverá ser rubricada pela paciente e a última página deverá ser assinada.

Rua das Laranjeiras, 180 – Tel. (21) 2285 7935 Tel/Fax.: (21) 2205 9064
CEP 22240-003Rio de Janeiro/RJ E-mail: matesc@me.ufrj.br <http://www.me.ufrj.br>

ANEXO 7 – Fluxo da Avaliação da Admissão e Classificação de Risco para realização da Laqueadura Tubária

SERVIÇO DE ADMISSÃO/ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR)			
Tipo de documento	Fluxograma	FLX.MULT – Página 1/3	
Título do documento	Admissão de pacientes para Laqueadura Tubária na Admissão/ACCR	Emissão: 08/07/2024	Próxima revisão: 08/07/2026
		Versão: 1	





Elaboração: Enfª Caroline de Lima Xavier Soares	08/07/2024
Análise: Dr. Jair Braga Enfª Ana Paula Esteves Enfª Viviane Saraiva	08/07/2024
Aprovação: Drª Penélope Saldanha Enfª Andréa Marinho Dr. Sully Turon	08/07/2024

ANEXO 8 – Histórico de Enfermagem



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO**

**MATERNIDADE ESCOLA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
LAQUEADURA TUBÁRIA**

IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	Nascimento: _____ Reg: _____
Data: _____ Hora da Internação: _____	Etnia: () branca () parda () preta () indígena () amarela Bairro de Moradia: _____ N° SISREG: _____
Nacionalidade: _____ Profissão: _____	Escolaridade: _____ Estado Civil: _____
Classificação de Risco na Admissão: () azul () verde () amarelo () laranja () vermelho	
SINAIS VITAIS/ GLICEMIA/ DADOS ANTROPOMÉTRICOS*	
T: _____ °C P: _____ bpm R: _____ irpm PA: _____ X _____ mmHg Dor: _____	Glicemia: _____ g/dl
Peso: _____	Altura: _____
DADOS CLÍNICOS E EXAMES LABORATORIAIS*	
Precaução: () contato () gotículas () aerossóis () padrão. Coleta de swab: () sim () não	
OUTRAS INFORMAÇÕES	
Beta HCG: Data ____/____/____ () positivo () negativo	
Termo de consentimento: Data ____/____/____. Mais de 60 dias () sim () não	
Último preventivo: Data ____/____/____. Menor que 3 anos () sim () não	
USG: Data ____/____/____ () sim () não	
Exames complementares: Data ____/____/____ () sim () não	
ENTREVISTA E OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	
Dados da Internação Atual	
Queixa Principal/Motivo da internação: laqueadura tubária	
Patologia: () HAS () SHG () DM () DMG () HIV () Sífilis () Outros: _____	
Gesta: ____ Para: ____ Aborto: ____ Tipos de Parto: PC: ____ PN: ____ Último Parto: _____	
Uso de medicação: () Sim () Não. Quais: _____	
Dor Crônica () Sim () Não. Local: _____	
Uso de prótese: () Sim () Não. Local: _____	
Drogas ilícitas: () Sim () Não. Quais: _____. Fumo () sim () não.	
Bebidas alcoólicas () Sim () Não.	
EXAME FÍSICO / NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
<i>Necessidades psicobiológicas</i>	
Regulação Neurológica	
Nível de consciência: () Lúcida () orientada () Confusa () desorientada () Inconsciente	
Fala e Linguagem: () Sem Alterações () Com alterações. Quais? _____	
Oxigenação	
Respiração: () Eupneia () Taquipneia () Dispneia () Bradpneia	
Regulação Vascular	
Batimentos Cardíacos: () Eucárdico () Taquicárdico () Bradicárdico	
Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio	
Pressão arterial: () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso	
Pele: () Corado () Hipocorado () Cianótico	
Regulação térmica	
() Normotérmico () Hipotérmico () Hipertérmico () Sudorese	
Percepção olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa	
Dor aguda: () Sem dor () Dor leve () Dor moderada () Dor intensa Local: _____	

Nutrição

Alimentação : () Dieta Zero () Livre () Diabetes Mellitus () Hipertensão Arterial () Líquida () Pastosa () Sem resíduo () Anticonstipante

Hidratação / Regulação hidrossalina e eletrolítica

Hidratação:() Hidratada () Desidratada

Eliminação Intestinal e Vesical

Eliminações Intestinais: Frequência (____ vezes/semana) () Normal () Constipação () Diarréia
Eliminações Urinárias: () Espontânea () Retenção () Cateter vesical () Incontinência () Disúria
() Poliúria () Oligúria () Anúria Aspecto urina: () Claro () Âmbar () Hematúria

Integridade Cutâneo-Mucosa

Pele: () Íntegra () Prurido () Petéquias () Equimose () Hematomas () Escoriações

Regulação Imunológica

Alergias: () Sim () Não Qual? _____.

Doença do sistema imunológico: () Sim () Não Qual? _____.

Terapêutica

Acesso Venoso: () Não () Sim – Local _____ Hora da Punção: _____ Data: _____

Uso de medicamentos: () sim () não Qual? _____

Necessidades psicossociais**Aprendizagem (Educação a saúde)**

Compreende/ executa o regime terapêutico adequadamente: () Sim () Não () Não se aplica

Foi orientada sobre amamentação no pré-natal: () Sim () Não

Amor/ Aceitação/Atenção/ Gregária/Auto-estima/ Segurança

Emocional: () Estabilidade emocional preservada () Ansiedade () Choro () Angústia () Agitada
() Medo () Solicitante () Outros: _____

Acompanhada no momento da internação: () Sim () Não Quem: _____

Direito a acompanhante durante a internação: () Sim () Não

Comunicação

Comunicação Satisfatória: () Sim () Não . Se não porque? _____

Uso de LIBRAS: () Sim () Não

Necessidades psicoespirituais

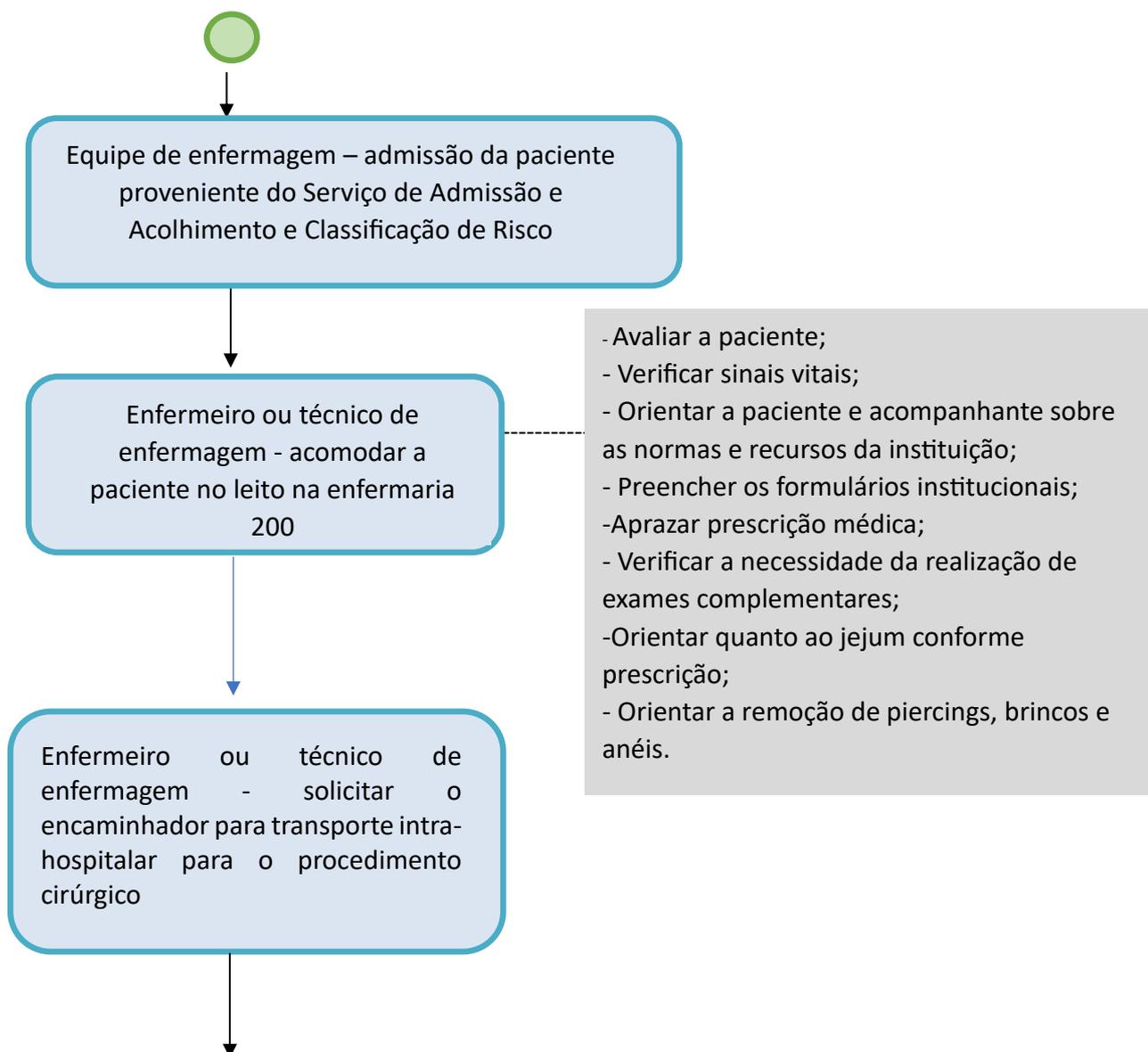
Religião: () Sim () Não Qual? _____

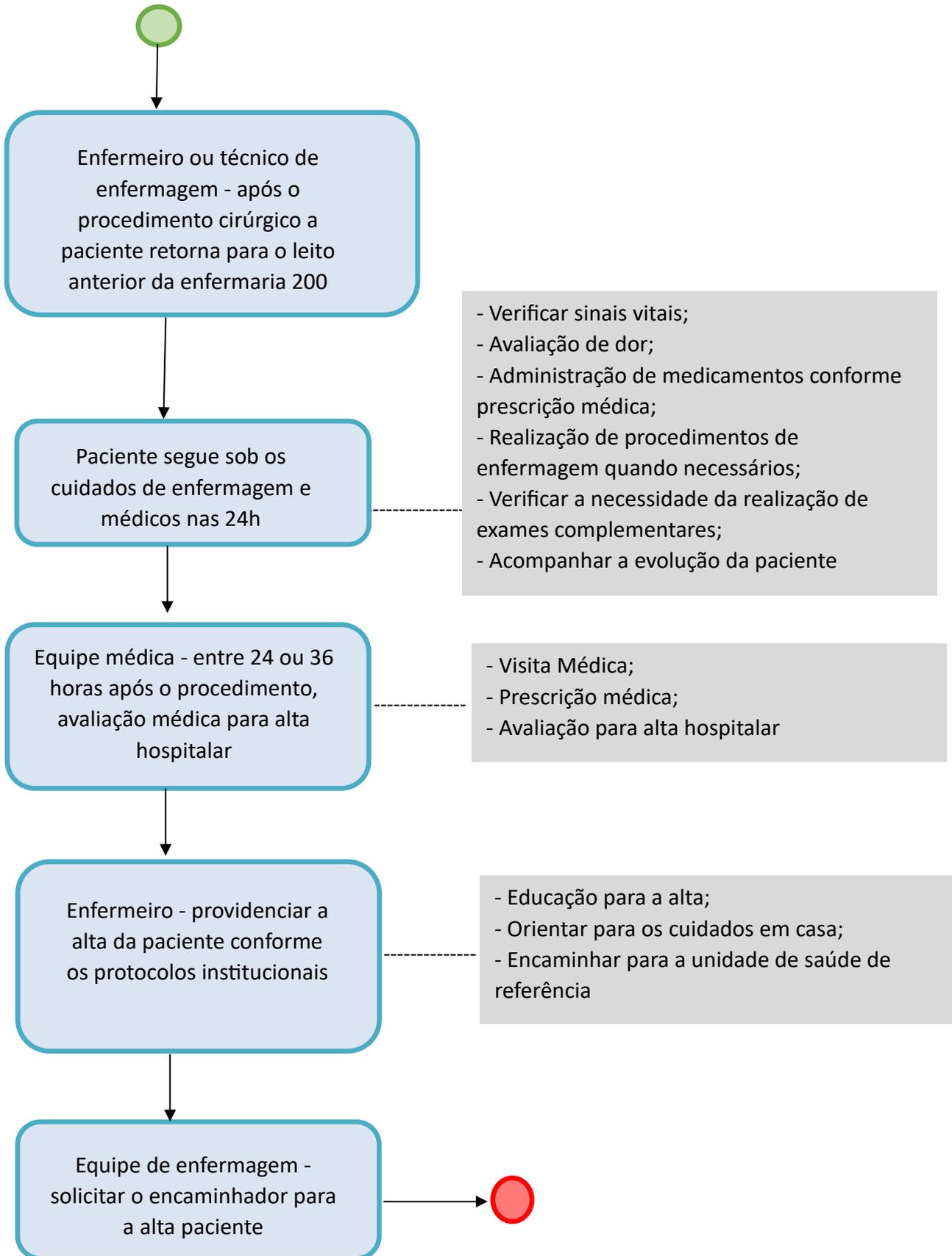
IMPRESSÕES OU INTERCORRÊNCIAS

_____ assinatura e carimbo

ANEXO 9 – Fluxo de admissão de pacientes no alojamento conjunto – enfermaria, para realização da Laqueadura Tubária

SERVIÇO DE ALOJAMENTO CONJUNTO - ENFERMARIA			
Tipo de documento	Fluxograma	FLX.MULT – Página 1/3	
Título do documento	Admissão de pacientes para Laqueadura Tubária	Emissão: 18/07/2024	Próxima revisão: 18/07/2026
		Versão: 1	

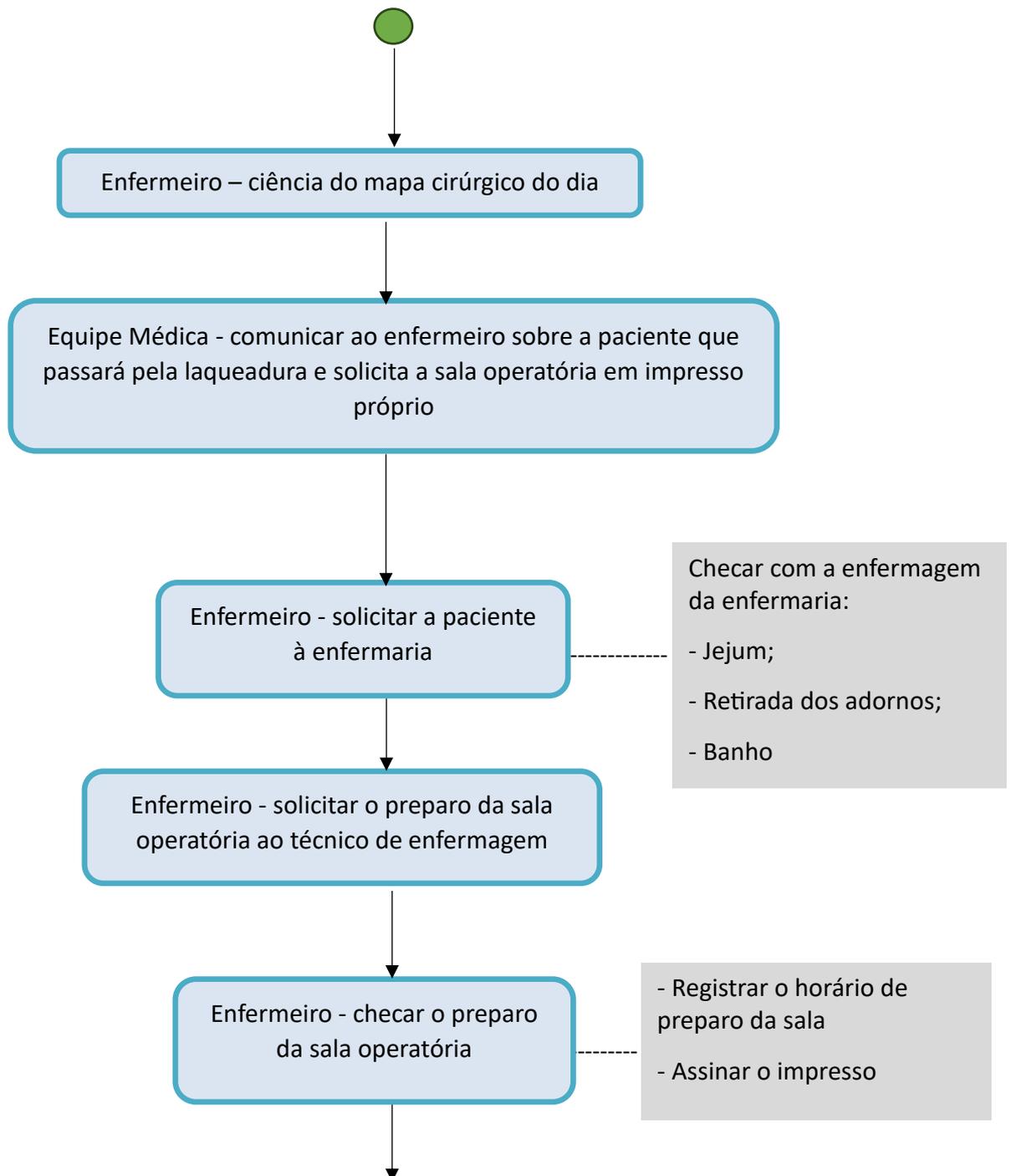


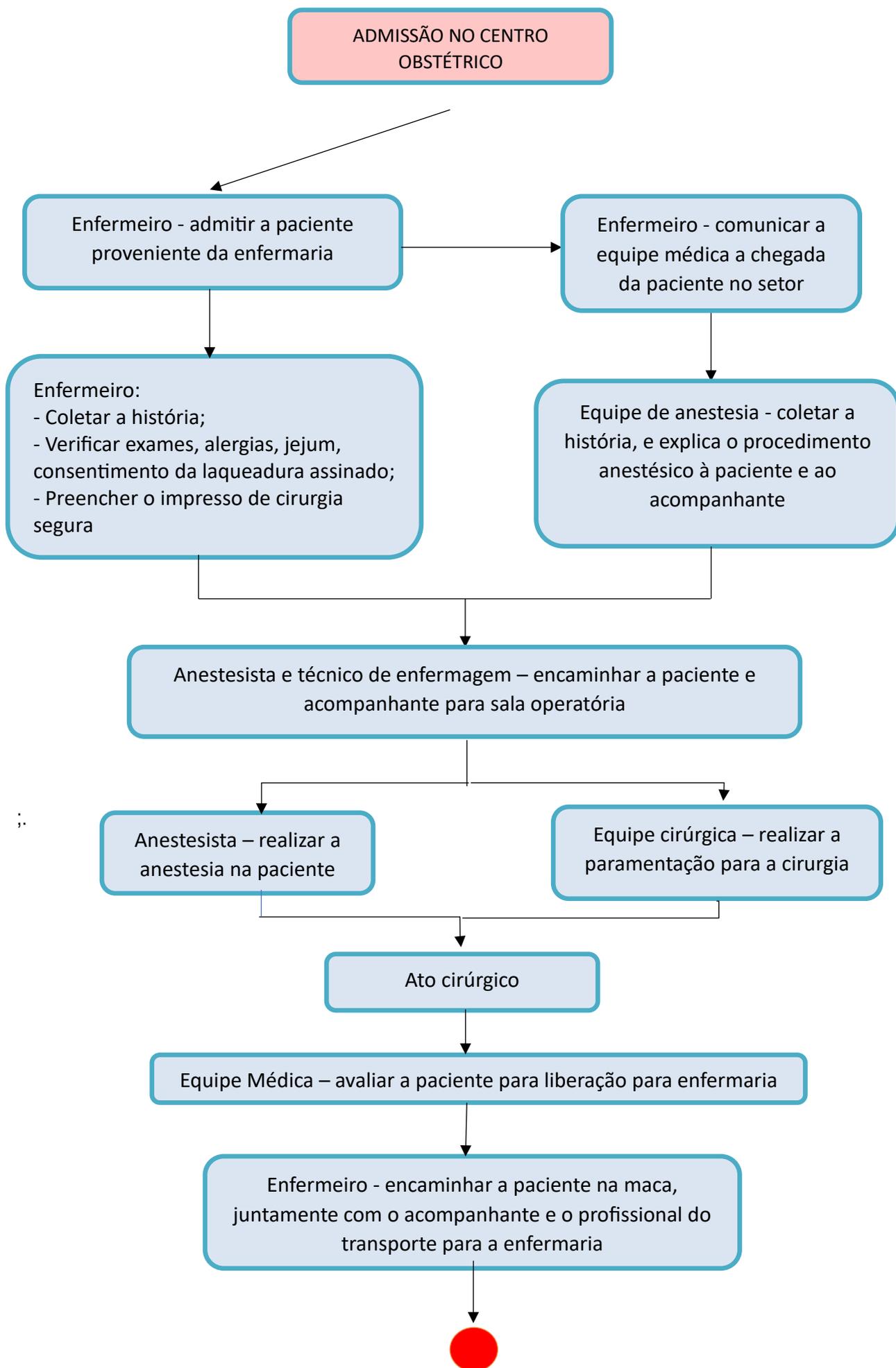


Elaboração: Enfª Juliana Melo Jennings	18/07/2024
Análise: Dr. Jair Braga Enfª Ana Paula Esteves Enfª Viviane Saraiva	18/07/2024
Aprovação: Drª Penélope Saldanha Enfª Andréa Marinho Dr. Sully Turon	18/07/2024

ANEXO 10 – Fluxo de pacientes para laqueadura tubária no Centro Obstétrico

SERVIÇO DO CENTRO OBSTÉTRICO			
Tipo de documento	Fluxograma	FLX.MULT – Página 1/3	
Título do documento	Admissão de pacientes para Laqueadura Tubária	Emissão: 19/07/2024	Próxima revisão: 08/07/2026
		Versão: 1	





ANEXO 12 – Boletim para procedimentos cirúrgicos

 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO MATERNIDADE-ESCOLA		CENTRO OBSTÉTRICO PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS <input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência	
Nome: _____ Raça/cor: _____ Idade: ____ Data: ____/____/____ Prontuário nº.: _____ IG: ____ G: P: A: Pré-natal: <input type="checkbox"/> ME <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sala: <input type="checkbox"/> SO 1 <input type="checkbox"/> SO 2 <input type="checkbox"/> SO 3 Último parto: ____/____/____. Tipo de parto: _____ Sorologia positiva: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____			
Procedimento anterior: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Misoprostol (antes do procedimento) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantos: _____	Misoprostol (Após procedimento): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantos: _____	DIU: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Lote: _____
Patologias Clínicas: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> OHEG <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Anemias <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Aama <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> Acordada <input type="checkbox"/> Lúcida <input type="checkbox"/> Orientada <input type="checkbox"/> Desorientada <input type="checkbox"/> Agitada <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Intercorrências antes do procedimento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Hemorragia Pós-parto <input type="checkbox"/> retenção placentária <input type="checkbox"/> outro			
Entrada em Sala: _____	Hora da anestesia: _____	Início do Procedimento: _____	Término do Procedimento: _____
Sinais Vitais Início Proced: PA: _____ x _____ mmHg Tax: _____ °C FC: _____ bpm R: _____ irpm			
Degermação: <input type="checkbox"/> Clorexidina alcoólica <input type="checkbox"/> Clorexidina aquosa <input type="checkbox"/> álcool			
Aborto legal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima de estupro <input type="checkbox"/> Risco a gestante <input type="checkbox"/> Outros			
Interrupção legal (>ou = 22 semanas): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Anencefalia <input type="checkbox"/> Incompatibilidade com a vida <input type="checkbox"/> Outros			
Anestesia: <input type="checkbox"/> Raqui <input type="checkbox"/> Peri <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Regional			
Procedimento proposto: _____		Indicação: _____	
Anestesiista: _____		Enf. / Téc.: _____	
Cirurgião 1º: _____		Cirurgião 2º: _____	
Intercorrências (durante o procedimento): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quais: _____			
Sinais Vitais Término Proced: PA _____ x _____ mmHg FC: _____ bpm R: _____ irpm			Diurese Término Cirurgia: _____ ml <input type="checkbox"/> Não se aplica
Protocolo de hemorragia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Transamin <input type="checkbox"/> Misoprostol <input type="checkbox"/> Outros			
Queda: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Mola Hidatiforme <input type="checkbox"/> Patologia <input type="checkbox"/> Citogenética	Patologia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Inconformidade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____
REGISTRO DE ENFERMAGEM:			
_____ _____ _____			
FITAS INTEGRADORAS			ASSINATURA E CARIMBO

ANEXO 13 – *Check-list* de Cirurgia segura dos procedimentos cirúrgicos



Check- List Cirurgia Segura / Procedimentos Cirúrgicos
 Modalidade: Eletiva () Urgência () Emergência ()

Encaminhamento ao Centro cirúrgico	Antes da Indução Anestésica	Antes de Iniciar a Cirurgia	Antes da Cliente sair da sala operatória
<p>- Identificação</p> <p>1- Paciente correto. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2- Pulseira de Identificação. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>3- Paciente alérgica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Qual? _____</p> <p>4- Jejum. <input type="checkbox"/> Sim Hora de Início: : <input type="checkbox"/> Não</p> <p>5- Retirada de próteses e adornos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>6- Tipo de Precaução na paciente <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Goticulas <input type="checkbox"/> Aerossóis</p> <p>7- Acesso Venoso Pérvio. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>8- Risco de perda sanguínea > 500 ml <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>9- Reserva de Hemoderivados <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>- Materiais e Equipamentos</p> <p>1-Revisão do equipamento de anestesia. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2- Revisão do material de intubação e suporte ventilatório. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>3- Revisão de bisturi elétrico e aspirador <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>4- Instrumental cirúrgico completo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>5- Prazo de esterilização válido <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>6- Integrador químico válido <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>7- Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>8- Número de compressas abertas _____</p> <p>9- Temperatura da sala cirúrgica no início do procedimento: _____ °C</p>	<p>- Equipe Presente</p> <p>1- Equipe Obstétrica em sala cirúrgica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2- Equipe de Anestesia em sala Cirúrgica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>3- Equipe de Enfermagem em sala cirúrgica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>4- Posicionamento da placa de electrocautério. <input type="checkbox"/> Panturrilha <input type="checkbox"/> Escapular <input type="checkbox"/> não se aplica</p> <p>5- Posicionamento da Paciente <input type="checkbox"/> Decubito dorsal <input type="checkbox"/> Ginecológica <input type="checkbox"/> Litotomia <input type="checkbox"/> Outras:</p> <p>6- Antibioticoterapia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Qual? _____</p> <p>Dose: _____</p> <p>7- Embrocação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>8- Uso de adornos pela equipe <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>9 - Equipe devidamente paramentada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>10-Número adequado de pessoas em sala. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantas? _____</p>	<p>1- Queimadura por electrocautério <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2- Houve algum problema com equipamento (s) que deve ser resolvido. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Qual? _____</p> <p>3- Material encaminhado à histopatologia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Qual? _____</p> <p>4- Contagem de compressas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Número de compressas utilizadas _____</p> <p>5- Soluções endovenosas identificadas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>6- Intercorrências <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Qual? _____</p> <p>Intervenção: _____</p> <p>7- Paciente na maca com grades elevadas. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>8-Hora de saída do Centro Obstétrico: __: __</p> <p>9- Destino: <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> Transferência</p>
<p>Observações:</p>		<p>Assinatura e Carimbo:</p>	