



RESOLUÇÃO CREMEB N.º 258/03

(Publicada no DOE de 23 de março de 2005, cad. 4, p.3)

**Dispõe sobre a
esterilização cirúrgica**

O Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela lei nº 3.268. de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e

Considerando o §7º, do art. 226 da Constituição Federal, que dispõe sobre planejamento familiar.

Considerando o art. 10 da lei n.º 9.263 de 12 de janeiro de 1996, publicada no Diário Oficial da União de 20 de agosto de 1997, que institui o planejamento familiar;

Considerando a Portaria GM/SAS/MS nº 48, de 11 de fevereiro de 1999, que estabelece normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização para execução das ações que visam o planejamento familiar, pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Considerando o que dispõe o artigo 43 do Código de Ética Médica, que veda ao médico descumprir legislação específica nos casos de esterilização;

Considerando que a Medicina não pode ser exercida com finalidade política e comercial;

Considerando o que dispõe o art. 46 do Código de Ética Médica, que estabelece que todo procedimento médico só deve ser realizado após o devido esclarecimento e obtido o consentimento do paciente;

Considerando o que dispõe o art. 67 do Código de Ética Médica, que estabelece que o médico deve respeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre as práticas a serem executadas no seu tratamento, inclusive métodos contraceptivos, sempre esclarecido sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método;



Considerando finalmente o decidido em Sessão Plenária do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, realizada em 14 de março de 2003.

Resolve:

Art. 1º – A esterilização voluntária, feminina ou masculina, só poderá ser realizada, dentro do que preceitua a lei em epígrafe, após a necessária autorização escrita do(a) paciente, devidamente esclarecido(a) dos fatores que envolvem essa esterilização.

Art. 2º – Para a prática da esterilização, o(a) paciente deverá preencher os seguintes requisitos:

- a) estar na sua capacidade civil plena, ter no mínimo vinte e cinco anos de idade ou pelo menos dois filhos vivos;
- b) deverá ser observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico;

Parágrafo único: estarão isentas dos requisitos enumerados os casos em que haja risco à vida ou saúde da mulher ou de futuros conceptos, comprovado em documento lavrado e assinado por, no mínimo 02 (dois) médicos.

Art. 3º - A esterilização cirúrgica é vedada nas seguintes circunstâncias:

- a) Quando o(a) paciente tiver manifestado a sua vontade na vigência de alterações da capacidade de discernimento por influência do uso de bebidas alcoólicas, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

Parágrafo único – O paciente portador de incapacidade mental permanente somente poderá sofrer a esterilização cirúrgica após autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

- b) Na mulher, a esterilização não poderá ser realizada nos períodos de parto, aborto, ou puerpério, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas repetidas ou nos casos previstos no parágrafo único do artigo 2º da presente resolução.



Art. 4º – O(a) paciente deverá ser devidamente esclarecido(a) da existência de todos os métodos anti-conceptivos e da possível irreversibilidade da esterilização cirúrgica.

§ 1º: Após a manifestação do desejo de efetuar a esterilização cirúrgica, o(a) paciente deverá ser orientado(a) por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajá-lo(a) da esterilização, sendo-lhe disponibilizadas todas as opções de contracepção reversível.

§ 2º . Mantida a disposição, deverá ser feito registro em formulário próprio, conforme modelos anexos, assinado pelo(a) paciente e juntado ao prontuário, do qual constem obrigatoriamente:

- a) Riscos da cirurgia e anestesia;
- b) Possíveis efeitos colaterais;
- c) Dificuldades de sua reversão;
- d) Opções de contracepção reversível rejeitadas.

§ 3º. A qualquer tempo, antes da esterilização cirúrgica, o (a) paciente poderá manifestar o desejo de revogar a decisão anterior, registrando-se esse desejo no formulário próprio.

Art. 5º - A esterilização será unicamente realizada por laqueadura tubária ou vasectomia, sendo vedadas a histerectomia e ooforectomia com essa finalidade.

Art. 6º - Adotar os modelos em anexo de consentimento informado e de revogação, cujo preenchimento e assinatura são obrigatórios antes da realização da esterilização cirúrgica.

Art. 7º - Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 8º - Esta resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Salvador, 14 de março de 2003.

Cons. Jecé Freitas Brandão
Presidente

Cons. José Márcio Villaça Maia Gomes
1º Secretário



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE
ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA- LAQUEADURA TUBÁRIA

Identificação da paciente

Nome:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

RG

CPF

Estado civil:

Data de nascimento

N.º e idade dos filhos vivos

Data do último parto ou aborto

Responsável

Parentesco:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

RG

CPF

Estado civil:

Identificação do(a) médico(a)

Nome:

CREMEB

RG

CPF

Endereço do consultório:

Especialidade:

CONSENTIMENTO:

Declaro para os devidos fins que o(a) Dr. (a)
livremente procurado por mim com a finalidade de realizar esterilização cirúrgica –
laqueadura tubária – dentro do que preceitua a Resolução CREMEB nº 258/03,
esclareceu-me que:

1. A cirurgia de esterilização a ser realizada na minha pessoa, consiste basicamente na interrupção da continuidade das TROMPAS DE FALÓPIO, com o objetivo de impedir uma nova gravidez. Para realização da técnica, existem várias formas de abordagem cirúrgica, sendo por mim definida a, após análise das opções a mim oferecidas.
2. Esta técnica necessita de anestesia, que será avaliada pelo anestesista
3. Embora o método de esterilização seja o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é 100%, existindo uma percentagem de falha de 0,5%
4. Como em toda a intervenção cirúrgica, existe um risco potencial de morbidade e mortalidade, derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
5. As complicações que poderão surgir são:
 - a) Intra-operatória (hemorragias, lesões de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico.



- b) Pós operatórias:
 - i. Leves e mais freqüentes (seromas, hemorragias, cistites, etc.)
 - ii. Graves e excepcionais (eventração, apneia, trombozes, perfurações de órgãos, etc)
- 6. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.
- 7. Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis:
 - a) Métodos de barreira
 - b) Antecepção hormonal
 - c) Contracepção intra-uterina (DIU)
 - d) Métodos naturais

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

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.

Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

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

Local e data:

Médico

Paciente ou Representante Legal

Testemunhas:

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de / / e não desejo prosseguir o procedimento, que dou com esta finalizado.

Local e data

Médico

Paciente ou Representante Legal



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE
ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA- VASECTOMIA

Identificação do(a) paciente

Nome:
Endereço:
Cidade: Estado: CEP:
RG: CPF Estado civil:
Data de nascimento
N.º e idade dos filhos vivos

Responsável

Parentesco:
Endereço:
Cidade: Estado: CEP:
RG: CPF Estado civil:

Identificação do(a) médico(a)

Nome:
CREMEB RG CPF
Endereço do consultório:
Especialidade:

CONSENTIMENTO:

Declaro para os devidos fins que o(a) Dr. (a)
livremente procurado por mim com a finalidade de realizar esterilização cirúrgica –
vasectomia – dentro do que preceitua a Resolução CREMEB nº 258/03, esclareceu-me
que:

8. A cirurgia de esterilização a ser realizada na minha pessoa, consiste basicamente na interrupção da continuidade dos VASOS DEFERENTES, com o objetivo de impedir minha capacidade de fertilização, sendo-me devidamente explicada a técnica de sua realização
9. Embora o método de esterilização seja o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é 100%, existindo uma percentagem de falha de 0,5%, na dependência de condições pessoais.
10. Como em toda a intervenção cirúrgica, existe um risco potencial de morbidade e mortalidade, derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
11. As complicações que poderão surgir são:
 - a) Intra-operatória (hemorragias, lesões de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico.
 - b) Pós operatórias:
 - i. Leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, etc.)



- ii. Graves e excepcionais (trombozes, perfurações de órgãos, etc)
12. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.
13. Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis:
- a) Métodos de barreira
 - b) Antecepção hormonal
 - c) Métodos naturais

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

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.

Assim, declaro agora que estou satisfeito com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

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

Local e data:

Médico

Paciente ou Representante Legal

Testemunhas:

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de / / e não desejo prosseguir o procedimento, que dou com esta finalizado.

Local e data

Médico

Paciente ou Representante Legal