



Vértices (Campos dos Goitacazes)

ISSN: 1415-2843

ISSN: 1809-2667

essentia@iff.edu.br

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia

Fluminense

Brasil

A contribuição do Serviço Social no planejamento familiar de vasectomizados

Espinoza, Rosimary de Farias Lobos; Fridrich, Gilivã Antonio

A contribuição do Serviço Social no planejamento familiar de vasectomizados

Vértices (Campos dos Goitacazes), vol. 21, núm. 1, 2019

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Fluminense, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=625767707012>

DOI: <https://doi.org/10.19180/1809-2667.v21n12019p132-149>

Este documento é protegido por Copyright © 2019 pelos Autores



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

A contribuição do Serviço Social no planejamento familiar de vasectomizados

Contribution of Social Work to family planning of vasectomized men

La contribución del Servicio Social en la planificación familiar de hombres vasectomizados

Rosimary de Farias Lobos Espinoza ¹

Brasil

rrfmary30@gmail.com

DOI: [https://](https://doi.org/10.19180/1809-2667.v21n12019p132-149)

doi.org/10.19180/1809-2667.v21n12019p132-149

Redalyc: [https://www.redalyc.org/articulo.oa?](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=625767707012)

id=625767707012

Gilivã Antonio Fridrich ²

Brasil

profgilivan@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1057-5134>

Recepción: 11 Enero 2019

Aprobación: 01 Abril 2019

RESUMO:

Este estudo objetivou difundir a atuação do Assistente Social no Programa de Planejamento Familiar masculino, em um hospital público municipal de João Pessoa (PB), referência no método de contracepção definitiva, a vasectomia. Foram analisados prontuários de homens que se submeteram a esse procedimento. Constatou-se a importância desse programa como difusor de informações e a necessidade de sua ampliação e reestruturação. Notou-se que é necessária a capacitação dos profissionais de saúde para assistir os homens, implementando estratégias para que eles sejam mais atuantes nas ações de planejamento familiar e para que haja quebra dos paradigmas que permeiam a vasectomia.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde, Planejamento familiar, Vasectomia, Serviço Social.

ABSTRACT:

This study aimed to disseminate the role of the Social Workers in the Male Family Planning Program carried out at a public hospital in the city of João Pessoa (Brazil), a reference in vasectomy, a permanent birth control method. The charts of men who underwent this procedure were analyzed. The study confirmed the importance of this program in the dissemination of information and the need for its expansion and restructuring. It was noted that it is necessary to train health professionals to assist men, implementing strategies so that they are more active in family planning actions, as well as a change of paradigms with respect to vasectomy.

KEYWORDS: Health Policy, Family Planning, Vasectomy, Social Work.

RESUMEN:

Este estudio objetivó difundir la actuación del Asistente Social en el Programa de Planificación Familiar masculina, en un hospital público municipal de João Pessoa (Brasil), referencia en la vasectomía, método anticonceptivo permanente. Se analizaron los archivos médicos de hombres que se sometieron a ese procedimiento. Se constató la importancia de este programa como difusor de informaciones y la necesidad de su ampliación y reestructuración. Se notó que es necesaria la capacitación de los profesionales de salud para asistir a los hombres, implementando estrategias para que ellos sean más actuantes en las acciones de planificación familiar y para que se cambien los paradigmas respecto a la vasectomía.

PALABRAS CLAVE: Política de Salud, Planificación familiar, Vasectomía, Servicio Social.

NOTAS DE AUTOR

1 Graduação em Serviço Social pela Faculdade Internacional da Paraíba (FPB) – João Pessoa/PB – Brasil. E-mail: rrfmary30@gmail.com.

2 Doutorando em Desenvolvimento e Meio Ambiente do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente – PRODEMA da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa/PB – Brasil. E-mail: profgilivan@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

O Planejamento Familiar é o conjunto de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da família pela mulher, pelo homem ou, pelo casal, previsto na Lei nº 9.263/1996, referindo-se aos procedimentos utilizados para o planejamento pautado na política pública de saúde, no que se insere o Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre os métodos que compõem o Planejamento Familiar, a vasectomia é um dos com maior eficácia, por ser um método definitivo. Existe, porém, uma lacuna de conhecimento e preconceito em relação a esse procedimento cirúrgico masculino, no que se refere às possíveis consequências em alterações sexuais ou mudanças no organismo ocasionadas por esse método na vida dos homens (MARCHI *et al.*, 2011).

No campo informativo de assistência à saúde, o Assistente Social é um profissional que auxilia nessas questões, quanto ao acompanhamento, divulgação e promoção da saúde. Exige-se desse profissional um amplo conhecimento teórico e prático sobre as políticas públicas de saúde, em particular as do SUS, garantindo assim um atendimento completo e esclarecedor principalmente para a parcela da população masculina que, em grande parte, desconhece os métodos e procedimentos preventivos, neste caso, a vasectomia (MELLO, 2012).

Neste estudo, objetivou-se difundir a atuação do Assistente Social no Programa de Planejamento Familiar Masculino, realizado em um hospital público no município de João Pessoa no Estado da Paraíba, referência no método de contracepção definitiva, a vasectomia.

2 POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL

A política de saúde brasileira em sua história foi marcada por lutas e contradições. Inicialmente a saúde era segmentada e os serviços eram oferecidos aos trabalhadores que possuíam registros de trabalhos com condições para pagar seus atendimentos. A população que não se enquadrava nessa organização era excluída. Com a Constituição Federal de 1988, a saúde no Brasil foi estabelecida como “direito universal e dever do Estado” (MELLO, 2012).

Essa política foi pensada e associada, em um primeiro momento, aos direitos trabalhistas, com o objetivo de beneficiar apenas os trabalhadores ligados e contribuintes da Previdência Social, configurando dessa forma um problema estrutural na saúde pública. Nesse período, o foco não era a saúde dos brasileiros propriamente dita, pois se via uma espécie de comércio nos serviços de saúde não havendo uma integração nos atendimentos por parte do Estado para a população brasileira (COUTO, 2010).

Numa linha histórica, houve diversos debates, encontros e reuniões para estabelecer um diálogo entre os poderes públicos e a população para a melhoria e reestruturação do sistema de saúde, em especial na assistência social e igualitária dos serviços. Nesse período esteve em pauta a Reforma Sanitária, proposta resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, permanecendo em constante processo de desenvolvimento, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (PAIM, 2008).

De acordo com Paim e Teixeira (2006), a política de saúde é uma resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes. Segundo Ferraz e Kraiczky (2017) ela se relaciona com a produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o meio ambiente de maneira igualitária na sociedade.

Para Mello (2012), a Constituição Federal de 1988 configura-se como um marco para a saúde no Brasil, pois incorporou a visão do movimento sanitário, formando o tripé da seguridade social, em que enquadram as políticas de saúde, assistência social e previdência social. A partir de então, a saúde passa a ser direito de

todos os brasileiros, com o acesso integral e não mais contributivo. A Constituição em suas normativas prevê o financiamento das esferas de governo, a participação comunitária e regulamenta a participação da iniciativa privada, apenas de forma complementar.

De acordo com Rodriguez (2016), as políticas de saúde são caracterizadas pelo acesso universal, são instrumentos para estabelecer mecanismos de impacto redistributivo, pois produzem um efeito de desmercadorização ao custear, por meio de verbas públicas reunidas a partir de impostos, o atendimento de saúde para todos os cidadãos, inclusive para os desprovidos de condições financeiras para arcar com custos referentes a sua saúde.

Em decorrência dos movimentos sanitários e constitucionais, constatou-se a efetiva utilização dos serviços pela população, necessitando-se a criação de um sistema para gerir as informações e ações de maneira ampla e integrada (PAIM, 2002). Surgiu assim o Sistema Único de Saúde, o qual é organizado pelos princípios do atendimento integral, da participação comunitária e da descentralização do sistema de saúde (FERRAZ; KRAICZYK, 2017).

O Sistema Único de Saúde é a formalização da conquista do direito de todos à saúde, o que é a única possibilidade de assistência à saúde para a maioria da população brasileira (SOUSA; BATISTA, 2012).

3 O SUS E A POLÍTICA DE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE DO HOMEM

O Sistema Único de Saúde é público e foi oficializado a partir da Constituição Federal de 1988. A sua inscrição na Carta Magna acatou as proposições da sociedade civil organizada, incorporando mudanças no papel do Estado e alterando de forma significativa o arcabouço jurídico-institucional, pautando-se por uma soma de princípios e diretrizes validados em todo território brasileiro. É composto pelo conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde integrantes das organizações públicas, na esfera municipal, estadual e federal, além dos serviços de setores privados como complementares, de acordo com a legislação (AGUIAR, 2011).

O SUS foi regulamentado pela Lei nº 8080/1990 e Lei nº 8.142/1990, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990a).

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, garante a participação da comunidade na gestão do SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, entre outras providências. Também instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera governamental (BRASIL, 1990b).

A normatização do SUS tem sido implementada por uma série de legislações que incluem as leis orgânicas da saúde e outras leis orgânicas estaduais e municipais, assim como emendas, decretos e portarias. A operacionalização do SUS se orienta por Norma Operacional Básica (NOB) e Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que foram editadas posteriormente à criação das leis orgânicas pelo Ministério da Saúde (AGUIAR, 2011).

O SUS foi estruturado sob diretrizes que tem como objetivo: a prevenção, o tratamento e a recuperação de todo e qualquer cidadão, prevalecendo o direito fundamental à saúde (MAZZUCCO; VIEIRA, 2016; FERRAZ; KRAICZYK, 2017).

Segundo o art. 7º da Lei nº 8.080/1990, o SUS possui os seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso em todos os níveis; II - integralidade de assistência em todos os níveis; III - preservação da autonomia física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde; V - direito à informação, às pessoas assistidas; VI - divulgação

de informações dos serviços ao usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) descentralização para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede; X - integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos das três esferas na prestação de serviços; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990a).

Reforça-se que o SUS agrega todos os serviços de saúde nas esferas federal, estadual e municipal e os serviços privados que são prestados mediante contrato e/ou convênios. Incorpora a maior parte dos pressupostos da Reforma Sanitária, garantindo saúde como “Direito de Todos e Dever do Estado” (BRASIL, 1988).

Esse sistema enfrenta problemas que envolvem o acesso e a qualidade do atendimento, comprometendo o modelo de atenção proposto e sua legitimidade. Desde sua criação e os primeiros esforços de implantação, há o imperativo de efetivar a mudança do modelo de atenção na execução dos novos paradigmas apontados. Essa necessidade tem sido constantemente retratada nos espaços coletivos de debates, como conferências, congressos, seminários, de onde se dirigem moções aos órgãos públicos de saúde, para adequar e melhorar a gestão dos atendimentos e a qualidade dos serviços prestados (MAZZUCCO; VIEIRA, 2016).

Campos (2007) argumenta que o SUS ainda é uma reforma social incompleta, além do que sua implantação é heterogênea, desigual, conforme características geopolíticas ou geoculturais de cada região. Neste sentido, a irregularidade com que vem interferindo de modo positivo sobre a vida da maioria da população tem contribuído para esse desinteresse.

Como referido, o SUS, que é subsidiado pela Política Nacional de Saúde, prevê o atendimento de forma universal, sem distinções socioeconômicas, étnicas e de gênero. Dentre os diversos campos de atendimento realizado pelo SUS, temos a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (PNAISH) cujo objetivo principal é promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação do acesso às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2009a; FERRAZ; KRAICZYK, 2017).

Dentro da política pública de saúde, encontra-se a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, que instituiu no âmbito do SUS a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, com o objetivo de promover a melhoria das condições de saúde da população masculina no Brasil. Nesse sentido é um contributo efetivo para a redução da morbidade e mortalidade da população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso às ações e, aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2009a). No Art. 2º da referida Portaria é regida pelos seguintes princípios:

I - universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos; II - humanização e qualificação da atenção à saúde do homem, com vistas à garantia, promoção e proteção dos direitos do homem, em conformidade com os preceitos éticos e suas peculiaridades socioculturais; III - co-responsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina, implicando articulação com as diversas áreas do governo e com a sociedade; e IV - orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem (BRASIL, 2009a).

Na formulação da PNAISH, houve a clareza de integrá-la às outras políticas de saúde. Essa integração transversal também se reflete na interdependência e necessária cooperação de todos, somando experiências e discutindo exaustivamente diretrizes, que possibilitem as melhores opções de construção e operacionalização dessa política, o que dará a cada segmento, gestor ou executor, a corresponsabilidade pela correta implementação das ações, em benefício da população a ser assistida (BRASIL, 2009b).

Para haver efetividade na implantação da PNAISH, é necessário que os profissionais se engajem e procurem uma aproximação com a população masculina, estabelecendo vínculos e, de maneira geral, facilitando o acesso

aos serviços por essa parcela da população (TEIXEIRA *et al.*, 2014). No entanto, para conhecer o público, definir padrões e estratégias de ações são indispensáveis estudos que possam averiguar se há necessidades insatisfeitas de planejamento familiar, bem como limitações de acesso à população masculina (SILVA *et al.*, 2018).

4 PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

A trajetória do planejamento familiar no Brasil, além de sofrer influências internacionais e de movimentos sociais, foi marcada por questões religiosas, com sua predominância na católica, servindo, assim, a múltiplos interesses. As discussões sobre o planejamento familiar sempre estiveram articuladas ao que se entende por desenvolvimento, fato que influencia diretamente as políticas governamentais (FERREIRA; COSTA; MELO, 2014).

Em 12 de janeiro de 1996, foi promulgada a Lei nº 9.263, que trata do planejamento familiar e estabelece penalidades no país. Tal lei encontra-se em vigor até a presente data e é a base legal para as ações de planejamento familiar desenvolvidas pelo SUS. Essa legislação assegura o planejamento como direito de todo cidadão e, no seu artigo 3º, afirma que é “parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde” (COSTA, 2016, p. 428).

Discorrendo brevemente, planejamento familiar é um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos, tanto para auxiliar a concessão de filhos, ou seja, recursos para a concepção, quanto para prevenir uma gravidez indesejada, a anticoncepção. Esses recursos devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas, com garantia da liberdade de escolha (BRASIL, 2006).

Para o termo planejamento familiar também é utilizado planejamento reprodutivo, apontado por alguns profissionais como sendo mais apropriado, já que não necessariamente precisa-se de um companheiro ou companheira fixos para se ter filhos, visto que eles podem ser gerados por meio de técnicas de reprodução assistida (NOGUEIRA *et al.*, 2018).

Mesmo que o planejamento reprodutivo seja um espaço para homens e mulheres, é visível que o grande público participante é de mulheres. Isto deve-se ao fato de uma construção histórica de gênero, social e cultural, pela qual ainda pertence à mulher a decisão da contracepção (BRASIL, 2010b; NOGUEIRA *et al.*, 2018). Nesse sentido, o planejamento familiar está intimamente relacionado às relações de gênero, as quais envolvem aspectos históricos que são culturais e socialmente construídos. As relações de gênero são permeadas por relações de poder que se estabelecem de forma desigual entre os sexos e constituem sistemas de hierarquização (FERREIRA; COSTA; MELO, 2014).

Nessa constatação cabe muitas vezes às mulheres a decisão para o método contraceptivo. Nesse sentido, o planejamento familiar é um método de prevenção e de intervenção na saúde da família, portanto deve considerar a unidade familiar e não apenas a mulher. No entanto, o homem ainda parece desconhecer tal conceito (SANTOS; FREITAS, 2011).

O Ministério da Saúde, tomando por base o dispositivo da Lei do Planejamento Familiar (Lei nº. 9.263/1996), determina, como competência dos profissionais de saúde, assistir em concepção e contracepção, empenhando-se em informar os indivíduos sobre as opções para as duas finalidades, destacando a oferta dos métodos anticoncepcionais autorizados e disponíveis no Brasil – *Billings*, tabela, temperatura, sintotérmico, preservativos masculino e feminino, diafragma, espermicida, Dispositivo Intrauterino (DIU), hormônios orais e injetáveis, laqueadura e vasectomia (BRASIL, 2009b).

Não existe um método melhor que o outro, cada um tem vantagens e desvantagens. Assim como também não existe um método totalmente eficaz, todos têm uma probabilidade de falha. Dessa forma, um método pode ser adequado para uma pessoa e não ser para outra, por isso a pessoa deve procurar escolher o método mais adequado para si, seguindo a orientação de profissionais de saúde. É importante procurar um serviço de saúde antes de iniciar o uso de qualquer método anticoncepcional, pois existem situações em que

determinados métodos não devem ser utilizados. Além disso, é necessário fazer acompanhamento periódico para verificar se o método está sendo utilizado corretamente e se houve o aparecimento de algum problema para o usuário (BRASIL, 2006).

A finalidade do planejamento familiar, como o próprio nome diz, é tornar a decisão de constituir família uma atitude pensada, desejada, feita de forma responsável, bem compreendida e assumida através da difusão de conhecimento e informação à população sobre métodos conceptivos e contraceptivos (DINIZ, 2007).

Tomando conhecimento de sua abrangência e importância, o planejamento familiar se insere na Agenda 2016-2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), a qual constitui-se de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Na meta 3.7, até 2030 preconiza-se que seja assegurado o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, a informação e a educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais (ONU, 2015).

4.1 O método da Vasectomia

Conforme mencionado, a vasectomia insere-se na cobertura de métodos contraceptivos. Em relatos históricos, conta-se que a vasectomia vem sendo realizada há mais de um século. Em 1890, a cirurgia de vasectomia passou a ter uso clínico em cirurgia de próstata, visto que era usada como método de profilaxia de epididimites que ocorriam com frequência após esse procedimento. Posteriormente foi usada erroneamente com o objetivo de promover o rejuvenescimento sexual. A partir de 1928, a vasectomia passou a ser encarada como um método de esterilização permanente, o que é utilizada na atualidade (BRAGA, 1998).

O procedimento de vasectomia é descrito como um método anticoncepcional definitivo, simples, seguro, e realizado através de um procedimento cirúrgico rápido e eficiente. Esse procedimento oferece menos risco em relação à Ligadura de Trompas ou Laqueadura realizado nas mulheres (ONU, 2015). Contudo, apesar das vantagens conhecidas, sua prática não é tão comum. Ainda que o quantitativo de cirurgias tenha aumentado no Brasil, em número superior a 300% entre os períodos de 2001-2017, o que corresponde de 7,7 mil para 34 mil respectivamente de homens que realizaram a vasectomia, verifica-se que esse procedimento não está distribuído de maneira igualitária pelas regiões brasileiras.

Segundo a resolução presente na Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, como exposto no Art. 10, somente é permitida a esterilização voluntária

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 (BRASIL, 1996).

De acordo com o Art. 6º da Lei 9.263/1996, as ações de planejamento familiar são exercidas por instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos da lei, e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1996).

É necessário que a unidade de saúde esteja cadastrada no Ministério da Saúde, que tenha profissionais preparados e treinados para a realização do procedimento cirúrgico, além de uma equipe multidisciplinar responsável pelo acolhimento, aconselhamento, pelas explicações acerca da cirurgia e pela entrevista antes da realização do procedimento. Além disso, na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges, sendo necessário que aguardem sessenta dias para refletirem sobre a sua decisão, e, somente após esse tempo, retornem ao serviço de saúde e, se realmente a decisão for mantida, é marcado o procedimento. Por fim, a realização da vasectomia deve ser notificada junto ao Ministério da Saúde (CARNEIRO, 2012).

Em questões operacionais, a vasectomia é um procedimento cirúrgico por meio do qual os canais deferentes são cortados e amarrados, cauterizados, ou fechados com grampos. Caracteriza-se como uma cirurgia simples, que pode ser realizada em ambulatório, com anestesia local e o homem não precisa ficar internado, somente em observação, caso não haja complicações. Para optar pela vasectomia como método anticoncepcional, o homem precisa estar seguro de que não quer mais ter filhos e enquadrar-se na legislação (BRASIL, 2006; RESENDE JR; CRUZ; DAMIÃO, 2010).

Como em qualquer procedimento cirúrgico, há a assinatura de documento de consentimento esclarecido. Neste documento, o usuário deve compreender e estar ciente das seguintes situações: Também há anticoncepcionais temporários à disposição do usuário; A vasectomia é um procedimento cirúrgico; Existem certos riscos, bem como benefícios, na execução do mesmo (tanto os riscos quanto os benefícios, devem ser explicados de uma maneira que o usuário possa entender); O procedimento é considerado permanente e provavelmente não poderá ser revertido; O usuário pode mudar de ideia e decidir não mais realizar o procedimento a qualquer momento, antes da concretização do mesmo (sem que, com isso, perca seus direitos a outros serviços e benefícios médicos e de saúde oferecidos pelo SUS) (CARNEIRO, 2012).

Segundo Marchi *et al.* (2011), existe uma lacuna de conhecimento em relação à esterilização cirúrgica masculina. Esta lacuna está estreitamente vinculada às ideias equivocadas sobre as possíveis consequências que a opção por este método, pode ter na vida dos homens vasectomizados.

Nessa concepção de que o método que não traz problemas, Moura, Silva e Galvão (2007) retrataram num estudo que os homens manifestaram inúmeros receios em relação à vasectomia, principalmente quanto a sua desvalorização enquanto homem. Entretanto, todos disseram ter satisfação em terem feito a vasectomia e citaram vários aspectos positivos, como a melhoria no relacionamento sexual com as parceiras, especialmente pela superação do medo de uma gravidez indesejada, bem como o afastamento das preocupações e consequências com o uso de métodos anticoncepcionais.

A vasectomia não remove os testículos, não diminui o desejo sexual, não afeta a função sexual (ereção e ejaculação), não traz ganho de gordura nem faz ficar mais fraco, “menos masculino” ou menos produtivo, não provoca qualquer doença ao longo da vida e não previne a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis. Isso é a concepção de parte da população masculina (RESENDE JR; CRUZ; DAMIÃO, 2010).

Apesar das grandes vantagens da vasectomia, sua prática ainda não é muito comum. Ainda que os números de cirurgias tenham aumentado no Brasil desde a sua introdução na tabela de procedimentos promovidos pelo SUS, o número absoluto de procedimentos não é tão satisfatório, para entender que o homem também tem um papel decisivo no planejamento reprodutivo (NOGUEIRA *et al.*, 2018).

Ainda são impostos pela sociedade alguns “modelos”, visto que a masculinidade traz a ideia de que o homem tem que ser forte e invulnerável, e assim acreditam que não necessitam de cuidados. Sendo assim, se o homem adota alguma medida de cuidado com sua saúde, pode demonstrar fragilidade. No imaginário social, isso pode desqualificá-lo como homem porque é a mulher que, em geral, é vista como quem tem fraquezas e fragilidades (GOMES, 2010). Essa constatação aponta para a necessidade de desmistificar, entre os homens, a concepção de que o corpo masculino é simples, mecânico e que por isso, não precisa ser conhecido. Deve-se conhecê-lo para poder cuidar, tratar e viver com mais qualidade, e evitando assim, muitos problemas que além de impactarem na sua saúde, trazem ônus ao sistema público de saúde por outras complicações que possam ocorrer (COSTA, 2016).

5 A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PLANEJAMENTO FAMILIAR DE VASECTOMIZADOS

O Serviço Social tem como campo de atuação as políticas sociais, tendo por compromisso a defesa e a garantia de direitos sociais, fortalecendo a democracia e buscando a emancipação social, regulamentado pela Lei nº 8.662/1993. Tem seu exercício profissional regido pelo Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

O Assistente Social possui formação ampla, generalista e acadêmica com base teórica, técnica, prática e política que possibilita elaborar, planejar e executar ações apoiando diversos segmentos sociais; na saúde, educação, trabalho, previdência social e cultura, trabalhando com a população nas suas diferentes formas de nucleação e segmentos de forma sistêmica (BIASOLI; SANTOS, 2008).

Esse profissional inserido no campo da Saúde deve possuir o conhecimento sobre as políticas públicas, em particular a do SUS, e como essas políticas são garantidas à população; precisa ter um domínio teórico e técnico sobre a política à qual direciona sua atuação. O Assistente Social deve “empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais”, e tem o dever de “democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários” (CRESS, 2005, p. 24).

As atribuições e competências regidas por esses profissionais sejam aquelas realizadas na saúde, ou em outro espaço socio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados pelos profissionais e pelas instituições empregadoras (CFESS, 2010).

Ao referenciar a atuação do Assistente Social na saúde, é fator importante mencionar que o Serviço Social tem nesta área a Resolução nº 218 de 6/03/1997 do Conselho Nacional de Saúde, que reconhece a categoria de Assistentes Sociais como profissionais de saúde, além da Resolução CFESS nº 383, de 29/03/1999, que caracteriza o “Assistente Social como profissional de saúde perfazendo o ético-político, teórico-metodológico e técnico-operacional [...]” (SILVA; SILVA, 2013, p. 36).

Segundo o Conselho Federal de Serviço Social, as principais ações a serem desenvolvidas pelo Assistente Social na área da saúde são:

democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária; Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde; Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal; Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação; Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social; Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços e emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009 (CFESS, 2010, p. 44-45).

Portanto, o Assistente Social inserido na área da saúde, exerce o papel de mediador nas relações sociais existentes na sociedade, buscando garantir os direitos dos usuários, através de estratégias que seja adequada para um atendimento humanizado e igualitário (SILVA; SILVA, 2013).

Sua atuação junto à equipe multidisciplinar ocorre através da interlocução com outros profissionais, relatando a estrutura familiar e as necessidades de orientações, além de solicitar aos outros profissionais de saúde, as orientações e treinamentos necessários para um atendimento eficiente (CFESS, 2010, p. 46).

Essas ações consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática (CFESS, 2010, p. 54).

Em vista disso, a participação do Serviço Social no Programa de Planejamento Familiar, se dá na orientação ao usuário, transmitindo informações dentro da legislação vigente. Essas informações devem ser claras e equilibradas sobre a esterilização masculina e outros métodos de planejamento familiar. O paciente deve sentir-se seguro com as informações obtidas por esse profissional, para que não haja a esterilização precoce e arrependimento posterior, por ser este um procedimento considerado definitivo pela política do SUS.

6 METODOLOGIA

Este é um estudo quantitativo e qualitativo, com análises do tipo descritivo, bibliográfico e documental (MINAYO, 2007), que buscou quantificar e conhecer o perfil sociodemográfico dos usuários do Programa de Planejamento Familiar em um hospital público no município de João Pessoa no estado da Paraíba, que é referência na região com a realização do procedimento de vasectomia e a inserção dos profissionais de Serviço Social no campo da assistência.

Para a construção do referencial teórico, foram utilizados artigos disponíveis na base de dados no Portal de Periódicos CAPES e referenciais bibliográficos. Para a obtenção das informações, estabeleceu-se uma amostragem aleatória de todos os prontuários armazenados no banco de dados, no setor de Serviço Social do hospital. Nesses prontuários foram verificadas as variáveis sociodemográficas: idade, escolaridade, número de filhos, renda familiar e estado civil. As informações coletadas foram tabuladas em planilhas e inseridas em uma tabela para apresentação e posterior discussão dos dados.

Para obter as informações referentes aos participantes desse programa, realizaram-se análises em 389 prontuários, por meio de escolha (sorteio) aleatória. Foram inseridos no estudo 178 usuários que realizaram o procedimento de vasectomia no período dos últimos sete anos (2010 – 2017).

Como critério de inclusão, foram verificados os prontuários dos usuários participantes do programa que estivessem de acordo e/ou realizaram os procedimentos de vasectomia, conforme estabelece a Lei nº 9.263/1996.

7 RESULTADOS

No mês de novembro de 2017, foi realizada uma coleta de informações nos prontuários do setor de Serviço Social do hospital. Buscou-se nestes arquivos verificar os pacientes que realizaram os procedimentos de vasectomia pelo SUS. Ressalta-se que o Programa de Vasectomia foi implantado neste hospital no período de dezembro de 2009, atendendo a demanda espontânea, através de uma equipe multidisciplinar organizada por profissionais de Enfermagem, Urologia (cirurgiões), Psicologia e Serviço Social.

Como organização do Programa de Vasectomia, constatou-se em relatos escritos que, entre o período de janeiro de 2010 até abril de 2017, foram realizadas 74 reuniões informativas com a equipe multidisciplinar para 729 ouvintes, dos quais 373 foram vasectomizados. Essas reuniões eram organizadas na última semana de cada mês.

No entanto, após esse período, houve reestruturação e mudanças nos atendimentos aos usuários e participantes do programa. Os encontros deixaram de ocorrer na modalidade mensal. Atualmente a organização do programa decorre da seguinte maneira: as informações e atendimento são previamente realizados pelo médico da Unidades de Saúde dos bairros; após essa avaliação, o profissional encaminha o usuário para uma consulta com o especialista urologista do hospital; que verifica se o paciente se enquadra no programa e o encaminha para o atendimento com a Assistente Social.

Em conformidade com essas mudanças no programa de atendimentos aos usuários, percebeu-se como impacto negativo a diminuição expressiva da procura por esse serviço no hospital. De acordo com os dados levantados, ocorreram 16 processos cirúrgicos entre os meses de abril e novembro de 2017. Acredita-se que essa nova dinâmica de atendimento está ineficiente, pois os usuários relataram o horário do funcionamento como problema. Segundo descrições dos homens atendidos, o horário de funcionamento coincide com o período em que estão em atividade laboral, dificultando a busca pelo serviço. Nessa concepção, Silva *et al.* (2011) apontam que os empecilhos práticos dados pelos homens, como falta de tempo, não justificam o papel limitado que eles desempenham no controle da fecundidade, uma vez que as mulheres também praticam uma variedade de atividades domésticas, familiares e, muitas vezes, profissionais, e mesmo assim ainda são responsáveis pela contracepção.

Mediante o levantamento de dados realizado no Serviço Social do hospital, constatou-se que dos 729 ouvintes participantes das reuniões, 356 não deram continuidade ao procedimento pelo fato de não estarem nos conformes exigentes na legislação. Em alguns casos, o indivíduo tinha a idade, porém não tinha o número de filhos. Em outros casos, a esposa se recusava a assinar o termo de consentimento alegando que o marido iria se sentir mais “solto”, ou seja, temia problemas na relação conjugal. Neste sentido, conforme prevê a legislação, a decisão pelo procedimento de esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges, não sendo efetuada a vasectomia, caso um dos cônjuges não esteja de acordo.

A participação do Serviço Social se dá na orientação ao usuário, a/o Assistente Social responsável pelo programa transmite informações claras e equilibradas sobre a esterilização masculina e outros métodos de planejamento familiar. Além disso, a Assistência Social analisa a documentação necessária para a realização e encaminha para avaliação com equipe de Psicologia. Após a avaliação dessa equipe, retorna para o Serviço Social, assina o termo de consentimento, conforme consta no art. 10 da Lei nº 9.263/96, em seu inciso § 1º e § 5º:

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

Com a assinatura da documentação pela equipe do Serviço Social, começa a contar o prazo mínimo de sessenta dias entre o interesse e os procedimentos cirúrgicos. Após esse período, a cirurgia é agendada, conforme a demanda da equipe de médicos urologistas disponíveis. Por este motivo, em alguns casos a cirurgia acontece após o prazo previsto na lei (sessenta dias). Nessa situação, os pacientes que necessitam urgência passam por uma triagem e os procedimentos cirúrgicos da vasectomia são realizados primeiramente.

É importante destacar que a maioria dos homens que procuram o serviço de saúde chegam cheios de dúvidas e sem conhecimento de como é realizado os procedimentos, enquanto outros procuram o serviço pelo fato de conhecerem alguém que fez e o informou que a vasectomia é um método seguro e simples. Diante disso, constata-se que as experiências de quem já realizou o procedimento e o atendimento da equipe multidisciplinar é de extrema importância, pois esclarecem-se essas dúvidas e desmitificam-se alguns posicionamentos tidos pelos usuários.

Para propiciar a participação efetiva dos homens na contracepção, faz-se necessário proporcionar-lhes um processo educativo mais abrangente, voltado para a orientação em contracepção (MARCHI *et al.*, 2003). Mediante as informações que foram encontradas nos prontuários dos usuários, foi possível analisar e interpretar os dados.

Salientamos que é extremamente importante essa comunicação dos profissionais com o público masculino, pois sua participação no planejamento familiar é reduzida e existe uma lacuna de programas para saúde sexual e reprodutiva masculina em diversas regiões brasileiras. Na maioria das vezes cabe à mulher participar sozinha das reuniões de orientação, fazendo a escolha do contraceptivo e assumindo a responsabilidade da decisão da quantidade dos filhos que deseja possuir (SANTOS; FREITAS, 2011).

Devido a essas constatações, Morais *et al.* (2014) em seu estudo retratam que os homens revelaram que a responsabilidade da manutenção do planejamento familiar era, principalmente, de sua companheira. A sua função era apenas apoiar a decisão tomada por ela a fim de evitar consequências do uso inadequado do contraceptivo. Nesse sentido a presença dos homens na unidade de saúde é diminuta, secundária à função que era das companheiras (GONTIJO; BECHARA; MEDEIROS, 2011).

Ao analisar os prontuários, constatou-se que no período de 2010 a novembro de 2017, efetivou-se o total de 389 procedimentos. Em 2010, ano de início do programa no hospital, foram realizados 70 procedimentos. No ano seguinte, foram realizados 55, em 2012, teve uma queda para 33 procedimentos. Já em 2013, houve um aumento para 54 vasectomias, em 2014, 57 vasectomizados. No ano de 2015, o número de

procedimentos realizados caiu para 33. Em 2016, houve um quantitativo de 52 procedimentos, em 2017 obteve-se novamente queda na realização, com 35 procedimentos efetuados.

Por meio de buscas nos prontuários, anotações e atendimentos realizados nesses períodos, pode-se sugerir que o envolvimento do homem na contracepção ocorre quando os métodos utilizados trazem desvantagens para a saúde da mulher, juntamente com o número de filhos, além das más condições financeiras da família. Diante desses fatos, percebe-se que o homem tende a optar pela vasectomia, quando não há outra opção para o casal. Nesse sentido, tem-se o procedimento contraceptivo definitivo como última opção dos homens.

Na Tabela 1, constam os dados obtidos nos prontuários, os quais estão caracterizados pelas variáveis: faixa etária; escolaridade; renda familiar; número de filhos e estado civil.

TABELA 1.
Caracterização dos usuários do Programa de Vasectomia

Variáveis	Quantidade	%
Faixa Etária		
25 a 30 anos	38	20%
31 a 40 anos	100	56%
41 a 50 anos	36	21%
51 a 60 anos	3	2%
≥ 61 anos	1	1%
Escolaridade		
Analfabeto	3	2%
Ensino Fundamental I e II	71	40%
Ensino Médio	97	54%
Ensino Superior	7	4%
Número de Filhos		
1 filho	1	1%
2 a 3 filhos	143	80%
4 a 5 filhos	32	18%
≥ 6 filhos	2	1%
Renda Familiar		
< 1 salário mínimo	17	10%
1 a 2 salários mínimos	136	76%
> 2	25	14%
Estado Civil		
Casados	103	58%
Divorciado ou Solteiro	27	15%
Viúvo	48	27%

Fonte: Os autores (2017)

A faixa etária dos usuários selecionados variou entre 25 e 61, todos estavam de acordo com o que rege a Lei nº 9.263/1996, a qual estabelece idade mínima de 25 anos para realização de esterilização voluntária.

Devido à possibilidade de arrependimento posterior, a idade torna-se um fator importante, mesmo sendo um procedimento com possibilidade de reversão, sua reversibilidade pelo SUS é improvável, razão pela qual a realização dos procedimentos cirúrgicos deve ser pensada com cautela e responsabilidade, assegurando-se, inclusive ao Estado, dar as informações pertinentes e educar os indivíduos sobre o caráter definitivo do método, evitando a esterilização precoce ou arrependida futuramente.

Em relação ao nível de escolaridade, os resultados mostraram que apenas 2% dos usuários declararam ser analfabetos, 40% dos homens declararam ter o Ensino Fundamental I ou II, já 54% declaram ter o Ensino Médio completo ou incompleto e, 4% possuir Ensino Superior completo. Quanto a esses dados, nota-se que os usuários com escolaridade baixa tendem a não procurar o procedimento, e os usuários com escolaridade de nível mais elevado procuram atendimento particular, fato que pode ser uma possível explicação para os resultados observados neste perfil (COSTA, 2016). Leva-se em consideração que a maioria desse público

possui plano de saúde privado e muitas vezes não procura os serviços oferecidos pelo SUS, como a vasectomia ora em questão. Por outro lado, os com escolaridade menor e/ou analfabetos podem não ser instruídos de maneira efetiva ou não ter acesso às informações sobre os procedimentos que são realizados na contracepção, configurando ainda que a vasectomia está relacionada com perda de virilidade, ideia que, por muito tempo, povoou o imaginário masculino (COSTA, 2016).

Nessa concepção de características que permeiam os métodos contraceptivos definitivos como a vasectomia, faz-se necessário maior envolvimento dos profissionais da área da saúde para difundir as informações em sua comunidade e estimular os homens na busca da sua utilização como medida contraceptiva, desassociando-a da ideia que ela pode comprometer a sua sexualidade ou trazer outros danos à sua saúde (CARNEIRO, 2012).

Um dos fatores que contribuem para a escolha da esterilização voluntária é a preocupação com as condições financeiras para o gerenciamento familiar. Para Sauthier e Gomes (2011, p. 462), a realidade socioeconômica sugere famílias com menores números, mais adequadas ao orçamento familiar e às atividades da mulher e do homem no mercado de trabalho. Sendo assim, a prática do planejamento familiar pode ser benéfica para a família e para sociedade.

De acordo com Costa (2016), acredita-se, também, que a participação dos homens no planejamento familiar se dá através de sua preocupação com as condições financeiras para a manutenção e cuidado familiar. Nota-se que essa preocupação é decorrente do papel que a sociedade ainda atribui ao homem, como o principal provedor da família. As dificuldades financeiras são fatores que sobressaem contra uma família com número expressivo de indivíduos. O número ideal de filhos parece estar diretamente relacionado às metas e aos planos traçados pelo casal no que se refere à sobrevivência e segurança. Nessas condições em seu estudo, os homens defenderam a opção pela vasectomia pelo número de filhos, conforme o discurso de entrevistados: “dois filhos são suficientes” e “não desejo ter mais filhos, dois já são suficientes” (COSTA, 2016, p. 440).

Em relação aos valores de rendimentos econômicos mensais, variaram entre um salário a três salários mínimos. Destes, 76% declararam receber de um a dois salários mínimos, 14% recebem mais de dois salários, enquanto 10% recebem menos de um salário mínimo ou estavam fora do mercado de trabalho. O fator renda familiar é levado em conta na escolha do método pelo casal, devido a atual situação econômica do país, muitos casais optam por ter número reduzido de filhos e constituírem famílias cada vez menores.

Ainda na concepção de o homem ser o provedor financeiro majoritário na família, a contribuição financeira marca, historicamente, a construção social de gênero, em que o homem tem a função de manter os recursos materiais necessários à subsistência da família e à mulher cabe a responsabilidade pela casa, pelos filhos e pelas demais funções referentes à organização do lar, demarcando o uso do espaço público e privado, masculino e feminino, respectivamente (MORAIS *et al.*, 2014).

Em referência ao número de filhos, variou de 1 a 9 filhos. Dos dados obtidos, 80% dos homens informaram possuir de 2 a 3 filhos, 18%, de 4 a 5 filhos, 1% acima de 6 filhos e 1% possuía apenas 1 filho. Conforme estabelece na legislação, o paciente que possuir apenas um filho, não está apto a realizar o procedimento da vasectomia, porém houve um caso de usuário com apenas um filho. Em justificativa a esta situação, foi realizado a vasectomia mediante a autorização médica, levando em consideração o fator da esposa ter complicações de saúde, que poderiam ocasionar uma gravidez de risco. Ressalta-se que fatores como riscos à saúde da mãe e da criança também são considerados pela Lei 9.263/96. O inciso II, do artigo 10, permite a esterilização voluntária quando ocorre risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos. É importante destacar que o número de filhos é um dos critérios-chave para que um homem obtenha autorização para realização da vasectomia, considerando ser este um método terminal de controle de fecundidade (COSTA, 2016).

De acordo com o que rege a legislação do Planejamento Familiar, o estado civil e o tempo de união não são critérios para a permissão da esterilização; porém, no estudo realizado por Costa (2016), os dados obtidos sugerem que os homens incluídos no estudo casados ou em união há mais tempo são os que escolhem,

em número mais expressivo, pela vasectomia como um método de controle da fecundidade. O fato de os homens que se declaram casados ou em união há mais tempo serem os que mais procuram vasectomia pode estar indicando que o número ideal de filhos já foi atingido. Ou seja, as famílias, independentemente do seu tamanho, não têm a intenção de ter filhos ou ter mais um filho (COSTA, 2016).

A esterilização masculina vem se tornando cada vez mais opção de escolha para muitos casais, como método contraceptivo, apesar de todos os estereótipos em relação às causas e efeitos da vasectomia, mediante aconselhamento adequado, os homens podem submeter-se a este procedimento, desde que regulamentado por lei e com base nas condições fisiológicas levantadas pela equipe médica. Porém, deve-se difundir mais informações da vasectomia.

No que se refere ao estado civil dos usuários, 58% eram casados, 27% informaram ser divorciados ou solteiros e 15% afirmaram ser viúvos e/ou que não pretendiam ter mais filho. Na situação do usuário ser solteiro, divorciado ou viúvo é necessário que algum familiar ou próximo à família ateste em cartório testemunhando que o indivíduo se enquadra em alguma dessas características. Em caso de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges, conforme a lei. É importante que o homem e/ou casal estejam adequadamente informados e conscientes da decisão (BRASIL, 1996).

Segundo Sauthier e Gomes (2011), uma definição, para a década atual, de planejamento familiar não pode deixar de ser democrática e levar em consideração a liberdade do casal em decidir o número de filhos que podem ou querem ter. O planejamento familiar deve ser realizado com a consciência de gênero, com a intenção de incluir o homem nas atividades de modo que ele compreenda a posição da mulher na sociedade.

Constata-se que os homens ainda permanecem sendo acolhidos nos serviços que são oferecidos para as mulheres e acabam conseqüentemente não participando ativamente na escolha do método contraceptivo, cabendo a elas fazerem essa escolha. Dentre os outros métodos contraceptivos, nos serviços de saúde frequentemente é oferecido o método de barreira (preservativos) e depois a vasectomia (CASARIN; SIQUEIRA, 2014).

Tendo em vista que a maioria dos métodos de anticoncepção é direcionado para a mulher, e que predomina uma ausência da população masculina no planejamento familiar, cabe questionar quais os motivos levam o homem a participar ou não deste espaço, que é fortemente pensado para a mulher (COSTA, 2016). A participação do homem se dá quando os métodos utilizados causam algum problema à mulher, diante disso o homem manifesta o desejo pela vasectomia e procura o serviço de saúde para buscar informações.

Referente a essa questão de métodos contraceptivos, Morais *et al.* (2014) reafirmam a enorme desigualdade quanto à responsabilidade do homem e da mulher no controle da fecundidade, mesmo com a variedade de métodos contraceptivos, fica a cargo das mulheres assumir a decisão pela escolha, não havendo a igualdade de gêneros nessa situação.

Essas concepções de igualdade de gênero que repercutem nas questões do planejamento familiar devem levar em conta a liberdade do casal em decidir o número de filhos que podem ou querem ter. É necessário que seja embasado na consciência de gênero, levando em consideração a inclusão do homem nas atividades e no programa de planejamento reprodutivo e compreender a posição da mulher na sociedade, bem como os princípios das ações educativas, onde homens e mulheres exerçam os mesmos direitos e que hajam trocas de experiências entre casais em relação aos demais métodos contraceptivos (NOGUEIRA *et al.*, 2018; MORAIS *et al.*, 2014).

Por fim, evidencia-se que o homem está mais que distante do centro das políticas de planejamento familiar brasileiro e no mundo, e que as políticas públicas imediatas precisam ser reestruturadas para que este cenário seja modificado, assim como proposto pelas Nações Unidas. Entende-se que essas mudanças se iniciam pela educação em saúde sexual e reprodutiva, por exemplo em palestras informativas nas comunidades sobre os métodos contraceptivos e da importância de integrar o homem nessas decisões.

Defende-se que mais investimentos em infraestrutura são necessários, pois, com mais conhecimentos, o sistema de saúde precisa estar apto para receber a crescente demanda. Faz-se necessária a adequação da

equipe de profissionais para que ela esteja preparada ao receber essa mudança social e epidemiológica, pois os pacientes precisam se sentir aceitos e confortáveis com a mudança cultural da qual farão parte e desmistificar os preconceitos estabelecidos em relação a vasectomia (SILVA *et al.*, 2018).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento familiar constitui um meio essencial para a obtenção e realização dos direitos reprodutivos e para a saúde reprodutiva, quando conduzido de maneira adequada assegura a livre decisão da pessoa sobre ter, ou não, filhos. Possibilita que não haja imposição sobre o uso de métodos anticoncepcionais ou sobre o número de filhos tidos e ampara essas decisões.

A Lei n. 9.263/93 trata do planejamento familiar e estabelece penalidades no país. Esta lei se encontra em vigor até a presente data e é a base legal para as ações de planejamento familiar desenvolvidas pelo SUS. Com as informações obtidas neste estudo, percebemos a importância de uma equipe multidisciplinar na saúde, consistente e preparada para a difusão das informações referentes a essa área. Os profissionais devem sensibilizar aos usuários do sistema sobre a importância do Planejamento Familiar e o cuidado com a saúde do homem, como também desmistificar crenças e tabus relacionado aos métodos contraceptivos definitivos como a vasectomia.

Contata-se que o público masculino procura menos os serviços de saúde, em especial os programas que objetivam os planejamentos de famílias. Nesse apontamento é necessário que estudos como este sejam realizados para averiguar como estão ocorrendo os programas subsidiados pelo poder público de saúde, a fim de se delinear estratégias para a melhoria e atendimento humanizado e universal, como prevê a legislação do Sistema Único de Saúde.

Com o propósito de aumentar a participação masculina no Programa de Planejamento Familiar, sugere-se a capacitação de profissionais que atuam nos serviços de saúde para o melhor atendimento à população masculina, incentivando-os a participar de forma mais direta no planejamento de suas famílias de modo a minimizar as dificuldades relacionadas às questões de gênero e com isso proporcionar a população um programa mais efetivo e universal.

A inclusão dos homens nas discussões de temáticas associadas à saúde reprodutiva é uma importante estratégia para desmitificar os procedimentos da vasectomia. Esses programas desenvolvidos em locais de saúde, como neste caso os hospitais, por equipes multidisciplinares, demonstram eficácia para a orientação e gestão dos métodos contraceptivos e/ou de concepção. Verifica-se a importante contribuição do Assistente Social no atendimento aos homens que desejam fazer a vasectomia, pois esse profissional promove ações educativas, informando e orientando sobre a eficácia de métodos para o planejamento familiar.

Por fim, uma atenção de qualidade no planejamento familiar requer uma reestruturação nos programas e a capacitação efetiva dos profissionais de saúde para assistir aos homens; implementação de estratégias para que os homens sejam mais atuantes nas ações de planejamento, a fim de que haja destruição dos estereótipos que permeiam a vasectomia, com isso, havendo uma cobertura consistente e maior aos usuários do sistema de saúde público.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Z. N. *SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Editora Martinari, 2011.
- BIASOLI, D. A.; SANTOS, H. C. E. Contribuições reflexivas sobre a inserção do assistente social na equipe mínima do Programa Saúde da Família. *Investigação (Unifran)*, v. 8, n. 1-3, 2008.

- BRAGA, I. F. Contracepção Cirúrgica-Vasectomia. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, Paraná, v. 2, n. 1, p. 41-48, jan./abr. 1998. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/saude/article/view/888/776>. Acesso em: 10 mar. 2019.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, de 05 de out. de 1988*. [online]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 10 mar. 2017.
- BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a*. [online]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 27 fev. 2017.
- BRASIL. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b*. [online]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 27 fev. 2017.
- BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 15 jan. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Brasília: Ministério da saúde, Caderno nº2, 2006. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf. Acesso em: 10 mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009*. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html. Acesso em: 27 fev. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva*, Brasília, Ministério da Saúde, n. 26, 2010b.
- CAMPOS, G. W. de S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e saúde coletiva [online]*, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.
- CARNEIRO, L. V. *Family Planning and Reproductive: experience of men as compared to vasectomy*. 2012. 75 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, 2012. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ufpb.br:8080/handle/tede/5076>. Acesso em: 05 mar. 2019.
- CASARIN, S. T.; SIQUEIRA, H. C. H. Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras. *Esc Anna Nery*, v. 18, n. 4, p. 662-668, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0662.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2017.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde*. Brasília: CFESS, 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais). Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 27 fev. 2019.
- COSTA, C. de C. A Esterilização Masculina: perfil e percepções de homens que optaram pela vasectomia. *O Social em Questão*, Ano 19, n. 36, 2016. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_36_Se%C3%A7%C3%A3o_livre_2020_Costa.pdf. Acesso em: 2 mar. 2019.
- COUTO, B. R. *O direito social e a assistência social na sociedade: uma equação possível?* 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- CRESS. Conselho Regional de Serviço Social 6ª Região. Código de ética Profissional dos Assistentes Sociais. In. *Coletânea de Leis*. Belo Horizonte: CRESS, 2005.
- DINIZ, M. H. *O estado atual do biodireito*. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.
- FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da Unesp*, v. 9, n. 1, p. 70 - 82, set. 2017. ISSN 1984-9044. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/428>. Acesso em: 26 fev. 2019.

- FERREIRA, R. V.; COSTA, M. R.; MELO, D. C. S. Planejamento Familiar: gênero e significados. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 13, n. 2, 2014. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/17277/12520>. Acesso em: 5 mar. 2019.
- GOMES, R. *A Saúde do homem em foco*. São Paulo: UNESP, 2010, 92p.
- GONTIJO, D. T. *et al.* Pai é aquele que está sempre presente: significados atribuídos por adolescentes à experiência da paternidade. *Rev Eletrônica Enferm.*, v. 13, n. 3, p. 439-48, 2011. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n3/pdf/v13n3a09.pdf. Acesso em: 27 fev. 2019.
- MARCHI, N. M. *et al.* Opção pela Vasectomia e relações de gênero. *Caderno de Saúde pública*, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000400024. Acesso em: 10 mar. 2019.
- MARCHI, N. M. *et al.* Consequências da Vasectomia: experiência de homens que se submeteram a cirurgia em Campinas (São Paulo), Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/04.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.
- MAZZUCCO, M.; VIEIRA, R. de S. Saúde e Democracia: A Efetivação do Princípio da Participação Popular nos Conselhos e Conferências de Saúde. In: SEMINÁRIO NACIONAL DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, 12., 2016, Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/viewFile/14763/3597>. Acesso em: 12 mar. 2019.
- MELLO, C. F. Q. de. O trabalho do assistente social no contexto hospitalar: uma análise na perspectiva do trabalho em equipe. 2012. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5120/1/000437427-Texto%2bCompleto-0.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2017.
- MINAYO, M. C. de S. *et al.* (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- MORAIS, A. C. B. *et al.* Participação masculina no planejamento familiar: o que pensam as mulheres? *Cogitare Enferm.*, v. 19, n. 4, p. 659-66, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37086>. Acesso em: 10 mar. 2019.
- MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M.; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa de Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*, v. 23, n. 4, p. 961-70, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000400023&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 mar. 2019.
- NOGUEIRA, I. L. *et al.* Participação do homem no planejamento reprodutivo: revisão integrativa. *Rev Fund Care Online*, v. 10, n. 1, p. 242-247, jan./mar. 2018. Disponível em: www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/6007/pdf_1 Acesso em: 13 mar. 2019.
- ONU. Nações Unidas Brasil. *Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável* [Internet]. Brasília: ONU Brasil, 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wpcontent/uploads/2015/10/agenda2030-ptbr.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.
- PAIM, J. S. *Saúde Política e Reforma Sanitária*. 1. ed. Salvador: [s. n.], 2002.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública [online]*, v. 40, n. spe, p.73-78, 2006. ISSN 1518-8787. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000400011>. Acesso em: 02 mar. 2019.
- PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2019.
- RESENDE JR., J. A. D.; CRUZ, DANILO, S. L. da C.; DAMIÃO, R. Planejamento familiar. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 9, Supl. 1, p. 60-68, 2010. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=254. Acesso em: 25 fev. 2019.
- RODRIGUEZ, A. Políticas Sociais e Política de Saúde. *Revista Faces de Clio*, v. 2, n. 3, jan./jun. 2016. ISSN: 2359-4489. Disponível em: <http://www.ufff.br/facesdeclio/edicoes-anteriores/vol-2-n-1-jan-jun-2016/>. Acesso em: 25 fev. 2019.

- SANTOS, J. C.; FREITAS, P. M. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Rev Ciên e Saúd Colet*, v. 16, n. 3, p. 1813-1820, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/17.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2019.
- SAUTHIER, M.; GOMES, M. da L. B. Gênero e planejamento familiar: abordagem ética sobre o compromisso profissional para a integração do homem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a08.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.
- SILVA, T. S.; SILVA, C. A. B. A Atuação do Assistente Social em Âmbito Hospitalar. *Revista Eletrônica Interdisciplinar*, v. 2, n. 10, 2013. Disponível em: <http://www.revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/view/21>. Acesso em: 27 fev. 2019.
- SILVA, R. M. *et al.* Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. *Ciência Saúde Coletiva*, v.16, n. 5, p. 2415-24, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a10v16n5>. Acesso em: 26 fev. 2019.
- SILVA, W. G. da *et al.* O Planejamento Familiar para Homens. *Rev. enferm. UFPE*, Recife, v. 12, n. 11, p. 3098-109, nov. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237248>. Acesso em: 26 fev. 2019.
- SOUSA, R. da C.; BATISTA, F. E. B. Política pública de saúde no Brasil: história e eerspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS). In: CONNEPI, CONGRESSO NORTE NORDESTE DE PESQUISA E INOVAÇÃO, 7., 2012, Palmas, Tocantins. Disponível em: <http://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2842/182>. Acesso em: 26 fev. 2019.
- TEIXEIRA, D. C. *et al.* Concepções de Enfermeiros Sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Revista Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 563-576, set./dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-7746201400030056. Acesso em: 14 mar. 2019.