

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Cristine Theisen

**PREVALÊNCIA DE CIRURGIAS DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA
NA REGIÃO DE SAÚDE FRONTEIRA NOROESTE**

**Porto Alegre
2019**

Cristine Theisen

**PREVALÊNCIA DE CIRURGIAS DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA
NA REGIÃO DE SAÚDE FRONTEIRA NOROESTE**

Trabalho de conclusão de curso de pós-graduação apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Rafael Kruter Flores

**Porto Alegre
2019**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

CIP - Catalogação na Publicação

Theisen, Cristine
PREVALÊNCIA DE CIRURGIAS DE ESTERILIZAÇÃO
VOLUNTÁRIA NA REGIÃO DE SAÚDE FRONTEIRA NOROESTE /
Cristine Theisen. -- 2019.
46 f.
Orientador: Rafael Kruter Flores.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Administração, Especialização em Gestão em Saúde,
Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Saúde da Mulher. 2. Planejamento Familiar. 3.
Esterilização Cirúrgica. I. Flores, Rafael Kruter,
orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: eadadm@ufrgs.br

Cristine Theisen

**PREVALÊNCIA DE CIRURGIAS DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA
NA REGIÃO DE SAÚDE FRONTEIRA NOROESTE**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Orientador: Rafael Kruter Flores

RESUMO

A vida das mulheres sempre foi marcada por discursos de restrição acerca da sexualidade, através do controle do prazer e da moral. No decorrer da história, a necessidade de controlar a fertilidade passa a ser reflexo da abordagem que se dá para a sexualidade feminina. Considerando os direitos ao planejamento familiar contemplados pela Constituição Federal brasileira, a saúde pública tem proposto políticas tanto para mulheres como para homens que visam métodos contraceptivos, que incluem os procedimentos de esterilização voluntária. Com base nisso, o objetivo desse trabalho foi descrever a ocorrência de esterilizações masculinas e femininas no período de 2015 a 2018 na região de saúde Fronteira Noroeste, pertencente a 14ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, e no município de Campina das Missões, assim como indicar dados sobre a participação masculina e feminina na realização de esterilização cirúrgica e possibilidades de fortalecimento do acesso a esses procedimentos pelo SUS. Na região de abrangência desse estudo, foram realizadas, no período de quatro anos, 76 cirurgias de esterilização voluntária, sendo 73 (96,05%) femininas. No município de Campina das Missões, o cenário foi ainda pior, apontando que nos 4 anos, período referente a esse estudo, não foram encontrados dados de cirurgias de esterilização voluntária, evidenciando uma possível falta de ações estratégicas, do ponto de vista de saúde pública, no tocante ao planejamento familiar.

Palavras-chave: Gestão em saúde; Saúde da mulher; Esterilização cirúrgica.

Prevalence of Voluntary Sterilization Surgeries in the Fronteira Noroeste Health Region

ABSTRACT

Women's lives have always been marked by restrictive discourses about sexuality through the control of pleasure and morals. Throughout history, the need to control fertility is a reflection of the approach taken to female sexuality. Considering the rights to family planning contemplated by the Brazilian Federal Constitution, public health has proposed policies for both women and men aimed at contraceptive methods, which include voluntary sterilization procedures. Based on this, the objective of this study was to describe the occurrence of male and female sterilization from 2015 to 2018 in the Fronteira Noroeste health region, belonging to the 14th Regional Health Coordination of Rio Grande do Sul, and in the municipality of Campina das Missões, as well as indicate data on male and female participation in performing surgical sterilization and possibilities for strengthening access to these procedures by the SUS. In the region covered by this study, 76 voluntary sterilization surgeries were performed over a four-year period, 73 (96.05%) of which were female. In the municipality of Campina das Missões, the scenario was even worse, pointing out that in the 4 years, period referring to this study, no data from voluntary sterilization surgeries were found, showing a possible lack of strategic actions, from the public health point of view. regarding family planning.

Keywords: Health management; Women's health; Surgical sterilization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Área de abrangência da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde	28
Figura 2 - Mapa dos municípios da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Procedimentos hospitalares de esterilização cirúrgica do SUS por local de residência (14ª CRS) no período de 2015 a 2018	30
Tabela 2 - Número total de procedimentos hospitalares de esterilização cirúrgica do SUS no período de 2015 a 2018, estratificado por município de origem	33
Tabela 3 - Procedimentos hospitalares de esterilização cirúrgica do SUS no município de Campina das Missões no período de 2015 a 2018	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAPF	Ambulatório de Aconselhamento em Planejamento Familiar
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAS	Comissão de Assuntos Sociais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DIU	Dispositivo Intrauterino
DOU	Diário Oficial da União
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IST	Infecções Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência Social
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PM	Prefeitura Municipal
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDSDR	Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos

PNPF	Política Nacional de Planejamento Familiar
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 REVISÃO LEGAL-NORMATIVA	17
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DIREITO SOCIAL BÁSICO PARA A EFETIVAÇÃO DA CIDADANIA.....	17
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.....	20
3.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.....	21
3.4 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	22
3.5 PLANEJAMENTO FAMILIAR	24
3.5.1 Métodos de esterilização	27
3.5.1.1 <i>Complicações do procedimento cirúrgico de esterilização.....</i>	<i>28</i>
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	31
6 CONCLUSÕES.....	39
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

A Era Vitoriana foi marcada pela restrição dos discursos acerca a sexualidade, através do controle do prazer bem como do puritanismo e moralidade vigentes naquela época. No decorrer da história, a necessidade de controlar a fertilidade passa a ser reflexo da abordagem que se dá para a sexualidade feminina. Cada vez mais as mulheres estão trabalhando fora de casa, sendo esse um dos motivos que as leva mulheres a não terem filhos muito cedo ou não terem nenhum (COSTA et al., 2018).

Silva (2019a, p.20) afirma que:

“A história e as tendências da fecundidade ao longo do tempo em diversas partes do mundo mostram que a evolução da fecundidade não ocorre de maneira independente das mudanças políticas, socioeconômicas e culturais. Ou seja, a adoção generalizada da contracepção não representa um fim em si mesmo”.

O Brasil teve rápido declínio nas taxas de fecundidade a partir da década de 1960 e, nos últimos anos, apresenta taxas abaixo do nível de reposição. Porém, essa transição da fecundidade ocorreu de forma heterogênea comparando-se as regiões brasileiras e estratos sociais, em virtude das históricas diferenças socioeconômicas e culturais. Em princípio, o controle reprodutivo era maior nas regiões onde a escolaridade era mais presente, assim como nas áreas urbanas e industrializadas, porém, disseminou-se rapidamente entre os grupos sociais menos favorecidos (SILVA, 2019a).

A nova realidade brasileira, com a menor taxa de natalidade, é reflexo da combinação dos fatores econômicos, sociais e culturais, associados ao aumento da escolaridade feminina, assim como a ampliação do acesso ao mercado de trabalho. Esse empoderamento do papel social da mulher, permitiu maior autonomia sobre suas vidas, sexualidade e reprodução (SILVA, 2019b). Nesse contexto, apesar das opções de contraceptivos disponíveis, cerca da metade das gestações no mundo não são planejadas, acarretando em abortamentos inseguros, complicações maternas e fetais, além de riscos sociais por falta de planejamento familiar (SOARES, 2018; MANSOUR et al., 2011). A busca por métodos contraceptivos seguros, bem como sua disponibilização no sistema de

saúde público e privado de forma igualitária, são direitos assegurados pela legislação (SOARES, 2018).

Para precaver-se de uma gravidez indesejada, entre as opções de métodos contraceptivos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) está a esterilização voluntária feminina, que é realizada por meio de procedimento cirúrgico de laqueadura tubária, procedimento esse considerado irreversível e tem aumentado significativamente no Brasil (BRASIL, 2009a). Outro procedimento cirúrgico para a esterilização masculina é a vasectomia através da ligadura dos canais deferentes (BRASIL, 2002), menos invasivo, não exigindo afastamento no pós-operatório (BRASIL, 2007a).

O artigo 226, parágrafo 7º da Constituição Federal (CF) de 1988, com intuito de atender aos princípios dos direitos reprodutivos descreve o direito ao planejamento familiar, fundamentado nos princípios da dignidade humana e da paternidade responsável, contemplando a liberdade de decisão do casal no que tange à sua reprodução, e tornando obrigação do Estado proporcionar recursos tanto de informação (educacionais) como científicos para o exercício desse planejamento (VIEIRA, 1998).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) fundamenta-se em diversos saberes, baseando-se no preceito segundo o qual vários aspectos determinam o processo saúde-doença, privilegiando questões como integralidade, gênero e promoção da saúde, além de dimensões diversas dos direitos humanos relacionadas à cidadania. Trata-se de uma política prioritária para o governo federal, avançando no país de uma atenção voltada apenas à saúde materno-infantil, em direção a uma assistência mais ampla, envolvendo também doenças ginecológicas prevalentes, as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), e o planejamento familiar (BRASIL, 2016).

A saúde do homem também é contemplada por uma política, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Entre seus objetivos estão pontuadas a ampliação e qualificação da atenção ao planejamento reprodutivo masculino; estímulo à participação e a inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando as ações educativas, inclusive no que toca à paternidade; e garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica

(BRASIL, 2009b). Além disso, o programa mais saúde já trazia como metas a ampliação das cirurgias de esterilização masculina por meio de vasectomia no quadriênio de 2008 a 2011 (BRASIL, 2010).

A partir destas premissas, o MS vem, ao longo dos anos, criando programas e estratégias para efetivar ações de prevenção, bem como abranger a maior parte da população possível em todas as regiões do país. A Política Nacional de Planejamento Familiar (PNPF), lançada em 2007, ampliou a oferta de métodos contraceptivos na rede pública. Os resultados já alcançados, entre eles, a redução de mortes neonatais e mortes maternas, demarcam importante avanço, representando uma resposta às necessidades locais da população e uma das metas buscadas dentro dos novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (BRASIL, 2007b).

Dentre as estratégias para redução da mortalidade materna, cita-se a efetivação de pactos estaduais e municipais abarcando a agenda de compromissos firmados, a atenção humanizada ao abortamento e a implementação de ações de concepção e contracepção. Na perspectiva da saúde da mulher e do planejamento familiar, é possível refletir sobre uma relação impactante para a saúde das mulheres, segundo a qual o aborto é considerado a quarta causa de morte materna no Brasil e a hemorragia uterina como a terceira.

A ocorrência do aborto clandestino no Brasil, considerado um viés "torto" do planejamento familiar marcado por sua ocorrência longe dos olhos da sociedade, traz prejuízos às mulheres de classes sociais mais desfavorecidas que recorrem geralmente à infraestrutura pública apenas para tratar as complicações de sua realização; já às que apresentam condições sociais privilegiadas, podem recorrer como consumidoras a clínicas privadas, atendidas adequadamente e em condições seguras.

Sabe-se que o apoio e promoção de programas de planejamento familiar pelo governo pode impactar esta realidade, incidindo sobre a mortalidade materna em razão de abortos provocados, o número de gravidezes indesejadas e de crianças abandonadas, assim como pode contribuir com a responsabilização masculina para com ações contraceptivas, que ainda deixa a desejar. Tendo em vista as desigualdades regionais características do país, torna-se importante identificar a realidade local para a proposição de ações ou o aperfeiçoamento da oferta de políticas públicas.

Partindo do pressuposto de que o planejamento no SUS é uma obrigação dos entes públicos e que os indicadores e objetivos nacionais subsidiam tal processo, fica destacada a relevância dos dados correspondentes às realidades locais e específicas dos problemas em saúde. Deste modo, propõe-se verificar os números relativos à procura por métodos definitivos de planejamento familiar oferecidos pelo SUS no local descrito, que possam embasar a gestão pública no desenvolvimento de ações ou projetos nesta área.

Assim, delinear o panorama dessa assistência pode contribuir para o planejamento e programação das atividades, de modo a revisar prioridades, ampliar o acesso consonante com as metas explicitadas, subsidiando a tomada de decisões e contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva da população, assim como sobre os altos índices de mortalidade materna.

Evidenciado o caráter de relevância do planejamento familiar enquanto ação de governo vislumbra-se examinar seu desenvolvimento na região da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e as possibilidades referentes a seu fortalecimento, em conformidade com as pactuações referentes ao enfrentamento desta problemática. Para tanto, serão levantados dados referentes à ocorrência de esterilizações masculinas e femininas na região descrita, considerando o fato de se constituírem em um dos mecanismos ofertados pelo SUS pelos programas de planejamento familiar.

Tendo em vista a persistência de um índice significativo de esterilização feminina, qual a situação no período analisado na região da 14ª CRS e no município de Campina das Missões de ocorrência de esterilizações masculinas e femininas, considerando as metas pactuadas na PNAISM nos últimos quatro anos?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a ocorrência de esterilizações masculinas e femininas na região de saúde Fronteira Noroeste, pertencente a 14ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), assim como no município de Campina das Missões.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Indicar dados relativos à participação masculina e feminina na realização de esterilização cirúrgica voluntária.
2. Identificar a participação masculina nas ações de planejamento familiar.
3. Indicar possibilidades de fortalecimento do acesso à esterilização, enquanto procedimento voluntário pelo SUS.

3 REVISÃO LEGAL-NORMATIVA

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DIREITO SOCIAL BÁSICO PARA A EFETIVAÇÃO DA CIDADANIA

No Brasil, o SUS é o sistema de saúde oficial vigente, e foi formalizado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e instituído pelas Leis Orgânicas da Saúde - Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142, ambas em 1990. O SUS consolida-se por meio de seus princípios doutrinários e organizativos, sendo eles a universalidade, a equidade e a integralidade garantidos através da regionalização e hierarquização da rede de atenção à saúde, descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo e participação da comunidade pelo controle social (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A conquista da saúde, estabelecida pela Constituição Federal (CF) de 1988, inaugura uma nova perspectiva nas relações entre desenvolvimento, saúde, liberdade e determinação social, deflagrada por um processo de transição democrática (TEMPORÃO; PENELLO, 2013).

Já a Lei nº 8.080/90 dispõe que ao Estado cabe a formulação e execução das políticas econômicas e sociais que vislumbrem reduzir riscos de doenças e outros agravos, além de que sejam definidas condições de acesso universal e igualitário para viabilização de ações de proteção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990a). Com a regulamentação do SUS e sua implementação em 1990, a grande população tem acesso ao atendimento de saúde necessário, anteriormente limitado a serviços de saúde e restrito apenas a alguns cidadãos. Neste sentido, conforme Souza e Costa (2010) a criação do SUS caracterizou-se como o maior movimento histórico de inclusão social do Brasil, designando o compromisso do Estado perante seus cidadãos – a saúde como direito de todos e dever do Estado. Reafirmando a CF, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 afirma logo em seu artigo 2º:

“Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990a).

A partir deste marco, vem ocorrendo no Brasil inúmeras mudanças e avanços em relação à questão “Saúde Coletiva”.

De acordo com Temporão e Penello (2013), a relação entre saúde, democracia e cidadania estruturou-se no cenário de luta pela redemocratização no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, sendo sua máxima “saúde é democracia e democracia é saúde”. A definição de saúde passa por uma mudança de paradigma, partindo do conceito formulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), qual seja que a saúde não se restringe à ausência de doença:

“[...] é um bem-estar social que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes; que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo [...]” (FIOCRUZ, [20...], sp.).

Teixeira (2011) afirma que é através da integração entre os serviços e políticas que se formula a prerrogativa de oferecer mecanismos para o enfrentamento dos problemas e atendimento das necessidades de saúde.

No campo da saúde, a necessidade do investimento na prevenção e promoção é evidente, considerando reconhecida a ineficiência do modelo fundamentado restritamente no conhecimento biológico, no risco e atenção individual. Além dos elevados custos financeiros envolvidos em um modelo centrado na doença, torna-se indiscutível a importância de fomentar sua prevenção, de modo que ações de promoção e proteção apontam para uma melhoria da qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde.

A integralidade do cuidado - um dos princípios do SUS - aponta para um conceito ampliado de saúde, envolvendo olhares e saberes diferenciados da equipe e comunidade. Neste contexto, a atenção integral à saúde da mulher não se restringe a ações pontuais voltadas apenas aos agravos e doenças, ou atendimentos separados e fragmentados por etapas de vida. A atenção direcionada a esse público precisa ser planejada ao atendimento das necessidades apresentadas, levando em conta o processo saúde-doença em sua

totalidade, seus elementos sociais, culturais, políticos e econômicos (CARCERERI et al., 2016).

Neste sentido, o MS em 2011, concebendo a saúde da mulher como prioridade, apontou como diretriz a garantia de seus direitos humanos e a redução da morbimortalidade por causas evitáveis, visando consolidar avanços e melhorias focados, dentre outros, na atenção obstétrica e atenção ao abortamento inseguro. Em conjunto, tais proposições correspondem à efetivação de direitos sexuais e reprodutivos para que seja possível uma saúde pública fiel a seus preceitos e que resulte na concretização de direitos sociais (SCHEFFER, 2014).

Ressalta-se que o aprimoramento das condições de saúde da mulher e do homem encontra-se relacionado não apenas a aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais, de modo que outros fatores se destacam como fundamentais: o planejamento, a execução e monitoramento adequados das ações realizadas em todos os níveis, desenvolvendo os atendimentos conectados às demandas apresentadas.

Nos últimos 30 anos o Brasil assumiu compromisso com a promoção dos direitos reprodutivos resultado de processos políticos que marcaram a conjuntura nacional e internacional. Entre os instrumentos jurídicos e normativos criados nesse período estão (BONAN et al., 2010; BRASIL, 2013):

- O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1984);
- A Constituição Federal (1988);
- A Lei de Planejamento Familiar (1996);
- A Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (2004);
- A Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (2005)
- A Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem (2009).

3.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

As mulheres são a maioria da população e as principais usuárias do SUS. Elas buscam os serviços de saúde para si, acompanhando outras pessoas do seu convívio, seja familiar ou comunitário.

A saúde da mulher brasileira foi incluída nas políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, com enfoque limitado à gravidez e ao parto, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe, em uma perspectiva reducionista. A mulher tinha acesso a cuidados de saúde durante o período gestacional e puerperal, e passava as demais fases da vida sem assistência. Frente a isso, um movimento organizado de mulheres que apontou que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres desencadeavam problemas de saúde, particularmente na população feminina. Posteriormente, evidências comprovaram que comportamentos baseados em padrões hegemônicos de masculinidade e feminilidade, são produtores de sofrimento, adoecimento e morte. Baseados nesses argumentos, as mulheres reivindicaram sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. Em resposta a esse movimento o MS, em 1984 propôs o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcado por uma ruptura conceitual dos princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 2004).

A PAISM, passa de um programa de governo a uma política nacional em 2004 – a PNAISM – e, considera a diversidade dos municípios e estados, seus níveis de desenvolvimento, assim como a organização dos sistemas locais de saúde. A PNAISM é uma proposta de construção conjunta e de respeito à autonomia dos entes federados e dos diferentes atores dessa construção, sem deixar de enfatizar a importância do empoderamento e do protagonismo das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social (IFF; FIOCRUZ, 2017).

A política está comprometida com a garantia dos direitos humanos das mulheres e com os avanços nas suas conquistas (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011). As mulheres transformam-se, ao longo da história, uma prioridade para as

políticas públicas, sendo elaborada uma proposta específica para atendê-las, a PAISM, que estabelece uma ruptura com as propostas conceituais vigentes até então, abrangendo todos os ciclos de vida da mulher segundo uma perspectiva ampliada. Muitos movimentos participaram e contribuíram para as modificações expressas, como o movimento organizado de mulheres, introduzindo na agenda política brasileira as desigualdades marcantes nas relações entre homens e mulheres, além de questões relacionadas à saúde reprodutiva e sexualidade, anticoncepção, prevenção de doenças transmissíveis. Somente a partir de 1984, as mulheres passam a ser priorizadas e tais desigualdades são apontadas como desencadeadoras de problemas de saúde que atingem de modo peculiar as mulheres, embasando a ideia segundo a qual as especificidades dos diversos grupos populacionais precisam ser levadas em conta no planejamento das ofertas em saúde (CARCERERI et al., 2016).

A incorporação do enfoque de gênero nas políticas públicas representa um avanço importante traduzido na evolução presente na área dos direitos sexuais e reprodutivos, destacando-se entre outros, o planejamento familiar. A busca por particularidades na atenção à saúde das mulheres torna-se uma marca deste modo renovado de promoção de saúde, que passa a considerar aspectos culturais, socioeconômicos e afetivos, extrapolando as demandas restritas à gestação e ao parto (CARCERERI et al., 2016).

A atuação efetiva na área é influenciada diretamente pelo despreparo de profissionais da saúde e de gestores, o que resulta na descontinuidade das ações e na precarização da atenção. Ainda que muitos avanços se desenvolveram no campo de atenção à saúde da mulher, persistem obstáculos que precisam ser enfrentados e aspectos que necessitam ser aprimorados e ampliados, considerando sempre o pressuposto segundo o qual as particularidades de vida influenciam de forma direta a produção social da saúde.

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Ao contrário do que acontece com as mulheres, os homens ingressam no sistema de saúde por meio da atenção especializada, por agravos da morbidade e pelo retardamento da procura por serviços de saúde (BRASIL, 2009c). Estudos evidenciam que os homens são mais vulneráveis às doenças comparativamente

às mulheres, principalmente em relação às doenças graves e crônicas, ainda, morrem mais cedo, fatos explicados pela negligência na busca por serviços de saúde, ao contrário das mulheres (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et al., 2002), como discutido anteriormente.

Grande parte da não-adesão às medidas de atenção estão associadas com variáveis culturais, como estereótipos de gênero. A vida sexual e reprodutiva dos homens geralmente está imersa em preconceitos. O homem julga-se invulnerável, fazendo com que cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. Além disso, é comum entre os homens o medo que algum profissional da saúde descubra que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade (BRASIL, 2009c).

Em 2008 foi lançada pelo MS a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que contempla, entre outras coisas os direitos sexuais e reprodutivos. A PNAISH reafirma a necessidade de conscientizar homens do dever e do direito à participação no planejamento reprodutivo, onde a paternidade não deve ser vista apenas como obrigação legal, mas como direito de participar de todo o processo de tornar-se pai, o que engloba desde a decisão de ter ou não filhos, de como ou quando tê-los, bem como acompanhar a gestação da parceira, assim como o parto, o pós-parto e da educação da criança (BRASIL, 2009c).

Aos homens também devem ser disponibilizadas informações e métodos contraceptivos, e um dos métodos de esterilização masculina, a vasectomia, está disponível no SUS via sistema de atenção primária à saúde (APS).

3.4 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, a comunidade internacional através da Organização das Nações Unidas (ONU), vem firmando uma série de convenções internacionais, com estatutos comuns de cooperação mútua, os chamados Direitos Humanos. (BRASIL, 2013). Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são Direitos Humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais.

Entre os marcos internacionais no que se refere a direitos sexuais e reprodutivos, podemos destacar a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, que teve como resultado principal o abandono da necessidade de limitar o crescimento populacional para combater a pobreza e as desigualdades. A CIPD considerou no debate a população e desenvolvimento, as questões sobre a mulher – desigualdades de gênero – meio ambiente e os Direitos Humanos; outra conferência que merece destaque é a V Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995, que reafirmou os acordos estabelecidos no Cairo e avançou-se na definição dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como Direitos Humanos.

Na CPID, os direitos reprodutivos foram conceituados como:

“Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência” (NACIONES UNIDAS, 1995 apud BRASIL, 2013, p.13).

E a saúde reprodutiva definiu-se como:

“A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva.” (NACIONES UNIDAS, 1995, anexo, cap. VII, par. 7.2 apud BRASIL, 2013, p.13).

Apesar de os direitos sexuais e reprodutivos, em seu início, terem enfoque no planejamento familiar e ao enfrentamento da violência sexual contra as

mulheres, ainda se discute a necessidade de afirmar a universalidade desses direitos.

No Brasil, o MS lançou a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos (PNDSR) em 2005 (BRASIL, 2005), entre suas diretrizes e ações:

“[...] a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS; incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários(as) da rede SUS; capacitação dos profissionais da Atenção Básica em saúde sexual e saúde reprodutiva; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia) no SUS; implantação e implementação de redes integradas para atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento; entre outras ações”(grifo nosso) (BRASIL, 2013, p.21).

Em 2007, o governo federal brasileiro lançou o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) em busca de aliar o crescimento econômico ao desenvolvimento e a equidade social. No campo da saúde, o MS lançou, na proposta do PAC o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, que tem por objetivo numa perspectiva abrangente, aprofundar e atualizar os grandes objetivos da criação do SUS: universalidade, equidade e integralidade. O programa contempla 73 medidas e 165 metas. Entre as medidas do eixo promoção da saúde, encontra-se a expansão das ações de planejamento familiar (BRASIL, 2010).

3.5 PLANEJAMENTO FAMILIAR

No Brasil, as políticas de assistência à saúde da mulher tiveram um delineamento mais claro apenas a partir de 1975, após o surgimento do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil pelo governo federal. Ainda assim, somente depois da criação do PAISM em 1984, que os princípios norteadores priorizados para a saúde da mulher passaram por transformações, englobando então a prevenção e a assistência em planejamento familiar (CARCERERI et al., 2016).

A partir da CF/88 a atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao Planejamento Familiar, deve estar pautada no Artigo 226, Parágrafo 7, que trata do princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais (BRASIL, 1988).

No cenário mundial, os direitos sexuais e reprodutivos transformaram-se em pauta de destaque em 1994, na Conferência Internacional de Direitos e Desenvolvimento, no Cairo. Na oportunidade, foi marcante o debate sobre a erradicação da pobreza e das desigualdades de toda ordem, através de priorização do incremento da qualidade de vida e do respeito aos direitos sexuais e reprodutivos (CARCERERI et al., 2016).

Em 1996, um projeto de lei que regulamenta o planejamento familiar foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República, estabelecendo que

“[...] as instâncias gestoras do SUS, em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde. Uma questão fundamental desta Lei é a inserção das práticas da laqueadura de trompas e da vasectomia dentro das alternativas de anticoncepção, definindo critérios para sua utilização e punições para os profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada e/ou insegura” (BRASIL, 2002, p.7).

Tal projeto legislativo resultou na Lei nº 9.263/1996 – Lei do Planejamento Familiar, que assegurou aos cidadãos a garantia sobre seus direitos sexuais e reprodutivos na participação livre referente à opção pelo método contraceptivo mais apropriado para cada situação particular (BRASIL, 1996). O Planejamento Familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na CF: o direito de ter ou não filhos/as (BRASIL, 2002).

Enquanto os direitos reprodutivos sustentam-se no reconhecimento do direito básico de todo casal e dos indivíduos de decidir de forma livre e responsável o número e o intervalo entre os filhos, bem como de receber orientação sobre os recursos de assim praticá-lo sem coação ou violência, o planejamento familiar corresponde à política pública que, alçando mão de ações preventivas e de orientação, considera a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos como um todo (BRASIL, 2016).

Nesta perspectiva, as ações de planejamento familiar passam a ter centralidade na APS enquanto uma de suas áreas de prioridade, estabelecidas pela Norma Operacional da Assistência Social (NOAS-SUS/2001). Dentre os núcleos centrais destas ações, encontram-se o acesso ampliado ao método de

esterilização cirúrgica voluntária e a disponibilidade ampliada de métodos anticoncepcionais que, apesar disso, persistem obstáculos para implementação de serviços de planejamento familiar na rede de atenção que correspondam às demandas da população e que contemplem o aconselhamento e acompanhamento com continuidade dos casais e usuárias.

Segundo o Artigo 10 da Lei 9.263/1996, somente é permitida a esterilização voluntária sob as seguintes condições:

I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 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, a pessoa interessada, acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce.

II – em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

III - a esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada por laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada por meio de histerectomia e ooforectomia.

IV - será obrigatório constar no prontuário médico o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

Parágrafo Único – É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante períodos de parto, aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde. Neste caso, a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos”.

Atualmente, está tramitando um Projeto de Lei (PL) que altera a Lei do Planejamento Familiar para facilitar o acesso a procedimentos de laqueaduras e vasectomias. O PL 107/2018 está pronto para ser votado na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), e segundo a Agência do Senado:

“A proposta em análise veda a esterilização cirúrgica em mulher durante o parto ou aborto, mas admite a laqueadura no período do pós-parto ou do pós-aborto imediato, durante a mesma internação. Para isso, a mulher terá de se manifestar pelo menos 60 dias antes do procedimento, prazo já previsto na lei atual. Além disso, o projeto acaba com a necessidade de consentimento do cônjuge para a esterilização, tanto para mulheres quanto para homens” (SENADO NOTÍCIAS, 2018, p.sp).

O autor do PL, Senador Randolfe Rodrigues argumenta que a mudança na Lei nº 9.263/1996 é importante para as mulheres, pois o texto atual cria demasiada burocracia para as mulheres que dependem do SUS para acessar os procedimentos de laqueadura tubária, pois a legislação atual gera a necessidade de uma segunda internação, além de um novo preparo cirúrgico e, por consequência, aumento dos riscos de complicações para a mulher, o senador destaca também que esse novo afastamento (atuais 40 dias pós-parto) pode trazer consequências indesejáveis para o recém-nascido (SENADO FEDERAL, 2018).

Outro ponto importante para a saúde da mulher é a proposta de retirada da obrigatoriedade de consentimento do cônjuge para a realização do procedimento de esterilização, visto que, dentro da cultura patriarcal que ainda está muito presente inúmeras mulheres podem não ter acesso à cirurgia em função da negativa de seus companheiros, que ainda tem em seu imaginário que a esterilização diminui a libido feminina e que por consequência levaria a menor prática sexual entre o casal.

3.5.1 Métodos de esterilização

A esterilização é um método contraceptivo cirúrgico, definitivo, que pode ser realizado na mulher por meio da ligadura das trompas (laqueadura ou ligadura tubária) e no homem, através da ligadura dos canais deferentes (vasectomia). A vasectomia consiste, em impedir a presença dos espermatozóides no ejaculado, por meio da obstrução dos canais deferentes. Na mulher, em evitar a fecundação mediante impedimento de encontro dos gametas, devido à obstrução das trompas. A eficácia da vasectomia é alta, onde a taxa de falha é de 0,1 a 0,15%, comparado a laqueadura tubária com taxa de falha de 0,5% (BRASIL, 2002)

A laqueadura pode ser feita por minilaparotomia, laparoscopia, colpotomia. A laparotomia só é indicada quando associada a outro procedimento cirúrgico maior. Todos os procedimentos precisam de ambiente de centro cirúrgico. Já a vasectomia sem bisturi é um procedimento ambulatorial pouco invasivo, realizado com anestesia local, de imediata recuperação e liberação do paciente (BRASIL, 2002).

3.5.1.1 Complicações do procedimento cirúrgico de esterilização

Na laqueadura tubária são raras as complicações. Podem ocorrer: hemorragia, infecção, perfuração uterina, lesão vesical, esgarçamento das trompas e embolia pulmonar (BRASIL, 2002).

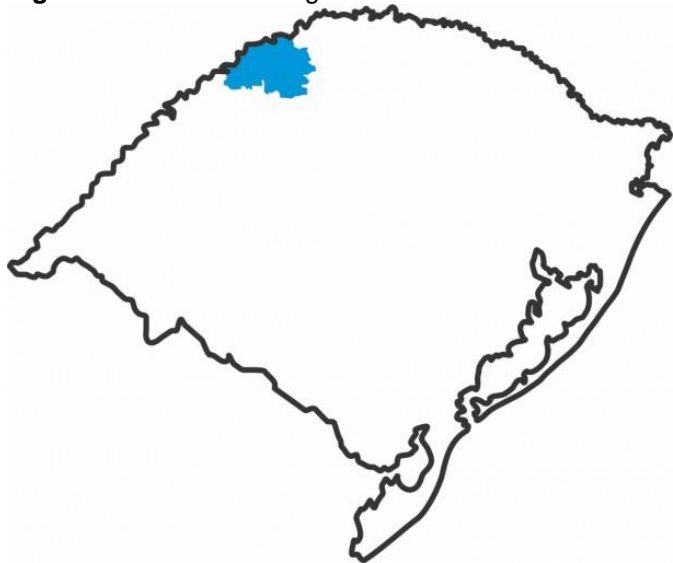
A vasectomia sem bisturi é muito mais confiável e com uma taxa de complicações é baixa, sendo possível acontecer orquiepididimite (dor e edema, sem febre), epididimite congestiva, hematoma, infecção (BRASIL, 2002).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho trata de uma pesquisa de abordagem quantitativa e exploratória com caráter descritivo. Os dados foram coletados a partir de banco de dados livre com informações do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) disponibilizados pelo DATASUS – o Departamento de Informática do SUS – responsável por disponibilizar informações de acesso público que podem ser utilizadas para subsidiar análises objetivas e planejar ações em saúde.

Foram examinados dados secundários correspondentes as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) autorizadas por local de residência dos procedimentos de esterilizações masculinas e femininas na região de saúde Fronteira Noroeste, pertencente a 14ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), assim como no município de Campina das Missões. O período analisado corresponde aos anos de 2015 a 2018. A delimitação do estudo corresponde a 14ª CRS, região de saúde Fronteira Noroeste e a um de seus municípios, Campina das Missões. Na Figura 1 pode ser vista a localização da região de saúde no mapa do Rio Grande do Sul (RS).

Figura 1 - Área de abrangência da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde

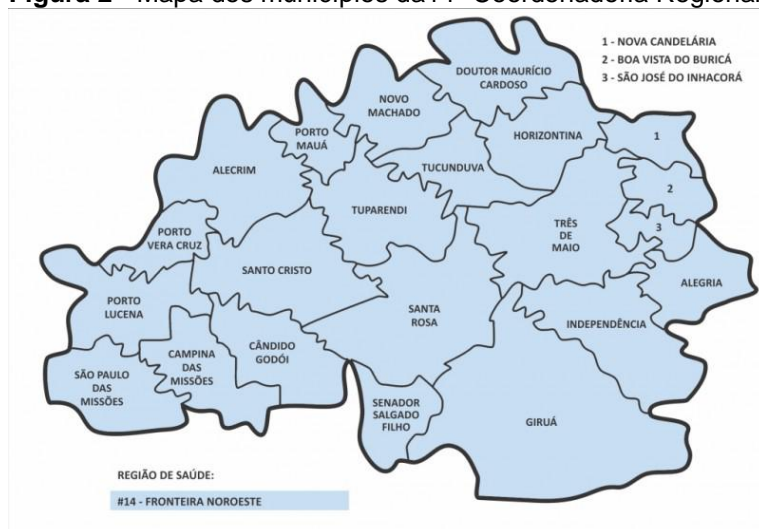


Fonte: SES/RS, [20...].

A população estimada da região em 2018 era de 224.705 habitantes (IBGE, 2018), sendo composta pelos seguintes municípios: Alecrim, Alegria, Boa Vista do Buricá, Campina das Missões, Cândido Godói, Doutor Maurício Cardoso, Giruá,

Horizontina, Independência, Nova Candelária, Novo Machado, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São José do Inhacorá, São Paulo das Missões, Senador Salgado Filho, Três de Maio, Tucunduva e Tuparendi (FEE, 2017), conforme Figura 2. Quanto à população do município de Campina das Missões, em 2016 correspondia a 6263 habitantes, sendo 3248 mulheres e 3015 homens (SEBRAE/RS, 2019).

Figura 2 - Mapa dos municípios da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde



Fonte: SES/RS, [20...].

Para o desenvolvimento do estudo, foram utilizados apenas dados de domínio público provenientes de fontes secundárias, o que torna sem efeito a necessidade de envio para apreciação das questões éticas da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em conformidade com a Resolução nº 466/2012.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

No período de quatro anos que abrangem a pesquisa (2015-2018) foram realizadas um total de 76 cirurgias de esterilização voluntária em toda área de abrangência da região de saúde Fronteira Noroeste, das quais apenas três (3,94%) do total de procedimentos realizados foram vasectomias, os demais 73 (96,05%) procedimentos equivalem à laqueadura tubária. Considerando a população regional do ano de 2018, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era de 224.705 habitantes, a proporção de cirurgia de esterilização voluntária é ínfima, o que nos faz questionar se direito básico de cidadania, previsto na CF, de ter ou não filhos (BRASIL, 2002), está sendo cumprido, assim como o direito ao acesso a métodos contraceptivos e planejamento familiar (BRASIL, 1996; BRASIL, 2004; BRASIL, 2005; BRASIL, 2007b; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

Na Tabela 1 encontram-se os procedimentos hospitalares do SUS referentes à realização das cirurgias de esterilização cirúrgica masculinas e femininas por local de residência na 14ª CRS no Rio Grande do Sul, nos últimos quatro anos.

Tabela 1 - Procedimentos hospitalares de esterilização cirúrgica do SUS por local de residência (14ª CRS) no período de 2015 a 2018

Procedimento (AIH aprovadas)	2015	2016	2017	2018	Total
Vasectomia	NR	2	NR	1	3
Laqueadura tubária	23	18	16	16	73
Total	23	20	16	17	76

*NR = nenhum registro encontrado.

Fonte: SIH/SUS, [20...]

Os procedimentos de laqueadura tubária são a maioria dos procedimentos de esterilização voluntária no âmbito regional e, pode-se observar a manutenção da média anual constante ao longo de todo período considerado. Já no caso dos procedimentos de vasectomia, o número total foi expressivamente inferior em todos os anos, chegando à ausência de procedimentos no ano de 2015 e 2017. Dados semelhantes aos encontrados por Osis et al. (2006), em um estudo em diferentes capitais brasileiras, em que os resultados apontaram maior número de esterilizações por meio de laqueadura comparativamente à vasectomia, nessa

pesquisa em questão, observou-se ainda que nos casos em que os casais optavam pela esterilização, eram as mulheres que mais frequentemente se submetiam ao procedimento.

No que compete a valores, segundo dados do SIH/SUS, os valores médios das AIH na região de saúde do estudo no ano de 2018 foram, R\$348,52 para os procedimentos de laqueadura tubária e R\$306,47 para os procedimentos de vasectomia (BRASIL, 2018). Já em relação ao tempo médio de permanência no hospital foi de 0,4 dias para laqueaduras e nenhum dia para vasectomias, dados do SIH/SUS para o ano de 2018. Frente a isso, podemos levantar hipótese de que não há relação direta entre o custo e vagas em leitos hospitalares com a baixa adesão a esse método contraceptivo definitivo. Podemos especular que não há um maior número de procedimentos entre os anos de 2015 e 2018, por falta de ações e planejamento em saúde pública.

Caetano (2014) afirma que a lei de planejamento familiar não previu que suas exigências para o acesso à laqueadura tubária no âmbito do SUS representariam obstáculos, e que esses estariam relacionados a critérios adotados por serviços médicos como idade e número de filhos mais restritivos do que os da portaria regulatória; à necessidade de autorização por escrito do cônjuge; à demora entre a solicitação e a realização do procedimento; à proibição da laqueadura no parto e pós-parto; e à cobertura territorial limitada de serviços médicos do SUS credenciados.

Para além das questões de acesso e gestão, o gênero como elemento das relações sociais, é uma construção social e histórica, que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres (BRASIL, 2004). É uma forma primeira de significação de poder (SCOTT, 1989). Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (BRASIL, 2004). O gênero também pode influenciar nas esterilizações em função da sociedade patriarcal que ainda é muito presente, onde esterilizações masculinas por muitas vezes estão no imaginário da população, e principalmente no machismo, que causariam impotência. Quanto às mulheres, há uma crença de que mulheres estéreis não são “mulheres completas” podendo elas perderem a

libido, ou caso estabeleçam nova relação conjugal não possam dar filhos ao novo companheiro, tornando-a assim “menos mulher”.

Ainda, um estudo de Anderson et al. (2012), que entrevistou homens e mulheres em relações estáveis encontrou relação entre escolaridade e escolha entre quem do casal fará procedimento de esterilização. Segundo os autores, entre os homens com maior grau de escolaridade e renda há uma maior prevalência de vasectomias, comparativamente aos com menores níveis de escolaridade e renda. Em contraponto, o mesmo estudo indicou que entre as mulheres com menor nível de escolaridade e renda se encontravam a maior prevalência de laqueadura tubária.

No ano de 2007 as ações para a saúde passaram a se inserir na política de desenvolvimento do governo, sendo proposta uma expansão de metas a várias delas, incluindo o planejamento familiar. Tal expansão compreendeu a ampliação na quantidade de vasectomias, a um custo em 2011 de R\$ 219 para cada procedimento realizado (BRASIL, 2008). Cabe ressaltar que a desigualdade regional e territorial são características marcantes no país, sendo que a oferta de bens e serviços persiste de modo desigual na distribuição do território nacional. Também se configuram espaços de lacuna assistencial, onde a descentralização das ações de saúde procede dissociadamente, mantendo uma situação de oferta, acesso e eficiência discrepante em relação às ações implementadas (BRASIL, 2008).

As possíveis desigualdades regionais de oferta de procedimentos de esterilização voluntária pelo SUS fica visível na Tabela 2, onde estão descritos o total de procedimentos de esterilização voluntária estratificado por municípios que compõe a região de saúde Fronteira Noroeste. Observa-se que do total de 22 municípios que compõe a região de saúde, em apenas cinco (22,72%) foram encontrados registros de procedimentos hospitalares de esterilização cirúrgica no SIH nos últimos quatro anos. Ainda cabe destacar que, dos 76 registros de procedimentos encontrados no SIH, 70 (92,1%) são de moradores do município de Santa Rosa, os demais municípios Giruá, Independência, São José do Inhacora e Três de Maio apresentavam seis (7,9%) registros no total de quatro anos desse estudo e, todos foram de esterilizações femininas.

Tabela 2 - Número total de procedimentos hospitalares de esterilização cirúrgica do SUS no período de 2015 a 2018, estratificado por município de origem

Municípios	2015	2016	2017	2018	Total
Alecrim	NR	NR	NR	NR	0
Alegria	NR	NR	NR	NR	0
Boa Vista do Buricá	NR	NR	NR	NR	0
Campina das Missões	NR	NR	NR	NR	0
Cândido Godói	NR	NR	NR	NR	0
Doutor Maurício Cardoso	NR	NR	NR	NR	0
Giruí	1	2	NR	NR	3
Horizontina	NR	NR	NR	NR	0
Independência	NR	NR	1	NR	1
Nova Candelária	NR	NR	NR	NR	0
Novo Machado	NR	NR	NR	NR	0
Porto Lucena	NR	NR	NR	NR	0
Porto Mauá	NR	NR	NR	NR	0
Porto Vera Cruz	NR	NR	NR	NR	0
Santa Rosa	22	18	15	15	70
Santo Cristo	NR	NR	NR	NR	0
São José do Inhacorá	NR	NR	NR	1	1
São Paulo das Missões	NR	NR	NR	NR	0
Senador Salgado Filho	NR	NR	NR	NR	0
Três de Maio	NR	NR	NR	1	1
Tucunduva	NR	NR	NR	NR	0
Tuparendi	NR	NR	NR	NR	0
Total	23	20	16	17	76

*NR = nenhum registro encontrado.

Fonte: SIH/SUS, [20...].

Em um estudo de Osis et al. (2009), realizado na Região Metropolitana de Campinas, estado de São Paulo, se propôs a investigar os entraves dos procedimentos de esterilização voluntária no SUS. Em seus resultados, os pesquisadores encontraram nos relatos de usuários uma grande demanda reprimida, sobretudo em relação à vasectomia; quando os mesmos questionamentos foram feitos aos profissionais do ambulatório de planejamento familiar ou centro de referência, estes afirmaram que o baixo número nos procedimentos estava associado ao número insuficiente de cirurgias que podiam ser feitas semanalmente pelo SUS. Em contraponto, os profissionais dos serviços credenciados para realizar as cirurgias afirmaram que não haveria dificuldades para ampliar esse número se houvesse gestões nesse sentido por parte das respectivas Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

Os resultados encontrados no estudo de Osis et al. (2009) podem nos trazer possíveis hipóteses para o cenário encontrado na região de saúde da Fronteira Noroeste, uma vez que, entre os municípios que compõe a região um se destaca pelo número de procedimentos realizados, e este justamente é o município que tem uma APS fortalecida, que conta com profissionais da equipe mínima e também de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) atuando em conjunto nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), onde todos contribuem para o planejamento familiar dos usuários. Não só a APS é fortalecida em Santa Rosa, como também é lá que está o hospital de referência regional para realização dos procedimentos, o que de certa forma pode contribuir para os números.

Ainda a pesquisa de Osis et al. (2009) encontrou dificuldade dos profissionais da APS em encaminhar as pessoas que solicitavam esterilização a outros municípios, pois não existia protocolo específico para esse atendimento; também os profissionais afirmaram que não eram feitas vasectomias no município porque a rede de saúde não dispunha dos materiais necessários. Carvalho et al. (2007) também encontrou que as dificuldades para realização de esterilizações voluntárias estariam relacionais à “falta de infraestrutura e problemas no encaminhamento aos serviços de referência” (p. 2914), aumentando assim o tempo de espera para os procedimentos de laqueadura tubária e vasectomia. Dados estes que levantam mais uma hipótese acerca do baixo número de procedimentos de esterilização voluntária encontrado por esse estudo: os profissionais dos municípios sabem encaminhar seus pacientes para a cirurgia?

Sobre a esterilização cirúrgica masculina, em muitos municípios o procedimento ainda não é ofertado pelo SUS, assim como a laqueadura tubária. Tendo em vista o cumprimento da Lei nº 9263/1996, a organização e adequação dos municípios são necessárias, considerando que em grande parte deles não há a oferta deste dispositivo componente da política referida. Avançando neste passo, a possibilidade de trabalhar a concepção masculina frequente que relaciona a cirurgia como responsável pela possibilidade de impotência sexual, torna-se uma alternativa, intervindo assim no engajamento masculino no planejamento familiar (CASARIN; SIQUEIRA, 2014).

O planejamento familiar é considerado uma política pública crucial na prevenção primária em saúde, no entanto permanece bastante ligado à saúde da mulher, o que pode estar expresso nos números obtidos. Outros estudos, como o

de Osis et al. (2006) inferem, no âmbito do planejamento familiar que a participação masculina é reduzida por parte dos homens, assim como a lacuna de programas voltados à saúde sexual e reprodutiva masculina em todo o país.

A partir desse contexto, os Ambulatórios de Aconselhamento em Planejamento Familiar (AAPF) têm importante papel, sendo responsáveis pelas orientações nesta área, em especial pelos esclarecimentos/aconselhamentos e devidos encaminhamentos às cirurgias de laqueadura e vasectomia, a distribuição e a orientação referente a outros métodos anticoncepcionais, assim como a colocação do dispositivo intrauterino (DIU). Verifica-se a proeminência da avaliação e discussão a respeito da orientação e a importância de uso de método contraceptivo eficaz como um dos pilares da prevenção de gravidez indesejada e do atendimento humanizado, incidindo também sobre a contaminação por ISTs (VIEIRA; FORD, 2004).

Neste sentido, o AAPF pode atingir resultados pertinentes, buscando evitar que somente a mulher arque com o ônus proveniente do processo de planejamento familiar. Em relação às cirurgias de laqueadura e vasectomia, a literatura ressalta de forma unânime a segunda como a cirurgia de caráter mais simples, tanto em razão de consistir em procedimento técnico mais simplificado, dispensando a internação e restringindo-se à anestesia local, sendo que na laqueadura o acesso às tubas é mais difícil. Através das atividades de Aconselhamento, em conformidade com as diretrizes da Lei 9263/1996, é possível a partir dos esclarecimentos adequados um número equiparado de cirurgias de laqueadura e vasectomia, contrariando os índices históricos de supremacia da realização de laqueaduras nas mulheres. Tal dado pode representar um avanço importante, tanto em termos de um compartilhamento efetivo da responsabilidade pelo planejamento familiar por parte dos homens, como também em termos de custos públicos e minimização de riscos às mulheres, considerando que a laqueadura é uma cirurgia de maior porte (CARCERERI et al., 2016).

Tabela 3 - Procedimentos hospitalares de esterilização cirúrgica do SUS no município de Campina das Missões no período de 2015 a 2018

Procedimento (AIH aprovadas)	2015	2016	2017	2018	Total
Vasectomia	NR	NR	NR	NR	0
Laqueadura Tubária	NR	NR	NR	NR	0
Total	0	0	0	0	0

*NR = nenhum registro encontrado.

Fonte: SIH/SUS, [20...].

No município de Campina das Missões, conforme pode ser observado na Tabela 3, em todo período considerado não ocorreram cirurgias de esterilização cirúrgica nem na população feminina nem na masculina. Conforme informações da Prefeitura Municipal (PM) não há um fluxo e pactuação estabelecida pela gestão municipal para tal, ficando as respectivas cirurgias restritas ao âmbito dos serviços privados, reforçando a hipótese levantada anteriormente acerca da falta de protocolos e do conhecimento dos fluxos de encaminhamentos, também apontados por Osis et al. (2009).

Em um ciclo de rodas de conversa semanal realizado em junho de 2018, direcionado às usuárias do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) municipal, abordando os dispositivos de planejamento familiar disponíveis no município e aqueles dispostos na legislação federal, observa-se um desconhecimento sobre a oferta cirúrgica pelo SUS, expresso por algumas mulheres como uma escolha da família não concretizada pela falta de acesso, o que demonstra que a hipótese acerca da falta de acesso e da concretização das ações propostas pelo Estado ainda são falhas no município. Resultados de Osis et al. (2006) confirmam que a atenção ao planejamento familiar no Brasil continua marcada pela indisponibilidade de métodos contraceptivos definitivos nos serviços públicos, e pela capacitação desigual e insuficiente dos profissionais para atuarem nessa área.

O planejamento familiar compõe uma política extremamente importante também para a redução dos custos das complicações e decorrentes internações por aborto, que em um ano chegam a mais de 3.000 por ano no Distrito Federal – conforme estudo realizado pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN, 2015). Estudos afirmam que o atendimento da demanda pela esterilização cirúrgica ainda é insuficiente no SUS, apesar de estar regulamentado desde 1996 (OSIS et al., 2006; BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003).

As ações em planejamento familiar, previstas no PAISM como parte da PNAISM devem estar presentes na APS, conforme modelo de atenção à saúde adotado no Brasil desde a criação do SUS (SOUZA; SAMPAIO, 2002). Podemos observar que ações de planejamento familiar, muitas vezes são executadas de forma isolada e não priorizadas como os demais componentes da APS, como

apontado pela literatura (OSIS et al., 2006). Parecem ainda, existir impasses administrativos na contratação de serviços que podem estar relacionados à falta de priorização do atendimento em planejamento familiar. Não se pode deixar de considerar, no entanto, que também existem limitações impostas pelo próprio SUS no que diz respeito aos limites de internações e cirurgias (OSIS et al., 2009).

Observa-se de modo marcante a necessidade do fortalecimento das ações de gestão pública em saúde voltadas às mulheres, historicamente excluídas das políticas públicas, como mecanismo para garantia de legitimidade às suas necessidades e especificidades. A garantia do acesso aos serviços de saúde é necessária para a efetividade do direito à saúde às mulheres, levando em conta a diversidade cultural, sexual, étnica e religiosa.

6 CONCLUSÕES

O presente estudo teve como objetivo descrever a ocorrência de esterilizações masculinas e femininas na região de saúde Fronteira Noroeste, pertencente a 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, e no município de Campina das Missões, assim como indicar dados relativos à participação masculina e feminina na realização de esterilização cirúrgica e possibilidades de fortalecimento do acesso à esterilização pelo SUS. Para alcançar os objetivos propostos foi realizado um estudo transversal com dados do SIH/SUS de AIH autorizadas por local de residência nos anos de 2015 a 2018.

Nos quatro anos que abrangem a pesquisa foram realizadas um total de 76 cirurgias de esterilização voluntária em toda área de abrangência da região de saúde das quais apenas três (3,94%) foram vasectomias que, na série histórica foi expressivamente inferior as laqueaduras tubárias em todos os anos, chegando à ausência de procedimentos. Destacou-se um município onde 92,1% dos procedimentos da série histórica foram realizados, no qual possivelmente há uma política de planejamento familiar mais efetiva. No município de Campina das Missões, em específico, não ocorreram cirurgias de esterilização cirúrgica nos quatro anos estudados; dados observacionais do CRAS municipal evidenciaram desconhecimento sobre a oferta de cirurgia de esterilização voluntária pelo SUS, demonstrando que a hipótese acerca da falta de acesso e da concretização das ações propostas pelo Estado ainda são falhas nesse município.

Colocaram-se, através da revisão da literatura, hipóteses para os entraves dos procedimentos de esterilização voluntária na região de saúde Fronteira Noroeste e no município de Campina das Missões, o possível desconhecimento da população sobre a oferta desses serviços no SUS, assim como da simplicidade do procedimento cirúrgico de esterilização voluntária, principalmente masculina; a necessidade de educação em saúde da população e desconstrução de mitos sobre falta de interesse em relações sexuais e impotência sexual “causada” pela esterilização em ambos sexos.

Ainda, a possível falta de informação a respeito dos procedimentos de esterilização voluntária possivelmente tenham origem, ou boa parte da responsabilidade, em questões de gestão das três esferas de governo; destaca-se aqui a gestão municipal falha nos 21 municípios da região, e apenas 1 trabalhando

para efetivação dos direitos e das políticas de planejamento familiar. Essa efetivação possivelmente se dá pela APS fortalecida no município em questão, e pode servir como modelo para os demais municípios. Outra hipótese levantada é a dificuldade de profissionais da APS em encaminhar as pessoas que solicitam esterilização a outros municípios.

Sobre a esterilização cirúrgica masculina, em muitos municípios o procedimento ainda não é ofertado pelo SUS, assim como a laqueadura tubária. Tendo em vista o cumprimento da Lei nº 9263/1996, a organização e adequação dos municípios são necessárias, considerando que em grande parte deles não há a oferta deste dispositivo componente da política referida. Sendo o planejamento familiar uma obrigação dos entes públicos, colocamos como possibilidades de fortalecimento desse acesso a verificação dos números relativos à procura por métodos definitivos de planejamento familiar oferecidos pelo SUS no local descrito, que possam embasar a gestão pública no desenvolvimento de ações ou projetos nesta área.

Conclui-se que há uma necessidade do fortalecimento das ações de gestão pública em saúde voltadas às mulheres, não só no município de Campina das Missões, mas na região de saúde como um todo, a fim de garantir a efetivação das políticas de Estado para as mulheres e a legitimidade de seus direitos constitucionais.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, J.E.; JAMIESON, D.J.; WARNER, L.; KISSIN, D.M.; NANGIA, A.K.; MACALUSO, M. Contraceptive sterilization among married adults: national data on who chooses vasectomy and tubal sterilization. **Contraception**, v.85, n.6, p.552-7, 2012.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação sobre esterilização voluntária. **Cad Saúde Pública**, v.19 Suppl 2, p.S441-53, 2003.

BONAN, C.; Silva, K.S.; Sequeira, A.L.T.; Fausto, M.C.R. Avaliação da implementação da assistência ao planejamento reprodutivo em três municípios do Estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2007. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.10, supl.1, p.S107-S118, 2010.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Presidência da República. **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 e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União 20 set. 1990a.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União 31 dez. 1990b.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União 15 jan. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS NOAS-SUS 01/2001. 2001. Brasília: Diário Oficial da União, 27 de jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico**. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.319, de 5 de junho de 2007.** Aprova diretrizes e orientações gerais para a realização do procedimento de vasectomia parcial ou completa. Brasília, DF: Diário Oficial da União 5 jun. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais saúde:** direito de todos. Resultados e Conquistas 2009. Uma prestação de contas à sociedade. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006:** dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

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, DF: Diário Oficial da União 27 ago. 2009b.

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, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde:** direito de todos: 2008-2011. 3ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento:** norma técnica. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS Nos 196/96, 303/2000 e 404/2008. Brasília: Diário Oficial da União, 12 de dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica:** saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. **Valor médio AIH por Região de Saúde (CIR) segundo Procedimento.** Brasília: Ministério da Saúde; Sistema de Informações Hospitalares do SUS, 2018. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qrrs.def>>. Acesso em 24 mai. 19.

CAETANO, A.J. Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei de planejamento familiar e demanda frustrada. **R. bras. Est. Pop.**, v.31, n.2, p.309-31, 2014.

CARVALHO, L.E.C.; OSIS, M.J.D.; CECATTI, J.G.; BENTO, S.F.; MANFRINATI, M.B. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, antes e após sua regulamentação. **Cad. Saúde Pública**, v.23, p.2906-16, 2007.

CASARIN, S.T.; Siqueira, H.C.H. de. Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras. **Esc Anna Nery**, v.18, n.4, p.662-8, 2014.

CODEPLAN (COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL). Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. **Mortalidade materna no Distrito Federal**: subsídios para o debate. Brasília: CODEPLAN, 2015.

COSTA, G.O.P.; OLIVEIRA, D.P.S.; ANTUNES, H.A.; BARBOSA, L.H.; CARVALHO, A.K.F.F.; FERREIRA, B.O. Vivências e reflexões acerca da promoção em saúde sexual e contraceptiva de mulheres no ambiente escolar. **ReonFacema**, v.4, n.4, p.1360-6, 2018.

FEE (FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA). **COREDE Fronteira Noroeste**. Porto Alegre: FEE/NIS, 2017. Disponível em: <<https://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/coredes/detalhe/?corede=Fronteira+Noroeste>>. Acesso em 01 mar. 2019.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.10, p.105-9, 2005.

FIOCRUZ (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ). **Saúde é democracia**. Rio de Janeiro, [20...]. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/sa%C3%BAd-e-%C3%A9-democracia>>. Acesso em 30 nov. 2018.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **População estimada segundo Região de Saúde (CIR)**. Ministério da Saúde: DATASUS – Estatísticas Vitais, 2018.

IFF (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNADES FIGUEIRA); FIOCRUZ (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)**. Brasília: IFF; FIOCRUZ, 2017. Disponível em: <<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher-pnaism/>>. Acesso em 23 mai. 2019.

MANSOUR, D.; GEMZELL-DANIELSSON, K.; INKI, P.; JENSEN, J.T. Fertility after discontinuation of contraception: a comprehensive review of the literature. **Contraception**, v.84, n.5, p.465-77, 2011.

OSIS, M.J.D.; CARVALHO, L.E.C.; CECATTI, J.G.; BENTO, S.F.; PÁDUA, K.S. Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil: percepção de gestores e profissionais dos serviços públicos de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.3, p.625-34, 2009.

OSIS, M.J.D.; FAÚNDES, A.; MAKUCH, M.Y.; MELLO, M.B.; SOUSA, M.H.; ARAÚJO, M.J.O. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad Saúde Pública**, v.22, n.11, p.2481-90, 2006.

PINHEIRO, R.S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A.S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.7, p.687-7070, 2002.

SCHEFFER, F. O papel das políticas públicas: uma questão controversa. In: **Anais do VIII EEC - Encontro de Economia Catarinense. Desenvolvimento Rural**. Dias 08 e 09 de maio de 2014, UNIDAVI, Rio do Sul, SC. Disponível em: <http://www.apec.unesc.net/VIII_EEC/sesoes_tematicas/6%20-%20Eco%20Social%20PPs/Pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas.pdf>. Acesso em 20 fev. 2019.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil para a análise histórica. Recife: SOS Corpo, 1989.

SEBRAE/RS (SERVIÇO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS DO RIO GRANDE DO SUL). **Perfil das cidades gaúchas**: Campina das Missões 2019. Porto Alegre: SEBRAE/RS 2019. Disponível em: http://datasebrae.com.br/municipios/rs/Perfil_Cidades_Gauchas-Campina_das_Missoes.pdf>. Acesso em 10 mar. 2019.

SENADO FEDERAL. **Projeto de lei do senado nº 107, de 2018**. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar, com o objetivo de facilitar o acesso a procedimentos laqueaduras e vasectomias. Brasília: Senado Federal, 2018.

SENADO NOTÍCIAS. **Regras do SUS para laqueadura e vasectomia podem mudar**. Brasília: Site institucional do Senado Federal. Publicado em 3 out. 2018. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/10/03/regras-do-sus-para-laqueadura-e-vasectomia-podem-mudar>>. Acesso em 24 mai. 2019.

SES/RS (SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **14ª CRS (Santa Rosa)**. Porto Alegre: SES/RS, [20...]. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/14-crs-santa-rosa>>. Acesso em 23 mai. 19.

SILVA, F.M. **Gestão da cirurgia de laqueadura em um hospital do sul do país**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde). Universidade Federal do Paraná – UFPR. Curitiba, PR, 2019. 33p.

SILVA, J.H.C.M. da. **Fecundidade e pareamento educacional no Brasil**: um estudo de coorte. Dissertação (Mestrado em Demografia). Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas, SP, 2019a. 108p.

SOARES, L.P. **Esterilização da mulher e direitos reprodutivos**: análise das políticas públicas de contracepção à luz da lei nº 9.263/96 diante da autonomia do corpo. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito). Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma, SC, 2018. 66p.

SOUZA, G.C. de A.; COSTA, I.do C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.**, v.19, n.3, p.509-17, 2010.

SOUZA, H.M.; SAMPAIO, L.F.R. **Atenção básica:** políticas e diretrizes no Brasil atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2002

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde.** Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, BA: Governo do Estado da Bahia, 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCÍPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em 05 jan. 2019.

TEMPORÃO, J.G.; PENELLO, L.M. **Saúde, cidadania e democracia.** Cebes, publicado em 28 out. 2013. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/saude/saude-cidadania-e-democracia-4606.html>>. Acesso em 12 dez. 2018.

UFSC (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA). Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância. **Atenção integral à saúde da mulher:** medicina [recurso eletrônico]. CARCERERI, D.R.; et al (Org). 3ª ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <<https://unasus.ufsc.br/atencaobasica/files/2017/10/Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAdade-da-Mulher-ilovepdf-compressed.pdf>>. Acesso em 20 ago. 2018.

VIEIRA, E.M. O arrependimento após a esterilização feminina. **Cad. Saúde Pública**, v.14, supl.1, p.S59-S68, 1998 .

VIEIRA, E.M.; FORD, N.J. Provision of female sterilization in Ribeirão Preto. São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1201-10, 2004.