

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

MÁRCIA VIEIRA SOARES SANTOS

**CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA QUE
MANIFESTAM VONTADE PELA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICANO MUNICÍPIO
DE SÃO CARLOS, SÃO PAULO.**

**São Carlos
2018**

**CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA QUE
MANIFESTAM VONTADE PELA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA NO MUNICÍPIO
DE SÃO CARLOS, SÃO PAULO.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

MÁRCIA VIEIRA SOARES SANTOS

**CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA QUE
MANIFESTAM VONTADE PELA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA NO MUNICÍPIO
DE SÃO CARLOS, SÃO PAULO.**

Exame de Defesa de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, Campus São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre profissional em Gestão da Clínica.

Área de concentração em Gestão da Clínica
Orientação: Profa. Dra. Maristela Carbol
Co-orientação: Profa. Dra. Fernanda V. R. Callegari

**São Carlos
2018**



FOLHA DE APROVAÇÃO

Márcia Vieira Soares Santos

**“CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA QUE MANIFESTAM
VONTADE PELA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA NO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS, SÃO
PAULO”**

Trabalho de Conclusão de mestrado
apresentado à Universidade Federal de
São Carlos para obtenção do Título de
Mestre junto ao Programa de
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 11/12/2018

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.ª Dr.ª Maristela Carbol - UFSCar
Prof.ª Dr.ª Maria Célia Mendes – FMRP-USP
Prof. Dr . Washington Luiz Abreu de Jesus - UFSCar

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a Deus
que me guia em cada passo.
A toda minha família pelo
apoio e compreensão pelas
horas de ausência ao
seu convívio.*

AGRADECIMENTOS

*Aos professores que com seu amor pela profissão foram grandes incentivadores;
Em especial Professora Roseli Ferreira da Silva que conseguiu ver em mim potencialidades que me eram desconhecidas e sempre impulsionou o aprimoramento científico;
A minha orientadora Professora Maristela Carbol sempre presente, meticulosa, eficaz, pesquisadora incessante na busca da perfeição, levando-me nesse processo a vários recomeços e melhores resultados, experiência que com certeza levarei para toda vida;
Ao Professor Bernardino Geraldo Alves Souto um exemplo de ser humano e profissional que com seus ensinamentos ampliou meu olhar para possibilidades de pesquisa e planejamento estratégico aperfeiçoando a prática e gestão da clínica.*

RESUMO

O aconselhamento em planejamento reprodutivo deve levar em consideração o contexto de vida de cada pessoa e o direito de todos poderem tomar decisões sobre a reprodução de forma livre e informada. O objetivo foi caracterizar os usuários da atenção básica que manifestaram vontade pela esterilização cirúrgica no primeiro ano de implantação da Linha de Cuidado do Planejamento Reprodutivo para Esterilização Cirúrgica do município de São Carlos, São Paulo. Trata-se de um estudo individual observacional transversal investigativo em que participaram 114 usuários no período de 01 de maio 2015 a 30 de abril 2016. A proporção de mulheres (49,12%) e homens (50,88%) foi semelhante. A idade média das mulheres foi 32,9 anos e a dos homens 34,8 anos. A renda per capita de até meio salário mínimo esteve associada à preferência em 4,7 vezes mais pela laqueadura tubária. A maioria tinha entre dois a quatro filhos vivos (85,96%) e dois a quatro filhos com atual parceiro(a) (76,32%). O modelo de atenção à saúde de origem dos usuários foi indiferente. Em torno de 50% dos usuários estavam em uso de um método contraceptivo reversível efetivo. A maioria finalizou o processo de planejamento reprodutivo em menos de um ano (60,53%), sendo que três mudaram de opinião sobre o método desejado. Um mudou de laqueadura tubária para vasectomia após a finalização do processo e dois desistiram da laqueadura tubária preferindo métodos contraceptivos reversíveis, sendo que um foi após a avaliação psicológica e o outro após a avaliação social. Conclui-se que a idade e número de filhos vivos atenderam os critérios legais, que a renda per capita familiar até meio salário mínimo esteve associada à preferência pela laqueadura tubária e que o índice de mudança do tipo de esterilização cirúrgica durante o processo de planejamento reprodutivo foi baixo.

Palavras-chave: Planejamento Reprodutivo, Aconselhamento, Esterilização Cirúrgica, Laqueadura Tubária e Vasectomia.

ABSTRACT

Counseling in reproductive planning should consider the context of each person's life and the right of everyone to make decisions about reproduction in a free and informed way. The objective was to characterize primary care users who expressed their desire for surgical sterilization in the first year of implantation of the Line of Care of the Reproductive Planning for Surgical Sterilization of the city of São Carlos, São Paulo. It is an individual observational cross-sectional study involving 114 users from May 1, 2015 to April 30, 2016. The proportion of women (49.12%) and men (50.88%) was similar. The mean age of women was 32.9 years and that of men 34.8 years. Per capita income of up to half a minimum wage was associated with 4.7 times the preference for tubal ligation. The majority had between two to four live children (85.96%) and two to four children with current partner (a) (76.32%). The model of health care of origin of the users was indifferent. Around 50% of users were using an effective reversible contraceptive method. Most finished the process of reproductive planning in less than a year (60.53%), and three changed their opinion about the desired method. One switched from tubal ligation to vasectomy after completion of the procedure and two gave up tubal ligation preferring reversible contraceptive methods, one of which was after psychological evaluation and the other after social assessment. It is concluded that the age and number of live children met the legal criteria, that per capita family income up to half a minimum wage was associated with the preference for tubal ligation and that the rate of change of the type of surgical sterilization during the process of reproductive planning was low.

Key words: Reproductive Planning, Counseling, Surgical Sterilization, Tubal Tube and Vasectomy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Administrações Regionais de Saúde do município de São Carlos, São Paulo24

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Frequência absoluta e porcentagem das variáveis estudadas na pesquisa.....	28
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Medidas de dispersão e de tendência central dos dados brutos das variáveis quantitativas.....	30
Tabela 2. Características demográficas e socioeconômicas dos participantes segundo o tipo de procedimento desejado para esterilização cirúrgica, no período de 01 de maio 2015 a 30 de abril de 2016.	32
Tabela 3. Distribuição do número de filhos vivos e filhos com atual parceiro(a) dos participantes segundo o tipo de procedimento desejado para esterilização cirúrgica, no período de 01 de maio 2015 a 30 de abril de 2016	34
Tabela 4. Distribuição das unidades de saúde da atenção básica de origem dos participantes segundo o tipo de procedimento desejado para esterilização cirúrgica, no período de 01 de maio 2015 a 30 de abril de 2016.....	36
Tabela 5. Distribuição do modelo de atenção à saúde de origem dos participantes segundo o tipo de procedimento desejado para esterilização cirúrgica, no período de 01 de maio 2015 a 30 de abril de 2016.....	37
Tabela 6. Distribuição do tipo de método contraceptivo em uso pelos participantes segundo o tipo de procedimento desejado para esterilização cirúrgica, no período de 01 de maio 2015 a 30 de abril de 2016.	38
Tabela 7. Distribuição da mudança de método pelos participantes durante o planejamento reprodutivo segundo o tipo de procedimento desejado para esterilização cirúrgica, no período de 01 de maio 2015 a 30 de abril de 2016.	40
Tabela 8. Distribuição do parecer do grupo técnico segundo o tipo de procedimento desejado para esterilização cirúrgica, no período de 01 de maio 2015 a 30 de abril de 2016.....	41
Tabela 9. Distribuição do tempo de duração do planejamento reprodutivo segundo o tipo de procedimento desejado para esterilização cirúrgica, no período de 01 de maio 2015 a 30 de abril de 2016.	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACO	Anticoncepcional Oral
ARES	Administração Regional de Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CEME	Centro Municipal de Especialidades
CV	Coefficiente de Variação
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
DIU	Dispositivo Intrauterino
DP	Desvio Padrão
DST/HIV	Doença Sexualmente Transmissível/Vírus da Imunodeficiência Humana
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LT	Laqueadura Tubária
MS	Ministério da Saúde
OR	Odds Ratio (Razão de Chance)
PNAISH	Programa Nacional de Assistência à Saúde do Homem
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
POP	População
PR	Planejamento Reprodutivo
SM	Salário Mínimo
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSCAR	Universidade Federal de São Carlos
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
VSC	Vasectomia
WHO	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	JUSTIFICATIVA	20
3	OBJETIVOS	21
	Objetivo Geral	21
	Objetivos Específicos	21
4	METODOLOGIA	22
4.1	Tipo de estudo	22
4.2	Local da pesquisa	22
4.3	Linha de Cuidado do Planejamento Reprodutivo para Esterilização Cirúrgica	24
4.4	Sujeitos da pesquisa	25
4.5	CrITÉrios de elegibilidade	25
4.6	Fonte de dados primários	26
4.7	Coleta de dados	26
4.8	Aspectos éticos	26
4.9	Análise dos dados	27
5	RESULTADOS	30
7	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICES	54
	Apêndice A: Instrumento de coleta de dados	50
	Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	57
	ANEXOS	59
	Anexo A: Avaliação Clínica.	55
	Anexo B: Ação Educativa	57
	Anexo C: Entrevista Psicológica.	58
	Anexo D: Avaliação Social	64
	Anexo E: Avaliação do Grupo Técnico.	66
	Anexo F: Carta de Autorização Institucional	67
	Anexo G: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.	68

1 INTRODUÇÃO

Nos países em desenvolvimento 214 milhões de mulheres em idade reprodutiva que desejam evitar gravidez não estão fazendo uso de métodos contraceptivos efetivos, representando 84% das gravidezes não planejadas, sendo que 74% advêm de mulheres que não utilizam nenhum método contraceptivo e 10% daquelas que utilizam métodos não eficazes (GUTTMACHER INSTITUTE, 2017).

No Brasil, segundo dados do Fundo de População das Nações Unidas (2017), a demanda não atendida por contraceptivos é estimada entre 6% e 7,7%, afetando cerca de três a quatro milhões de mulheres em idade reprodutiva. A pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” realizada entre 2011 e 2012 evidenciou que entre as mulheres que tiveram filhos, 55,4% não planejaram suas gestações (VIELLAS et al., 2014).

O acesso ao planejamento reprodutivo tem sido deficitário no mundo todo, trazendo repercussões negativas nas áreas da saúde em geral e reprodutiva, educação e economia (UNITED NATIONS, 2017). Neste sentido, investimentos em serviços de planejamento reprodutivo para atender a demanda por métodos contraceptivos trazem benefícios sociais e econômicos, diminuindo os altos custos nos cuidados com saúde materna e neonatal (GUTTMACHER INSTITUTE, 2017).

No entanto, parece que somente o acesso aos serviços de planejamento reprodutivo e a oferta aos métodos contraceptivos não são suficientes para que as mulheres saibam escolher e utilizá-los, uma vez que vários motivos podem interferir nesse processo, como a preocupação com os efeitos colaterais e riscos à saúde e a crença de que não estão sujeitas à gravidez por não manterem relações sexuais com frequência, demonstrando que planejamento reprodutivo oportuno e de qualidade são extremamente necessários (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Planejamento Familiar no Brasil foi criada em 2007 e prevê que toda mulher em idade fértil, entre 10 a 49 anos de idade, deve ter acesso aos métodos contraceptivos na rede de atenção básica (AB) do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009a).

As instâncias gestoras do SUS, em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir a atenção integral à saúde das pessoas que inclua a assistência à concepção e à contracepção. Para a concretização das ações de planejamento reprodutivo, os gestores municipais devem

garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das unidades de saúde da AB, dotando-as de recursos materiais, tecnologias apropriadas, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas; apoiar processos de educação permanente; e estruturar a rede de referências fora do âmbito da AB (BRASIL, 2013).

A atenção em planejamento reprodutivo deve garantir o direito das pessoas, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos, quantos filhos deseja ter e em que momento de sua vida; direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças, independentemente de estado civil, idade ou condição física; e o direito de acesso a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação (BRASIL, 2009a). Para isso, deve ser levado em consideração o contexto de vida de cada pessoa e o direito de todos poderem tomar decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção ou violência (CARVALHO; SCHOR, 2012).

Para a efetivação deste tipo de assistência, os profissionais de saúde se utilizam do aconselhamento, o qual serve para prestar ajuda às pessoas no tocante as decisões que se referem à sua saúde, por meio de um conjunto de ações e atitudes clínicas e práticas em saúde (BRASIL, 2013). Porém, o planejamento reprodutivo não pode ser encarado com uma somatória de ações de aconselhamento e sim um processo de cuidado que fortaleça a autonomia dos sujeitos para suas escolhas reprodutivas (LUIZ; NAKANO; BONAN, 2015).

O aconselhamento constitui-se em um espaço de interação entre pessoas, valores e culturas, estabelecendo uma dinâmica que possibilita o diálogo, a escuta, a troca, o questionamento, a reflexão e o aprendizado (FREIRE, 1996). A abordagem deve ser centrada no sujeito, com o intuito de compreender os fatores contextuais e os tipos de problemas situacionais das pessoas, acreditando na potencialidade delas e conseqüentemente na sua capacidade de dar novos significados aos seus problemas (FORGHIERI, 2007). Procura-se valorizar a subjetividade das pessoas, buscando perceber e atender as suas necessidades de modo empático e resolutivo. Também possibilita fortalecer a relação entre os profissionais de saúde e as pessoas com vistas a uma atenção personalizada e humanizada (PEREIRA, 2008).

Para o planejamento reprodutivo contribuir para as pessoas organizarem a vida de acordo com as suas necessidades, possibilidades e vontades e para uma prática sexual plena, os serviços de saúde tem oferecido o aconselhamento, por meio de ações de educação em saúde, individual ou em grupo, possibilitando acesso a informações, meios, métodos e

técnicas disponíveis para a prevenção da gravidez que não comprometam a vida e a saúde das pessoas, garantindo direitos iguais à mulher, ao homem ou ao casal, num contexto de escolha livre e informada (BRASIL, 2013).

As ações de educação em saúde devem ser valorizadas como uma ambiência de troca de experiências tendo como princípio encorajar transformações no sentido de serem vividas com autonomia, visto que a troca de vivências das pessoas permite concretizar o desenvolvimento da consciência do ser humano como um sujeito livre, informado e digno de direitos (ARAÚJO et al., 2000).

Cabe aos profissionais de saúde fazer o aconselhamento segundo os conhecimentos técnicos sobre os métodos contraceptivos, complementando e qualificando as percepções que as pessoas já possuem sobre eles (FINOTTI, 2015). Vale enfatizar que a escolha por um método contraceptivo muitas vezes está limitada a fatores sociais, econômicos e culturais das pessoas, fazendo com que a decisão sobre um determinado método seja complexa, multifatorial e sujeita a mudanças. Além disso, a tomada de decisão varia de acordo com as circunstâncias individuais, percepções e interpretações de cada um (WHO, 2016).

Logo, a escolha de um método contraceptivo deverá ser sempre precedida de uma ampla discussão enfatizando a eficácia, os efeitos colaterais, as vantagens e desvantagens de cada método contraceptivo (WHO, 2018), analisando-se pormenorizadamente as múltiplas alternativas, de forma que a decisão seja sempre a mais consciente e informada possível (ARAÚJO; DIAS; BUSTORFF, 2011).

Quando a escolha é pela esterilização cirúrgica voluntária, é relevante que as pessoas sejam informadas sobre os preceitos definidos no art. 2º da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, onde quem a solicita deve ter capacidade civil plena, ser maior de 25 anos ou ter pelo menos dois filhos vivos. A laqueadura tubária (LT) ou vasectomia (VSC) só pode ser realizada depois de decorridos, no mínimo, sessenta dias a partir da manifestação da vontade de fazê-la. Durante esse período a pessoa deve ser exposta a sessões de aconselhamento, que visam diminuir os índices de arrependimento, propiciam condições de escolhas adequadas aos métodos contraceptivos existentes e desencorajam a esterilização. A esterilização não pode ser realizada no momento do parto ou aborto, exceto quando houver necessidade comprovada, em virtude de cesarianas sucessivas anteriores e/ou patologias que coloquem em risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto (BRASIL, 1996).

É necessário que o indivíduo tenha consciência de que o método é permanente e, provavelmente, não podendo ser revertido. Ele deve compreender que os métodos contraceptivos reversíveis também estão disponíveis e são muito eficazes quando utilizados de forma adequada e rotineiramente. Durante o processo de aconselhamento o indivíduo pode desistir da sua escolha a qualquer momento, sem perder seus direitos sobre as opções por outros métodos e pelo serviço de saúde que está sendo assistido (BRASIL, 2009a; 2013).

Considerando os métodos definitivos, a LT é muito eficaz, sendo que a taxa de gravidez é de 0,5 para 100 mulheres-ano. Como complicação aguda pode apresentar infecção e sangramento no local da incisão cirúrgica, infecção ou sangramento intra-abdominal, lesão de órgãos pélvicos ou abdominais, reação alérgica ao anestésico e embolia pulmonar. Já as complicações crônicas seriam a ocorrência de problemas como irregularidades menstruais e dor pélvica. A VSC é um método contraceptivo simples, seguro, rápido e eficaz, sendo que a taxa de gravidez é de 0,1 para 10 mulheres-ano. Quanto às complicações agudas é possível a formação de hematomas e infecção local, sendo que as crônicas constituem a síndrome dolorosa, que inclui a congestão epididimária, epididimite, granuloma espermático e a persistência de espermatozoides no ejaculado, essa última decorrente de erro técnico ou recanalização (WHO, 2018).

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006, chamou a atenção que mais de um quinto de todas as mulheres, quase 30% das mulheres unidas e 11% das sexualmente ativas não unidas, recorreram à LT como método contraceptivo. Contudo, a escolha pela esterilização cirúrgica decresceu com o aumento da renda e do nível de escolaridade. Os diferenciais por nível de escolaridade foram maiores que aqueles por classe econômica. Entre mulheres menos privilegiadas, tanto do ponto de vista de renda quanto de escolarização, a LT permaneceu como método mais utilizado, chegando a responder por 65% da anticoncepção no grupo de mulheres sem instrução, em contraste com os 25% no grupo daquelas com oito e mais anos de estudo. Esses resultados indicaram influência da escolaridade como fator de acesso aos métodos, mostrando que o nível de instrução torna possível a ampliação do uso de outras opções contraceptivas, uma vez que possibilita maior conhecimento sobre os métodos e problemas associados à LT. O percentual de uso da pílula entre mulheres das classes econômicas mais altas suplantou o da LT. Também entre essas mulheres, a participação masculina, seja por realização da VSC seja por uso do preservativo masculino, foi de quase 30%. Por outro lado, na classe econômica mais

baixa, a prevalência de métodos usados pelos homens foi pouco maior que 10% (BRASIL, 2009).

Em 2009, estudo realizado em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, apontou um índice de 71,4% de LT e 28,% de VSC, sendo que a baixa escolaridade preponderou entre os esterilizados (56,1%) (VIEIRA; SOUZA, 2009). O mesmo foi observado por Souza et al. (2013) em que 60% das mulheres laqueadas tinham somente o ensino fundamental.

Já na Colômbia, a predisposição das mulheres pela esterilização cirúrgica esteve relacionada ao acesso a um serviço de planejamento reprodutivo e um adequado aconselhamento, tendo em vista que esta exposição pareceu ser os principais determinantes pela escolha de anticoncepcionais reversíveis (FOLCH et al., 2017).

Apesar das vantagens conhecidas da VSC em relação à LT, sua prática é menos comum no Brasil. Ainda que o número de cirurgias tenha aumentado no país desde a sua inserção na tabela de procedimentos custeados pelo SUS, de 7.798 cirurgias em 2001 para 34.144 em 2009, o número absoluto de procedimentos não melhorou no período (CÍCERO et al., 2014). No entanto, foi registrado um disparo no número de VSC entre 2011 a 2017 com alta de 42%, tanto nas redes públicas como privadas. No SUS, o número de procedimento aumentou 20%, passando de 30,6 para 36,7 mil. As LT cresceram menos (15%), mas ainda continuam ser mais frequentes, uma vez que foram mais de 83 mil LT enquanto as VSC totalizaram 58 mil em 2017. Um dos motivos que pode explicar o aumento das VSC foi o lançamento do Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em 2009, aliado ao fato de que esta iniciativa aumentou o valor pago pelo procedimento no SUS (SÃO PAULO, 2018).

Um problema decorrente da esterilização cirúrgica feminina ou masculina é o arrependimento. Em 2006, Carvalho et al. observaram que 10,8% das mulheres laqueadas se arrependeram do procedimento e que na época da laqueadura tubária 68,8% delas tinham até 30 anos, mais da metade possuía até dois filhos, 84,4% não pretendiam ter mais filhos e quase 80% foram laqueadas durante uma cesariana. Segundo Rodrigues (2007), a principal causa da procura pela LT entre mulheres jovens foi atribuída à precocidade da vida reprodutiva e ao maior número de filhos em curto espaço de tempo. Estes estudos corroboram com Magalhães et al. (2014) que demonstraram que 58,3% das mulheres desejosas de reversão foram esterilizadas com menos de 25 anos.

Além da pouca idade e do número de filhos outros motivos são causas de arrependimento como filhos do mesmo sexo; mulheres solteiras ou em união conjugal recente ou instável, separação e um novo casamento; pressão e influência no processo de decisão; informação deficiente sobre os riscos e efeitos colaterais do procedimento, as possibilidades e o acesso à técnica de reversão; informação insuficiente sobre outros métodos contraceptivos; quando o parceiro não apoia a decisão; história de morte de um filho após o procedimento e quando o procedimento é realizado durante ou logo após o parto (BRASIL, 2013).

Estudo mais recente mostrou que a idade abaixo de 30 anos continua o mais forte preditor de arrependimento entre as mulheres, chegando a 20,3%. Outros fatores de risco incluídos foram baixa paridade, esterilização realizada no pós-parto imediato, divórcio ou novo casamento após a esterilização (CANELA; BHIMJI, 2018).

Em 2018, Ehman; Costescu relataram que independentemente da idade e do número de filhos a maioria das mulheres, mesmo sendo informadas sobre o risco de arrependimento, segue para o procedimento de esterilização cirúrgica. Os autores consideram que declinar de tal solicitação é uma forma de recusa consciente e esta não deve ser uma decisão clínica, uma vez que a vontade da mulher deve preponderar desde que os critérios legais sejam respeitados.

De acordo com Labrecque et al. (2010), entre 7 e 10% dos homens que escolhem a VSC como método contraceptivo lamentam a sua decisão posteriormente. Estudo feito em Campinas, estado de São Paulo, revelou que 97% dos homens estavam satisfeitos com a cirurgia. Entre os poucos homens insatisfeitos, o principal motivo foi constituição de novas famílias com mulheres que ainda não tinham filhos. A maioria dos entrevistados atribuiu à VSC mudanças para melhor sobre sua saúde, corpo, relacionamento em geral com a família e com a esposa, na vida sexual e na situação econômica. Neste estudo prevaleceu a ideia de que a VSC trouxe muitos benefícios (MARCHI, 2011).

Em vista dos possíveis desfechos da esterilização cirúrgica, a lei preconiza que as pessoas que manifestam vontade pelo procedimento devam receber aconselhamento por profissionais de diferentes áreas da saúde sensíveis a compreender os contextos de vida de cada um e que possam interferir no processo de escolha, instruindo sobre as várias opções contraceptivas, auxiliando no desenvolvimento da consciência crítica e acreditando na potencialidade da pessoa tomar a melhor decisão possível para sua saúde reprodutiva.

2 JUSTIFICATIVA

A esterilização cirúrgica deve sempre ser considerada como procedimento definitivo, o que enfatiza a importância de aconselhamento cuidadoso do ponto de vista ético-legal para homens, mulheres ou casais que solicitam esse método para prevenção de gravidez (BRASIL, 2013).

Desde que a Lei da Esterilização Cirúrgica foi regulamentada em 1996 nem todos os municípios em nosso país possuem planejamento reprodutivo implantado para que os critérios e as condições obrigatórias sejam executados.

A Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos convidou um grupo de profissionais de saúde interessados e capacitados em planejamento reprodutivo para implantarem, 2015, a Linha de Cuidado do Planejamento Reprodutivo para Esterilização Cirúrgica do município. Esta linha de cuidado possibilita que profissionais de saúde da AB e uma equipe multiprofissional de médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais possam aconselhar homens, mulheres ou casais que manifestam vontade pela esterilização cirúrgica, contando com avaliações clínicas, ações educativas, entrevistas psicológicas, avaliações sociais e do grupo técnico.

Em vista disto, esta pesquisa se justificou uma vez que se pretendeu caracterizar os usuários da AB que manifestaram vontade pela esterilização cirúrgica no primeiro ano de implantação da linha de cuidado.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Caracterizar os usuários da AB que manifestaram vontade pela esterilização cirúrgica no primeiro ano de implantação da Linha de Cuidado do Planejamento Reprodutivo para Esterilização Cirúrgica do município de São Carlos, São Paulo.

Objetivos Específicos

Correlacionar o tipo de esterilização cirúrgica desejada com:

- Características demográficas e socioeconômicas dos participantes;
- Número de filhos vivos e número de filhos com atual parceiro(a) dos participantes;
- Modelo de atenção à saúde e unidades de saúde de origem dos participantes;
- Método contraceptivo em uso pelos participantes;
- Mudança de opção contraceptiva após o aconselhamento multiprofissional;
- Parecer do grupo técnico;
- Tempo de duração do processo de planejamento reprodutivo.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal, individual e exploratório com usuários da AB que manifestaram vontade pela esterilização cirúrgica.

Um estudo observacional do ponto de vista de temporalidade pode ser transversal ou longitudinal e dependendo do tipo de população que se quer estudar pode ser individual ou agregado. No caso de um estudo observacional transversal individual em que o pesquisador observa sem intervir, o tipo de estudo é chamado transversal. Este tipo de estudo fornece um retrato instantâneo dos indivíduos em um determinado momento, permitindo analisar a exposição ao agente causal e ao desfecho simultaneamente. Os estudos transversais são muito usados, pouco onerosos e relativamente rápidos de executar (KLEIN; BLOCH, 2009).

Estudos exploratórios servem para diagnosticar situações, explorar alternativas ou descobrir ideias. Eles são produzidos durante o estágio inicial de um processo de pesquisa mais amplo, procurando esclarecer e definir a natureza do problema e gerar mais informações para a realização de futuras pesquisas. Assim, são válidos, pois, comumente, para um mesmo fato pode haver inúmeras explicações alternativas, que se utilizadas possibilitará tomar conhecimento de todas ou de algumas delas (ZIKMUND, 2000).

4.2 Local da pesquisa

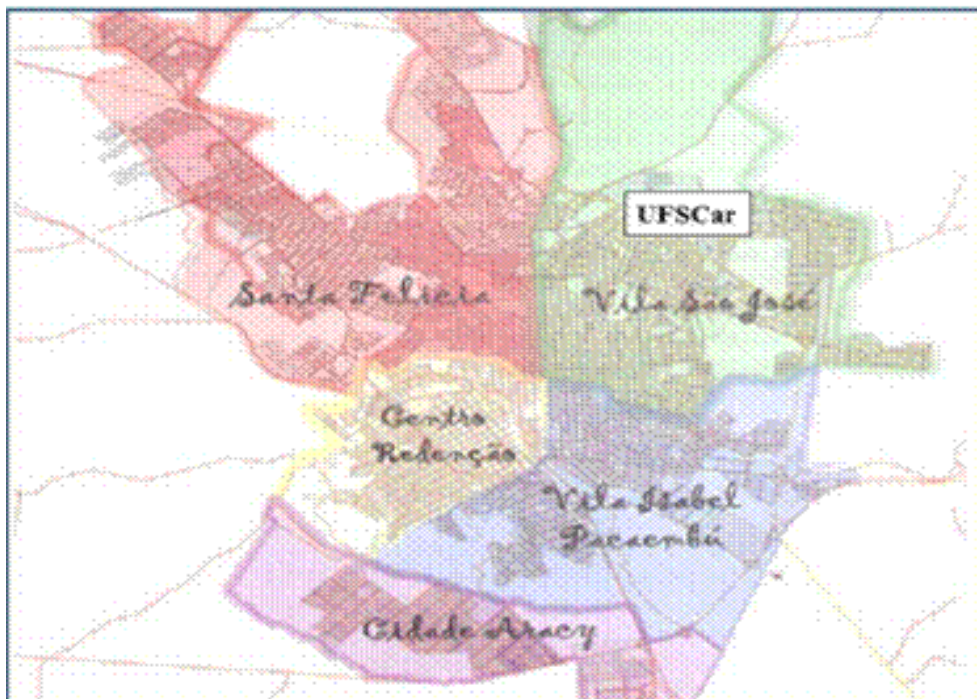
O município de São Carlos está localizado a cerca de 230 km da capital paulista, na região central do estado de São Paulo. De acordo com Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o município apresenta uma população estimada de 249.415 habitantes, em 2018 (IBGE, 2018).

A Prefeitura Municipal de São Carlos por meio da Secretaria Municipal de Saúde, em 2002, propôs uma real mudança na forma de pensar a saúde no município. Associado ao fato de ter sido contemplada em 2003 no Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde, ela reorientou o modelo de atenção à saúde, adotando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como eixo estruturante da Rede de AB (SÃO CARLOS, 2002; BRASIL, 2004; MACHADO, 2007).

Na estruturação da gestão dessa rede de saúde a secretaria de saúde contou com a criação de alguns departamentos para o desenvolvimento de ações prioritárias. Dentre eles, o Departamento da Gestão do Cuidado Ambulatorial, o qual é responsável pela gestão da AB de Saúde do município.

Em consonância com as diretrizes do SUS, especialmente a descentralização no ano de 2003, a secretaria de saúde estabeleceu uma nova configuração administrativa, com processo de divisão do município em cinco regiões de saúde, denominadas de Administrações Regionais de Saúde (ARES): ARES Cidade Aracy, ARES Vila Izabel, ARES Redenção, ARES Vila São José e ARES Santa Felícia.

Figura 1. Administrações Regionais de Saúde do município de São Carlos, São Paulo.



Fonte: SÃO CARLOS (2015).

As ARES têm a função de coordenar as unidades de saúde localizadas na sua área de abrangência, proporcionando cuidado integral às necessidades de saúde dos usuários da área geográfica, compreendendo as seguintes unidades de saúde (SÃO CARLOS, 2015):

ARES 1: Cidade Aracy: UBS Cidade Aracy (conta com serviço de Pronto Atendimento 24 horas), USF Antenor Garcia, USF Presidente Collor, USF Aracy Eq. I e II e USF José Fernando Petrilli Filho.

ARES 2: Vila Isabel: UBS Azulville, UBS Cruzeiro do Sul, UBS Vila Isabel, USF Jardim Gonzaga e USF Vila Conceição Eq. I – Cruzeiro do Sul e USF Madre Cabrine Eq II – Cruzeiro do Sul.

ARES 3: Redenção: UBS Jardim Botafogo, UBS Redenção e USF Jardim São Carlos.

ARES 4: Vila São José: UBS Maria Estella Fagá, UBS São José, UBS Vila Nery e USF Faga-Eq I, USF Faga- Eq II, USF Jardim Munique, USF Itamaraty, USF São Carlos VIII e USF Astolpho Luiz do Prado; incluindo as dos subdistritos rurais – USF Santa Eudóxia e USF Água Vermelha.

ARES 5: Santa Felícia: UBS Parque Delta, UBS Santa Felícia, UBS Santa Paula, USF Romeu Tortorelli, USF Santa Angelina, USF Jockey Clube e USF Jardim Guanabara.

Atualmente, a rede de AB é constituída por 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 21 Unidades de Saúde da Família (USF). Este número corresponde a aproximadamente 29,72% de cobertura populacional assistida pela ESF (BRASIL, 2017).

4.3 Linha de Cuidado do Planejamento Reprodutivo para Esterilização Cirúrgica

A Linha de Cuidado do Planejamento Reprodutivo para Esterilização Cirúrgica do município de São Carlos foi implantada em 2015, a partir de um grupo de profissionais de saúde interessados e capacitados em planejamento reprodutivo, tendo sido denominado de Grupo Técnico do Planejamento Reprodutivo para Esterilização Cirúrgica. Os membros deste grupo são médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, os quais formam uma equipe multiprofissional que realiza o aconselhamento aos usuários que manifestam vontade pela esterilização cirúrgica na AB.

Quando um usuário da AB manifesta vontade pela esterilização cirúrgica, seja no acolhimento ou durante uma consulta, é feito um aconselhamento contraceptivo individual com o médico de família ou ginecologista ou enfermeiro para avaliar clinicamente as condições de saúde, os métodos contraceptivos em uso e aqueles já utilizados, possíveis efeitos colaterais, motivo da manifestação da vontade por um método definitivo, contexto de vida, critérios legais para a realização do procedimento, entre outras questões igualmente importantes para entender as características dos usuários. Neste momento é preenchida uma ficha de avaliação clínica e a manifestação da vontade que farão parte do processo de planejamento reprodutivo para esterilização cirúrgica.

A partir da AB, o usuário utiliza-se da linha de cuidado para passar por todas as avaliações do aconselhamento multiprofissional, começando pela ação educativa realizada em grupo ou individual quando necessário. Mantendo o interesse, ele passa pelo aconselhamento com o assistente social e psicólogo. Terminado o aconselhamento, o caso de cada usuário é levado pelo médico ou enfermeiro responsável para a reunião do grupo técnico, no sentido de verificar os critérios legais, possíveis incongruências nos diferentes aconselhamentos, percepções dos profissionais da saúde da AB que possui o vínculo com o usuário e da equipe multiprofissional em relação aos aconselhamentos. O grupo técnico não tem intuito de impedir o procedimento que o usuário manifestou e sim avaliar o aconselhamento de forma integral, ética e legal.

Tanto os profissionais de saúde da AB como a equipe multiprofissional têm como objetivo aconselhar e promover a reflexão dos usuários sobre todas as opções contraceptivas reversíveis e irreversíveis disponíveis, auxiliando-os a desenvolver uma consciência crítica e reflexiva na tomada de decisão sobre a LT e VSC como forma de contracepção definitiva.

Cabe a unidade de saúde chamar o usuário ao final do processo de planejamento reprodutivo informando que os mesmos apresentam todas as condições legais para a realização do procedimento, solicitando a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e entregando os documentos necessários do processo juntamente com os pedidos de exames pré-operatórios para o agendamento da cirurgia. A LT é feita na Santa Casa de Misericórdia de São Carlos e a VSC no Centro Municipal de Especialidade (CEME).

4.4 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos desta pesquisa foram usuários da AB que manifestaram vontade pela esterilização cirúrgica no período de 01 de maio 2015 a 30 de abril de 2016. Este período compreende o primeiro ano de implantação da Linha de Cuidado do Planejamento Reprodutivo para Esterilização Cirúrgica do município de São Carlos.

4.5 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos todos os usuários que foram localizados e aceitaram que suas fichas de avaliação do aconselhamento multiprofissional do planejamento reprodutivo para esterilização cirúrgica fossem analisadas.

4.6 Fonte de dados primários

As fichas de avaliação do aconselhamento multiprofissional dos usuários são preenchidas pelos profissionais de saúde da AB e pela equipe multiprofissional do planejamento reprodutivo para esterilizações cirúrgicas, e arquivadas no Centro Médico de Especialidades (CEME).

As fichas de avaliação que serviram como fonte de dados primários desta pesquisa foram as fichas da avaliação clínica (Anexo A), da ação educativa (Anexo B), da entrevista psicológica (Anexo C), da avaliação social (Anexo D) e do grupo técnico (Anexo E).

4.7 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio do levantamento das informações contidas nas fichas de avaliação do aconselhamento multiprofissional e organizados em documento próprio do pesquisador (Apêndice A).

As informações utilizadas para a pesquisa foram da caracterização socioeconômica e demográfica; do histórico da saúde reprodutiva, do uso de métodos contraceptivos; das ações educativas; das entrevistas psicológicas; das avaliações sociais e das avaliações do grupo técnico.

4.8 Aspectos éticos

Tratando-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, ela foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), de acordo com as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

Previamente ao projeto de pesquisa ser encaminhado ao CEP da UFSCar foi realizado contato com a Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos para aquiescência e autorização prévia da mesma em documento previsto pelo CEP (Anexo F).

O trabalho de campo só foi iniciado após parecer favorável do CEP com o número CAAE (49482315.7.0000.5504), emitido em 08 de abril de 2016 (Anexo G), e da autorização formal dos participantes, mediante assinatura do TCLE, respeitando-se a disponibilidade em participar ou se retirar da pesquisa a qualquer momento (Apêndice B).

Respeitando os critérios éticos, o pesquisador responsável primeiramente identificou as unidades de saúde de origem dos usuários por meio dos processos de planejamento reprodutivo para esterilização cirúrgica arquivados no CEME. Posteriormente, convidou esses usuários por telefone ou por visita domiciliar a comparecerem nas unidades de saúde em data e horário que lhes fossem mais convenientes, a fim participar da pesquisa.

Durante o convite os usuários foram esclarecidos sobre os objetivos e os procedimentos metodológicos da pesquisa, os riscos e desconfortos decorrentes da sua participação, bem como os benefícios esperados, de forma a consentirem e assinarem o TCLE. Além disso, foi assegurado que os seus nomes não constariam em nenhum documento, de forma a respeitar o anonimato.

O pesquisador foi responsável pela guarda e integridade das informações contidas nas fichas de avaliação que estavam sendo manuseadas, preservando o sigilo das mesmas e assegurando a privacidade dos usuários.

4.9 Análise dos dados

Os dados foram tabulados em planilha Excel 2010 da Microsoft® e operados por meio do software Epi Info versão 7.2.2.6 do Centro de Controle e Prevenção de Doenças de Atlanta-EUA (CDC, 2017).

As variáveis estudadas foram classificadas segundo a natureza em quantitativas e qualitativas, podendo ser observadas no quadro 1.

Quadro 1. Frequência absoluta e porcentagem das variáveis estudadas na pesquisa.

Quantitativas	N (%)	Qualitativas	N (%)
Anos de estudo	102 (89,4)	Cor	83 (72,8)
Idade	114 (100)	Religião	77 (67,5)
Duração do processo do PR	85 (74,56)	Modelo de atenção	114 (100)
Filhos vivos	114 (100)	Unidades de saúde / ARES	114 (100)
Filhos com atual parceiro(a)	114 (100)	Método contraceptivo em uso	91 (79,8)
Renda familiar	114 (100)	Mudança de método	101 (88,6)
Renda per capita	114 (100)	Método cirúrgico solicitado	114 (100)
		Parecer do grupo técnico	98 (85,9)

Nota: N: Frequência Absoluta, %: Porcentagem, ARES: Administração Regional de Saúde. PR: Planejamento Reprodutivo.

Fonte: Produção da própria autora (2018).

Para a descrição do padrão de distribuição das variáveis quantitativas foram feitas tabulações simples e calculadas para cada uma delas medidas de tendência central e dispersão (média, mediana, moda, percentis, desvio-padrão, amplitude, variância e coeficiente de variação) (Tabela 1).

Tabela 1. Medidas de dispersão e de tendência central dos dados brutos das variáveis quantitativas.

Variáveis	Média	P25	Mediana	P75	DP	Moda	Amplitude	Variância	CV
Anos de estudo	9,29	8,0	10,0	11,0	2,66	11	14,0	6,6	0,27
Idade	33,9	30,0	33,0	38,0	6,2	30,0	35,0	38,9	0,18
Filhos vivos	2,8	2,0	2,5	3,0	1,22	2,0	6,0	1,49	0,43
Filhos vivos com atual parceiro(a)	2,18	2,0	2,0	3,0	0,96	2,0	5,0	0,93	0,44
Renda familiar	2,65	2,0	3,0	3,0	0,98	2,0	4,0	0,96	0,36
Renda per capita	0,67	0,50	0,50	1,0	0,39	0,50	1,75	0,15	0,58
Duração do processo do PR	7,29	3,33	5,66	8,93	5,72	2,40	34,69	32,82	0,78

Nota: P: Percentil, DP: Desvio Padrão, CV: Coeficiente de Variação, PR: Planejamento Reprodutivo.

Fonte: Produção da própria autora (2018).

Observa-se que nenhuma variável teve a média igual à mediana, ou seja, nenhuma teve distribuição paramétrica exata, embora a maioria estivesse próxima disso, especialmente o número de filhos vivos com o atual parceiro e a idade. Pode-se considerar que, em geral, o grupo de pessoas estudadas foi pouco heterogêneo em relação às características individuais levantadas, caracterizando o conjunto de sujeitos como uma população com um padrão cabível dentro de determinada faixa específica que a identifica, especialmente em relação à idade e ao número de filhos.

Ainda foram realizadas tabulações cruzadas entre essas variáveis em busca de alguma correlação estatística entre elas. Aquelas que tinham mais de uma entrada e se mostraram estatisticamente correlatas apresentaram valor $p < 0,05$ pelo teste do Qui-Quadrado. Nestes

casos foi realizada análise estratificada por meio de tabelas de contingência 2 x 2, tomando-se como referência para as correlações o valor do Odds Ratio (OR: razão de chances, probabilidade de ocorrência do evento dividida pela probabilidade de não ocorrência do mesmo evento) do Intervalo de Confiança e do teste Exato de Fisher. Para as variáveis qualitativas, procedeu-se a tabulação simples descritiva de proporções.

No que diz respeito à tabulação cruzada entre variáveis qualitativas e quantitativas, seguiu-se o mesmo modelo analítico descrito acima em relação à tabulação cruzada das variáveis quantitativas.

Os dados de interesse dos objetivos específicos deste estudo foram apresentados em forma de tabelas acompanhados dos respectivos cálculos estatísticos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número total de usuários que manifestaram vontade pela esterilização cirúrgica no período entre 01 de maio de 2015 a 30 de abril de 2016 foi de 141, sendo que 12 (8,5%) não aceitaram participar da pesquisa e 15 (10,6%) não foram encontrados pelo endereço e/ou número de telefone que constava nas fichas de avaliação do aconselhamento multiprofissional do planejamento reprodutivo para esterilização cirúrgica.

Dos 114 usuários que aceitaram participar da pesquisa, 56 eram mulheres (49,12%) e 58 eram homens (50,88%), os quais estavam manifestando vontade por LT e VSC, respectivamente. Entre as mulheres, a idade mínima foi de 23 anos, a idade máxima foi de 48 anos, a média de idade foi de 32,9 anos, a mediana de idade foi de 33 anos, com um desvio padrão de 5,43 anos. Entre os homens, a idade mínima foi de 25 anos, a idade máxima foi de 58 anos, a média de idade 34,8 anos, a mediana foi de 33,5 anos, com desvio padrão de 6,85 anos. Do total dos participantes, 108 (94,74%) estavam com idade entre 25 e 49 anos, quatro deles estavam abaixo da idade permitida pela Lei da Esterilização Cirúrgica nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Esses quatro participantes eram mulheres, sendo três próximas de completar 25 anos com três filhos vivos cada uma, tendo o parecer do grupo técnico favorável para realização da LT após 25 anos. A outra mulher estava com 23 anos, quatro filhos vivos e teve o parecer desfavorável no momento devido idade fora dos critérios legais (Tabela 2).

Dos participantes, 77 (67,54%) informaram ter religião, sendo os evangélicos mais frequentes 38 (33,33%), seguido pelos católicos 33 (28,95%). As cores brancas 41 (35,96%) e pardas 37 (32,46%) foram as mais frequentes. A maioria deles estava casado ou em união estável 107 (93,86%). Destaca-se que 58 (100%) dos homens eram casados ou em união estável. Entre eles, a maioria 49 (42,98%) tinha ensino fundamental e a minoria 08 (7,2%) ensino superior. Dos participantes, 34 (29,82%) viviam com menos de um salário mínimo per capita familiar, 54 (47,37%) na pobreza absoluta ($\frac{1}{2}$ SM) e 18 (15,79%) na pobreza extrema ($\frac{1}{4}$ SM). Estes dados estão demonstrados na tabela 2.

Em relação à ocupação dos participantes, a maioria das mulheres 29 (51,79%) não mencionou a profissão que estava exercendo na época. A ocupação mais frequente entre as mulheres foi de faxineira 10 (17,86 %), enquanto que entre os homens foi de vigilante e motorista de carro 04 (3,51%), respectivamente.

Tabela 2. Distribuição das características demográficas e socioeconômicas dos participantes segundo o tipo de procedimento desejado para esterilização cirúrgica, no período de 01 de maio de 2015 a 30 de abril de 2016.

Características Socioeconômicas e Demográficas	Laqueadura Tubária		Vasectomia		Total		P
	N	%/LT	N	%/VSC	N	%/Pop	
Idade (anos)							
< 25	04	7,14	00	0,00	04	3,51	
25 - 49	52	92,86	56	96,55	108	94,74	
> 49	00	0,00	02	3,45	02	1,75	0,047
Religião							
Evangélico	21	37,50	17	29,31	38	33,33	
Católico	19	33,93	14	24,14	33	28,95	
Testemunha de Jeová	00	0,00	01	1,72	01	0,88	
Nenhuma	02	3,57	01	1,72	03	2,63	
Outra	01	1,79	01	1,72	02	1,75	
Sem informação	13	23,21	24	41,38	37	32,46	0,3314
Cor							
Branca	21	37,50	20	34,48	41	35,96	
Parda	20	35,71	17	29,31	37	32,46	
Preta	03	5,36	01	1,72	04	3,51	
Amarela	01	1,79	00	0,00	01	0,88	
Sem informação	11	19,64	20	34,48	31	27,19	0,3034
Situação Conjugal							
Casado /União estável	49	87,50	58	100%	107	93,86	
Solteiro	05	8,93	00	0,00	05	4,39	
Divorciado	02	3,57	00	0,00	02	1,75	0,021
Anos Completo de Estudo(anos)							
0 - 09 (ensino fundamental)	26	46,43	23	39,66	49	42,98	
10 - 12 (ensino médio)	22	39,29	23	39,66	45	39,47	
13 - 18 (ensino superior)	02	3,57	06	10,34	08	7,02	
Sem informação	06	10,71	06	10,34	12	10,53	0,5376
Renda Per Capita							
½ SM	30	53,57	24	41,38%	54	47,37	
¼ SM	15	26,79	03	5,17%	18	15,79	
½ a < 1 SM	10	17,86	24	41,38%	34	29,82	
1 a 3 SM	01	1,79	07	12,07%	08	7,02	0,0003

Nota: N: Frequência Absoluta, %: Porcentagem, LT: Laqueadura Tubária, VSC: Vasectomia, Pop: População, SM: Salário Mínimo de 2016 - R\$ 880,00 - Decreto 8.618/2015.

Fonte: Produção da própria autora (2018).

Em relação aos resultados acima, a hipótese foi de que faixa etária, situação conjugal e renda per capita teve relação com o tipo de esterilização cirúrgica requerida quando feito o teste do Qui-Quadrado. Para testar essa hipótese realizaram-se análises estratificadas em tabelas de contingência 2 x 2. Para as variáveis, faixa etária e situação conjugal, a análise

estratificada de contingência foi inconclusiva porque houve situações em que não havia nenhum sujeito com mais de 48 anos que manifestou vontade pela LT e ninguém com menos de 25 anos que manifestou vontade pela VSC. No entanto, apesar de ter sido possível encontrar um valor p pelo teste Exato de Fisher de 0,0056 para uma relação positiva entre ser casado e desejar LT, o OR foi incalculável, impedindo assim uma estimativa proporcional sobre esta relação. Para a variável renda per capita, encontrou-se que quem percebe até $\frac{1}{2}$ SM familiar per capita teve preferência 4,7 vezes maior por LT, comparado com quem percebe renda maior ($p = 0,0002$, IC = 2,03 a 10,85, OR = 4,7).

Tendo em vista os valores limítrofes do valor p vistos na tabela 2 quando o mesmo sugeria a existência de alguma correlação entre as respectivas variáveis e a incalculabilidade dos testes de hipóteses na análise estratificada de contingência 2 x 2 dessas mesmas variáveis, os achados estatísticos precisam ser observados com cautela, de modo que seria prudente ter uma amostra de maior dimensão para uma consideração mais segura e uma interpretação mais precisa dos resultados encontrados, exceto para a variável renda per capita.

A semelhança no número de homens e mulheres que manifestaram vontade pela esterilização cirúrgica chamou atenção, devido dados epidemiológicos brasileiros indicar que, apesar da VSC ter aumentado nos últimos anos, a LT continua ser mais frequente, sendo 25 mil procedimentos a mais que VSC em 2017 (SÃO PAULO, 2018). Neste sentido, seria interessante verificar o que motivou os homens manifestarem vontade pela VSC no município de São Carlos.

A maioria das mulheres (92,86%) e todos os homens (100%) quando iniciaram o processo de planejamento reprodutivo para esterilização cirúrgica estavam com idade acima de 25 anos como prevê a Lei Federal nº 9.263/1996 da Esterilização Cirúrgica (BRASIL, 1996). As mulheres com idade abaixo do preconizado legalmente tinham mais de dois filhos vivos e iriam realizar a LT somente após 25 anos. De acordo com Rodrigues (2007), a procura pela esterilização cirúrgica entre mulheres mais jovens se deveu a precocidade da vida reprodutiva e ao maior número de filhos vivos em curto espaço de tempo. Exceto em relação ao maior número de filhos vivos que foi semelhante à pesquisa em questão, o início da vida sexual e o intervalo entre os filhos não foram avaliados para fazer comparações com as mulheres deste estudo.

A média de idade das mulheres (32,9 anos) e dos homens (34,8 anos) no início do processo de planejamento reprodutivo corroborou com os resultados de Vieira; Souza (2011) que descreveram média de idade na esterilização cirúrgica de 34,4 anos para os indivíduos analisados, sendo que o período do processo apresentou uma média de 9,8 meses.

Outras características demográficas e socioeconômicas desta pesquisa divergiram um pouco daquelas observadas por Vieira; Souza (2011), em que a maioria era de cor branca (35,96%/58,5%), casados (93,86%/58,5%) e evangélicos (33,3%/25,2%), respectivamente. Em relação ao nível de instrução, 42,98% tinham ensino fundamental completo semelhante ao estudo de Vieira; Souza (2011) que encontraram 46% dos indivíduos com no máximo ensino fundamental e de Santos et al. (2014) que apontaram que o ensino fundamental foi o nível de instrução mais frequente entre as mulheres que tinham realizado LT. Quanto à situação socioeconômica, o estudo de Vieira; Souza (2011) verificou que 55% dos indivíduos que realizaram esterilização cirúrgica apresentavam na época renda per capita acima de $\frac{1}{2}$ SM e de Souza et al. (2013) mostrou que 50% deles tinham renda per capita de mais de um SM, enquanto na pesquisa em questão 29,82% viviam com mais de um SM, 47,37% em situação de pobreza absoluta ($\frac{1}{2}$ SM) e 15,79% em pobreza extrema ($\frac{1}{4}$ SM). A relação da esterilização cirúrgica com os dados socioeconômicos atuais parece ter mudado para pior ao longo do tempo (FIOCRUZ, 2013).

Na tabela 3 pode ser observado o número de filhos vivos e o número de filhos com atual parceiro(a) dos 114 participantes. A maioria tinha entre dois a quatro filhos vivos 98 (85,96%) e dois a quatro filhos com atual parceiro(a) 87 (76,32%). Onze participantes tinham mais de quatro filhos vivos (9,65%) e cinco tinham um filho vivo (4,39%). Os cinco participantes com um filho vivo corresponderam a uma mulher grávida com indicação médica para LT na resolução da gravidez, três homens com esposas gestantes aguardando período legal de 42 dias após o parto para a VSC e um homem que não passou pela avaliação do grupo técnico. Entre os participantes, 21 (18,42%) tinham um filho vivo com o atual parceiro(a) e três (2,64%) tinham mais de quatro filhos com o atual parceiro(a). Três mulheres não informaram o número de filhos com atual parceiro.

Tabela 3. Distribuição do número de filhos vivos e filhos com atual parceiro(a) dos participantes segundo o tipo de procedimento desejado para esterilização cirúrgica, no período de 01 de maio de 2015 a 30 de abril de 2016.

Número de Filhos	Laqueadura Tubária		Vasectomia		Total		P
	N	%/LT	N	%/VSC	N	%/Pop	
Número de filhos vivos							
2-4	46	82,14	52	89,66	98	85,96	
> 4	09	16,07	02	3,45	11	9,65	
< 2	01	1,79	04	6,90	05	4,39	
Total	56	100	58	100	114	100	0,0371
Número de filhos com atual parceiro(a)							
2-4	41	73,21	46	79,31	87	76,32	
< 2	10	17,86	11	18,97	21	18,42	
> 4	02	3,57	01	1,72	03	2,63	
Sem informação	03	5,36	00	0,00	03	2,63	
Total	56	100	58	100	114	100	0,3038

Nota: N: Frequência Absoluta, %: Porcentagem, LT: Laqueadura Tubária, VSC: Vasectomia, Pop: População, Salário Mínimo: SM.

Fonte: Produção da própria autora (2018).

O número de filhos vivos teve correlação estatística positiva com o tipo de esterilização cirúrgica ($p = 0,0371$).

O predomínio do número de filhos vivos entre dois e quatro filhos (85,96%) demonstrou uma frequência mais elevada que nos estudos de Vieira; Souza (2011) em que 65,49% dos indivíduos tinham três filhos vivos ou menos e de Souza et al. (2013) em que 50% dos indivíduos tinham entre um e três filhos.

A verificação de uma média de filhos vivos de 2,8 e uma mediana de 2,5 nesta pesquisa foi relevante por estar de acordo com a Lei Federal nº 9.263/1996 da Esterilização Cirúrgica que prevê no mínimo dois filhos vivos (BRASIL, 1996).

As condições dos três homens com menos de dois filhos, suas esposas grávidas e que aguardariam o 42º dia pós-parto para VSC e a mulher grávida com um único filho e indicação médica de LT na resolução da gravidez estão previstas na Lei Federal nº 9.263/1996 da Esterilização Cirúrgica a qual menciona que é vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante períodos de parto, aborto ou até 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 2º ato cirúrgico ou anestésico representar maior

risco para sua saúde. No caso de homens somente com um filho em que as esposas estejam grávidas e desejam VSC também é necessário aguardar os 42 dias após o parto para completar os dois filhos vivos previstos na lei (BRASIL, 1996; 1999).

O homem com um único filho vivo que não passou pela avaliação do grupo técnico certamente teria parecer desfavorável por não cumprir os critérios legais (BRASIL, 1996).

A mulher (17,86%) ou o homem (18,97%) ter somente um filho com o atual parceiro(a) como foi observado nesta pesquisa não é um impedimento para a realização da esterilização cirúrgica, pois a lei prevê que o indivíduo que está requerendo o procedimento deve ter pelo menos dois filhos vivos, podendo ser de outros relacionamentos ou que venha completar dois filhos vivos no relacionamento atual (BRASIL, 1996).

Uma vez que a maioria dos participantes apresentou idade e número de filhos vivos previstos pela lei, existe uma maior probabilidade de não se arrependem da esterilização cirúrgica no futuro. No entanto, relatos da literatura mostram que idade abaixo de 30 anos, como o que ocorre na lei vigente em nosso país, é fator preditor de risco para arrependimento (CARVALHO et al., 2006; MAGALHÃES et al., 2014). Outros motivos são causas de arrependimento como baixa paridade, separação e um novo casamento, esterilização no pós-parto imediato, pressão e influência no processo de decisão, entre outros (BARBOSA; LEITE; NORONHA, 2009; BRASIL, 2013). No entanto, a idade abaixo de 30 anos continua sendo o mais forte preditor de arrependimento entre as mulheres segundo Canela; Bhimji (2018), os quais observaram em seu estudo uma taxa de 20,3%. Apesar disto, Ehman; Costescu (2018) consideram que independente da idade e do número de filhos o desejo da mulher deve prevalecer desde que os critérios legais sejam respeitados.

Na tabela 4 é possível observar que o modelo de atenção à saúde de origem dos participantes que predominou foi a USF 64 (56,14%) com 60,71% (34) de usuários manifestando vontade pela LT, enquanto que a procedência dos participantes da UBS foi de 43,86% (50) com predomínio de usuários manifestando vontade pela VSC 28 (48,28%),

Tabela 4. Distribuição do modelo de atenção à saúde de origem dos participantes segundo o tipo de procedimento desejado para esterilização cirúrgica, no período 01 de maio de 2015 a 30 de abril de 2016.

Modelo de Atenção à Saúde	Laqueadura Tubária		Vasectomia		Total		P
	N	%/LT	N	%/VSC	N	%/Pop	
USF	34	60,71	30	51,72	64	56,14	
UBS	22	39,29	28	48,28	50	43,86	
Total	56	100	58	100	114	100	0,9352

Nota: N: Frequência Absoluta, %: Porcentagem, UBS: Unidade Básica de Saúde, USF: Unidade de Saúde da Família, LT: Laqueadura Tubária, VSC: Vasectomia, Pop: População.
Fonte: Produção da própria autora (2018).

A análise estratificada em tabela de contingência 2 x 2 mostrou que não houve correlação entre modelo de atenção à saúde e tipo de esterilização cirúrgica desejada ($p = 0,9352$), ou seja, tanto UBS quanto USF tiveram usuários manifestando vontade pela esterilização cirúrgica indiferentemente.

Embora, UBS e USF sejam as portas de entrada para atendimento em saúde, a USF se diferencia da UBS por ser um modelo ativo, pois não espera o usuário chegar com demandas, faz busca ativa; realiza cuidados educativos e preventivos com a finalidade de evitar o adoecer; investe em visitas domiciliares, trabalho em grupos, estímulo ao autocuidado e vínculos com a comunidade, resolvendo 85% dos problemas de saúde com uma equipe mínima (BRASIL, 2004). A UBS é um lugar onde as pessoas buscam recursos fundamentais para compor o cuidado em saúde de que precisam, ganharam complexidade, pela ampliação do atendimento médico nas três grandes especialidades (clínica, pediatria e ginecologia), mantidas todas as outras atividades de saúde pública com caráter de complementaridade, mas também de subalternidade em relação aos serviços de saúde e profissionais que operam com maior complexidade tecnológica (CECÍLIO et al., 2012).

No entanto, os dois modelos de atenção à saúde seguem os protocolos do MS no que se refere ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2009a; 2013), de forma que era esperado não haver diferenças na assistência aos usuários que manifestam vontade pela esterilização cirúrgica como foi observado nos achados desta pesquisa.

O município de São Carlos é organizado por ARES, sendo que a ARES Santa Felícia teve o maior número de participantes 39 (34,21%), seguido pela ARES Vila São José 28 (24,56%), ambas com predomínio da manifestação de vontade pela laqueadura tubária, 20 (35,71%) e 17 (30,36%), respectivamente. A ARES Cidade Aracy participou com 21

(18,42%) de usuários, predominando a vasectomia 14 (24,14%) como método contraceptivo definitivo. A ARES Redenção 14 (12,28%) e Vila Isabel 12 (10,53%) tiveram uma frequência mais baixa de participação (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição das unidades de saúde da atenção básica de origem dos participantes segundo o tipo de procedimento desejado para esterilização cirúrgica, no período 01 de maio de 2015 a 30 de abril de 2016.

Unidades de Saúde da Atenção Básica	Laqueadura Tubária		Vasectomia		Total		P
	N	%/LT	N	%/VSC	N	%/Pop	
ARES Santa Felícia	20	35,71	19	32,76	39	34,21	
ARES Vila São José	17	30,36	11	18,97	28	24,56	
ARES Cidade Aracy	7	12,50	14	24,14	21	18,42	
ARES Redenção	7	12,50	7	12,07	14	12,28	
ARES Vila Isabel	5	8,93	7	12,07	12	10,53	
Total	56	49,12	58	50,88	114	100	0,4136

Nota: N: Frequência Absoluta, %: Porcentagem, LT: Laqueadura Tubária, VSC: Vasectomia, Pop: População, ARES: Administração Regional de Saúde.

Fonte: Produção da própria autora (2018).

Não houve uma relação positiva entre diferentes ARES e tipo de esterilização cirúrgica requerida na análise estratificada em tabela de contingência 2 x 2 ($p = 0,4136$), mostrando que os usuários manifestaram vontade pela esterilização cirúrgica independente das ARES de onde eram provenientes.

A frequência de participação das ARES pode ter relação com o número e o tipo de população de cada uma delas. As ARES Santa Felícia e Vila São José são as mais populosas podendo corresponder ao maior número de usuários que manifestaram vontade pela esterilização cirúrgica, enquanto a ARES Redenção tem maior número de pessoas idosas, diminuindo a demanda pelo planejamento reprodutivo (dados empíricos da Secretaria Municipal de Saúde, São Carlos/SP, 2018). Além disso, é preciso considerar o envolvimento dos profissionais de saúde da AB no aconselhamento contraceptivo, uma vez que a baixa oferta deste cuidado pode refletir em uma menor demanda por qualquer tipo de método. A manifestação da vontade pela esterilização cirúrgica muitas vezes advém do momento do aconselhamento contraceptivo (BRASIL, 2013).

Dos 114 participantes, 23 (20,18%) não informaram métodos contraceptivos em uso e 13 (11,40%) não usavam nenhum método na época. O método contraceptivo mais frequentemente utilizado pelos participantes foi o anticoncepcional combinado oral (ACO) 25

(21,93%), seguido pelo preservativo masculino 22 (19,30%), injetável trimestral 15 (13,16%) e injetável mensal 11(9,65%) (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição do tipo de método em uso pelos participantes segundo o tipo de procedimento desejado para esterilização cirúrgica, no período de 01 de maio de 2015 a 30 de abril de 2016.

Método Contraceptivo	Laqueadura Tubária		Vasectomia		Total		P
	N	%/LT	N	%/VSC	N	%/Pop	
ACO	12	21,43	13	22,41	25	21,93	
Preservativo masculino	8	14,29	14	24,14	22	19,30	
Injetável trimestral	10	17,86	5	8,62	15	13,16	
Injetável mensal	8	14,29	3	5,17	11	9,65	
DIU	2	3,57	0	0,00	2	1,75	
Coito interrompido	1	1,79	1	1,72	2	1,75	
Pílula do dia seguinte	1	1,79	0	0,00	1	0,88	
Não usa método	7	12,50	6	10,34	13	11,40	
Sem informação	7	12,50	16	27,59	23	20,18	
Total	56	100	58	100	114	100	0,1432

Nota: N: Frequência Absoluta, %: Porcentagem, ACO: Anticoncepcional Combinado Oral, DIU: Dispositivo Intrauterino, LT: Laqueadura Tubária, VSC: Vasectomia, Pop: População.

Fonte: Produção da própria autora (2018).

A análise estratificada em tabela de contingência 2 x 2 não mostrou correlação entre método contraceptivo em uso e tipo de esterilização cirúrgica requerida ($p = 0,143$), de modo que independentemente do método os usuários manifestaram vontade pela esterilização cirúrgica.

O índice de uso de algum método contraceptivo nesta pesquisa (68,42%) foi semelhante ao observado na PNDS realizada em 2006 em mulheres entre 15 e 49 anos de idade (67,8%) (BRASIL, 2009). Também, foi condizente ao achado da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) que apontou que 61,1% das mulheres sexualmente ativas entre 18 e 49 anos de idade tinham utilizado métodos contraceptivos nos últimos 12 meses para evitar gravidez (IBGE, 2013; YAMAMOTO, 2017).

O ACO, o preservativo masculino e os injetáveis foram os métodos contraceptivos que estavam sendo mais utilizados pelos participantes desta pesquisa quando manifestaram vontade pela esterilização cirúrgica, corroborando com os achados da PNDS (BRASIL, 2009).

De acordo com a United Nations (2015), o método contraceptivo mais utilizado no mundo continua sendo a laqueadura tubária (19%), seguido pelo DIU (14%) e ACO (9%).

Nos países de alta renda tem havido uma tendência de aumento dos métodos reversíveis de longa duração, preferencialmente o DIU, que passou de 7,6% em 2005 para 14,7% em 2015.

Infelizmente, não temos taxas atuais sobre a prevalência da esterilização cirúrgica no Brasil, a qual deveria ter sido estimada pela PNDS de 2016. Houve uma tentativa de estimar a prevalência da prática contraceptiva e dos métodos contraceptivos pela PNS, realizada pelo IBGE em parceria com o MS em 2013, porém a faixa etária utilizada (18 - 49 anos) diferiu da padronizada internacionalmente pela Demographic Health Survey (15 - 49 anos), além de apresentar somente dados relativos à prevalência do uso dos métodos contraceptivos e não ter sido feito um aprofundamento maior sobre os métodos contraceptivos (LAGO, 2015; YAMAMOTO, 2017).

Mesmo os participantes utilizando um método contraceptivo manifestaram vontade pela esterilização cirúrgica, o que pode suscitar vários tipos de especulações, entre eles que esses métodos não preveniram a gravidez como era esperado motivando a procura de um método mais seguro. No estudo de Souza et al. (2013), os autores revelaram que embora 25% das mulheres tivessem usado ACO e 15% preservativo masculino com sucesso na prevenção da gravidez, ainda assim optaram pela LT.

A dificuldade/intolerância aos métodos contraceptivos disponíveis pelo SUS pode explicar os motivos da não utilização deles no momento da manifestação da vontade pela esterilização cirúrgica, mostrando o quanto a AB precisa utilizar de diferentes estratégias para melhorar a adesão e a continuação dos métodos reversíveis para uma prevenção de gravidez efetiva.

Chamou atenção o percentual daqueles que não estavam utilizando nenhum método contraceptivo (11,40%), pois a esterilização cirúrgica não é realizada imediatamente ao final do processo de planejamento reprodutivo existindo um risco de uma gravidez nesse período. Corroborando com os dados encontrados, Souza et al. (2013) mostraram indivíduos sem uso de métodos quando manifestaram vontade pela esterilização cirúrgica. Na pesquisa em questão, fica a preocupação se identificado esses usuários sem métodos de prevenção de gravidez eles foram orientados quanto ao seu uso até que o procedimento fosse realizado.

Durante o planejamento reprodutivo houve três mudanças de opinião por parte dos participantes sobre o método que estava sendo desejado para esterilização cirúrgica. Dentre eles, um (0,88%) mudou de LT para VSC após a finalização do processo de planejamento

reprodutivo e dois deles desistiram do procedimento cirúrgico optando por método reversível, sendo que um (0,88%) foi após avaliação psicológica e o outro (0,88%) após avaliação social. Dos 114 participantes, 12 (10,53%) não passaram por todo o processo de planejamento reprodutivo para esterilização cirúrgica no período da pesquisa (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição da mudança de método pelos participantes durante o planejamento reprodutivo segundo o tipo de procedimento desejado para esterilização cirúrgica, no período de 01 de maio de 2015 a 30 de abril de 2016.

Mudança de Método	Laqueadura Tubária		Vasectomia		Total		P
	N	%/LT	N	%/VSC	N	%/Pop	
Após ação educativa							
Não	56	100%	58	100%	114	100%	1
Após entrevista psicológica							
Sim	0	0,00%	1	1,72%	1	0,88%	
Não	56	100%	57	98,28%	113	99,12%	0,9741
Após avaliação social							
Sim	1	1,79%	0	0,00%	1	0,88%	
Não	55	98,21%	58	100%	113	99,12%	1,0449
Após finalizar o processo							
Sim	1	1,79%	0	0,00%	1	0,88%	
Não	51	91,07%	50	86,21%	101	88,60%	
Não passaram por todo o processo de PR	4	7,14%	8	13,79%	12	10,53%	0,3152

Nota: N: Frequência Absoluta, %: Porcentagem, LT: Laqueadura Tubária, VSC: Vasectomia, Pop: População, PR: Planejamento Reprodutivo.

Fonte: Produção da própria autora (2018).

O aconselhamento multiprofissional não apresentou relação positiva com o tipo de esterilização cirúrgica requerida pelos usuários na análise estratificada em tabela de contingência 2 x 2, uma vez que o valor p não foi menor que 0,05 em nenhum dos aconselhamentos.

O achado de que houve pouquíssimas mudanças de opiniões dos usuários durante o planejamento reprodutivo quanto ao tipo de esterilização cirúrgica inicialmente requerida foi considerado muito satisfatório, pela inferência de que o aconselhamento multiprofissional provavelmente veio reforçar aquilo que eles desejavam. De certo, as vantagens e desvantagens de cada um dos métodos passaram a ser mais bem compreendidas, os tipos de métodos não conhecidos foram apresentados, as dúvidas e os riscos sobre os procedimentos cirúrgicos foram esclarecidos, os questionamentos sobre a irreversibilidade da LT e VSC

fizeram parte da discussão, entre outras indagações, ajudaram na segurança da escolha e na tomada de decisão, visto que a maioria deles manteve sua vontade pelo método definitivo. Afinal, o aconselhamento multiprofissional serve para garantir que os usuários escolham a esterilização cirúrgica voluntariamente, baseados em informações adequadas e com respeito a sua autonomia, princípios esses que norteiam os direitos reprodutivos e a Lei Federal nº 9.263/1996 da Esterilização Cirúrgica (BRASIL, 1996; 2009).

Na tabela 8 podem ser observados os dados do parecer do grupo técnico sobre os processos de planejamento reprodutivo para esterilização cirúrgica. Dos 114 participantes, 98 (85,96%) tiveram os seus processos avaliados pelo grupo técnico, enquanto 16 (14,04%) não tinham informações deste grupo. Dos processos avaliados, 95 (83,33%) receberam parecer favorável. No entanto, três participantes (2,63%) receberam parecer desfavorável, sendo um deles devido idade abaixo de 25 anos, outro com 48 anos de idade e sintomas francos do climatério e o último com avaliação psicológica evidenciando doença emocional descompensada. Esses participantes foram agendados nas suas unidades de saúde para avaliação clínica e aconselhamento contraceptivo. Seus pareceres ficaram desfavoráveis temporariamente até que a condição clínica fosse esclarecida, compensada ou a idade estivesse dentro dos critérios legais para voltar ao grupo técnico, caso ainda mantivessem interesse pelo método definitivo.

Tabela 8. Distribuição do parecer do grupo técnico segundo o tipo de procedimento desejado para esterilização cirúrgica, no período de 01 de maio 2015 a 30 de abril de 2016.

Parecer do Grupo Técnico*	Laqueadura Tubária		Vasectomia		Total		P
	N	%/LT	N	%/VSC	N	%/Pop	
Parecer Favorável	47	83,93	48	82,76	95	83,33	
Parecer Desfavorável	3	5,36	0	0,00	3	2,63	
Sem informação	6	10,71	10	17,24	16	14,04	
Total	56	100	58	100	114	100	0,264

Nota: N: Frequência Absoluta, %: Porcentagem, LT: Laqueadura Tubária, VSC: Vasectomia, Pop: População.

*Baseado na Lei da Esterilização Cirúrgica nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996.

Fonte: Produção da própria autora (2018).

Não houve correlação entre parecer do grupo técnico e tipo de esterilização cirúrgica requerida na análise estratificada em tabela de contingência 2 x 2 ($p = 0,264$).

Ao final do aconselhamento multiprofissional, os processos de planejamento reprodutivo de cada usuário foram discutidos no grupo técnico na presença dos membros do grupo e dos profissionais de saúde responsáveis pelos processos dos usuários, com um olhar

de atenção se o aconselhamento foi realizado de forma integral, ética e legal e não na perspectiva de impedimento da realização da esterilização cirúrgica. Neste sentido, a maioria dos processos teve parecer favorável, estando de acordo com a Lei da Esterilização Cirúrgica nº 9.263/1996. Entre os pareceres desfavoráveis, um deles se deveu a idade abaixo de 25 anos, não estando em conformidade com os critérios legais, uma vez que a esterilização cirúrgica só é permitida acima desta idade (BRASIL, 1996).

Os outros dois processos que tiveram parecer desfavorável foram devidos motivos clínicos, um deles de uma mulher com sintomas evidentes da proximidade da menopausa, havendo necessidade de avaliação clínica mais detalhada antes da realização da esterilização cirúrgica que poderia não trazer os benefícios contraceptivos desejados e outro devido uma avaliação psicológica evidenciando uma doença emocional descompensada, que poderia ser motivo de arrependimento futuro. Neste último caso, o Art. 10 § 3º da Lei da Esterilização Cirúrgica nº 9.263/1996 é claro quando relata que não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente (BRASIL, 1996).

A maioria dos participantes finalizou o processo de planejamento reprodutivo em um ano 74 (64,91%), sendo que 43 (37,72%) com menos de seis meses e 31 (27,19%) entre seis meses e um ano. Nove participantes finalizaram o processo entre um e dois anos (7,90%). Somente dois participantes tiveram seus processos finalizados com tempo maior do que dois anos (1,75%). O tempo médio de duração do planejamento reprodutivo para os participantes que manifestaram vontade pela VSC e LT foi de 7,17 e 7,01 meses, respectivamente (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição do tempo de duração do planejamento reprodutivo segundo o tipo de procedimento desejado para esterilização cirúrgica, no período de 01 de maio 2015 a 30 de abril de 2016.

Tempo de Duração (meses)	Laqueadura Tubária		Vasectomia		Total		P
	N	%/LT	N	%/VSC	N	%/Pop	
< 06	20	35,71	23	39,66	43	37,72	
06–12	18	32,14	13	22,41	31	27,19	
>12–18	4	7,14	4	6,90	8	7,02	
>18–24	1	1,79	0	0,00	1	0,88	
> 24	1	1,79	1	1,72	2	1,75	
Sem informação	12	21,43	17	29,31	29	25,44	
Total	56	100%	58	100%	114	100%	0,724

Nota: N: frequência absoluta, %: porcentagem, LT: Laqueadura Tubária, VSC: Vasectomia, Pop: População.
Fonte: Produção da própria autora (2018).

O tempo de duração do planejamento reprodutivo não mostrou correlação com o tipo de esterilização cirúrgica requerida na análise estratificada em tabela de contingência 2 x 2 ($p = 0,724$).

Pode-se dizer que o tempo de espera do processo de planejamento reprodutivo nesta pesquisa cumpriu o requisito previsto pela lei, uma vez que o tempo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade pela esterilização cirúrgica e o final do aconselhamento multiprofissional foi criteriosamente checado pelo grupo técnico (BRASIL, 1996).

Diferentemente do que esta pesquisa propôs, os estudos avaliam o tempo de duração entre a manifestação da vontade pela esterilização cirúrgica e o procedimento propriamente dito, o que dificultou comparações com a literatura.

De acordo com Vieira; Souza (2009), o tempo médio de espera para a esterilização cirúrgica em Ribeirão Preto/SP foi em torno de oito meses e se traduziu na desistência de 10% das mulheres, fazendo que procurassem outro serviço. Dois anos mais tarde estes mesmos autores verificaram em seu estudo uma média de 9,8 meses de espera (VIEIRA; SOUZA, 2011). Já o tempo médio de espera para LT em São Luís/Maranhão variou de dois a doze meses (GUTERRES, 2017).

Em Aracaju/Sergipe, Azevedo; Gonçalves; Rosa (2013) verificaram uma média no tempo de espera de 6,2 meses entre a assinatura do TCLE e a vasectomia. Parece ter havido uma incompreensão dos autores quando relataram que somente 8,8% dos homens tinham realizado a cirurgia antes dos 60 dias, não cumprindo os critérios da Lei da Esterilização

Cirúrgica nº 9.263/1996, que prevê este período entre a manifestação da vontade (início do processo de aconselhamento) e a esterilização cirúrgica, e não entre a assinatura do TCLE (final do processo de aconselhamento) e o procedimento.

O tempo de espera longo considerado pelo usuário pode ser refletido pela desistência da esterilização cirúrgica, sendo inferido como fator de baixa qualidade do serviço. Mas a espera longa pode ser a tradução de um adiamento do procedimento para uma melhor reflexão do método escolhido, sugerindo uma boa qualidade do aconselhamento (VIEIRA; SOUZA, 2009). No tocante a este assunto, Caetano (2014) considera que o tempo de espera longo pela esterilização cirúrgica associa-se de forma positiva à probabilidade de desistência do usuário no decorrer do processo de planejamento reprodutivo.

A variabilidade do tempo de duração do processo de planejamento reprodutivo indica um olhar mais atento dos profissionais de saúde envolvidos e dos gestores municipais, procurando identificar os motivos das desigualdades desta duração e proporcionar melhorias na assistência dos usuários da AB do SUS que manifestam desejo pela esterilização cirúrgica.

6 CONCLUSÕES

Esta pesquisa permitiu caracterizar os usuários da AB que manifestaram vontade pela esterilização cirúrgica no primeiro ano de implantação da Linha de Cuidado do Planejamento Reprodutivo para Esterilização Cirúrgica do município de São Carlos, SP.

Os resultados apontaram que o número de mulheres e homens que manifestaram vontade pela esterilização cirúrgica foi praticamente o mesmo, não sendo comum esta proporção nas observações dos dados epidemiológicos brasileiros, necessitando aprofundar a investigação em relação à motivação dos homens pela esterilização cirúrgica.

A idade média dos usuários acima de 30 anos e a maioria deles com dois ou mais filhos vivos pode ser visto como um fator protetor para minimizar possíveis arrependimentos futuros.

Apesar da faixa etária e situação conjugal terem apresentado relação positiva com o tipo de esterilização cirúrgica desejada, não foi possível estimar proporção sobre esta relação. No entanto, em relação à renda per capita a preferência pela LT foi maior quando a renda familiar foi até meio salário mínimo.

A proveniência dos usuários em relação ao modelo de atenção à saúde, bem como das ARES foi indiferente quanto à manifestação da vontade pela esterilização cirúrgica.

Foi importante observar que 68,42% dos usuários estavam utilizando um método contraceptivo eficaz, demonstrando que estas pessoas estavam recebendo assistência contraceptiva na AB. No entanto, o restante deles por não estar usando nenhum método ou não ter informado se utilizavam método estavam expostos ao risco de uma gravidez não planejada. Neste sentido, seria fundamental saber se os profissionais de saúde envolvidos no planejamento reprodutivo se preocuparam em aconselhar um método contraceptivo reversível até que o procedimento fosse feito.

O baixo índice de mudança do tipo de esterilização cirúrgica durante o processo de planejamento reprodutivo sinalizou que o aconselhamento multiprofissional veio reforçar aquilo que eles inicialmente tinham em mente em relação à sua saúde reprodutiva.

O período de duração compreendido entre a manifestação da vontade pela esterilização cirúrgica e o final do processo de planejamento reprodutivo em torno de sete meses em média cumpriu o tempo mínimo de 60 dias pela Lei da Esterilização Cirúrgica.

Consideraram-se pontos fortes desta pesquisa, facilitando a coleta de dados, o arquivo com os processos do planejamento reprodutivo para esterilização cirúrgica estar em um único lugar, o registro com as informações contidas nas fichas de avaliação estar em sua maioria completo e ter recebido ajuda dos profissionais de saúde buscando as fichas que estavam faltando, bem como, na busca ativa dos usuários em suas unidades de saúde de origem para o convite de participação na pesquisa. Também, pode ser citado como ponto forte o instrumento de pesquisa adequado aos objetivos da mesma, não havendo coleta de dados desnecessários prejudicando a otimização do tempo do pesquisador e confundimento na interpretação das informações.

No entanto, algumas limitações permearam esta pesquisa como as dificuldades de contactar os indivíduos sejam por mudança de endereço e/ou número do telefone. Além disso, vale enfatizar que mesmo existindo um fluxo de encaminhamento das fichas de avaliação dos diferentes locais onde o aconselhamento é realizado, nem sempre todas as fichas foram encontradas no processo, dificultando a coleta de dados. A busca ativa ajudou em muito, mas mesmo assim algumas fichas não foram localizadas. Outra limitação foi que o tempo de duração entre a manifestação da vontade pela esterilização cirúrgica e o procedimento propriamente dito não foi objetivo desta pesquisa, sendo que esta informação daria uma ideia melhor sobre a eficácia e a eficiência do processo de planejamento reprodutivo no município de São Carlos.

Desta forma, as conclusões permitiram refletir sobre a produção de novas contribuições em pesquisas futuras, com intuito de melhorar a assistência dos usuários da AB do SUS que manifestam desejo pela esterilização cirúrgica, como: compreender melhor os números proporcionais entre mulheres e homens manifestando vontade pela esterilização cirúrgica; saber se os profissionais de saúde estão aconselhando os usuários para utilizar métodos contraceptivos reversíveis enquanto esperam pela esterilização cirúrgica; analisar se o aconselhamento multiprofissional tem promovido reflexão suficiente para os usuários manterem a escolha pelo método definitivo ou se o mesmo tem provocado mudanças de opiniões para métodos contraceptivos reversíveis, saber se os usuários ficaram satisfeitos tanto com a forma como foi realizado o aconselhamento como com o tempo decorrido do

mesmo até o procedimento cirúrgico; confirmar se a esterilização cirúrgica não causou arrependimentos futuros e se a prole definida possibilitou melhoria das condições socioeconômicas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. J. O. et al. Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde. **Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**. São Paulo, 2000. 135 p.

ARAÚJO, V. S.; DIAS, M. D.; BUSTORFF, L. A. C. V. A instrumentalização da educação em saúde na atenção básica. **Revista de Enfermagem Referência – III**. n.5, p.7-17, 2011.

AZEVEDO, M. V. C.; GONÇALVES, M. C.; ROSA, P. P. O homem vasectomizado pelo SUS. **Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente**, v.1, n.3, p.35-46, 2013.

BARBOSA, L. F.; LEITE, I. C.; NORONHA, M. F. Arrependimento após a esterilização feminina no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.9, n.2, p.179-188, 2009.

BRASIL. Lei nº 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. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**, Brasília (DF), 15 jan. 1996.

_____. Portaria Nº 48, de 11 de fevereiro de 1999. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Planejamento Familiar. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF; 17 fev. 1999. [Acesso 2018 jun 22] Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/plan_f/

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 140 p.: il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 51 p.

_____. 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/**

Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 300 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – **DAB Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Município – SÃO CARLOS/SP**. competência: dez de 2017. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/dab/relatorio.php>>. Acesso em: 12 set. 2018.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Homologação da Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 15 jan. 2018.

CAETANO, A. J. Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006. **R. Bras. Est. Pop.**, v.31, n.2, p.309-331, 2014.

CANELA, C. D.; BHIMJI, S. S. **Tubal sterilization**. **StatPearls [Internet]**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018-. Last Update: November 26, 2017.

CARVALHO, L. E. C. et al. Número ideal de filhos e arrependimento pós-laqueadura. **Revista Associação Médica Brasileira**, v.52, n.5, p.293-7, 2006.

CARVALHO, M. L. O; SCHOR, N. Esterilização feminina: em busca do controle da própria fertilidade. **Cienc Cuid Saude**, v. 11(suplem.), p.95-101, 2012.

CECILIO, L. C. O. et al . A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.2893-2902, 2012.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Epi Info, Version 7.2.2.6**. Atlanta-USA, 2017. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/epiinfo/index.html>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

CÍCERO et al. Da decisão aos resultados: narrativa de homens adultos acerca da vasectomia., **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**, v.6, n.4, p.1372-1383, 2014.

EHMAN, D.; COSTESCU, D. Tubal sterilization in women under 30: case series and ethical implications. **J Obstet Gynaecol Can**, v.40, n.1, p.36-40, 2018.

FINOTTI, M. Manual de Anticoncepção. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (**FEBRASGO**), p.138-143, 2015.

FOLCH, B. M.; BETSTADT, S.; LI, D.; WHALEY, N. The Rise of Female Sterilization: A Closer Look at Colombia. **Matern Child Health J**, v.21, n.9, p.1772-1777, 2017.

FORGHIERI, Y. C. O. Aconselhamento terapêutico na atualidade. **Rev. Abordagem Gestalt**. v.13, n.1, p.125-133, 2007.

FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: **Paz e Terra**, 1996.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **A saúde no Brasil em 2030-prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]**. volume 4/ Fundação Oswaldo Cruz... [et al.] — Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. 168 p.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Situação da População Mundial 2017. Mundos distantes: saúde e direitos reprodutivos em uma era de desigualdades**. Nova York, 2017. 140 p.

GUTERRES, D. M. B. **Realização da laqueadura e vasectomia no planejamento reprodutivo no município de São Luís/MA [Trabalho de Conclusão de Curso]**. São Luís: Curso de Graduação de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, 2018.

GUTTMACHER INSTITUTE. Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health, 2017. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro; 2014. p. 181. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso: 21 abr. 2018.

_____. População estimada no município de São Carlos, estado de São Paulo, em 2018. Código do município 3548906. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-carlos/panorama>>. Acesso: 12 set. 2018.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos seccionais. In: Medronho, R. A. et al. Epidemiologia. São Paulo: Editora Atheneu, seção 2, cap.10, p.193-219. 2009.

LABRECQUE, M. et al. Evaluation aftereffect a patient decision aid about vasectomy on the decision-making process: a randomized trial. **Contraception**, v.82, n.6, p.556-62, 2010.

LAGO, T. D. G. Nascimentos não planejados no Brasil eram 46% em 2006. Diminuíram? **R. Bras. Est. Pop.**, v.32, n.2, p.387-394, 2015.

LUIZ, M. S.; NAKANO, A. R.; BONAN, C. Planejamento reprodutivo na clínica da família de um Teias: condições facilitadoras e limites à assistência. **Saúde Debate**, v.39, n.106, p.671-682, 2015.

MACHADO, M. L. T. **História da saúde em São Carlos**. São Carlos: EdUFSCar. Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2007.

MAGALHÃES, F. B. et al. Laqueadura tubária como causa de infertilidade – avaliação em um hospital universitário. **Rev. Med. UFPR**, v.1, n.2, p.47-53, 2014.

MARCHI, N.M. et al. **Consequências da Vasectomia: experiência de homens que se submeteram à 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: 05 ago. 2018.

PEREIRA, A. L. **Ações educativas em contracepção: teoria e prática dos profissionais de saúde [tese]**. Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação e Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008.

RODRIGUES, A. M. **Mulheres esterilizadas voluntariamente pelo Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto segundo o tipo de parto** [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

SÃO CARLOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Final da 2ª Conferência Municipal de Saúde**. 14 a 16 jun., 2002.

SÃO CARLOS. PREFEITURA DE SÃO CARLOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Administrações Regionais de Saúde (ARES)**. 2015. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/administracoes-regionais-de-saude.ares>>. Acesso em: 12 set. 2018.

SÃO PAULO. Com crise econômica e novas ações, vasectomia tem disparada no país. Publicado na Folha de São Paulo em 15/08/2018. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/com-crise-economica-e-novas-acoes-vasectomia-tem-disparada-no-pais.shtml>>. Acesso em: 10 set. 2018.

SOUZA, I. B. J. et al. Ligadura tubária em mulheres de um município do interior do Maranhão. **R. Interd.**, v.6, n.4, p.17-24, 2013.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. **Trends in Contraceptive Use Worldwide**, Working Paper No. ST/ESA/SER.A/349. New York, 2015. 70 p.

_____. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. **World Population Prospects: The 2017 Revision**, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248. New York, 2017. 53 p.

VIEIRA, E. M.; SOUZA, L. Acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde. Ribeirão Preto, SP. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.3, p.398-404, 2009.

VIEIRA, E. M.; SOUZA, L. A satisfação com o serviço de esterilização cirúrgica entre os usuários do Sistema Único de Saúde em um município paulista. **Rev. Bras. Epidemiol.**, vol.14, n.4, p.556-564, 2011.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.30, Sup:S85-S100, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. **Selected practice recommendations for contraceptive use – 3rd ed.** WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, Switzerland, 2016. 68 p.

_____. Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. **Family Planning: A Global Handbook for Providers** (2018 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018. 460 p.

YAMAMOTO, S. T. **Desencontros entre direitos e desejos da mulher e a decisão da equipe médica na prática da esterilização cirúrgica [tese]**. São Paulo: Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2017.

ZIKMUND, W. G. **Business research methods**. 5 ed. Forth Worth, TX: Dryden, 2000.

APÊNDICES

Apêndice A: Instrumento de coleta de dados.

Processo No: _____

Data do início do processo (data da avaliação clínica): _____

Data final do processo (data da avaliação do grupo técnico): _____

Tempo decorrido do processo (meses): _____

Avaliação Clínica							
Realizada	Médico			Enfermeira			
Esterilização Cirúrgica	LT			VSC			
Motivos para EC							
Atendimento	Candidato			Casal			
Aspectos sócio demográficos							
Idade							
Cor	Branca	Preta	Parta	Amarela			
Religião	Católico	Evangélico	Espírita	Outra			
Escolaridade	Nenh	1º FI	1º FC	2º MI	2º MC	SP I	SP C
Estado civil	Casado		Solt c/UE		Solt s/EU		
Trabalho							
Renda total							
Renda per capta							
Antec. Obst.							
No gest.							
No PN							
No PC							
No aborto							
No N. Vivos							
No filhosc/par. atual							
Gestante	Sim			Não			
Antec. MAC							
Em uso MAC?	Sim			Não			
Qual?	ACO	APO	IM	IT	DIU	PM	PF
O que já usou?	ACO	APO	IM	IT	DIU	PM	PF
Outro							
Motivo de mudança							
Patologias pré-	HAS	DM	Psiqu	Neur	Renal	Resp	Imun

existentes							
Outras							
Hábitos	Álcool		Cigarro		Drogas		
Ação Educativa							
Atividade	Candidato			Casal			
Houve mudança de método após Ação Educativa?	Sim			Não			
Qual?							
Motivo							
Entrevista Psicológica							
Entrevista	Candidato			Casal			
Motivos para EC Houve mudança de método do início do processo?							
Relacionamento Fam.	Pai filhos		Mãe filhos		Entre irmãos		
Tentar quantificar Bom Regular Péssimo							
Relacionamento Conj.	No caso de casal						
Tentar quantificar Bom Regular Péssimo							
Risco de arrependimento	Sim			Não			
Por quê?							
Exame do estado mental							
Uso de álcool drogas	Fez			Faz			
Qual?							
Acompanhamento Psiq	Sim			Não			
Motivo							
Houve mudança de método após Entrevista psicológica?	Sim			Não			
Qual?							
Motivo							
Apto	Sim			Não			
Por quê?							
Avaliação Social							
Entrevista	Candidato			Casal			
Motivos para EC Houve mudança de							

método do início do processo?							
Composição familiar	Idade	Sexo	Estado Civil	Profissão/ Ocupação	Salário	Grau de instrução	Parentesco
União Conjugal	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a			
Tempo de união							
Filhos de outra união	Sim			Não			
Quantos?							
Houve mudança de método após avaliação social?	Sim			Não			
Qual?							
Motivo							
Apto	Sim			Não			
Por quê?							
Avaliação do grupo técnico							
Houve mudança de método após a finalização do processo?	Sim			Não			
Qual?							
Motivo							
Parecer	Favorável	Desfavorável no momento			Desfavorável		
Motivo por ser desfavorável no momento							
Motivo por ser desfavorável							

Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS****DEPARTAMENTO DE MEDICINA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(Resolução 466/2012 do CNS)**

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Caracterização dos usuários da atenção básica que manifestam vontade pela esterilização cirúrgica no município de São Carlos, São Paulo”.

Nós procuramos escolher o momento, local e condições adequadas para fazer este convite, de forma, que estão sendo tomadas as devidas providências e cautelas para evitar e/ou reduzir qualquer tipo de dano para o (a) senhor (a).

Esta pesquisa se justifica porque a partir da implantação do programa de planejamento reprodutivo para esterilização cirúrgica do município de São Carlos é necessário verificar se o serviço que vem sendo prestado está de acordo com a lei do planejamento familiar. O objetivo será caracterizar os usuários da AB que manifestaram vontade pela esterilização cirúrgica no primeiro ano de implantação da Linha de Cuidado do Planejamento Reprodutivo para Esterilização Cirúrgica do município de São Carlos, São Paulo.

Para isso será necessário coletar informações das fichas de avaliação do aconselhamento multiprofissional que estão contidas nos seus prontuários. As fichas foram copiadas dos seus prontuários e arquivadas no Centro Municipal de Especialidades (CEME), setor pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, para que todas as fichas de avaliação pudessem ficar juntas e protegidas. Essas fichas de avaliação foram preenchidas pelos profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos em vários momentos desde a manifestação da sua vontade para esterilização cirúrgica por meio da laqueadura tubária (no caso de ser mulher) ou vasectomia (no caso de ser homem).

A coleta de informações das fichas de avaliação do aconselhamento multiprofissional não oferece risco imediato ao (à) senhor (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas informações contidas nessas fichas podem causar algum desconforto por serem pessoais. O (a) senhor (a) está assegurado (a) que todas as informações coletadas serão confidenciais e mantidas em sigilo, pois essas informações serão transcritas em documento próprio do pesquisador em que será omitida qualquer informação que possa identificá-lo, a fim de respeitar o seu anonimato. O (a) senhor (a) está assegurado que não haverá nenhum outro tipo de intervenção direta além deste momento em que está sendo esclarecido (a) e convidado (a) a participar desta pesquisa.

Os benefícios da utilização das informações contidas nas fichas de avaliação do aconselhamento multiprofissional servirão para verificar se o programa de planejamento reprodutivo vem sendo prestado de acordo com a lei do planejamento familiar. Além disso, os resultados obtidos nesta pesquisa poderão propor estratégias de melhoria na qualidade da assistência à saúde reprodutiva de homens, mulheres ou casais que manifestam vontade para esterilização cirúrgica e finalizam o processo de planejamento reprodutivo com as avaliações de aconselhamento multiprofissional, podendo decidir pela esterilização cirúrgica ou outro método contraceptivo reversível.

O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por ter passado pelo aconselhamento multiprofissional do planejamento reprodutivo para esterilização cirúrgica. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento sem necessidade de dar nenhuma explicação o (a)

senhor (a) poderá desistir de participar desta pesquisa e retirar seu consentimento. A sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo na relação com os pesquisadores responsáveis e/ou com os profissionais de saúde na continuidade dos cuidados prestados a sua saúde em qualquer tipo de equipamento do Sistema Único de Saúde.

O (a) senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira para participar desta pesquisa. O (a) senhor (a) será acolhido (a) pelos pesquisadores responsáveis caso sinta em qualquer momento desta pesquisa prejudicado por questões de sigilo, confidencialidade e/ou privacidade ou por qualquer outro motivo no intuito de amenizar eventuais danos.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelos pesquisadores, onde constam o telefone e o endereço dos pesquisadores responsáveis, os quais poderão esclarecer eventuais dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou em qualquer momento. Os pesquisadores responsáveis poderão ser encontrados no Departamento de Medicina/UFSCar, Rod. Washington Luís, Km 235, São Carlos/SP; Fone: (16) 3351-8340 e pelos seguintes e-mails: Profa. Dra. Maristela Carbol, e-mail: maristela@carbol.com.br e Dra. Márcia Vieira Soares Santos, e-mail: marciavssantos@hotmail.com

Eu _____

declaro que entendi a justificativa, o objetivo, os procedimentos de coleta das informações das fichas de avaliação do aconselhamento multiprofissional, os riscos e os benefícios da minha participação nesta pesquisa. Os pesquisadores responsáveis me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Márcia Vieira Soares Santos (pesquisador responsável) _____

Maristela Carbol (pesquisador responsável) _____

ANEXOS

Anexo A: Avaliação Clínica.



Prefeitura Municipal de São Carlos
Secretaria Municipal de Saúde
Fone: (16) 3362-1350

PROCESSO DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA (MÉDICO/ENFERMEIRO)

UBS/USF: _____ CNS: _____

Data: ___/___/___

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA REQUERIDA:

Laqueadura Tubária Bilateral Vasectomia Bilateral

MOTIVO DA PROCURA PELA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA:

ATENDIMENTO: Individual Acompanhada(o) pelo Cônjuge/Convivente

IDENTIFICAÇÃO:

Candidata(o): _____

Data do Nascimento: ___/___/___ Idade: _____

CNS: _____ N° do Prontuário: _____

Cor Referida: Branca Preta Parda Amarela

Religião: Católica Evangélica Espírita Outra _____

Escolaridade: Nenhuma 1º Grau Incompleto 1º Grau Completo

2º Grau Incompleto 2º Grau Completo

Superior Incompleto Superior Completo

Estado Civil: Casada(o) Solteira(o) com união estável Solteira(o) sem união estável

Profissão/Ocupação: _____

Endereço: _____

Telefone: (____) _____

Nome do cônjuge/convivente: _____

Data do Nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Cor Referida: Branca Preta Parda Amarela

Religião: Católica Evangélica Espírita Outra _____

Escolaridade: Nenhuma 1º Grau Incompleto 1º Grau Completo

2º Grau Incompleto 2º Grau Completo

Superior Incompleto Superior Completo

Estado Civil: Casado(a) Solteiro(a) com união estável Solteiro(a) sem união estável

Profissão/Ocupação: _____

Endereço: _____

Telefone: (____) _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

Nº de gestações: _____ PV: _____ PC: _____ Abortos: _____

Nascidos vivos: _____ Natimortos: _____ Nº de filhos vivos: _____

Nº de filhos vivos com o atual parceiro: _____

Idade atual dos filhos: _____

Gestante: () sim () não

DUM: ____/____/____ Idade Gestacional: _____ DPP: ____/____/____

ANTECEDENTES DE USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS:Está em uso de algum método contraceptivo no momento? () Sim, Qual?
____ () Não,

Há quanto tempo? _____

Já utilizou outros métodos? () sim () não Se sim, quais os métodos?

() Contraceptivo Hormonal Oral () Combinado () Progestagênio

Por quanto tempo? _____ Por que trocou? _____

() Contraceptivo Hormonal Injetável () Mensal () Trimestral

Por quanto tempo? _____ Por que trocou? _____

() Dispositivo Intrauterino (DIU)

Por quanto tempo? _____ Por que trocou? _____

() preservativo Masculino () preservativo Feminino () Diafragma

Por quanto tempo? _____ Por que trocou? _____

() Tabela () Coito Interrompido

Por quanto tempo? _____ Por que trocou? _____

HISTÓRICO DE SAÚDE:

Intercorrências durante a Gravidez: () não () sim, qual(is):

() Hipertensão arterial na Gestação () Diabetes Gestacional () Anemias

() Parasitose () Asma () Epilepsia () Trombose

() DPP () Placenta Prévia () Amniorrexe prematura () TPP

() HIV () Hepatite B () Sífilis () Outras DST

() Toxoplasmose () Infecção Urinária () Pielonefrite () Hiperêmese

() Uso de álcool e outras drogas () Outras: _____

Patologias clínicas pré-existentes: () não () sim, qual(is):

() Hipertensão Arterial () Diabetes Mellitus () Anemias

() Doença Infecciosa () Doença Cardíaca () Doença da Tireóide

() Doença Respiratória () Doença Renal () Doença Hepática

() Doença Imunológica () Doença Reumatológica () Trombose

() Doença Neurológica () Cirurgias: _____

() Outras: _____

Medicamentos em uso atualmente: _____

Hábitos e vícios: Tabaco _____ Álcool _____ Drogas _____

Última Citologia Oncótica Realizada: Data: ____/____/____

Resultado: _____

() Não realizou

AValiação CLÍNICA:

Realizada por: () Médico(a) () Enfermeiro(a)

Observações: _____

Assinatura e Carimbo: _____

Anexo B: Ação Educativa.



Prefeitura Municipal de São Carlos
Secretaria Municipal de Saúde
Fone: (16) 3362-1350

PROCESSO DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA
FICHA DA AÇÃO EDUCATIVA

Unidade de Saúde: _____ CNS: _____

Candidata(o): _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Número de filhos vivos: _____

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA REQUERIDA:

Laqueadura Tubária Bilateral Vasectomia Bilateral

ORIENTAÇÕES SOBRE OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS:

Individual

Casal

Grupo: casal só candidata(o)

Comentários: _____

Data: ____/____/____

Nome: _____

Assinatura e carimbo: _____

RETORNO:

Individual

Casal

Comentários: _____

Data: ____/____/____

Nome: _____

Assinatura e carimbo: _____

Anexo C: Entrevista Psicológica.



Prefeitura Municipal de São Carlos
Secretaria Municipal de Saúde
Fone: (16) 3362-1350

PROCESSO DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

FICHA DA ENTREVISTA PSICOLÓGICA

Unidade de Saúde: _____ CNS: _____
 Candidata(o): _____
 Cônjuge/convivente: _____
 Endereço: _____ TEL/CEL.: _____

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA REQUERIDA:

() laqueadura tubária bilateral () vasectomia bilateral

Investigar os aspectos:

1. Condições legais:
 - Capacidade civil plena
 - Estado civil ou condição de sociedade conjugal
 - Idade do beneficiário (a) – maior de 25 anos
 - Número de filhos vivos – ou, pelo menos, dois filhos vivos
 - Risco à saúde da mulher ou futuro conceito comprovado por relatório médico
 - Caso de comprovada necessidade para procedimento antes do 42º dia após o parto ou abortamento: mínimo de duas cesarianas anteriores ou mulher portadora de doença grave de base e, a exposição de um segundo ato anestésico ou cirúrgico represente maior risco à saúde da mulher.

Considerações: _____

2. Motivos pelos quais decidiu realizar o procedimento (Barbosa, Leite e Noronha, 2009: recomendação médica, menos efeitos colaterais, método definitivo, mais fácil de usar, não quer mais filhos, recomendação de outra pessoa esterilizada, menor custo, não teve acesso a métodos reversíveis, condições financeiras):

3. Relacionamentos: Familiar (pai↔ filhos e mãe↔ filhos); Conjugal (pai↔mãe); Filhos (filho↔filho)

4. Condição emocional referente às gestações (anteriores e atual)

5. Riscos de arrependimento: quer outro filho/ parceiro quer outro filho/ o filho morreu ou abortamentos/ mudou de situação conjugal /problemas conjugais/ idade da mulher à época da esterilização (abaixo dos 25 anos), pouco conhecimento sobre métodos reversíveis, escolha do método sob pressão do companheiro, falta de informações sobre a irreversibilidade do método- Barbosa, Leite e Noronha, 2009).

6. Exame do Estado Mental casal e/ou cônjuge presente na entrevista:

Pensamento; Memória; Juízo crítico da realidade; Afeto/Humor

7. Faz (ou fez) uso de álcool e/ou outras drogas?

8. Passou recentemente (um ano) por tratamento psiquiátrico? Se sim, descreva o motivo, o tratamento e seus resultados.

9. Passou por internação psiquiátrica? Quando e por qual motivo?

Declaro a veracidade das informações prestadas por mim na entrevista psicológica e que, no presente momento, manifesto expressamente minha concordância e consentimento para realização do procedimento de vasectomia/laqueadura tubária, afirmando ter sido informada(o), de forma clara, dos possíveis riscos e efeitos colaterais da cirurgia, taxas de eficácia e falha do método, das dificuldades de sua reversão, do risco de arrependimento pela escolha de método contraceptivo considerado definitivo, da possibilidade de escolher por outros métodos anticoncepcionais reversíveis disponíveis e, de poder desistir, a qualquer momento, da vasectomia/laqueadura tubária.

Assinatura da(o) candidata(o)

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Diante das declarações a mim apresentadas pela(o) candidata(o) ou casal, fornecidos os questionamentos que buscaram a promoção da reflexão sobre a decisão pela esterilização cirúrgica requerida e com base na Lei Federal no 9263/96 de 12/01/1996, declaro que, no momento da entrevista psicológica, a(o) candidata(o) foi considerada(o):

APTA(O) () parao procedimento de vasectomia/laqueadura tubária.

NÃO APTA(O) () parao procedimento de vasectomia/laqueadura tubária.

Considerações para avaliação de não aptidão:

Assinatura e Carimbo do(a) Psicólogo(a)

Data: ____/____/____

Diante das declarações a mim apresentadas, pelas respostas fornecidas aos questionamentos que buscaram a reflexão e a decisão consciente, declaro que, no momento presente, considero a(o) requerente apta(o) ao procedimento de laqueadura tubária/vasectomia.

Assinatura e Carimbo do(a) Psicólogo(a)

Data: ____/____/____

RECEITAS

Salários	R\$
Pensões	R\$
Benefícios	R\$
Alugueis	R\$
Outros	R\$
TOTAL	

DESPESAS

Moradia	R\$
Alimentação	R\$
Medicação	R\$
Água, luz, Telefone, Gás	R\$
Vestuário	R\$
Prestação/Empréstimo	R\$
IPTU	R\$
Plano de Saúde/Funerária	R\$
TOTAL	R\$

RENDA TOTAL _____**RENDA PER-CAPTA** _____**ACESSO A REDE DE SERVIÇO**

1. Algum membro está incluído em Programa Social? _____ Qual? _____ Valor: _____
2. Algum membro da família é beneficiário do INSS? _____ Qual? _____ Valor: _____

TRATAMENTO MÉDICO/AUXÍLIO DA SMS

1. Algum membro da família faz TFD _____ Que especialidade? _____
2. Há quanto tempo: _____ Recebe auxílio da SMS? _____
3. Algum membro da família faz tratamento nos Programas da Secretaria Municipal de Saúde?
() Oncologia () Acompanhamento Nutricional () HAS () Diabetes () DST/ AIDS ()
Reabilitação

UNIÃO CONJUGAL: 1ª _____ 2ª _____ Outras _____

Tempo: _____ Tipo de União: _____

TEM FILHOS DE OUTRA UNIÃO? () Sim Quantos: _____ () Não**MOTIVO QUE LEVOU A DECIDIR PELA ESTERILIZAÇÃO CIRURGICA**

PARECER SOCIAL

Declaro a veracidade das informações prestadas na entrevista social e que, no presente momento, estou consciente da decisão pela laqueadura tubária/vasectomia mesmo sendo informada(o) das situações em que o risco de arrependimento se faz presente.

Assinatura da(o) candidata(o)

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Anexo E: Avaliação do Grupo Técnico.

Prefeitura Municipal de São Carlos
Secretaria Municipal de Saúde
 Fone: (16) 3362-1350

PROCESSO DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA
FICHA DE AVALIAÇÃO DO GRUPO TÉCNICO

Unidade de Saúde: _____ CNS: _____

Candidata(o): _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Número de filhos vivos: _____

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA REQUERIDA:

() Laqueadura Tubária Bilateral () Vasectomia Bilateral

AVALIAÇÕES:

Avaliação Clínica (Médico/Enfermeira): () Não () Sim, Data: ____/____/____

Ação Educativa: () Não () Sim, Data: ____/____/____

Manifestação de Vontade assinada: () Não () Sim, Data: ____/____/____

Entrevista Psicológica: () Não () Sim, Data: ____/____/____ Avaliação

Social: () Não () Sim, Data: ____/____/____

A avaliação do grupo técnico do processo de planejamento reprodutivo para esterilização cirúrgica abaixo assinado conclui que a(o) candidata(o) _____ após aconselhamentos e orientações, está:

Favorável para Esterilização Cirúrgica () Desfavorável para Esterilização Cirúrgica ()

Desfavorável para Esterilização Cirúrgica no momento (), pelos motivos abaixo: _____

ENCAMINHAMENTOS: _____

GRUPO TÉCNICO: (assinar e carimbar)

Data: ____/____/____

Assinatura da(o) candidata(o) para ciência

Data: ____/____/____

Anexo F: Carta de Autorização Institucional.**CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, informo que o projeto de pesquisa intitulado **Avaliação do Processo de Implantação do Programa de Planejamento Reprodutivo para Esterilização Cirúrgica de um município do interior do estado de São Paulo** apresentado pelo (a) pesquisador (a), Profa. Dra. Maristela Carbol, e que tem como objetivo principal avaliar o processo de implantação do programa de planejamento reprodutivo para esterilização cirúrgica deste município, foi analisado e considerando que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

Dados do Responsável Legal Pela Instituição na qual ocorrerá a Pesquisa:


Nome: Isabella Gerin de Oliveira

Cargo: Diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial

Telefone para contato: (16) 3362-1350

Email (se possuir): isabella.oliveira@saocarlos.sp.gov.br

29 de outubro de 2015.

Assinatura: _____ 
(representante legal)

Anexo G: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do Processo de Implantação do Programa de Planejamento Reprodutivo para Esterilização Cirúrgica de um município do interior do estado de São Paulo.

Pesquisador: maristela carbol

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 49482315.7.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.484.795

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, quantitativo e o método será pesquisa ou análise documental. Serão incluídos todos os homens, mulheres ou casais que:- Tenham mais de 25 anos;- Manifestaram desejo para esterilização cirúrgica e finalizaram o processo de planejamento reprodutivo com as avaliações de aconselhamento contraceptivo;- Autorizaram e assinaram voluntariamente o TCLE para que as informações contidas nas fichas de avaliação possam ser utilizadas para avaliação do programa de planejamento reprodutivo e fins científicos. Serão excluídos todos os homens, mulheres ou casais que:- Tenham menos de 25 anos e manifestaram desejo para esterilização cirúrgica;- Tenham mais de 25 anos, manifestaram desejo para esterilização cirúrgica, mas não finalizaram o processo de planejamento reprodutivo, deixando de passar por uma ou mais avaliações do aconselhamento contraceptivo;- Não autorizaram e assinaram o TCLE para que as informações contidas nas fichas possam ser utilizadas. O tamanho da amostra será o número total de homens, mulheres ou casais que manifestaram desejo para esterilização cirúrgica e finalizaram o processo de planejamento reprodutivo com as avaliações de aconselhamento contraceptivo no período de um até cinco anos da implantação do programa. Serão recrutados homens, mulheres ou casais que manifestaram desejo para esterilização cirúrgica e finalizaram o

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9683

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.484.795

processo de planejamento reprodutivo com todas as avaliações. O recrutamento será realizado por meio de convite pelos pesquisadores. Os homens, mulheres ou casais que tiverem seus processos de planejamento reprodutivo finalizados serão convocados pelos profissionais das unidades de saúde por telefonema ou visita domiciliar para comparecerem em suas unidades em data e horário que lhes forem mais convenientes, a fim de serem convidados pelos pesquisadores para participarem da pesquisa. Os pesquisadores identificarão as unidades de saúde desses usuários para assim solicitar aos profissionais de saúde que façam as convocações, sem causar prejuízo nas atividades dos mesmos. As fichas de avaliação do aconselhamento contraceptivo dos usuários/usuárias são preenchidas rotineiramente pelos profissionais de saúde em seus diversos setores. Essas fichas de avaliação são: avaliação clínica, ação educativa, entrevista psicológica, avaliação social e avaliação do grupo técnico. Todas as fichas de avaliação serão fontes de dados secundárias contidas nos diversos prontuários dos participantes para serem analisadas. A coleta dos dados será por meio da consulta das informações contidas nas fichas de avaliação dos participantes somente pelos pesquisadores e será realizada no SAIBE, setor da Secretaria de Saúde de São Carlos. As fichas de avaliação de cada usuário são copiadas dos seus prontuários e arquivadas ao final do processo de planejamento reprodutivo, de maneira a ficarem juntas e seguras, uma vez que esses usuários/usuárias transitam por vários setores desta instituição. A disponibilidade de acesso às fichas pelos pesquisadores só será permitida com o consentimento dos participantes e com a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos. Somente os pesquisadores envolvidos terão acesso às fichas de avaliação dos participantes, respeitando os princípios da confidencialidade, onde há necessidade de proteger as informações sensíveis de forma a não serem vistas indiscriminadamente. Os pesquisadores farão as consultas das fichas, respeitando as normas de controle de entrada e saída adotadas pela instituição. A manipulação das fichas será de responsabilidade dos pesquisadores, os quais são responsáveis pela guarda e integridade das informações, preservando o sigilo das mesmas, assegurando a privacidade dos participantes cujos dados estarão sendo manuseados. As informações contidas nas fichas serão coletadas e transcritas em documento próprio, não havendo qualquer tipo de informação dos participantes que possam identificá-los, a fim de respeitar o anonimato.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar o processo de implantação do programa de planejamento reprodutivo para esterilização cirúrgica de um município do interior do estado de São Paulo.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.484.795

Objetivo Secundário:

- Analisar as informações contidas nas fichas de avaliação clínica de homens, mulheres ou casais que manifestaram desejo para esterilização cirúrgica e finalizaram o processo de planejamento reprodutivo com as avaliações de aconselhamento contraceptivo;
- Analisar as informações contidas nas fichas de ação educativa de homens, mulheres ou casais que manifestaram desejo para esterilização cirúrgica e finalizaram o processo de planejamento reprodutivo com as avaliações de aconselhamento contraceptivo;
- Analisar as informações contidas nas fichas da entrevista psicológica de homens, mulheres ou casais que manifestaram desejo para esterilização cirúrgica e finalizaram o processo de planejamento reprodutivo com as avaliações de aconselhamento contraceptivo;
- Analisar as informações contidas nas fichas de avaliação social de homens, mulheres ou casais que manifestaram desejo para esterilização cirúrgica e finalizaram o processo de planejamento reprodutivo com as avaliações de aconselhamento contraceptivo;
- Analisar as informações contidas nas fichas de avaliação do grupo técnico de homens, mulheres ou casais que manifestaram desejo para esterilização cirúrgica e finalizaram o processo de planejamento reprodutivo com as avaliações de aconselhamento contraceptivo;
- Analisar os motivos de mudança da manifestação do desejo de homens, mulheres ou casais de um determinado tipo de esterilização cirúrgica para outro ou mudança para um método contraceptivo reversível após o processo de planejamento reprodutivo com as avaliações, entrevistas e ações educativas necessárias no aconselhamento contraceptivo;
- Analisar o tempo decorrido entre a manifestação do desejo de homens, mulheres ou casais para esterilização cirúrgica e o procedimento propriamente dito;
- Identificar os tipos de procedimentos realizados para esterilização cirúrgica (laqueadura tubária ou vasectomia);
- Identificar o número de mulheres grávidas que manifestaram desejo para esterilização cirúrgica por meio da laqueadura tubária, tendo indicação médica de acordo com a lei do planejamento familiar para o procedimento na resolução da gravidez;
- Identificar o número de parceiros de mulheres grávidas que manifestaram desejo para esterilização cirúrgica por meio da vasectomia, onde elas tinham indicação médica de acordo com a lei do planejamento familiar para o procedimento na resolução da gravidez.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram ponderados.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP **Município:** SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.484.795

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a área em questão. A pesquisadora explicitou melhor o tipo de estudo (retrospectivo, descritivo, quantitativo e análise documental), que as fichas de avaliação de aconselhamento contraceptivo (avaliação clínica, ação educativa, entrevista psicológica, avaliação social e avaliação do grupo técnico) servirão como fontes de dados secundárias contidas nos prontuários dos participantes para serem analisadas. Esclareceu o modo de recrutamento dos participantes, o quais serão convocados pelos profissionais das unidades de saúde por telefonema ou visita domiciliar para comparecerem em suas unidades em data e horário que lhes forem mais convenientes, a fim de serem convidados pelos pesquisadores para participarem da pesquisa.

A pesquisadora aponta que serão pesquisadores desta pesquisa, estudantes de graduação do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos e do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica ligado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos que vierem a ser selecionados em 2016 para participarem do Programa Institucional de Iniciação Científica (PIBIC) e Mestrado Profissional em Gestão da Clínica, respectivamente. A pesquisadora responsável se compromete a enviar os nomes dos estudantes selecionados ao Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil para serem incluídos como pesquisadores deste estudo. Entretanto, cita no documento da plataforma Brasil os nomes de pesquisadores deste estudo: Maristela Carbol como pesquisadora responsável e Fernanda Vieira Rodovalho Callegari como membro da equipe. A pesquisadora explicita também que: a coleta de dados será realizada no Serviço de Acompanhamento de Intervenções em Bebê de Alto Risco (SAIBE), setor pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, onde as fichas de avaliação do aconselhamento contraceptivo de cada usuário são copiadas dos seus prontuários e arquivadas ao final do processo de planejamento reprodutivo, de maneira que todas as fichas de avaliação fiquem juntas e seguras, uma vez que esses usuários/usuárias transitam por vários setores da Secretaria de Saúde realizando as avaliações. No projeto de pesquisa está explicitado que as informações contidas nas fichas de avaliação do aconselhamento contraceptivo serão coletadas e transcritas em documento próprio dos pesquisadores, não havendo em hipótese alguma qualquer tipo de informação dos participantes que possam identificá-los, a fim de respeitar o anonimato.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto de acordo;
- Carta de Autorização Prévia da Instituição co-participante da pesquisa, assinada e preenchida

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.484.795

pela responsável legal, Isabella Gerin de Oliveira, Diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial.

-documento da plataforma Brasil e TCLE: foram revistos e se encontram adequados;

-Cronograma revisado e atualizado.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_579881.pdf	29/02/2016 12:12:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_alteracoes_realce_amarelo_ver_sao_3.docx	29/02/2016 12:11:44	maristela carbol	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO_A_TCLE_versao_3.docx	29/02/2016 12:11:14	maristela carbol	Aceito
Outros	Carta_esclarecimento_pesquisador.docx	13/11/2015 10:17:48	maristela carbol	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_institucional_SMS_Sao_Carlos.pdf	13/11/2015 10:05:19	maristela carbol	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_alteracoes_realce_amarelo.docx	13/11/2015 10:02:08	maristela carbol	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO_A_TCLE.docx	13/11/2015 10:01:04	maristela carbol	Aceito
Outros	ApendiceE_Avaliacao_Grupo_Tecnico.docx	04/11/2015 18:42:33	maristela carbol	Aceito
Outros	ApendiceD_Avaliacao_Social.docx	04/11/2015 18:41:55	maristela carbol	Aceito
Outros	ApendiceC_Entevista_Psicologica.docx	04/11/2015 18:40:46	maristela carbol	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP **Município:** SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.484.795

Outros	ApendiceB_Acao_Educativa.docx	04/11/2015 18:40:15	maristela carbol	Aceito
Outros	ApendiceA_Avaliacao_Clinica.docx	04/11/2015 18:39:14	maristela carbol	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	04/11/2015 18:33:15	maristela carbol	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_assinada.pdf	29/08/2015 17:18:06	maristela carbol	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 08 de Abril de 2016

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP **Município:** SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br