

ESTRATÉGIA PARA REALIZAÇÃO DE VASECTOMIAS EM HOSPITAL DIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Nos Estados Unidos, a vasectomia é o quarto método de controle de natalidade mais comumente usado após preservativos, pílulas anticoncepcionais orais usadas por mulheres e laqueadura tubária (uma cirurgia realizada para mulheres para prevenir a gravidez). Em comparação com a laqueadura tubária, a vasectomia é mais eficaz, segura e menos dispendiosa.

No Brasil, o IBGE projeta que, até 2060, a taxa de fecundidade da população brasileira cairá dos atuais 1,77 filhos por mulher para 1,66. Se a previsão está correta, só o futuro dirá, mas a expectativa parece estar de acordo com números do Ministério da Saúde que mostram tendência de alta no planejamento familiar, pelo número de laqueaduras e vasectomias.

Enquanto os procedimentos de laqueaduras tubárias se mantiveram estáveis nos últimos três anos, a quantidade de vasectomias realizadas via Sistema Único de Saúde (SUS) cresceu 20% de 2015 a 2017. Enquanto em 2015 foram 38.812, em 2016 subiu para 40.077 e em 2017 foram 45.195.

A vasectomia deve ser considerada como uma forma permanente de esterilização. Embora a reversão da vasectomia seja possível, esse procedimento é mais complicado do que uma vasectomia. Antes de uma vasectomia, é necessário que o paciente seja aconselhado sobre todos os possíveis riscos. Estes incluem dor menor e um baixo risco de hemorragia e infecção. A vasectomia não causa alterações na função sexual, ereções, orgasmos ou libido e não aumenta o risco de desenvolver quaisquer condições médicas adicionais, como demência ou câncer de próstata, mas não previne infecções sexualmente transmissíveis.

A Lei Nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996, rege sobre a ampliação do acesso de mulheres e homens à informação e aos métodos contraceptivos é uma das ações imprescindíveis para que possamos garantir o exercício dos direitos reprodutivos no país. Para que isto se efetive, é preciso manter a oferta de métodos anticoncepcionais na rede pública de saúde e contar com profissionais capacitados para auxiliar a mulher a fazer sua opção contraceptiva

em cada momento da vida. A 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. A Lei estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde. Uma questão fundamental desta Lei é a inserção das práticas da laqueadura de trompas e da vasectomia dentro das alternativas de anticoncepção, definindo critérios para sua utilização e punições para os profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada e/ou insegura. Neste sentido, o Planejamento Familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos/as. 2. Atuação dos Profissionais de Saúde no Planejamento Familiar A atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao Planejamento Familiar, deve estar pautada no Artigo 226, Parágrafo 7, da Constituição da República Federativa do Brasil, portanto, no princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais.

Os profissionais de saúde devem empenhar-se em bem informar aos usuários para que conheçam todas as alternativas de anticoncepção e possam participar ativamente da escolha do método. Considerando que a AIDS vem se tornando uma das principais causas de morte entre mulheres jovens, é fundamental que se estimule a prática da dupla proteção, ou seja, a prevenção simultânea das doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive a infecção pelo HIV/AIDS e a gravidez indesejada. Isso pode se traduzir no uso dos preservativos masculino e feminino ou na opção de utilizá-los em associação a outro método anticoncepcional da preferência do indivíduo ou casal.

A atuação dos profissionais de saúde na assistência à anticoncepção envolve, necessariamente, três tipos de atividades: Atividades educativas; Aconselhamento; Atividades clínicas. Essas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada, tendo-se sempre em vista que toda visita ao serviço de saúde constitui-se numa oportunidade para a prática de ações educativas que

não devem se restringir apenas às atividades referentes à anticoncepção, no enfoque da dupla proteção, mas sim abranger todos os aspectos da saúde integral da mulher. Deve-se, ainda, promover a interação dos membros da equipe de saúde, de forma a permitir a participação dos diversos elementos, nessas atividades, de acordo com o nível de responsabilidade requerido em cada situação.

Dessa forma o início do processo de controle definitivo de natalidade começa com um equipe multidisciplinar ainda nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), seguindo o protocolo:

1.1. Atividades Educativas

As atividades educativas que são desenvolvidas com o objetivo de oferecer à clientela os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método anticoncepcional mais adequado, assim como propiciar o questionamento e reflexão sobre os temas relacionados com a prática da anticoncepção, inclusive a sexualidade. É de fundamental importância que as práticas educativas sejam um caráter participativo, permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo. A linguagem utilizada pelo profissional de saúde é sempre acessível, simples e precisa.

1.2. Aconselhamento

O aconselhamento é entendido como um "processo de escuta ativa individualizado e centrado no indivíduo. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores visando o resgate dos recursos internos do indivíduo para que ele tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação". Esta prática pressupõe: A identificação e acolhimento da demanda do indivíduo ou casal, entendida como suas necessidades, dúvidas, preocupações, medos e angústias entre outras, relacionadas às questões de planejamento familiar e prevenção das DST/AIDS;

Avaliação de risco individual ou do casal, para a infecção pelo HIV e outras DSTs; O reconhecimento pelo profissional de que o sucesso a ser alcançado depende da ação conjunta dos interlocutores (profissional e indivíduo ou casal). Implica, portanto, na promoção de um diálogo no qual a mensagem é contextualizada às características e vivência da(s) pessoa(s) e na necessidade de participação ativa nesse processo. A ideia demarcada no aconselhamento é a troca. Dessa forma torna-se possível o desenvolvimento de uma relação de confiança, condição básica para a realização dos procedimentos presentes no processo de aconselhamento.

1.3. Atividades Clínicas

As atividades clínicas são realizadas levando-se em conta que todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde deve ser utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da sua saúde. De tal forma que a primeira consulta deve ser feita após as atividades educativas incluindo: a anamnese; o exame físico geral e ginecológico/urológico, com especial atenção para a orientação do autoexame das mamas e levantamento de data da última colpocitologia oncótica para avaliar a necessidade de realização da coleta ou encaminhamento para tal; a análise da escolha e prescrição do método anticoncepcional. As consultas subsequentes ou consultas de retorno visam um atendimento periódico e contínuo para reavaliar a adequação do método em uso, bem como prevenir, identificar e tratar possíveis intercorrências.

2. Escolha do Método Anticoncepcional

A assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos anticoncepcionais aprovadas pelo Ministério da Saúde, bem como o conhecimento de suas indicações, contra-indicações e implicações de uso, garantindo à mulher, ao homem ou ao casal os elementos necessários

para a opção livre e consciente do método que a eles melhor se adapte. Pressupõe, ainda, o devido acompanhamento clínico/ginecológico à usuário(a), independentemente do método escolhido. Na decisão sobre o método anticoncepcional a ser usado devem ser levados em consideração os seguintes aspectos: a escolha da mulher, do homem ou do casal; características dos métodos; fatores individuais e situacionais relacionados aos usuários do método. As características dos métodos: eficácia; efeitos secundários; aceitabilidade; disponibilidade; facilidade de uso; reversibilidade; proteção à Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e infecção pelo HIV.

Vasectomia

Os usuários que optam por um método de controle de natalidade definitivo, os quais, após as orientações anteriores escolhem realizar a Vasectomia seguem o seguinte protocolo:

Assistente Social

O Assistente social da unidade de saúde realiza a triagem, verificando de acordo com a Lei nº 9.263, de 13 de novembro de 1996, a possibilidade da realização da esterilização cirúrgica. Maiores de vinte e cinco (25) anos; pelo menos dois (2) filhos vivos. Solicita os documentos pessoais. Ao final do processo o homem retorna com a assistente social para verificação da documentação.

Clínico(a) Geral

Avaliação médica e solicitação de exames pré-operatórios após a palestra: HIV; Glicemia de jejum; Urina I; Uréia Creatinina; Coagulação;

“Ficha de Encaminhamento para Esterilização Cirúrgica”, após palestra e indicação para a Vasectomia.

Psicólogo(a)

Realiza a avaliação psicológica e preenche o campo específico do psicólogo no impresso “Ficha de Encaminhamento para Esterilização Cirúrgica”, após palestra e indicação para a Vasectomia.

Enfermeiro(a)

Avalia a carteira de vacina (vacina anti-tetânica) e realiza o agendamento da palestra educativa sobre métodos contraceptivos, que será realizada mensalmente.

Palestras

O enfermeiro realiza o agendamento para as palestras que serão realizadas mensalmente. As palestras serão realizadas separadamente para os homens e para mulheres, abordando os assuntos sobre o planejamento familiar (sistema reprodutor e métodos contraceptivos). Cada unidade que realiza o planejamento familiar tem disponível materiais didáticos para realização das palestras pelos profissionais de saúde.

Após o término do processo inicial, toda documentação e exames pré-operatórios, são enviados a HDRHCMBMI.

Documentos para realização da Vasectomia:

RG dela e do companheiro (cópia);

CPF (cópia);

Certidão de casamento (cópia);

certidão de nascimento dos filhos (cópia);

cartão SUS (cópia);

carteira de vacina (antitetânica em dia) (cópia);

Comprovante de endereço(cópia);

“Ficha de encaminhamento para esterilização cirúrgica”;

“Ficha Consentimento Informado”(esse ficha deve ser autenticada em duas vias, uma via permanece arquivada na unidade).

Todos os usuários passam por uma avaliação urológica adicional, onde são examinados por um urologistas, e mais uma vez explicado como se realiza o procedimento, sanando potenciais dúvidas e marcado o procedimento.

No Hospital Dia da Rede Hora Certa M’Boi Mirim I (HDRHCMBM1), a realização de tais procedimento teve início em julho de 2015, e foi visto uma aumento exponencial de suas realizações, como visto na Figura- 1.

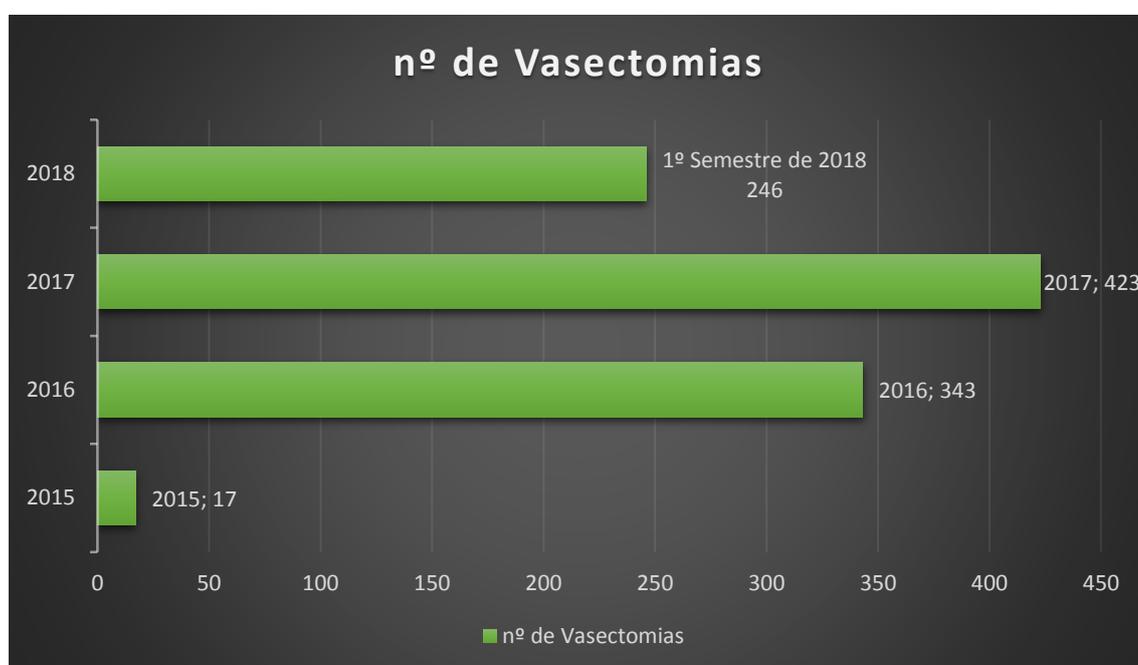


Figura 1 – Numero de Vasectomias/ ano realizadas na

A vasectomia é um procedimento de esterilização cirúrgica para homens para prevenir a fertilidade futura. Para que a gravidez ocorra após a relação sexual, o esperma de um homem fertiliza um óvulo de uma mulher. Nos homens, o esperma é normalmente transportado dos testículos para o ejaculado pelo canal deferente, um tubo fino e muscular. Durante uma vasectomia, o ducto

deferente é cortado e bloqueado. Isso evita que o espermatozoide se misture com o fluido ejaculado. Uma vasectomia resulta em ejaculação que não carrega nenhum espermatozoide e, portanto, não pode fertilizar um óvulo. Como o espermatozoide representa apenas cerca de 10% a 15% do volume da ejaculação, após uma vasectomia geralmente não há alterações perceptíveis no líquido ejaculado ou seminal.

A vasectomia é na Hospital Dia da Rede Hora Certa M'Boi Mirim I (HDRHCMBM1) é realizada por um urologista em sala de cirurgia com anestesia local e quando necessário, sedação. Existe uma variedade de técnicas para realizar uma vasectomia, mas, independentemente da técnica utilizada, os princípios da vasectomia permanecem os mesmos. Após a medicação ter sido administrada para anestésiar o escroto, uma pequena abertura é feita na pele e o ducto deferente é localizado. O ducto deferente é então levado para fora do escroto, cortado e ocluído (bloqueado). O ducto deferente ocluído é então colocado de volta no escroto. Um ponto dissolúvel é usado às vezes para fechar a pele. O procedimento geralmente leva 30 minutos ou menos.

A maioria dos homens volta ao trabalho alguns dois dias depois de uma vasectomia, mas é aconselhável evitar exercícios pesados, esforço ou exercícios vigorosos por uma semana. Além disso, recomenda-se um período de 1 semana de abstinência (sem ejaculação). Após uma vasectomia, ainda é possível que o espermatozoides permaneça no fluido da ejaculação durante semanas a meses. Devido a isso, é necessário provar a ausência de espermatozoides no ejaculado antes de ter relações sexuais sem uma forma secundária de controle de natalidade. Isso é feito por uma análise de sêmen pós-vasectomia, realizado após 2 meses da vasectomia. Até que isso tenha sido provado, existe uma chance de gravidez. É orientado ao paciente que o intercuro desprotegido não deve ser tentado até que seu médico tenha lhe dito que você não tem mais espermatozoides no seu ejaculado.

Após sete dias do procedimento o paciente retorna com urologista, onde a ferida operatória é examinada, e geralmente são retirados os pontos. Uma coleta do espermograma é marcada para ser realizada após 2 meses do procedimento, quando o paciente retorna em consulta urológica, e é avaliado quanto a azoospermia. Durante todo o processo o usuário é orientado do risco

de concepção até a realização de espermograma de controle. Aqueles paciente que por acaso não compareceu as consultas de retorno, realizar-se-á sua busca ativa, com convocação por telefone, para conclusão sua atividade assistencial.

Bibliografia:

- 1) Martinez GM, Chandra A, Amba JC, et al. Fertility, contraception, and fatherhood: data on men and women from cycle 6 (2002) of the 2002 National Survey of Family Growth. Vital Health Stat. 2006;23:1.
- 2) Trussell J, Lalla AM, Doan QV, et al. Cost-effectiveness of contraceptives in the United States. Contraception. 2009;79:5.
- 3) Disponível em:
http://www.blog.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=34478&catid=570&Itemid=101, acessado em 30/08/2018 às 09:27.
- 4) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva – Brasília : Ministério da Saúde, 300 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26), 2013.