



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUCILLA VIEIRA CARNEIRO

DECIDINDO PELA VASECTOMIA: A FALA DOS HOMENS

**JOÃO PESSOA
2012**

LUCILLA VIEIRA CARNEIRO

DECIDINDO PELA VASECTOMIA: A FALA DOS HOMENS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Wilma Dias de Fontes

LINHA DE PESQUISA: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

JOÃO PESSOA
2012

C289d Carneiro, Lucilla Vieira.
Decidindo pela vasectomia: a fala dos homens / Lucilla Vieira Carneiro.-- João Pessoa, 2012.
74f.
Orientadora: Wilma Dias de Fontes
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS
1. Planejamento Familiar. 2. Masculinidade. 3.
Vasectomia. 4. Enfermagem em Saúde Pública.

UFPB/BC

CDU: 314.336(043)

LUCILLA VIEIRA CARNEIRO

DECIDINDO PELA VASECTOMIA: A FALA DOS HOMENS

Aprovada em: 28/02/2012

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Wilma Dias de Fontes
Orientadora (UFPB)

Profª Dra. Rosineide Santana de Brito
Membro (UFRN)

Profª Dra. Simone Helena dos Santos Oliveira
Membro (UFPB)

Profª Dra. Maria Emília Limeira Lopes
Membro Suplente (UFPB)

Profª Dra. Rejane Millions Viana Meneses
Membro Suplente (UFRN)

**Senhor, sois vós que fazeis brilhar o meu farol;
Sois vós que dissipais as minhas trevas.
Convosco afrontarei batalhões;
Com meu Deus escalarei muralhas.
Os caminhos de Deus são perfeitos;
A palavra do Senhor é pura.
Ele é o escudo de todos os que Nele se refugiam.**

(Salmos 17; 29 – 31)

Aos amores da minha vida, meus pais Aldeci (in memoriam) e Mocinha, meus irmãos Natália e Aldeci Filho, meu noivo Alberto e minha tia Albanir, pelo amor incondicional, pelo respeito, companheirismo, compreensão e por constituírem junto a Deus fonte provedora de todas as minhas forças, necessárias para caminhar firmemente por entre caminhos sinuosos do labirinto da vida, inspirando-me na busca pelos caminhos mais promissores. A vocês com todo meu amor, dedico o resultado desta conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Pai celeste, fonte provedora de todas as minhas forças, pela oportunidade de vivenciar, com alegria e satisfação, o mérito desta conquista; pelas oportunidades de aprendizado profissional, pessoal e espiritual, durante minha formação acadêmica.

À minha mãe, Mocinha, o alicerce da minha vida, por estar sempre ao meu lado, me incentivando, sorrindo e chorando junto comigo em todos os momentos da minha vida.

Ao meu pai, Aldeci, que junto a Deus, está abençoando e iluminando o meu caminho.

Aos meus irmãos, Natália e Aldeci Filho, pela força e compreensão durante a minha caminhada.

A toda minha família pelo incentivo, especialmente a minha “tia-mãe”, Albanir, grande responsável por esta conquista. Obrigada pela ajuda e pela presença em todas as circunstâncias da minha vida, bem como, pelo incentivo, desde criança, com relação aos estudos.

Ao meu noivo, Alberto, por fazer parte da minha vida, estando ao meu lado ao longo desta caminhada, auxiliando-me nos momentos difíceis e compartilhando momentos de felicidade, sempre me apoiando e torcendo pelo meu sucesso.

À minha cunhada, Liliane, pela torcida sempre em todos os momentos e, como professora de Português, pelas contribuições na revisão dessa dissertação.

À inestimável mestra, Prof^a. Dra. Wilma Dias de Fontes, pela credibilidade em minha pessoa e nos meus trabalhos; pelo companheirismo durante a construção deste estudo; pelos ensinamentos não só profissionais, mas de vida, cujos valores são incomensuráveis à minha formação. Tenha certeza de que levarei comigo uma grande amiga.

Às ilustres professoras Rosineide Santana de Brito, Simone Helena dos Santos Oliveira, Maria Emília Limeira Lopes e Rejane Millions Viana Meneses pelas valiosas contribuições e por terem aceitado participar da Banca Examinadora.

A todos os meus professores por terem contribuído com seus ensinamentos e experiência de vida.

À Patrícia Assunção, ex-coordenadora de Saúde do Homem da Secretaria Municipal de Saúde, que propôs a temática deste trabalho.

Aos profissionais do Hospital Municipal Santa Isabel, especialmente a Eva Luna (enfermeira), Rejane Nascimento (assistente social), Marnio Costa (médico urologista) e Cristina Tavares (psicóloga), e pelo trabalho maravilhoso que desenvolvem no programa de vasectomia desta instituição, bem como pela atenção e colaboração dispensada no desenvolvimento desta pesquisa.

Aos homens entrevistados, meu profundo respeito e agradecimento pela disposição em compartilharem suas experiências, tornando possível a realização deste estudo.

À minha grande amiga Kerle Dayana, pelo incentivo para que eu buscasse o Mestrado.

À diretora do CEFOR-PB, Márcia Rique, pela amizade, pelo apoio e liberação durante as atividades do Mestrado.

Aos amigos e profissionais de enfermagem que estiveram presentes na luta por esta conquista, cujos nomes não estarão aqui explícitos, por serem muitos, mas que, ao lerem este agradecimento, sentirão que estará se dirigindo a eles. Obrigada por contribuir, direta ou indiretamente, com meu crescimento profissional e pessoal e por torcer pelo meu sucesso.

A todos vocês, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

CARNEIRO, L. V. **Decidindo pela Vasectomia: a fala dos homens**. 72 f. 2012. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

O presente estudo tem como tema central a vivência de homens frente à vasectomia. Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, desenvolvido em um serviço de saúde considerado de referência na realização da vasectomia, localizado em João Pessoa – PB/Brasil. Apresentou como objetivo analisar a vivência masculina na busca pela vasectomia, no contexto do planejamento familiar. Os dados foram obtidos por meio de entrevista realizada com 11 homens atendidos no programa de vasectomia do referido local de estudo, no período de junho à agosto/2011, que obedecendo a Lei Nº 9.263/96, os mesmos apresentaram idade cronológica não inferior a 25 anos e/ou possuíam 02 (dois) filhos vivos. Para a realização da pesquisa foi considerado o que preceitua a Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo os seres humanos e a Resolução Nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem. Foi utilizada, como técnica de análise para as entrevistas, a análise de conteúdo proposta por Bardin. Os resultados obtidos constatarem a necessidade de uma atuação mais efetiva das Unidades Básicas de Saúde em relação ao planejamento familiar, além de incremento na oferta de ações educativas em grupo para a população, de forma contínua, incluindo homens e todos os profissionais da equipe de saúde nessas ações. No âmbito da Enfermagem, as contribuições deste estudo emergem para a formação profissional, cujos reflexos possibilitam alcançar a melhor qualidade do cuidado. Destaca-se que a possibilidade do homem realizar a vasectomia foi observada pelos entrevistados como uma conquista dos seus direitos. É oportuno lembrar que, no marco dos direitos sexuais e reprodutivos, no que se refere à contracepção, a meta deve ser sempre a de avançar no sentido de prover às pessoas informação e acesso ao mais amplo leque de métodos contraceptivos, o que inclui a esterilização cirúrgica masculina.

Palavras-chave: Planejamento Familiar, Masculinidade, Vasectomia, Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

CARNEIRO, L. V. **Family Planning and Reproductive:** experience of men as compared to vasectomy. f. 72, 2012. Dissertation (Master). Graduate Program in Nursing - Centre for Health Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2012.

The present study is focused on the experience of men as compared to vasectomy. This is a study of an exploratory-descriptive, developed in a health service considered the reference implementation of the vasectomy, located in João Pessoa - PB / Brazil. Presented to analyze the experience in the quest for male vasectomy, in the context of family planning. Data were obtained through interviews with 11 men attended the vasectomy program from that place of study, from June to agosto/2011 that obeying the Law No 9.263/96, showed the same chronological age less than 25 years and / or had two (02) living children. For the research was considered the precepts Resolution No 196/96 of the National Health Council on research involving humans and Resolution No. 311/2007 of the Federal Council of Nursing. Was used as a technique for analyzing the interviews, content analysis proposed by Bardin. The results verified the need for more effective performance of the Basic Health Units in relation to family planning, and increase in share offering educational group for the population, continuously, including men and all professionals in the health care team these actions. Within nursing, the contributions of this study emerge for training, whose reflections reach the best possible quality of care. It is noteworthy that the possibility of man perform vasectomy was seen by them as a conquest of their rights. It is worth recalling that, in the context of sexual and reproductive rights, with regard to contraception, the goal should always be to move towards providing people information and access to wider range of contraceptive methods, including sterilization male surgical.

Keywords: Family Planning, Masculinity, Vasectomy, Public Health Nursing.

RESUMEN

Carneiro, L. V. **La decisión de la vasectomía:** el discurso de los hombres. 72 f. 2012. Tesis (Maestro). Programa de Postgrado en Enfermería - Centro de Ciencias de la Salud, la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2012.

El presente estudio se centra en la experiencia de los hombres en comparación con la vasectomía. Este es un estudio de carácter exploratorio-descriptivo realizado en un servicio de salud considera la implementación de referencia de la vasectomía, que se encuentra en João Pessoa - PB / Brasil. Presentado para analizar la experiencia en la búsqueda de la vasectomía masculina, en el contexto de la planificación familiar. Los datos fueron obtenidos a través de entrevistas con 11 hombres asistieron al programa de vasectomía desde ese lugar de estudio, de junio a agosto/2011 que la obediencia a la Ley n ° 9.263/96, mostró la misma edad cronológica inferior a 25 años y / o con dos (02) hijos vivos. Para la investigación se consideró la Resolución preceptos n ° 196/96 del Consejo Nacional de Salud en la investigación con seres humanos y la Resolución N ° 311/2007 del Consejo Federal de Enfermería. Fue utilizado como una técnica para el análisis de las entrevistas, análisis de contenido propuesto por Bardin. Los resultados verificaron la necesidad de mayor desempeño eficaz de las Unidades Básicas de Salud en relación a la planificación familiar, y el aumento de la cuota que ofrece el grupo de educación para la población, de forma continua, incluyendo a los hombres ya todos los profesionales del equipo de atención médica estas acciones. En la enfermería, las contribuciones de este estudio surgen de la formación, cuyos reflejos llegar a la mejor calidad posible de atención. Es de destacar que la posibilidad de que el hombre la vasectomía realizar era visto por ellos como una conquista de sus derechos. Vale la pena recordar que, en el contexto de los derechos sexuales y reproductivos, con lo que se refiere a la anticoncepción, la meta siempre debe ser avanzar hacia proporcionar a las personas la información y el acceso a una gama más amplia de métodos anticonceptivos, incluida la esterilización quirúrgica masculina.

Palabras clave: Planificación de la Familia, la masculinidad, la vasectomía, Enfermería de Salud Pública.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização sociodemográfica dos entrevistados	34
Quadro 2: Categorias e Subcategorias vinculadas à vasectomia	37
Quadro 3: Método vinculado à responsabilização feminina, Método vinculado à responsabilização masculina e Não Utilização de Métodos Contraceptivos e respectivos relatos dos usuários. Pesquisa direta. João Pessoa, 2012	39
Quadro 4: Saúde da esposa/companheira, Número de filhos suficiente e Condições financeiras. Pesquisa direta. João Pessoa, 2012	41
Quadro 5: Baixo sucesso de reversão. Pesquisa direta. João Pessoa, 2012	45
Quadro 6: Não recebeu informações na UBS e Recebeu informações na UBS. Pesquisa direta. João Pessoa, 2012.....	47
Quadro 7: Conhecimento através de amigos, conhecidos, vizinhos e familiares; Conhecimento através de profissionais/serviços de saúde e Conhecimento através de meios de comunicação social. Pesquisa direta. João Pessoa, 2012.....	49
Quadro 8: Vasectomia como uma conquista social e Vasectomia como equidade social. Pesquisa direta. João Pessoa, 2012.....	52
Quadro 9: Ambivalência e Segurança pela experiência prévia de terceiros. Pesquisa direta. João Pessoa, 2012	54
Quadro 10: Decisão em curto prazo e Decisão em longo prazo. Pesquisa direta. João Pessoa, 2012	57
Quadro 11: Divulgação dos serviços de vasectomia e Maior atuação da atenção básica. Pesquisa direta. João Pessoa, 2012.....	59

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 GERAL	17
2.2 ESPECÍFICOS.....	17
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 PLANEJAMENTO FAMILIAR NA PERSPECTIVA DA INSERÇÃO MASCULINA.....	18
3.2 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA VASECTOMIA.....	22
3.3 ATENÇÃO À SAÚDE MASCULINA NO CONTEXTO DA VASECTOMIA.....	25
4 METODOLOGIA.....	30
4.1 TIPO DO ESTUDO	30
4.2 LOCAL DO ESTUDO	30
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	31
4.4 ABRANGÊNCIA TEMPORAL DO ESTUDO	31
4.5 POSICIONAMENTO ÉTICO	31
4.6 TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	32
4.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS HOMENS PARTICIPANTES DO ESTUDO	34
5.2 VIVÊNCIA MASCULINA NA BUSCA PELA VASECTOMIA NO CONTEXTO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES.....	72
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	72
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	73
APÊNDICE C – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	74

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

A busca de condições adequadas de vida e saúde tem sido um anseio e uma luta de povos por todo o mundo. Alternativas vem sendo pensadas, reformas organizadas e implantadas, paradigmas e princípios revistos na perspectiva de reorganização dos serviços como uma das estratégias para viabilizar ações de promoção da saúde, assim como as mudanças na formação e nas atitudes dos profissionais são requisitos para que as necessidades do indivíduo sejam vistas de uma forma integral.

O foco específico na relação homens e saúde tem sido, mais recentemente, tanto nos meios acadêmicos quanto no âmbito dos serviços de saúde, alvo de desafios. É preciso reconhecer o homem como um sujeito que tem necessidades, tendo em vista que os serviços e as estratégias de comunicação antes privilegiavam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso. Visto isso, o Ministério da Saúde, apresentou em 2008 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH – como uma das prioridades do governo atual (BRASIL, 2008).

A proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa, entre outros aspectos, qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. O reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis (BRASIL, 2008).

Sendo a atenção básica o *locus* onde prioritariamente devem ser desenvolvidas ações de educação em saúde, e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), vista atualmente como a principal medida para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 1997), pode-se considerar esta como um espaço favorável ao desenvolvimento da PNAISH.

Um dos objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é justamente aumentar o acesso e a adesão dos 40 milhões de homens com idade entre 25 e 59 anos à rede do Sistema Único de Saúde, desde a atenção primária até a especializada e hospitalar. Em especial, visando promover a saúde e prevenir agravos. Isso porque a maioria só procura profissionais especializados quando já apresenta sintomas de uma doença.

Buscando promover essa inserção do homem nas questões reprodutivas, o Ministério da Saúde, por meio do Plano de Ação Nacional (2009-2011) da PNAISH, apresenta em seu Eixo V a implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem, ressaltando a importância de promover a ampliação e a qualificação da atenção ao planejamento reprodutivo masculino por meio da promoção da oferta de contracepção cirúrgica voluntária masculina (vasectomia) nos termos da legislação específica, sobretudo em nível ambulatorial (BRASIL, 2008).

De acordo com Schraiber, Gomes e Couto (2005), incluir a participação do homem nas ações de saúde é, no mínimo, um desafio, por diferentes razões. Uma delas se refere ao fato de, em geral, o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde, também no que se refere ao cuidar dos outros, não serem questões colocadas na socialização dos homens. Desse modo, os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica (BRASIL, 2008).

Tal fato não é diferente quando se trata da participação masculina no planejamento familiar. Através dos séculos, a humanidade tem considerado que o controle do número de filhos do casal é uma tarefa, em muitos casos, exclusiva da mulher, isto deve-se ao fato que é a mulher quem exerce a maternidade diretamente. Entretanto, contemporaneamente esta concepção vem mudando de maneira progressiva, já que o problema da contracepção é uma questão na qual devem estar envolvidos, o homem e a mulher. Neste sentido, Gomes (1998) afirma que trata-se de uma temática que exige uma focalização na perspectiva relacional de gênero.

Na atualidade existe um único método eficaz, que atua interferindo na passagem dos espermatozóides pela via seminal – a vasectomia. Trata-se de um método simples que consiste em impedir a passagem das células germinativas masculinas do lugar de sua produção, no interior dos testículos, ao líquido seminal, por meio da secção dos condutos deferentes. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), este é um procedimento que não necessita internação e dura menos de trinta minutos, destinado para homens com mais de 25 anos e/ou que tenham dois filhos ou mais, segundo a lei de Planejamento Familiar. No Sistema Único de Saúde (SUS) ela pode ser realizada por um profissional médico especializado.

Destaca-se que o número de vasectomias vem aumentando no Brasil desde a inserção deste procedimento na tabela do SUS. Este é sem dúvida, o método de maior crescimento nos

últimos anos. Segundo estatísticas, em 2001 o número de vasectomias realizadas pelo SUS foi de 7.798, já em 2009 esse número passou para 34.144 (BRASIL, 2010).

De acordo com Smith (1981), a vasectomia é um tema de grande relevância devido à necessidade dos homens em dividir a responsabilidade na contracepção e em poder definir o tamanho de suas famílias. Corroborando com o autor citado acima, Duarte et al (2003) afirmam que nas duas últimas décadas do século passado, em resposta à preocupação quanto ao papel e à perspectiva masculinos em relação à saúde reprodutiva, a participação dos homens nessa área passou a ser alvo de muitos estudos em todo o mundo, e principalmente pelo o avanço tecnológico na cirurgia de vasectomia.

Desse modo, o planejamento familiar se propõe a inserir o homem, o parceiro, nesse processo, incentivando sua participação por meio da vasectomia, bem como junto às atividades dos serviços de saúde, ressaltando sua importância na participação da formulação das estratégias familiares, a exemplo das discussões sobre os direitos reprodutivos e métodos contraceptivos.

Diante disso, este estudo visa responder aos seguintes questionamentos: quais os aspectos que permeiam a decisão dos homens frente à vasectomia? Como eles vivenciam esse processo? E, diante das respostas obtidas com os questionamentos anteriores, subsidiar as ações nesses serviços de saúde na perspectiva da inserção/participação dos homens, a fim de contribuir para a institucionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, bem como a implementação do seu plano de ação.

O desenvolvimento desse estudo justificou-se pela oportunidade de compreender a vivência dos homens frente ao planejamento familiar, através da vasectomia, e pela possibilidade de revelar formas de inserção da população masculina nesses serviços de saúde. Além disso, espera-se contribuir para superar a incipiência de pesquisas acerca dessa temática.

A relevância desse estudo reside no fato de que por meio das entrevistas realizadas tornou-se possível identificar o processo de decisão masculina em relação à vasectomia, bem como, contribuir para a desmitificação dos modelos hegemônicos de masculinidade existentes em torno da esterilização definitiva. Assim, é necessário captar e orientar esses homens para os serviços de saúde, tendo em vista que a vasectomia surgiu como um marco de mudança da vida reprodutiva masculina.

Para a enfermagem, as contribuições podem advir tanto para o ensino quanto para os serviços de saúde. No âmbito do ensino, espera-se que os aspectos aqui revelados sejam incorporados no planejamento das disciplinas que abordam a temática e, assim, seus reflexos

subsidiarão ações assistenciais mais focadas na realidade vivenciada pelos homens frente à vasectomia. Desse modo, espera-se, por conseguinte, contribuir para melhor adequação entre as ações das instituições formadoras e as bases políticas que norteiam a assistência à saúde do homem.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

♦ Analisar a vivência masculina na busca pela vasectomia, no contexto do planejamento familiar.

2.2 ESPECÍFICOS

- ♦ Identificar os motivos que levam os homens a buscarem um serviço de vasectomia;
- ♦ Averiguar o conhecimento de homens sobre vasectomia;
- ♦ Identificar sentimentos vivenciados por homens mediante a decisão de serem vasectomizados;
- ♦ Apreender sugestões masculinas sobre estratégias que motivem os homens a buscarem os serviços de vasectomia.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 PLANEJAMENTO FAMILIAR NA PERSPECTIVA DA INSERÇÃO MASCULINA

A interação entre os direitos reprodutivos e a sexualidade, vivenciada entre homens e mulheres ao longo dos tempos, tem-se revelado como temas merecidos de atenção especial por parte de estudiosos de diferentes áreas, a exemplo da sociologia e da saúde.

Sabe-se que no decorrer da história, a sexualidade humana sempre ocupou destaque em todas as sociedades, como forma de prazer ou procriação. Embora trata-se de uma característica da espécie vinculada às formas de relação interindividuais, ao curso do tempo e nas diferentes culturas sociais ela se transforma, não possuindo assim, um caráter ou modelo definitivo.

Na sociedade ocidental do século XXI, a sexualidade é vivenciada, muitas vezes, de forma livre e antes do matrimônio, exigindo que homens e mulheres optem por métodos anticonceptivos eficazes para a prevenção de uma gravidez indesejada, bem como das doenças sexualmente transmissíveis, a partir da concepção que remeta à sua criticidade enquanto cidadãos. Assim, vivenciar a sexualidade na perspectiva de um direito – Direito Reprodutivo – tem sido historicamente uma luta de homens e mulheres em todo o mundo, mas com focos de conquistas singulares.

Segundo Campos e Oliveira (2009), falar dos direitos sexuais e reprodutivos no marco dos direitos humanos significa reconhecer que são universais (abarcam os seres humanos desde o seu nascimento), interdependentes (conectam-se com os demais direitos humanos) e indivisíveis (são vividos e atuam de forma conjunta e integral). Isso significa dizer que, mesmo tendo a saúde maior ênfase como o arcabouço da construção dos direitos sexuais e reprodutivos, a efetivação dos mesmos deve ocorrer conectada com outros campos da vivência da cidadania, como o político e as dimensões culturais, pensados para além de normas legais.

Levando-se em consideração a historicidade dos direitos, é recente a emergência do Direito Reprodutivo como direito humano. Este novo conceito de direito teve início a partir do final da Segunda Guerra Mundial, quando começou a ganhar força a ideia de direito individual, especialmente o direito feminino. Desde então, o mesmo foi desenvolvendo-se (especialmente durante a década de 1980), até que, finalmente, foi incorporado à lógica dos direitos internacionais.

De acordo com Ávila e Corrêa (1999), somente nos anos 1960 as mulheres romperam com a pretensa naturalidade da opressão feminina através da nova ordem liberal, que tinha como base fundamental discutir a desigualdade como componente das relações sociais baseadas na dominação de sexo que hierarquiza as relações de gênero como relações de poder.

Como consequência desta nova visão acerca dos direitos das mulheres, surgem no cenário mundial, discussões sobre tais direitos e o aperfeiçoamento das legislações. Embora o termo direitos reprodutivos tenha surgido explicitamente com a criação da Rede Mundial pela Defesa dos Direitos Reprodutivos das Mulheres em 1979, desde o início do século XX pode-se identificar uma demanda do movimento de mulheres pelo controle da própria capacidade reprodutiva. Foi na I Conferência Mundial de Direitos Humanos de 1968, em Teerã, que finalmente reconheceu-se o direito da pessoa a decidir sobre sua reprodução (TONELI, 2004).

É oportuno destacar que o primeiro indício de mudança na postura do governo em relação a anticoncepção surgiu durante a Conferência sobre População realizada em 1974 em Bucareste. Somente após essa Conferência, o governo brasileiro passou a considerar o planejamento familiar como um direito das pessoas e dos casais.

O termo saúde reprodutiva surge, no Brasil, em meados do século passado, após a realização do Congresso Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos em Amsterdã no ano de 1984, quando é defendido o direito à saúde e a autonomia das mulheres e dos casais na definição do número de filhos.

A luta por Direitos Reprodutivos no Brasil faz parte da construção da democracia e está presente na agenda política. O primeiro programa do governo que inseriu nas ações de saúde o planejamento familiar foi o Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM) lançado pelo Ministério da Saúde em 1983. Nas bases programáticas do PAISM, o planejamento reprodutivo era considerado como o direito de todos os cidadãos da sociedade e se referia à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou como casais. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1983), para que este direito pudesse ser efetivamente exercido, era necessário que os indivíduos tivessem acesso às informações e aos meios para intervir no ritmo da procriação.

Pela própria denominação do programa e sua filosofia, a participação do homem não era mencionada explicitamente, até porque o controle reprodutivo sempre foi visto como de responsabilidade apenas da mulher. No entanto, esta concepção vem se modificando e os homens estão sendo incorporados nas questões que tratam sobre a regulação da fecundidade.

De acordo com Santos (2003), após a Conferência de Cairo, em 1994, os homens passaram a ser incluídos nas questões de direitos reprodutivos. Passo esse de extrema relevância, visto que, pela nova concepção, saúde reprodutiva não se preocupa apenas com o corpo feminino durante momentos particulares, tais como gravidez, o parto e a lactação.

Tal conferência estabeleceu um programa de ação que afirmou os direitos reprodutivos como categoria de direitos humanos já reconhecidos em tratados internacionais, incluindo o direito do homem à escolha livre e responsável do número de filhos e de seu espaçamento, dispondo da informação, educação e meios necessários para tanto.

Em 1995, a IV Conferência Mundial da Mulher foi realizada em Pequim, confirmando as diretrizes definidas no Cairo. Nela, reforçou-se a necessidade da proteção dos direitos estreitamente ligados aos direitos reprodutivos, tais como direitos sexuais, direito à saúde, à integridade, à proteção contra violência, à igualdade e não discriminação, matrimônio, educação e proteção contra exploração sexual.

Desse modo, ao longo do tempo a discussão acerca dos direitos reprodutivos no âmbito dos direitos humanos significou um avanço no sentido de que não importava o sexo/gênero da pessoa, sua religião, idade, raça/etnia, grupo social de pertença e, sim, que qualquer um precisa ser reconhecido como sujeito de direitos neste campo e deve ter asseguradas as condições para o exercício pleno destes direitos.

Nesse contexto, o planejamento familiar é um direito a ser exercido por homens e mulheres ao longo de sua vida reprodutiva, cabendo, pois, aos profissionais da saúde e áreas afins a instrumentalização destes para uma decisão crítico-reflexiva. Neste sentido, o Ministério da Saúde por meio da Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, entende planejamento familiar como o “conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (BRASIL, 1996, p.1).

Ainda nesta perspectiva a Constituição Federal em seu Capítulo VII, Art. 226º diz que:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento reprodutivo é livre decisão do casal competindo ao Estado, propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício deste direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988, p. 101).

Assim, o planejamento familiar é para ser vivido enquanto uma ação crítico-reflexiva que envolve homens e mulheres, embora, verifica-se que a participação masculina tenha ficado à margem dessa inclusão.

Segundo Portella et al (2004), o silêncio em torno do lugar dos homens no contexto da sexualidade e reprodução, a partir do olhar de gênero, começou a ser rompido de forma mais explícita com a IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada em 1994, no Cairo, bem como com a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, 1995, promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU), nas quais foi reconhecida a necessidade de estimular uma maior participação dos homens nas decisões acerca da saúde sexual e reprodutiva. Passou-se, a partir daí, a um questionamento mais sistemático sobre a possibilidade de eficácia de políticas pública voltadas às essas questões poderem estar vinculadas a uma maior participação masculina. Isso significou o reconhecimento de que o planejamento familiar, a contracepção e a prevenção de DST/AIDS deveriam ser tratados como sendo também de responsabilidade masculina.

A saúde reprodutiva, antes tradicionalmente abordada como um assunto da saúde da mulher, hoje é um espaço de homens e mulheres na partilha de responsabilidades. Consequentemente, a inserção do homem nestes assuntos tem aumentado a busca pela vasectomia. Vários estudos a exemplo de Giffin e Cavalcanti (1999), Vigoya (2001) e Beattie (2002), apontam que a questão do masculino emergiu com força nos estudos de gênero no Brasil nos últimos anos, especialmente nas discussões e análises sobre sexualidade e saúde reprodutiva, dominadas até então por mulheres.

A ideia de que os homens, via de regra, não se interessam por certas questões relativas à sexualidade e à reprodução está embasada numa visão machista e sexista, em face das limitações impostas por padrões culturais inscritos em práticas preconceituosas, que impede às mulheres e aos homens o pleno exercício de seus direitos sexuais e direitos reprodutivos (MEDRADO et al, 2008).

O foco específico na relação homens e saúde vem ocorrendo, nos últimos anos, tanto nos meios acadêmicos quanto no âmbito dos serviços de saúde. Keijzer (2003) observa que o campo da saúde reprodutiva é um dos que mais vem advogando a participação do homem, seja no sentido exclusivamente de informação e como apoio à saúde das mulheres, seja no sentido de reconhecer o homem como sujeito que tem necessidades, assim como direitos sexuais e reprodutivos.

Ainda em relação à essa participação dos homens em questões de saúde reprodutiva, Keijzer (2003) considera a paternidade um dos temas mais problemáticos e, ao mesmo tempo, promissores, pois, muitas vezes, se constitui no principal objetivo dessa participação.

Desse modo, torna-se necessário incorporar os homens numa perspectiva real e científica nos processos relacionais de saúde, sexualidade e reprodução. Assim, através dessa incorporação, pode-se apreender e reconhecer as necessidades e decodificar a história de desigualdades de gênero com vistas a gerar um cuidado coletivo, construir novos discursos e um reencontro de subjetividades.

3.2 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA VASECTOMIA

A vasectomia é um método anticoncepcional considerado simples, seguro, rápido e permanente. Assim, em decorrência dos indicadores de saúde no contexto da saúde reprodutiva masculina e das ações descritas no Plano de Ação Nacional (2009-2011), ambos da PNAISH, bem como das características que permeiam a vasectomia, é necessário um maior envolvimento dos exercentes da saúde para estimular os homens na busca da sua utilização como medida contraceptiva, desassociando-a da ideia de que ela pode comprometer a sua sexualidade.

A origem da vasectomia remonta o início do século XIX, quando se atribui a Ashley Cooper, um pesquisador que publicou em Londres a pesquisa intitulada ‘Observações sobre a estrutura e doenças dos testículos’, a influência da oclusão do canal deferente sobre a produção de células reprodutivas masculinas. Tal pesquisa foi baseada na ligação de um dos testículos de um cão, quando o mesmo identificou que “[...] a oclusão do canal deferente não exercia, após período de seis anos, algum efeito sobre a produção de espermatozóides [...]” (NETO JÚNIOR, 1982, p.131).

No Brasil, só um século e meio após os primeiros estudos envolvendo a vasectomia, em 1981, é que foi realizada pela primeira vez esta cirurgia. Segundo Castro (1983), a primeira clínica a realizar a vasectomia foi a Promoção da Paternidade Responsável (PRO-PATER), na cidade de São Paulo, inaugurando assim, segundo o autor, a era da contracepção masculina no Brasil.

A vasectomia é realizada pelo seccionamento dos canais deferentes, destruindo o caminho dos espermatozóides dos testículos para a uretra. A intervenção pode ser realizada em ambulatório, sob anestesia local. O procedimento dura cerca de 30 minutos e a volta às

atividades habituais ocorre em 48h. A atividade sexual sem desconforto ocorre em torno de 7 dias e relações sexuais seguras somente após cerca de 20 ejaculações e realização de um espermograma, onde se comprove a ausência de espermatozóide.

A vasectomia age impedindo que os espermatozóides se encontrem com o óvulo, mesmo sendo uma operação simples, tem riscos e pode apresentar problemas como qualquer outra cirurgia. Por isso, o homem precisa ter conhecimento que o efeito da vasectomia não é imediato, tendo em vista que nas primeiras ejaculações depois da vasectomia, ainda existem espermatozóides no esperma ejaculado, ou seja, existe o risco de o homem engravidar a mulher. A vasectomia só será considerada segura quando o exame realizado, o espermograma, mostrar que não existem mais espermatozóides no esperma ejaculado. Até que o espermograma seja negativo, o homem ou a mulher devem usar algum método para evitar a gravidez.

De acordo com Romero et al (2004), muitos autores concordam em solicitar o primeiro espermograma em dois meses, ou 15-20 ejaculações após o procedimento, quando se espera que 95% dos pacientes apresentarão azoospermia. Quando ocorrem, as falhas são decorrentes da inadequada oclusão do(s) ducto(s) deferente(s), recanalização ou não utilização de outro método anticoncepcional entre a cirurgia e azoospermia comprovada pelo espermograma; o índice de falha é de 0,9 a 2,0%.

Essa intervenção cirúrgica não tem um efeito fisiológico sobre a potência sexual, entretanto, muitos homens relutam porque acham que pode diminuir sua masculinidade (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007). Depois da esterilização, o homem se torna estéril, mas não impotente. Não se conhece qualquer razão fisiológica pela qual a vasectomia afetaria o comportamento sexual. Com grande frequência, porém, ouve-se falar que existe melhora no desempenho sexual do homem após a vasectomia (HALBE, 2000). Os casais que se preocupam com a gravidez, resultante da falha de contraceptivos, em geral, relatam uma diminuição do cuidado e aumento da excitação sexual espontânea após a vasectomia. As explicações concisas e fatuais pré-operatórias podem diminuir ou aliviar as preocupações do paciente quanto à masculinidade (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

Segundo Vieira (2007), alguns fatores como idade jovem, falta de estabilidade no relacionamento conjugal e morte de filho são apontados em todo o mundo como predisponentes ao arrependimento. Portanto, os casais devem ter certeza do provável término de suas vidas reprodutivas, mesmo que ocorram mudanças significativas, e, somente assim decidirem pelo método cirúrgico.

A vasectomia ainda é um tópico que desperta medos reais em muitos homens por causa de mitos e desinformação, como o receio, da impotência sexual após a cirurgia, da diminuição do desejo sexual. Assim, reconstruir os estereótipos frente à vasectomia é importante para que casais também tenham essa opção na hora de decidir sobre o planejamento familiar.

De acordo com Lole (2003) mesmo diante de tabus e preconceitos que envolvem a vasectomia, os homens buscam dividir com suas mulheres problemas de saúde reprodutiva, indicando assim que o medo de engravidar também faz parte do universo masculino.

O homem deve ser inserido nas discussões em torno de seu direito sexual e reprodutivo, como também de sua parceira. Para propiciar essa participação, não basta a oferta de preservativos e vasectomia, faz-se necessário proporcionar-lhes um processo educativo mais abrangente, voltado para a orientação em contracepção, que discuta com eles mesmos as relações de gênero envolvidas nas decisões reprodutivas e o esclarecimento de suas dúvidas e preconceitos que possam ter quanto à sua participação na anticoncepção (MARCHI et al, 2004).

Assim, segundo Viveros et al (1998), para conseguir-se um maior envolvimento dos homens na utilização da esterilização como medida contraceptiva, faz-se necessário atribuir à vasectomia um significado positivo, desassociando-a da ideia de que ela pode comprometer a sexualidade masculina.

Portanto, a implementação de ações que possibilitem e incentivem a definição de responsabilidades e papéis sociais de homens e mulheres diante da saúde reprodutiva torna-se indispensável no processo de construção do direito consciente de ambos, mas especialmente do homem, tendo em vista que o mesmo deve ser orientado de forma crítica quanto aos seus direitos sexuais e reprodutivos, levando-se em consideração a questão do arrependimento e até mesmo dos mitos que envolvem a vasectomia.

3.3 ATENÇÃO À SAÚDE MASCULINA NO CONTEXTO DA VASECTOMIA

Segundo Egry (2008), as práticas em saúde coletiva vêm sendo produzidas e construídas no Brasil, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, que tem sido um marco mais fértil de sua implementação. Nesses espaços onde se operam as articulações entre os serviços de saúde e a população dos territórios é que se definem, recortam, objetivam – e, portanto, são reconhecidas – as necessidades em saúde.

Sabe-se que a Atenção Básica em Saúde é o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se principalmente pela continuidade do cuidado e pela integralidade da atenção. Nessa perspectiva Gomes, Nascimento e Araújo (2007) afirmam que compete à Estratégia Saúde da Família (ESF) a coordenação/ordenação de todo o processo assistencial em saúde, sendo capaz de identificar as necessidades de atendimentos mais especializados, coordenar as referências, quando necessárias, em um nível de maior complexidade e acompanhar os resultados terapêuticos e a evolução clínica dos usuários sob sua responsabilidade.

No entanto, percebe-se que os serviços de saúde, particularmente os da atenção básica, não estão estruturados para receber os homens em suas diferentes formas de masculinidades e atendê-los em suas necessidades, que para tal, devem se sentirem acolhidos nesses serviços, percebendo-se como integrantes dos mesmos, a fim de revelarem suas demandas de cuidados. Cabendo, pois, às diferentes categorias profissionais ali presente promover o atendimento integral a essas demandas.

Nesta perspectiva, é indispensável que os profissionais de saúde sejam melhor instrumentalizados para atender a essa população. Assim, a formação profissional, por sua vez, deve se vincular também à inclusão de “mudanças nos aspectos gerenciais e organizacionais dos serviços de saúde, assim como nas estruturas físicas, para articular avanços tecnológicos e acolhimento, melhores condições de trabalho e processos comunicacionais” (CAPRARA; FRANCO, 2006, p. 85).

A necessidade de capacitação dos profissionais da saúde é, na implementação da PNAISH, uma questão emergencial em decorrência das seguintes circunstâncias: primeiro, trata-se da inclusão ainda incipiente de bases conceituais específicas nos Projetos Pedagógicos dos Cursos da área da saúde envolvendo a temática da saúde do homem; o segundo, refere-se à delonga do Ministério da Saúde na definição da PNAISH; e por fim, a inclusão do homem ainda muito recente nas pesquisas em saúde coletiva.

Em relação a este último aspecto, de acordo com Aquino (2006), só a partir da década de 1990, que os homens passaram a ser incluídos nas pesquisas em Saúde Coletiva, como categoria empírica. Ao mesmo tempo, abordagens críticas aos modelos de masculinidade hegemônica¹ somaram-se aos esforços de desconstrução de essencialismos.

¹ Masculinidade Hegemônica (ligada a legitimidade do patriarcado), Masculinidade Subordinada (diz respeito a dominância e subordinação entre grupos de homens), Masculinidade Cúmplice (percebem e desfrutam de algumas vantagens do patriarcado sem, no entanto, defenderem publicamente esta posição) e Masculinidade Marginalizada (refere-se a relações entre as masculinidades e classes ou grupos étnicos dominantes e subordinados) (COSTA, 2003).

Contemporaneamente, entretanto, verifica-se uma crescente preocupação do Ministério da Saúde neste campo, bem como maior valorização das demandas de saúde do homem. Figueiredo (2008) e Pinheiro et al (2002) afirmam que ao longo dos anos é crescente a produção de pesquisas acerca da relação homens e saúde, sobretudo direcionadas a temas como acesso e uso de serviços.

No campo do planejamento familiar torna-se indispensável à sua focalização numa perspectiva relacional de gênero, bem como maior valorização masculina nesse contexto buscando o seu *empowerment*, envolvendo as especificidades ligadas a estas questões. Para Gomes (1998), isto deve-se ou a desestabilização ou a necessidade de se rever os papéis sexuais no cenário atual, haja vista que a discussão sobre masculinidades já é um movimento que vem preenchendo diferentes espaços. Desse modo, a vasectomia vem consolidar o efetivo exercício de direitos sexuais e reprodutivos para homens e mulheres, expressando decisões enunciadas nas relações de gênero e na intimidade das relações sexuais.

O imaginário social acerca da vasectomia muitas vezes está relacionado a mitos e dilemas, onde se reafirmam que ao se submeter a essa cirurgia, o homem apresentará riscos de perder a sua virilidade, a libido, o orgasmo, enfim, itens de afirmação da sexualidade masculina ao considerar-se os atributos comuns à masculinidade hegemônica. Talvez isto deva-se porque os homens conhecem, muitas vezes, este procedimento através de conversas informais, entre amigos ou família e só procuram o serviço de saúde para esclarecer alguma dúvida.

Nesse caso, a atenção primária em saúde exerce um papel indispensável no processo de inserção do homem no planejamento familiar, tendo em vista que esse é o espaço onde se deveria ter uma maior aproximação dos profissionais da saúde com os casais, a fim de instrumentalizá-los para uma participação consciente no planejamento familiar. Mas, na realidade, o que observa-se na atenção básica é que muitas vezes este programa se limita apenas a entrega de anticoncepcionais e preservativos masculinos.

A despeito disto, a Conferência de População e Desenvolvimento do Cairo, realizada em 1994 colocou, também, em questão:

[...] a qualidade das políticas públicas existentes no campo da vida sexual e reprodutiva de mulheres e homens, mostrando a importância de, para além de operar-se no campo da contracepção, ampliar-se o foco para a necessidade de políticas sociais – sobretudo no campo da educação e da saúde – mais amplas e formuladas sob uma perspectiva de gênero. (ARILHA, 1998, p.13).

Desse modo, são necessárias ações que possam ir além da entrega do método contraceptivo, buscando promover a participação do homem nas consultas de planejamento para orientá-lo adequadamente quanto à saúde sexual e planejamento familiar.

No âmbito da vasectomia, essa ponte com a atenção básica é fundamental para que os casais e, especialmente o homem, conheça o procedimento na íntegra e de forma correta incluindo-se suas vantagens e desvantagens, buscando sanar suas dúvidas e, dessa modo, superar os mitos e dilemas que envolvem o referido procedimento. Assim, ao ser encaminhado a atenção terciária, o homem estaria bem mais instrumentalizado e consciente dos seus direitos reprodutivos e, consequentemente, da sua decisão.

De acordo com Buglione (2002), o conceito de direitos reprodutivos não é meramente explicativo. Ele exige ações diretas do Estado, na medida em que compreende a saúde pública como um direito humano, para cuja garantia são requeridos investimentos, com o fim de responder a demandas e necessidades da população, mas também estratégias que possam coibir práticas discriminatórias que restrinjam o exercício do direito.

As instituições públicas que realizam a vasectomia devem seguir algumas exigências adotadas pelo Ministério da Saúde. Primeiramente é necessário que a unidade de saúde esteja cadastrada no Ministério da Saúde, que tenha profissionais preparados e treinados para a realização do procedimento cirúrgico, além de uma equipe multidisciplinar responsável pelo aconselhamento, pelas explicações acerca da cirurgia e pela entrevista antes da realização do procedimento. Além disso, na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges, assim é necessário que aguardem 60 dias para refletirem sobre a sua decisão, após esse tempo eles retornam ao serviço e, se realmente a decisão for mantida, é marcada a cirurgia. Por fim, a realização da vasectomia deve ser notificada junto ao Ministério da Saúde (BRASIL, 1999).

Pela Lei N° 9.263/96, a vasectomia está autorizada para homens que tenham 25 anos de idade ou mais ou que tenham no mínimo dois filhos vivos. Além disso, a unidade responsável pela realização da esterilização cirúrgica deve dispor também de meios e métodos contraceptivos reversíveis, no entanto, isso nem sempre acontece visto que atualmente a vasectomia é percebida como um método de esterilização definitiva (BRASIL, 1996).

Sabe-se que existe a possibilidade de reverter a vasectomia, porém a reversão é um procedimento complicado, demorado e só é eficaz quando realizado logo após a vasectomia. Segundo estudos realizados, após três anos não se consegue mais que 75% de sucesso na vasovasostomia (cirurgia de reversão da vasectomia, na qual as duas partes do ducto

deferente, antes separadas, são unidas), o que vem reforçar a importância de uma orientação adequada à população masculina inserida nos serviços de saúde.

A partir da publicação da PNAISH, em 2008, houve um incentivo maior por parte do Ministério da Saúde para a realização da vasectomia, especialmente em nível ambulatorial, tendo em vista, que é um procedimento simples, não havendo necessidade de internação hospitalar, tão temida pelos homens, para realizá-lo.

Os dados do Ministério da Saúde mostram que em sete anos a quantidade de vasectomias realizadas pelo SUS cresceu 79%. O número de cirurgias saltou de 19.103, em 2003, para 34.144, em 2009, quando foi registrado também aumento de 148% do valor pago por procedimentos ambulatoriais (de R\$ 123,18 para R\$ 306,47) e de 20% do valor por operação feita com internação (de R\$ 255,39 para R\$ 306,47) (BRASIL, 2010).

Na Paraíba, a partir de dezembro de 2009 foi iniciado no Hospital Municipal Santa Izabel (HMSI) o programa de vasectomia. Apesar de ter sido implantado nessa data, com a presença, na época, de apenas dois casais, atualmente, a realidade encontrada no HMSI, referência na Paraíba em vasectomia, é bastante promissora. O serviço encontra-se atendendo a demanda espontânea de forma organizada, através de uma equipe multidisciplinar composta por um médico (cirurgião urologista), uma enfermeira, uma psicóloga e uma assistente social que trabalham na orientação dos homens que buscam o serviço. De acordo com Awsare et al (2005), o trabalho interdisciplinar, assim como a participação, esclarecimento e orientação do casal no momento da tomada da decisão são fundamentais para diminuir as chances futuras de arrependimento.

Antes de junho de 2010 a fila de espera pelo procedimento no HMSI era extensa, mas a partir dessa data o serviço passou a ter uma equipe médica responsável exclusivamente pela vasectomia, o que tem contribuído bastante para diminuir a fila de espera pelo procedimento. Seus registros revelam que de 01 de fevereiro de 2010 ao dia 25 de agosto de 2010 foram realizadas 36 vasectomias. A faixa etária dos homens que se submeteram ao referido procedimento abrangeu de 26 a 56 anos e o número de filhos variou de dois (02) a dez (10).

A procura pela vasectomia na atenção terciária tem crescido bastante, entretanto, o Brasil está longe de atingir os níveis necessários. De acordo com Penteado (2001), em 1983, os participantes de Primeira Conferência Internacional de Vasectomia (Sri Lanka) concluíram que a principal razão pela pouca procura dos pacientes para vasectomia não tem relação com resistência por parte do paciente, mas pela pouca oferta, difícil acesso ou ainda por haver poucos serviços que facilitem a escolha do método. Quase três décadas depois, os argumentos

continuaram os mesmos, onde a baixa prevalência de vasectomias ainda é resultante de uma oferta insuficiente dos serviços do que da baixa procura.

Nesta perspectiva, a esterilização masculina exige a adoção de novos olhares (críticos) e de novas práticas profissionais no campo da saúde reprodutiva. Desse modo, é imprescindível que os programas de planejamento familiar construam uma relação de confiança entre serviços/profissionais de saúde e usuários, fundamental para desmistificar os aspectos negativos presentes no senso comum, tendo em vista que a dificuldade de revelar o mundo íntimo está em cada um de nós, independente do gênero.

Portanto, através desse conjunto de aspectos aqui apresentados é imprescindível rever a construção social vinculada à responsabilidade reprodutiva de homens e mulheres. Desse modo, é necessário que os homens compreendam sua inserção no contexto dos direitos reprodutivos para que tenham atitudes críticas frente à sua vida reprodutiva.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa. O aspecto exploratório vinculou-se à oportunidade de ampliar o conhecimento acerca do fenômeno – atenção à saúde do homem no contexto da vasectomia. Segundo Gil (2002), uma pesquisa é considerada exploratória quando tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com o intuito de torná-lo mais explícito. O autor prossegue afirmando que as pesquisas descritivas têm como principal objetivo a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos.

O aspecto qualitativo voltou-se para a análise dos relatos dos homens que se encontravam vivenciando a busca pela vasectomia. Para tal, optou-se pela análise de conteúdo apresentada por Bardin (2011), a qual afirma que na análise qualitativa é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI), serviço considerado de referência no município de João Pessoa – PB para realização de vasectomias pelo Sistema Único de Saúde. A instituição foi selecionada como local da pesquisa por ser credenciada para o procedimento e por desenvolver um trabalho que vai desde a educação em saúde junto a homens que buscam a Instituição, motivados a submeter-se ao procedimento até o atendimento pós-operatório.

Na Paraíba, este serviço de referência iniciou o atendimento aos homens a partir de dezembro de 2009 com a implantação do programa de vasectomia, atendendo ao que preconiza o Plano de Ação 2009-2010, da PNAISH. Possui uma equipe multiprofissional para preparação e realização do procedimento, constituída por médicos urologistas, uma enfermeira, uma assistente social e uma psicóloga.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população do estudo foi representada por usuários atendidos no programa de vasectomia do referido local de estudo. Os mesmos apresentaram idade cronológica igual ou superior a 25 anos e/ou possuíam 02 (dois) filhos vivos, conforme preconiza a Lei Nº 9.263/96.

A definição da amostra ocorreu por acessibilidade e seu quantitativo teve como base a saturação dos relatos revelada a partir da vivência dos usuários, o que resultou em 11 participantes. De acordo com Glaser e Strauss (1967), a saturação teórica ocorre quando as informações começam a ser repetidas e dados novos ou adicionais não são mais encontrados.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos participantes da pesquisa foram: apresentar idade cronológica não inferior a 25 anos e/ou possuir 02 (dois) filhos vivos; encontrar-se no serviço de referência em busca de atendimento no programa de vasectomia; ter capacidade de compreensão e comunicação; e concordar em participar da pesquisa. Os critérios de exclusão envolveram: não apresentar idade cronológica não inferior a 25 anos e/ou não possuir 02 (dois) filhos vivos; encontrar-se no serviço de referência que não seja no programa de vasectomia; apresentar alterações cognitivas e na comunicação e não concordar com a sua participação no estudo.

4.4 ABRANGÊNCIA TEMPORAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no período de junho a agosto de 2011, onde foram realizadas as entrevistas na última quarta-feira de cada mês, durante as reuniões da vasectomia do HMSI, conforme a disponibilidade da população masculina em participar do estudo.

4.5 POSICIONAMENTO ÉTICO

Para a realização da pesquisa foi considerado o que preceitua a Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo os seres humanos (BRASIL, 1996) e a Resolução Nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (BRASIL, 2007). Estes documentos norteiam os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos e preconizam o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Portanto, a participação no estudo foi vinculada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e, para tal, foram esclarecidos os objetivos e as possíveis contribuições da pesquisa. Foi

informado a cada entrevistado a garantia do anonimato e o direito de desistir dos estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para ele.

4.6 TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi subsidiada pela técnica de entrevista, por possibilitar um importante momento de interação entre o entrevistado e o pesquisador. Cooper e Schindler (2003) destacam que o principal valor das entrevistas individuais está na profundidade das informações e nos detalhamentos que podem ser obtidos.

A consecução dos relatos foi subsidiada por um roteiro de entrevista semi-estruturado (Apêndice B) contendo questionamentos envolvendo o objeto do estudo. Segundo Lakatos e Marconi (2001), esse roteiro oferece maior flexibilidade, podendo o entrevistador repetir ou esclarecer perguntas, formular de maneira diferente; especificar algum significado, como garantia de estar sendo compreendido, além disso, oferece maior oportunidade para avaliar atitudes, condutas, podendo o entrevistado ser observado naquilo que diz e como diz.

4.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Após apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob o Protocolo de nº: 046/2011, e da autorização pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB, iniciou-se a coleta das informações através da realização de entrevistas junto à população masculina atendida no Serviço de Referência de Vasectomia, local do estudo.

Ainda antecedendo a coleta das informações, houve o contato prévio com a gestão da referida unidade, objetivando a melhor definição para a busca dos subsídios que comporam o corpus de análise deste estudo.

A entrevista foi realizada em local reservado, individualmente, logo após ser atendido pela equipe multiprofissional. O registro dos relatos também foi feito diretamente no instrumento de coleta das informações no momento das entrevistas. Entretanto, para garantir que não houvesse perda de informações referentes a vivência dos usuários que buscam a vasectomia, foi efetuado também um registro gravado. Desse modo foi constituído o corpus de análise.

A análise dos dados oriundos das entrevistas ocorreu com base na técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Segundo esta proposta, há diferentes fases de análises

de conteúdo, tal como o inquérito sociológico ou a experimentação e organizam-se em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Nesse processo as falas dos entrevistados foram consideradas como Unidades Temáticas, de acordo com a presença de características comuns entre elas (modalidade temática).

A pré-análise é a fase de organização e corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas. Nesta etapa foram efetivadas leituras “flutuantes” para conhecer melhor o conteúdo das falas dos participantes que revelaram a sua vivência em relação à vasectomia.

A fase da exploração do material consistiu essencialmente de operações de codificação em função dos objetivos do estudo. Buscando assim, de modo manual, identificar as Unidades de Análise que levaram a construção de subcategorias e, em seguida, as categorias. Assim, a partir da identificação das Unidades Temáticas, foram efetivadas várias leituras e os discursos semelhantes subsidiaram o processo de formação de subcategorias, que em decorrência das suas similaridades resultaram na construção das categorias. Destaca-se que várias categorias apresentaram mais de uma subcategoria.

No que se refere à terceira etapa, fase de tratamento de resultados e interpretação dos dados, os relatos foram tratados de maneira qualitativa, buscando suas bases significativas e válidas em relação aos objetivos definidos neste estudo. Para tanto, alguns recortes foram extraídos e analisados com base na literatura pertinente, revelando, assim, a vivência dos usuários em relação a vasectomia.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo como base o objetivo do estudo – Analisar a vivência masculina na busca pela vasectomia, no contexto do planejamento familiar –, e a técnica de análise selecionada para este estudo, optou-se por apresentar os resultados obtidos considerando inicialmente a caracterização sócio-demográfica dos entrevistados seguida da análise dos relatos frente à referida vivência. Tais aspectos foram discutidos com base na literatura pertinente ao tema, a fim de ampliar a compreensão da temática e dos atores envolvidos na atenção à saúde masculina.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS HOMENS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para caracterizar sócio-demograficamente os participantes do estudo foram utilizados os indicadores: idade, raça/cor da pele, escolaridade, profissão/ocupação, renda familiar, estado civil e número de filhos.

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos entrevistados.

Faixa Etária	27 a 45 anos
Raça/Cor da Pele	Parda e Branca
Nível de Escolaridade	Ensino Médio Incompleto
Profissão/Ocupação	Trabalhadores formais
Renda Familiar	1 a 8 salários mínimos
Estado Civil	Casado
Número de Filhos	2 a 3 filhos

A caracterização sócio-demográfica dos entrevistados demonstrou que a faixa etária dos homens que buscam a vasectomia variou de 27 a 45 anos. Desse modo, destaca-se que a idade reprodutiva do homem nesta faixa etária está no auge, e que o arrependimento pelo procedimento pode surgir devido a cirurgia de reversão da vasectomia ter um alto custo financeiro, ainda não ser disponibilizada nos serviços públicos do Estado e não garantir o retorno da fertilidade.

Em relação à raça/cor da pele observou-se que houve uma prevalência de homens que se consideram pardos, caracterizando e dando ênfase que a amostra representa o povo brasileiro. Ao comparar a distribuição por cor ou raça da população no período de 1998 a 2008, verifica-se uma mudança significativa na distribuição da população. Houve uma redução da população que se declara branca e um crescimento da proporção da que se declara preta e parda (IBGE, 2009).

Quanto ao nível de escolaridade, a maioria dos homens apresentou ensino médio incompleto. Para Fonseca (2002), dentre os indicadores socioculturais, o nível educacional é considerado como o melhor indicador, por ser de fácil acesso e por ter uma grande importância como determinante de saúde. O autor ainda revela que o nível educacional expressa diferenças entre pessoas em termos de acesso à informação, perspectivas e possibilidades de se beneficiar de novos conhecimentos.

Nessa perspectiva, Cruz-Peñarán et al (2003) verificaram que a educação pode afetar, indiretamente, o planejamento familiar, uma vez que a menor escolaridade dos seus sujeitos se associou a uma atitude menos favorável a esse planejamento.

No que concerne a profissão/ocupação dos entrevistados, a maioria afirmou possuir vínculo empregatício, sendo, portanto, trabalhadores formais. Segundo o Ministério do Trabalho (BRASIL, 2011), o aumento da formalidade no mercado de trabalho foi maior entre homens, ou seja, a ascensão da carteira assinada entre os trabalhadores do sexo masculino passou de 37,7% em 2001 para atingir 44,5% em 2009, um aumento de 18,2% no contingente de homens ocupando postos formais de trabalho.

A renda familiar dos homens participantes da pesquisa variou entre 1 e 8 salários mínimos, nenhum relatou ganhar menos de 1 salário. De acordo com o IBGE (2010), as desigualdades de renda, apesar de ainda muito presentes no Brasil, tem mostrado uma tendência de redução que vem se consolidando.

Analisando-se a variável estado civil, os dados obtidos revelam uma predominância de homens casados. Em 2007, embora tenham sido realizados 916.006 casamentos no Brasil, 2,9% a mais do que em 2006 (889.828), o número de dissoluções (soma dos divórcios diretos

sem recurso e separações) chegou a 231.329, ou seja, para cada quatro casamentos foi registrada uma dissolução (IBGE, 2007). No entanto, os profissionais de saúde dos serviços de vasectomia do Sistema Único de Saúde não exigem comprovação do estado civil dos homens que desejam realizar essa cirurgia, contanto que o termo seja assinado pela companheira da relação, seja esta oficializada ou não.

Quanto ao número de filhos houve uma predominância de 2 a 3 filhos, demonstrando assim, que a quantidade de filhos entre os casais está reduzindo levando-se em conta que antes o número de filhos era bem maior.

De acordo com o IBGE (2010), no período de 1999 a 2009, o número médio de pessoas na família caiu de 3,4 para 3,1. Neste período, no conjunto dos arranjos familiares, houve um aumento na proporção de casais sem filhos (de 13,3% para 17,0%) e, consequentemente, uma redução de casais com filhos, passando de 55,0% para 47,0%. Neste contexto de análise há de se considerar que o acesso mais fácil a métodos contraceptivos, os custos elevados necessários para manter uma criança e a inserção da mulher no mercado de trabalho podem ser considerados como possíveis fatores que contribuíram para a redução do número de filhos entre os casais.

5.2 VIVÊNCIA MASCULINA NA BUSCA PELA VASECTOMIA NO CONTEXTO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

A análise das unidades temáticas concernentes à vivência dos entrevistados contribuiu para construção de categorias e suas subcategorias. A discussão das mesmas teve como base a literatura pertinente ao tema e objetivou ampliar a compreensão de acadêmicos, pesquisadores, profissionais da saúde no sentido de melhor instrumentalizar os usuários na atenção à saúde.

Neste processo foram identificadas categorias e subcategorias, respectivamente conforme descrição do quadro 2, a seguir.

Quadro 2 – Categorias e Subcategorias vinculadas à vasectomia.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Uso de Métodos Contraceptivos	Método vinculado à responsabilização feminina
	Método vinculado à responsabilização masculina
	Não Utilização de Métodos Contraceptivos
Motivação para a busca pela Vasectomia	Proteção da saúde da esposa/companheira
	Número suficiente de filhos
	Condições financeiras
Desvantagens associadas à vasectomia	Baixo sucesso de reversão
Orientações acerca da vasectomia fornecidas pelo programa de planejamento familiar e reprodutivo da UBS	Não recebeu informações na UBS
	Recebeu informações na UBS
Fontes de informação que proporcionaram o conhecimento do serviço de vasectomia	Conhecimento por meio de amigos, conhecidos, vizinhos e familiares
	Conhecimento por meio de profissionais / serviços de saúde
	Conhecimento por meio de meios de comunicação social
Vasectomia na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos	Vasectomia como uma conquista social
	Vasectomia como equidade de gênero
Sentimentos associados à busca pela vasectomia	Ambivalência
	Segurança pela experiência prévia de terceiros
Tempo para decisão em efetivar a vasectomia	Decisão em curto prazo
	Decisão em longo prazo
Estratégias possíveis de serem adotadas nos serviços de vasectomia para promover a inserção e participação dos homens nesses serviços	Divulgação dos serviços de vasectomia
	Maior atuação da Atenção Básica

Ao serem indagados sobre a participação no Programa de Planejamento Familiar, todos os entrevistados afirmaram não participar deste Programa nas UBS que fazem parte das áreas de abrangência que envolvem suas respectivas residências.

Sabe-se que a luta pelos Direitos Reprodutivos no Brasil faz parte da construção da democracia e está presente na agenda política. O primeiro programa do governo que inseriu nas ações de saúde o planejamento familiar foi o Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM), lançado pelo Ministério da Saúde em 1983, que por sua filosofia, a participação do homem não era mencionada explicitamente. No entanto, esta concepção vem se modificando, mas os homens só tiveram sua inserção neste programa, como uma das conquistas de seus direitos, após a Conferência de Cairo, em 1994.

Assim, os reflexos da ausência masculina durante essa década (1990), associados aos aspectos socioculturais da construção da masculinidade hegemônica tem resultado numa baixa participação dos homens no referido programa. Isto decorre, entre outros aspectos, do fato de os homens não se reconhecerem como alvo do atendimento de programas de saúde, devido às ações preventivas se dirigirem quase que exclusivamente para mulheres, como afirmam Gomes, Nascimento e Araújo (2007).

Segundo Giffin (2010), um dos pilares da identidade masculina tradicional é o papel de provedor que o homem deve desempenhar perante a família. É dessa obrigação masculina que deriva seu papel na manutenção da autoridade moral e da honra da família.

Percebe-se que o funcionamento das UBS's ocorre, em sua maioria, em horários concomitantes com as atividades laborais da população masculina, sendo esta a justificativa comumente associada a baixa inserção dos homens nos referidos espaços. Assim, eles priorizam as atividades laborativas, ficando a busca pelos serviços de saúde em segundo plano. O estudo de Gomes, Nascimento e Araújo (2007) reafirma que os horários de funcionamento das instituições públicas de saúde nem sempre são conciliáveis com os horários das pessoas que se encontram inseridas no mercado de trabalho formal, independentemente de serem homens ou mulheres. Portanto, faz-se necessário observar que esse problema pode não estar reduzido apenas aos homens.

Destaca-se que a implementação recente e pontual da PNAISH nos leva a pouca experiência no contexto de atenção à saúde do homem, mas não nos exime do compromisso social frente aos déficits que caracterizam o quadro de morbimortalidade masculina. Neste sentido, no Estado da Paraíba algumas estratégias vem sendo adotadas na busca de favorecer a adesão masculina às ações de promoção da saúde nas unidades básicas. Como exemplo destas ações, cabe citar a ampliação do horário de funcionamento das UBS também para o período

noturno, disponibilização de um dia específico para o atendimento a essa clientela, bem como a instrumentalização dos profissionais em relação à problemática da saúde do homem, cabendo, pois, em um momento futuro a avaliação dessas ações quanto aos seus resultados.

Averiguar a utilização de métodos contraceptivos no âmbito do planejamento reprodutivo do casal nos levou, a partir das falas dos entrevistados, a identificar três subcategorias: *Método vinculado à responsabilização feminina*, *Método vinculado à responsabilização masculina* e *Não Utilização de Métodos Contraceptivos*, as quais possibilitaram a identificação da categoria **Uso de Métodos Contraceptivos**, conforme descrito no quadro 3.

CATEGORIA: USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Quadro 3 – Método vinculado à responsabilização feminina, Método vinculado à responsabilização masculina e Não utilização de métodos contraceptivos e respectivos relatos dos usuários. Pesquisa direta. João Pessoa, 2012.

SUBCATEGORIA	UNIDADES TEMÁTICAS
Método vinculado à responsabilização feminina	<i>Sim, minha esposa toma anticoncepcional. (E1) / ... Mas antes ela tomava anticoncepcional. (E2) / Ela usa. Quer dizer, ela usava. É porque a pressão dela subiu aí a médica proibiu ela de usar o comprimido... (E4) / Sim. Injetável. (E5) / Sim. Injeção. (E6) / Sim. Anticoncepcional oral. (E10)</i>
Método vinculado à responsabilização masculina	<i>Sim. Agora tenho que usar preservativo, né?... (E2) / Sim. Preservativo (masculino). (E3) / ... Aí agora estamos usando camisinha (masculina). (E4). Sim. Camisinha (masculina). (E9) / Sim. Camisinha (masculina). (E11)</i>
Não utilização de métodos contraceptivos	<i>Não. (E7) / Não. (E8)</i>

De acordo com alguns relatos acima, a utilização dos métodos contraceptivos está vinculada à responsabilização feminina. Isso pode ser identificado nas seguintes falas: *Sim, minha esposa toma anticoncepcional (E1) / Sim. Injeção (E6) / Sim. Anticoncepcional oral (E10)*. Tal fato é explicado em virtude da mulher ainda ser o maior alvo nas ações da saúde reprodutiva e nas questões pertinentes a contracepção, quando na realidade, o planejamento familiar deve ser uma responsabilidade do casal.

Segundo Gomes e Nascimento (2006), apesar de já existirem inúmeros estudos que advogam a participação dos homens na saúde reprodutiva, constata-se a necessidade de ganhar-se maior densidade a partir de pesquisas e ações de saúde que não só tragam o homem para o cenário do planejamento familiar como também consigam, numa perspectiva relacional de gênero, tratar de suas especificidades ligadas às questões reprodutivas.

Essa lacuna na participação masculina nos contextos acima referidos deixa evidente a necessidade de ações pelos profissionais da saúde para ampliar as possibilidades de escolha dos métodos contraceptivos pelo casal. No caso do uso do condom, cabe ao homem esta decisão, conforme os relatos: *Sim. Agora tenho que usar preservativo, né?...* (E2) / *Sim. Preservativo (masculino)* (E3) / ... *Aí agora estamos usando camisinha (masculina)* (E4). *Sim. Camisinha (masculina)* (E9), que levou a identificação da subcategoria Método vinculado à responsabilização masculina.

Desse modo, é imprescindível que sejam disponibilizadas informações dos diferentes métodos contraceptivos para homens e mulheres, na perspectiva de que haja, em comum acordo entre o casal, a seleção e utilização conscientes desses métodos.

Sabe-se que a questão do planejamento familiar e das infecções sexualmente transmissíveis - IST's são aspectos da saúde reprodutiva e da saúde em geral relevantes para a saúde do homem. No entanto, alguns dos entrevistados ainda afirmaram não utilizar nenhum método contraceptivo conforme se verifica nas falas: *Não* (E7) / *Não* (E8), demonstrando uma falta de preocupação quanto ao risco de uma gravidez não planejada, bem como indiferença quanto a atitudes preventivas para si e protetoras em relação às parceiras.

Assim, de acordo com Figueiredo (2010), os serviços públicos de saúde deveriam promover estratégias de redução de risco, que considerem abordagem multifatorial, contemplando as diferentes parcerias, práticas sexuais e formas de uso de contraceptivos, de modo a promover a saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres individualmente.

Sabe-se que contemporaneamente, além do condom, a alternativa para a contracepção masculina é a vasectomia, método anticoncepcional considerado simples, seguro, rápido e permanente e que, segundo Awsare et al (2005), consiste em um dos métodos mais efetivos.

Neste sentido, indagamos os homens participantes do estudo sobre os motivos que os fizeram procurar por esta modalidade de contracepção. Em seus relatos, identificou-se três subcategorias: *Proteção da saúde da esposa/companheira*, *Número suficiente de filhos* e *Condições financeiras*, as quais possibilitaram a identificação da categoria **Motivação para a busca pela Vasectomia**, conforme descrito no quadro 4.

CATEGORIA: MOTIVAÇÃO PARA A BUSCA PELA VASECTOMIA

Quadro 4 – Saúde da esposa/companheira, Número de filhos suficiente e Condições financeiras. Pesquisa direta. João Pessoa, 2012.

SUBCATEGORIA	UNIDADES TEMÁTICAS
Proteção da saúde da esposa/companheira	<i>A minha esposa já toma anticoncepcional há 11 anos e isso vem prejudicando ela. Ela não está mais “se dando” com o comprimido, por causa disso decidi fazer a vasectomia ... (E1) / É [...] o motivo foi a esposa, porque estava subindo a pressão dela, prejudicando (a pílula) ela, essas coisas aí. (E4) / Ela (a esposa) fez cirurgia de mama (mastectomia) e foi proibida de tomar hormônio. (E9) / A priori foi a mulher, devido os efeitos colaterais dos hormônios do anticoncepcional. (E10) / Para ela (a esposa) não fazer cirurgia. (E11).</i>
Número suficiente de filhos	<i>Assim... porque eu já tenho um casal, um menino e uma menina e pra mim já tá bom (E6) / Os dois filhos (E7) / Primeiramente o planejamento familiar mesmo, segundo o bem estar geral (E5).</i>
Condições financeiras	<i>Necessidade [...] porque eu não quero menino mais [...] (E2) / Mais a condição financeira pra se manter a criança, né? e o trabalho que dá também. (E3) / Assim, o que me levou a procurar assim [...] eu quando eu me casei já tinha planejado dois filhos [...] o homem com quatro, três filhos não é como dar uma condição de vida pra dois [...] (E8).</i>

Conforme se verifica nos relatos acima, entre os determinantes que motivaram os entrevistados a buscarem pela vasectomia, o que mais se destacou foi a preocupação com a saúde da esposa/companheira. Foram citadas as preocupações com a companheira, tendo em vista que a laqueadura configuraria uma cirurgia mais complexa do que a vasectomia, procedimento este considerado simples pelos entrevistados, após a explicação dada pelo médico: *A minha esposa já toma anticoncepcional há 11 anos e isso vem prejudicando ela. Ela não está mais “se dando” com o comprimido, por causa disso decidi fazer a vasectomia ... (E1) / Para ela (a esposa) não fazer cirurgia (E11).*

Promover uma melhoria para a saúde da esposa/companheira é uma condição que determina a vantagem da vasectomia como método contraceptivo selecionado pelo casal. Para

Oliveira e Brito (2009), atitudes de cuidado são demonstradas através da preocupação e afeto do homem para com sua companheira.

Segundo Cavalcante (2007), pesquisas mostram a importância da participação do homem no desenvolvimento de estratégias para diminuir os agravos que acometem a saúde da mulher antes ou durante a gravidez, tornando o homem mais interessado em comportamentos que busquem os cuidados com a saúde da companheira e de sua família.

Houve também preocupação com as consequências advindas pelo uso prolongado de hormônios como método contraceptivo, a exemplo: *É [...] o motivo foi a esposa, porque estava subindo a pressão dela, prejudicando (a pílula) ela, essas coisas aí.* (E4) / *Ela (a esposa) fez cirurgia de mama (mastectomia) e foi proibida de tomar hormônio.* (E9) / *A priori foi a mulher, devido os efeitos colaterais dos hormônios do anticoncepcional* (E10).

Observa-se, portanto, que a decisão da vasectomia como método de contracepção tem estreita relação com o cuidado demonstrado por eles com a proteção da saúde das suas esposas/companheiras, sobrepondo-se a postura machista ainda predominante na nossa sociedade. Neste sentido, Poli (2006) afirma que o planejamento familiar faz parte de um contexto em que o ser humano assume, voluntária e conscientemente, o comando de seu destino e responsabiliza-se por ele, de maneira que as decisões sejam satisfatórias e adequadas para o casal.

Entretanto, historicamente a responsabilidade pelas atribuições associadas à gravidez ou planejamento familiar, embora sejam do casal, tem recaído sobre as mulheres as quais vivenciam suas consequências imediatas. Gomes (2010, p.66) afirma que “geralmente, esses assuntos são delegados às mulheres como se elas fossem as únicas responsáveis por gerar ou evitar filhos”.

Desse modo, é fundamental também levar em consideração a opinião dos parceiros, facilitando e estimulando a participação dos homens nas atividades de planejamento familiar (CAMPINAS et al, 2008), especialmente nas questões que envolvem sua responsabilização e participação efetiva na contracepção.

Nesta perspectiva, é de fundamental importância que os profissionais da saúde atentem para a necessidade do envolvimento dos homens nas temáticas e ações que envolvem o planejamento familiar, onde se destaque a vasectomia como método contraceptivo, desassociado da ideia de que ele pode comprometer a sua sexualidade e, ao mesmo tempo, envolvendo o homem na responsabilização frente à esses aspectos e a ampliação de seu entendimento sobre o contínuo saúde-doença. Neste contexto, Fontes et al (2011) afirmam

que é um grande desafio implementar ações de educação que visem romper os déficits de autocuidado dos homens.

O número de filhos também foi um fator determinante para a decisão do casal pela escolha da vasectomia como um método para o planejamento familiar, conforme observa-se nos seguintes relatos: *Assim... porque eu já tenho um casal, um menino e uma menina e pra mim já tá bom* (E6) / *Os dois filhos* (E7) / *Primeiramente o planejamento familiar mesmo, segundo o bem estar geral* (E5). Percebe-se, através dos relatos, que os casais estão buscando a vasectomia para demarcarem quantitativamente o número de filhos, com ações voltadas à participação direta do homem. Neste sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) enfatiza que o homem deverá receber informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não filhos, conforme preconiza os direitos reprodutivos brasileiros.

Destaca-se, contudo, que tal fenômeno pode estar relacionado ao avanço da escolaridade dos cidadãos e a maior da participação feminina no mercado de trabalho, geralmente para reforçar o rendimento familiar, os quais são aspectos importantes relacionados com a diminuição da fecundidade.

Segundo o IBGE (2009), ocorreu um aumento do nível de escolaridade dos brasileiros (de 7 para 11 anos em média de anos de estudo). Houve também um significativo aumento de mulheres na condição de chefes de família (de 25,9% para 34,9%), além de um crescimento importante da proporção das mulheres declaradas como pessoa de referência familiar, apesar da presença de um cônjuge (de 2,4% para 9,1%).

A opção do casal para decidir ter um número reduzido de filhos ou não tê-los, faz parte das mudanças socioeconômicas e culturais ocorridas já nas últimas décadas do século XX, verificadas nos países industrializados e vêm se refletindo também no Brasil nos dias atuais. Segundo o IBGE (2009), nas últimas décadas, as tendências mais proeminentes no padrão familiar brasileiro envolvem, sem dúvida: as reduções do tamanho da família, do número de casais com filhos, e o crescimento do tipo de família formado por casais sem filhos, resultando nos processos de declínio da fecundidade. Tais eventos associados ao aumento da esperança de vida ao nascer resultam no envelhecimento populacional.

Segundo Paz et al (2006), tais características vem transformando o Brasil ao longo dos anos, em um país com uma população predominantemente idosa e esse envelhecimento associa-se a importantes transformações sociais e econômicas, bem como à mudança no perfil epidemiológico e demandas dos serviços de saúde para homens e mulheres.

A utilização da vasectomia com a finalidade principal de não ter filhos poderá resultar em uma prática sexual que envolve outros riscos à vida. Assim, destaca-se a importância das

práticas de sexo seguro também nas relações conjugais e estáveis, através do uso de métodos que protejam o casal do risco de contraírem infecções sexualmente transmissíveis (IST's), tendo em vista que a vasectomia protege apenas contra o risco de gravidez. De acordo com Gomes (2008) e Silva (2007), o exercício sexual, orientado por tais valores, frequentemente, é associado ao não-cuidado em saúde e ao comportamento desprotegido em relação a si mesmo e aos outros. Desse modo, os homens tendem a ver o condom como um recurso contraceptivo, assim após a realização do procedimento cirúrgico da vasectomia, geralmente não utilizam outro método.

Além disto, o número de filhos muitas vezes pode estar associado com as devidas condições financeiras necessárias para suprir as necessidades básicas do ser humano. Nessa perspectiva, alguns entrevistados citaram a condição financeira como um fator motivador para a realização da vasectomia: *Necessidade [...] porque eu não quero menino mais [...]* (E2) / *Mais a condição financeira pra se manter a criança, né? e o trabalho que dá também.* (E3) / *Assim, o que me levou a procurar assim [...] eu quando eu me casei já tinha planejado dois filhos [...] o homem com quatro, três filhos não é como dar uma condição de vida pra dois [...]* (E8).

De acordo com Abdon et al (2009), a família precisa prover aos seus membros condições adequadas de vida, por meio da criação e manutenção de um ambiente físico favorável ao crescimento de todos os seus familiares, baseada em cuidados pessoais, alimentares, ambientais, dentre outros. Desse modo, as preocupações mais direcionadas para o trabalho e para o sustento da casa e da família, reforçam os papéis historicamente atribuídos aos homens, de que eles têm de prover o sustento da casa, garantindo a subsistência da família. A associação entre ser provedor e ser homem ainda se encontra muito presente no imaginário social da masculinidade hegemônica.

No modelo hegemônico de masculinidade a dominação dos homens e a subordinação das mulheres é uma característica marcante vivenciada tanto nos espaços públicos e, sobretudo nos espaços privados, onde se reafirmam a legitimidade do patriarcado, a autoridade/autonomia masculina e a sua heterossexualidade. Além disto, são nesses cenários onde se (re)constrói socialmente essa visão hegemônica. Tais características reforçam a cultura machista, que muitas vezes, contribui para a construção de mitos e tabus que envolvem a vasectomia e, conseqüentemente, determinam uma menor participação masculina no planejamento familiar.

Sabe-se que a cirurgia de vasectomia ainda é associada à mitos que podem determinar no homem ou mesmo no casal sentimentos negativos frente ao procedimento cirúrgico

traduzidos por desvantagens, entretanto, os meios de divulgação da referida cirurgia tem contribuído para a desconstrução desta compreensão. Assim, quanto aos possíveis resultados advindos da vasectomia, os entrevistados apresentaram relatos que proporcionaram a construção da subcategoria: Baixo sucesso de reversão, a qual permitiu a identificação da categoria **Desvantagens associadas à vasectomia**, conforme estão descritas no quadro 5, abaixo.

CATEGORIA: DESVANTAGENS ASSOCIADAS À VASECTOMIA

Quadro 5 – Baixo sucesso de reversão. Pesquisa direta. João Pessoa, 2012.

SUBCATEGORIA	UNIDADES TEMÁTICAS
Baixo sucesso de reversão	<i>De certo modo há desvantagem porque nada é eterno. Você hoje está casado, amanhã pode não estar... (E10) / Acho que só tem desvantagem, se separar (o casal) um dia. (E11)</i>

Observa-se nos relatos acima que a maioria dos entrevistados acredita que não haverá desvantagens após a realização da vasectomia. A vasectomia é considerada uma pequena cirurgia, que traz poucos riscos e incômodos para os homens, desse modo, segundo Santos (2006), a vasectomia é preferida porque os homens almejam a segurança de não engravidarem as esposas/companheiras, o que resultaria em uma vida sexual tranquila e mais satisfatória, sem precisar usar qualquer outro recurso anticoncepcional.

Destaca-se que apesar da maioria dos homens entrevistados serem casados, verifica-se atualmente altos índices de separação e de divórcios, em decorrência disso, pessoas que se separaram ou divorciaram podem desejar ter filhos com outra companheira, o que poderá ser motivo de arrependimento da realização do referido procedimento cirúrgico, haja vista seu baixo sucesso de reversibilidade. Tal fato é percebido pelos entrevistados como uma desvantagem da vasectomia: *De certo modo há desvantagem porque nada é eterno. Você hoje está casado, amanhã pode não estar (E10) / Acho que só tem desvantagem, se separar (o casal) um dia (E11).*

Segundo Cunha, Wanderley e Garrafa (2007), alguns fatores como idade jovem, morte de filho e falta de estabilidade no relacionamento conjugal são apontados em todo o mundo como predisponentes ao arrependimento da contracepção cirúrgica. Desse modo, Vieira (2007) afirma que é por essa razão que os divórcios seguidos de um novo casamento acabam

se tornando lugares-comuns de arrependimentos e/ou questionamentos em relação aos procedimentos realizados no passado.

Destaca-se que há exatamente 30 anos depois de instituído, o divórcio atingiu, em 2007, sua maior taxa desde 1984. Nesse período a taxa de divórcios teve crescimento superior a 200%, passando de 0,46%, em 1984, para 1,49%, em 2007. Em números absolutos os divórcios concedidos passaram de 30.847, em 1984, para 179.342 em 2007 (IBGE 2007).

De acordo com Fontenele (2010), o planejamento da vida reprodutiva tem relação direta com a situação familiar, que por sua vez implica no (re) ordenamento das funções reprodutivas. Nessa perspectiva, a decisão de realizar a vasectomia deve ser tomada de forma consciente, tendo em vista que esta é considerada uma cirurgia definitiva e a reversão é um procedimento dispendioso, que atualmente não é disponibilizado pelo SUS no Estado da Paraíba, cujo sucesso dependerá de fatores como a experiência do cirurgião, técnica utilizada e o tempo decorrido entre a vasectomia e a nova cirurgia. Portanto esta situação precisa ser repensada, visto que a oferta da vasectomia como método para o planejamento familiar está sendo ampliada pelo SUS, tornando-se necessário que também seja oferecida a sua reversibilidade.

Neste sentido, ressalta-se a importância do homem receber orientações de uma equipe multidisciplinar acerca de tudo o que envolve o procedimento, especialmente na atenção básica, considerada a porta de entrada dos serviços de saúde. Quando questionados sobre esse aspecto, os relatos dos entrevistados possibilitaram a construção de duas subcategorias: Não recebeu informações na UBS e Recebeu informações na UBS, as quais resultaram em uma categoria intitulada: **Orientações acerca da vasectomia fornecidas pelo Programa de Planejamento Familiar da UBS**, de acordo com o quadro 6, a seguir.

CATEGORIA: ORIENTAÇÕES ACERCA DA VASECTOMIA FORNECIDAS PELO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DA UBS

Quadro 6 – Não recebeu informações na UBS e Recebeu informações na UBS. Pesquisa direta. João Pessoa, 2012.

SUBCATEGORIA	UNIDADES TEMÁTICAS
Não recebeu informações na UBS	<i>Não [...] (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E11)</i>
Recebeu informações na UBS	<i>Foi pelo PSF. Eu procurei o PSF e me informei melhor. Me informaram que era uma cirurgia que não trazia risco, trazia mais benefício, assim em questão de cirurgia, pro homem é bem mais simples, pra mulher já é uma cirurgia mais complicada [...] (E8)</i>

A partir dos relatos acima é possível identificar que, com uma única exceção, todos os entrevistados afirmaram não ter recebido nenhuma informação acerca da vasectomia no programa de planejamento familiar da Unidade Básica de Saúde: *Não [...] (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E11)*.

De acordo com Vieira (2007), uma análise detalhada sobre as características dos serviços prestados na área de saúde reprodutiva apontou várias deficiências: predominância de apenas dois métodos anticoncepcionais, leque de escolhas reduzido, os métodos oferecidos demonstram medicalização excessiva, predominância do setor privado (compra de pílulas e ofertas de cirurgias), acesso tardio (quase 50% das mulheres começavam a fazer contracepção depois do primeiro filho), uso inadequado de contraceptivos, alta proporção de gravidez indesejada, falta de informação e desigualdade no acesso.

Sabe-se que dificuldades para a efetiva implementação do planejamento familiar, no que se refere à informação e fornecimento de métodos anticoncepcionais, são verificadas em alguns municípios brasileiros (BRASIL, 2009). Essas dificuldades devem ser reconhecidas e transpostas para o efetivo uso desses serviços. Assim, delinear o panorama dessa assistência pode contribuir para o planejamento e programação das atividades, de modo a revisar prioridades, subsidiando a tomada de decisões e contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva da população.

Desse modo, entende-se que é indispensável a implementação de espaços para a discussão do planejamento familiar para homens, de forma compartilhada com as mulheres, na perspectiva do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

Entre os entrevistados, apenas um afirmou ter recebido informações sobre a vasectomia na UBS: *Foi pelo PSF. Eu procurei o PSF e me informei melhor. Me informaram que era uma cirurgia que não trazia risco, trazia mais benefício, assim em questão de cirurgia, pro homem é bem mais simples, pra mulher já é uma cirurgia mais complicada porque vai mexer no útero* (E8).

O discurso dos entrevistados revela a dificuldade de participação masculina junto aos serviços de saúde e isso diz muito sobre as dificuldades de acesso, bem como sobre a necessidade de melhorar a oferta de serviços a essa parcela da população. Segundo Couto et al (2010), na estrutura organizacional dos serviços de saúde, tornaram-se visíveis as desigualdades que comprometem a relação dos homens com os serviços e o cuidado em saúde.

Nesse sentido, ocorre em tais espaços uma invisibilidade dos homens como: alvos de intervenção em saúde, expressa, sobretudo, na falta de programas e atendimentos direcionados aos homens; usuários, que têm dificuldades para acessar os serviços ou para serem acolhidos com suas demandas; e sujeitos de cuidado, que, pela expectativa dos profissionais de que o homem não cuida de si nem de outras pessoas, não são estimulados às práticas de prevenção e promoção de saúde (COUTO et al, 2010).

De acordo com Moura (2003), no planejamento familiar os clientes devem receber informações sobre a diversidade dos métodos contraceptivos de forma igualitária e ter acesso aos mesmos para escolherem livremente, de forma segura, confiável e adequada nos diferentes momentos de vida reprodutiva, de acordo com a história de saúde e adaptação ao método.

Portanto, a informação adequada no planejamento familiar é de fundamental importância, pois possibilita ao cliente exercer seus direitos sexuais e reprodutivos, reconhecendo métodos contraceptivos mais adequados à sua realidade e fazendo escolhas com autonomia.

Quando questionados sobre como obtiveram informações sobre o serviço de referência de vasectomia, os relatos proporcionaram a construção de três subcategorias: Conhecimento através de amigos, conhecidos, vizinhos e familiares; Conhecimento através de profissionais/serviços de saúde e Conhecimento através de meios de comunicação social. Tais subcategorias resultaram na construção da categoria intitulada: **Fontes de informação que**

proporcionaram o conhecimento do serviço de vasectomia, conforme descritos no quadro 7, abaixo.

CATEGORIA: FONTES DE INFORMAÇÃO QUE PROPORCIONARAM O CONHECIMENTO DO SERVIÇO DE VASECTOMIA

Quadro 7 – Conhecimento através de amigos, conhecidos, vizinhos e familiares; Conhecimento através de profissionais/serviços de saúde e Conhecimento através de meios de comunicação social. Pesquisa direta. João Pessoa, 2012.

SUBCATEGORIA	UNIDADES TEMÁTICAS
Conhecimento através de amigos, conhecidos, vizinhos e familiares	<i>Tive conhecimento da vasectomia através de um colega da empresa que já fez a cirurgia. Já esse serviço foi por meio de uma amiga (E1) / Tem um vizinho que fez, aí ele falou comigo [...] / Foi através da minha esposa mesmo... (E3) / Indicação de amigos [...] (E5) / Através de conversa com amigos (E6) / Minha mãe trabalha aqui (Programa de Vasectomia do HMSI) (E7) / Foi um colega (E9).</i>
Conhecimento através de profissionais/serviços de saúde	<i>Através da funcionária daqui (E2) / Através do PSF (E8) / Foi quando a mulher ganhou bebê na Cândida Vargas (maternidade), aí informaram à ela lá (E11)</i>
Conhecimento através de meios de comunicação social	<i>Mídia (TV) (E10)</i>

De acordo com os relatos: *Tive conhecimento da vasectomia através de um colega da empresa que já fez a cirurgia. Já esse serviço foi por meio de uma amiga (E1) / Tem um vizinho que fez, aí ele falou comigo [...] / Foi através da minha esposa mesmo... (E3) / Indicação de amigos [...] (E5) / Através de conversa com amigos (E6) / Minha mãe trabalha aqui (Programa de Vasectomia do HMSI) (E7) / Foi um colega (E9)*, a maioria dos entrevistados teve conhecimento do serviço de vasectomia através de amigos, conhecidos ou vizinhos. Tal fato evidencia que muitos homens chegam ao serviço de saúde de vasectomia sem informações técnicas precisas sobre o método, revelando *déficits* do serviço de atenção primária, neste aspecto. Assim, pode-se afirmar a ocorrência de omissão dos serviços de planejamento familiar da atenção básica, em oferecer informações e oportunizar aos homens e casais de incluírem a vasectomia como uma opção contraceptiva.

Marchi et al (2003), em estudo sobre a opção pela vasectomia, detectaram no universo de vinte casais determinados a realizar a referida cirurgia que apenas dois haviam sido

referenciados por serviços de saúde, enquanto os demais foram indicados por amigos e pessoas da família, significativas para a tomada da respectiva decisão. Nessa perspectiva, Pierre e Clapis (2010) afirmam que no Brasil, apesar de o planejamento familiar ser de responsabilidade de todos os níveis de atenção em saúde, é desenvolvido, principalmente, na atenção primária, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem, dentre suas diretrizes, a participação comunitária, considerada fator que possibilita identificar e atender as necessidades de homens e mulheres.

O fato de os casais chegarem ao programa de vasectomia com a decisão já apoiada no senso comum, situação bastante comum nos serviços de planejamento familiar, determina uma maior dificuldade para os profissionais proverem as orientações necessárias à tomada de decisão frente à vasectomia, pois, as decisões ali ancoradas constituem barreiras no processo de aconselhamento.

Quanto aos entrevistados que tiveram conhecimento da vasectomia através de profissionais ou serviços de saúde, conforme evidenciado nos relatos: *Através da funcionária daqui* (E2) / *Foi quando a mulher ganhou bebê na Cândida Vargas (maternidade), aí informaram à ela lá* (E11), ratificam as ideias dos autores Marchi et al (2003) ao afirmarem que as pessoas tendem a não ver os serviços básicos como fontes de informação na área da anticoncepção.

Desse modo, ressalta-se a importância da atenção básica em disponibilizar atividades direcionadas especificamente para a população masculina, buscando gerar uma maior interação entre as necessidades de saúde dessa população e a organização das práticas de saúde das unidades de atenção primária. De acordo com Pierre e Clapis (2010) é indispensável a implementação de espaços para a discussão do planejamento familiar para homens, de forma compartilhada com as mulheres, na perspectiva do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

Em relação ao conhecimento do serviço de vasectomia através de meios de comunicação social, foi possível identificar apenas um relato: *Mídia (TV)* (E10). Sabe-se da importância desses meios de comunicação para a divulgação em larga escala de determinados assuntos, no entanto, esses recursos não podem substituir o papel dos serviços de saúde, em todos os aspectos, junto à população, especialmente quando se trata de um procedimento ainda pouco divulgado como a vasectomia, que vem aumentando a sua oferta nesses serviços na perspectiva de atender as necessidades da população masculina.

Segundo Amorim, Cavenaghi e Alves (2008), existiam no Brasil, em janeiro de 2007, 1.395 estabelecimentos hospitalares credenciados para a realização da laqueadura e 873 para

vasectomia, com evidente aumento da oferta deste procedimento não apenas nos centros urbanos, mas em praticamente todos os estados brasileiros, havendo pelo menos um estabelecimento hospitalar credenciado para realizar este tipo de procedimento em cada estado.

De acordo com os mesmos autores, apesar de poucos registros, a vasectomia é incluída como procedimento do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1995 e, embora tenha havido maior incremento no credenciamento de mais instituições hospitalares, os procedimentos realizados ainda não são quantitativamente representativos, quando se considera a laqueadura.

Segundo dados do Ministério da Saúde, o número de vasectomias vem aumentando no Brasil desde a inserção deste procedimento na tabela do SUS. Neste contexto, a quantidade de vasectomias realizadas pelo SUS em 2001, foi de 7.798, e em 2009, já contabiliza-se 34.144 cirurgias (BRASIL, 2010).

Assim, as mudanças atuais no tocante à compreensão crítica, pelo homem, dos procedimentos envolvidos na vasectomia, fará com que essa opção de planejamento familiar faça parte do cotidiano de muitos brasileiros. Mas, para tal, serão necessárias a adoção de estratégias de inclusão masculina nos serviços de planejamento familiar, capacitação dos profissionais tanto da atenção básica como dos serviços especializados, sem negligenciar a perspectiva da integralidade dessas ações, para que outros serviços de saúde, em seus diferentes níveis, ofereçam atenção no que concerne o planejamento familiar.

Destaca-se que a vasectomia se insere nos direitos sociais vinculados à saúde reprodutiva do homem, entretanto, esse direito tem sido compreendido de modo limitado, especialmente por parte dos indivíduos participantes da pesquisa, conforme evidenciado nos relatos a seguir. Desse modo, quando questionados sobre o direito do homem em realizar a vasectomia, obtivemos duas subcategorias: Vasectomia como uma conquista social e Vasectomia como equidade de gênero, os quais subsidiaram a construção da categoria **Vasectomia na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos**, conforme o quadro 8, a seguir.

CATEGORIA: VASECTOMIA NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Quadro 8 – Vasectomia como uma conquista social e Vasectomia como equidade de gênero. Pesquisa direta. João Pessoa, 2012.

SUBCATEGORIA	UNIDADES TEMÁTICAS
Vasectomia como uma conquista social	<i>... é uma conquista dos nossos direitos... (E1) / É muito importante pra ter consciência... consciência de ser pai... (E5) / É muito importante pro homem... (E6) / É um ganho pra o homem com certeza (E8).</i>
Vasectomia como equidade de gênero	<i>Acredito que é um ganho o homem também poder decidir sobre a sua família... (E1) / Eu acho importante, pois iguala à mulher (E9) / É um direito conquistado pelos homens que se iguala ao das mulheres (E10) / É importante porque o homem também tem direito de decidir quantos filhos quer ter (E11).</i>

Verifica-se nos relatos: *... é uma conquista dos nossos direitos... (E1) / É muito importante pro homem... (E6) / É um ganho pra o homem com certeza (E8)*, que os homens percebem o significado da vasectomia de forma positiva, como uma conquista social.

Sabe-se que os direitos sexuais e reprodutivos emergiram da luta feminina pelo seu direito de escolha anticoncepcional, posteriormente é que os homens foram inseridos nesse contexto. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), as questões relacionadas à anticoncepção são tradicionalmente vistas como de responsabilidade exclusiva das mulheres, no entanto, esse quadro pode mudar se homens e mulheres viverem relações mais igualitárias no que concerne a reprodução.

Assim, a inclusão dos homens nas discussões de temáticas associadas à saúde reprodutiva é uma importante estratégia para que os mesmos vivenciem relações igualitárias, vivam sua sexualidade de forma plena, sem colocar em risco a própria saúde e nem a saúde dos outros. Isto só será possível quando forem assegurados aos homens e as mulheres seus direitos sexuais e reprodutivos.

Segundo Rios (2006), direitos sexuais e direitos reprodutivos são categorias jurídicas vocacionadas a problematizar fenômenos e relações sociais entabuladas não só por mulheres, mas também por homens. Tais direitos se fazem necessários, de modo proeminente, nas

discussões a respeito da expressão sexual, abarcando também as questões reprodutivas. Assim, os direitos sexuais e reprodutivos são inseparáveis, já que garantem o livre exercício da sexualidade e a autonomia para as decisões das pessoas no que se refere à vida sexual e à reprodução, bem como assumir as responsabilidades dessas decisões.

De acordo com Souza e Tyrrell (2007), a saúde sexual e reprodutiva – e os direitos a ela inerentes – devem ser compreendidos não só como a possibilidade de homens e mulheres manterem uma vida sexual satisfatória e segura, em condições de se reproduzirem, mas também, com a liberdade de decidir entre fazê-lo ou não. Desse modo, os entrevistados reconhecem seus direitos a autonomia reprodutiva masculina através do acesso as informações, serviços de saúde e tratamentos que garantam a decisão, por eles, sobre o controle da sua fecundidade.

Outra percepção da vasectomia para os sujeitos participantes da pesquisa refere-se a mesma como uma forma de garantir a equidade social, ou seja, que homens e mulheres tenham o mesmo direito de decidirem quando e quantos filhos querem ter, conforme se observa nos relatos: *Acredito que é um ganho o homem também poder decidir sobre a sua família...* (E1) / *Eu acho importante, pois iguala à mulher* (E9) / *É um direito conquistado pelos homens que se iguala ao das mulheres* (E10) / *É importante porque o homem também tem direito de decidir quantos filhos quer ter* (E11).

De acordo com Figueiredo (2005), para alcançar uma maior compreensão das necessidades de saúde da população masculina devemos analisar a luz da perspectiva de gênero, afinal é oportuno trabalhar a ideia de gênero como um elemento constitutivo das relações sociais, o qual está fundamentado nas diferenças percebidas entre os sexos e que influencia a concepção de saúde – doença.

Desse modo, tem-se percebido uma nova visão sobre as diferenças de gênero em que os homens tem assumido uma postura mais igualitária em relação às suas companheiras. Isto está se refletindo também no planejamento familiar, onde os homens também se incluem como responsáveis por essas questões. De acordo com Gomes e Nascimento (2006), assim como se tem a perspectiva de empoderamento das mulheres nas esferas decisórias, investimentos deverão ser promovidos para que os homens também se sintam sujeitos no campo reprodutivo.

Essa abordagem do homem no campo reprodutivo, a partir da perspectiva relacional de gênero busca promover uma resignificação do masculino, tornando-o cada vez mais incluído nesses aspectos. Assim, através dessa incorporação, pode-se apreender e reconhecer as necessidades de superarmos a história de desigualdades de gênero objetivando um cuidado

coletivo, através da construção de novos discursos na perspectiva da equidade social, entre homens e mulheres.

Sabe-se que a adoção de práticas que estimulem a participação do homem nos serviços de vasectomia deve ter início no âmbito da atenção primária nas ações da UBS, desenvolvidas por meios de estratégias que possam resultar em decisões firmadas na criticidade que o procedimento exige. Entretanto, a ausência dos homens nesses serviços tem dificultado inclusive a criação de modos de inserção dos mesmos, de definições de ações de acolhimento e discussão de temáticas voltadas ao campo da saúde masculina.

A busca pela vasectomia, enquanto direito social dos homens no campo da saúde sexual e reprodutiva, não tem sido um processo livre de sentimentos negativos e atitudes que reafirmam aspectos culturais associados à construção da masculinidade, particularmente da hegemônica. Assim, nele pode-se observar nos relatos dos homens: Ambivalência e Segurança pela experiência prévia de terceiros, entendidas como as subcategorias que resultaram na construção da categoria intitulada: **Sentimentos associados à busca pela vasectomia**, de acordo com o quadro 9, abaixo.

CATEGORIA: SENTIMENTOS ASSOCIADOS À BUSCA PELA VASECTOMIA

Quadro 9 – Ambivalência e Segurança pela experiência prévia de terceiros. Pesquisa direta. João Pessoa, 2012.

SUBCATEGORIA	UNIDADES TEMÁTICAS
Ambivalência	<i>Já faz dois anos que eu tenho vontade de fazer a vasectomia, no começo tive medo. Eu sempre marcava pra vir, mas não vinha, aí hoje eu tomei coragem e vim (E1) / Na realidade a vontade já vinha bem antes de ter filho [...] só que aí agente vai relaxando, relaxando, deixando o tempo passar... (E3) / Eu tive a decisão [...] Foi uns dois anos tomando coragem [...] (E6) / Eu tenho vontade de fazer (há 10 anos) [...] e aí chegou agora o momento ... (E9).</i>
Segurança pela experiência prévia de terceiros	<i>Aí foi quando o meu amigo lá da empresa fez a cirurgia e não teve problema ... (E1) / ... meu padrasto já tinha feito a cirurgia... (E5)</i>

De acordo com os relatos acima é possível perceber a ocorrência de ambivalência em relação à vasectomia expressa por desejo *versus* medo em realizá-la, a exemplo das falas: *Já faz dois anos que eu tenho vontade de fazer a vasectomia, no começo tive medo. Eu sempre*

marcava pra vir, mas não vinha, aí hoje eu tomei coragem e vim (E1) / Eu tive a decisão ... Foi uns dois anos tomando coragem [...] (E6) / Eu tenho vontade de fazer (há 10 anos) [...] e aí chegou agora o momento ... (E9).

A vasectomia é um método contraceptivo que determina nos homens sentimentos de medo muitas vezes associado a mitos e desinformação acerca do procedimento. Sabe-se que a vasectomia é efetivada por meio de um ato cirúrgico simples e que não tem um efeito fisiológico, entre outros aspectos, sobre a potência sexual, entretanto, muitos homens associam a possibilidade da diminuição de sua virilidade. Neste sentido, pesquisa realizada por Smith e colaboradores (2009), com homens australianos, não evidenciou diferenças entre homens vasectomizados e não vasectomizados com respeito à prevalência de problemas sexuais.

Segundo Marchi (2011) existe uma lacuna de conhecimento em relação à esterilização cirúrgica masculina no Brasil no que se refere às possíveis consequências da opção por esse método na vida dos homens que se submetem à cirurgia. Isso, provavelmente, é resultado de sua baixa prevalência e popularidade em nosso meio.

Pesquisa realizada por Carvalho et al (2007), em 19 municípios da Região Metropolitana de Campinas-SP, apontou que os homens vasectomizados a partir de 1998, já na vigência da Lei de Planejamento Familiar (Lei n. 9.263), em sua grande maioria, não haviam recebido informações sobre a vasectomia durante o processo de obtenção da cirurgia. Tal fato colabora para a existência de mitos masculinos em relação à vasectomia e, consequentemente, no que concerne ao seu desempenho sexual após o procedimento.

Pode-se afirmar que a qualidade das informações dispensadas aos homens antes da vasectomia é considerada fundamental tanto para sanar possíveis dúvidas, minimizando medos relacionados ao procedimento, quanto para a tomada de decisão de modo consciente. Portanto, o medo e os mitos acerca da vasectomia não devem criar obstáculos para que os homens tenham acesso à esterilização cirúrgica. Ao contrário, deve impulsionar a oferta de atenção de boa qualidade ao planejamento familiar como um dos componentes da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos.

Transpor tais sentimentos é uma urgência para que ocorra o incremento do número de vasectomias enquanto método para o planejamento familiar. Cabendo, pois, aos profissionais da saúde, especialmente aqueles que desempenham suas atividades na atenção básica a importante tarefa de instrumentalizar os homens nesse contexto para uma decisão consciente.

Através dos relatos também foi possível identificar que alguns homens superaram os medos e mitos associados ao procedimento e decidiram realizar a vasectomia a partir da

experiência exitosa de outros: *Aí foi quando o meu amigo lá da empresa fez a cirurgia e não teve problema ... (E1) / ... meu padrasto já tinha feito a cirurgia...* (E5). Nesta perspectiva, Manhoso e Hoga (2005) descrevem um estudo qualitativo com vinte homens já vasectomizados em um serviço público de saúde do estado de São Paulo, onde os entrevistados relataram receios em relação à vasectomia, principalmente quanto a sua desvalorização como homens. Isto quase os fez desistir da cirurgia, porém as experiências positivas relatadas por outros homens os ajudaram a superar esse medo.

Segundo pesquisa realizada por Marchi (2006), quase a metade dos homens entrevistados referiram que a ideia de fazer a vasectomia veio principalmente por experiências vivenciadas por outros homens, seus conhecidos. E afirma que, o conhecimento da experiência das pessoas que já se submeteram, é essencial para que os serviços de saúde sexual e reprodutiva possam prover orientação adequada, visando a satisfação de usuários potenciais.

Desse modo, a orientação dos serviços de saúde nesta perspectiva é de fundamental importância, tendo em vista que os sujeitos sociais constroem suas representações, a partir de informações de diversas fontes, corretas ou não, e com base nelas fazem a sua opção.

Os sentimentos positivos ou negativos associados à decisão de realizar a vasectomia tem uma relação estreita com o tempo efetivo para submeter-se a esse procedimento, embora esta decisão também esteja ancorada em sua esposa/companheira.

O Ministério da Saúde preconiza alguns critérios para a realização da vasectomia. Primeiramente, é necessário que a unidade de saúde esteja cadastrada no Ministério da Saúde, que tenha uma equipe preparada e treinada para a realização do procedimento cirúrgico, além de uma equipe multidisciplinar responsável pelo aconselhamento, pelas explicações acerca da cirurgia e pela entrevista antes da realização do procedimento. Além disso, destaca-se que na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges, assim é necessário que aguardem 60 dias para refletirem sobre a sua decisão, após esse tempo eles retornam ao serviço e, se realmente a decisão for mantida, é marcada a cirurgia. Por fim, a realização da vasectomia deve ser notificada junto ao Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

Assim, quando os participantes dessa pesquisa foram indagados quanto ao tempo² que levaram para se submeterem a vasectomia, verificou-se que alguns homens decidiram em curto e outros em longo prazo. Tais relatos subsidiaram a construção das subcategorias: Decisão em curto prazo e Decisão em longo prazo, as quais levaram a construção da categoria: **Tempo para decisão em efetivar a vasectomia**, conforme o quadro 10, abaixo.

CATEGORIA: TEMPO PARA DECISÃO EM EFETIVAR A VASECTOMIA

Quadro 10 – Decisão em curto prazo e Decisão em longo prazo. Pesquisa direta. João Pessoa, 2012.

SUBCATEGORIA	UNIDADES TEMÁTICAS
Decisão em curto prazo	<i>Já faz uns três meses já... a gente entrou num acordo, aí eu decidi fazer [...] (E4) / Foi 1 mês até chegar aqui [...] estou decidido mesmo (E8) / Acho que faz um mês... decidi fazer (E10).</i>
Decisão em longo prazo	<i>Já faz dois anos... (E1) / A vontade realmente partiu de antes, mas de dois anos pra cá, na realidade com o nascimento do primeiro filho ... (E3) / A decisão... da vasectomia faz um ano (E5) / ...Foi uns dois anos... (E6) / Foi mais ou menos 1 ano e meio desde que manifestei a vontade até chegar aqui hoje ... (E7) / Ah... já tem uns 10 anos ... (E9).</i>

De acordo com os relatos dos homens participantes da pesquisa é possível observar que alguns tomaram a decisão em realizar a vasectomia em um curto período de tempo: *Já faz uns três meses já... a gente entrou num acordo, aí eu decidi fazer [...] (E4) / Foi 1 mês até chegar aqui [...] estou decidido mesmo (E8) / Acho que faz um mês... decidi fazer (E10).*

Sabe-se que historicamente a responsabilidade no planejamento familiar tem sido quase sempre feminina, no entanto é imprescindível incluir os homens em tais programas, como uma forma para instrumentalizá-los quanto ao acesso aos diferentes métodos contraceptivos e todas as informações inerentes aos mesmos para que a responsabilização quanto ao número de filhos e a decisão de tê-los ou não, seja uma decisão do casal. Segundo

² Nesse estudo foi considerado curto prazo quando a decisão para realizar a vasectomia não ultrapassou os 6 meses entre a manifestação da vontade de fazer o procedimento e a procura pelo serviço de saúde para marcá-lo. Já a decisão em longo prazo foi considerada quando ultrapassou esse período pelo serviço de saúde para marcá-lo.

Marchi (2006), estudos realizados no Brasil indicam que, no processo de decisão de um casal frente a necessidade de utilizar um método contraceptivo, é comum a referência de que as decisões são tomadas em conjunto, a partir de informações que ambos receberam.

A tomada de decisão pela vasectomia para alguns homens pode exigir um maior tempo, provavelmente de reflexão. Segundo Louro (2004), o momento da tomada de decisão pela vasectomia é o momento que os homens se encontram na fronteira, entendida como lugar de relação, região de encontro, cruzamento e confronto. Onde a busca pelo procedimento é permeada pelo medo, particularmente construído pelo senso comum.

Por meio da fala dos entrevistados, também foi possível observar que a maioria deles optou pela vasectomia após um período de tempo superior a 6 meses chegando até a 10 anos, conforme os seguintes relatos: *Já faz dois anos... (E1) / A vontade realmente partiu de antes, mas de dois anos pra cá, na realidade com o nascimento do primeiro filho ... (E3) / A decisão... da vasectomia faz um ano (E5) / ...Foi uns dois anos... (E6) / Foi mais ou menos 1 ano e meio desde que manifestei a vontade até chegar aqui hoje ... (E7) / Ah... já tem uns 10 anos ... (E9)*. Tais relatos podem ser justificados, entre outros aspectos, por determinantes institucionais a exemplo da baixa divulgação das informações adequadas pelos serviços de saúde, a não adequação dos mesmos ao horário de trabalho dos homens, e a falta de profissionais qualificados, como também por aspectos associados ao próprio homem no que concerne a baixa procura pelos serviços de saúde e a representação social frente a este procedimento.

Neste contexto, segundo Marchi (2001), isso ocorre porque, por um lado, há poucas alternativas contraceptivas que possam ser de iniciativa e realização apenas do homem e, por outro, porque os homens tenderiam a intervir nas decisões contraceptivas apenas no momento em que consideram que as mulheres já não podem resolver sozinhas. Além disso, a maioria dos homens opta pela vasectomia como último recurso contraceptivo, após ter utilizado outros métodos, nem sempre com sucesso.

Assim, buscando identificar as possíveis estratégias de inserção e participação dos mesmos nestes serviços, os relatos dos entrevistados possibilitaram a construção de duas subcategorias: Divulgação dos serviços de vasectomia e Maior atuação da atenção básica. Estas subcategorias possibilitaram a construção de uma categoria intitulada: **Estratégias possíveis de serem adotadas nos serviços de vasectomia para promover a inserção e participação dos homens nesses serviços**, conforme podemos observar no quadro 11, a seguir.

CATEGORIA: ESTRATÉGIAS POSSÍVEIS DE SEREM ADOTADAS NOS SERVIÇOS DE VASECTOMIA PARA PROMOVER A INSERÇÃO E PARTICIPAÇÃO DOS HOMENS NESSES SERVIÇOS

Quadro 11 – Divulgação dos serviços de vasectomia e Maior atuação da atenção básica. Pesquisa direta. João Pessoa, 2012.

SUBCATEGORIA	UNIDADES TEMÁTICAS
Divulgação dos serviços de vasectomia	<i>...é preciso ter mais divulgação desse serviço, muita gente nem sabe que existe e é tão organizado (E1) / Assim, deveria ser mais divulgado [...] se as pessoas fizesse mais divulgação em hospitais, em posto, em televisão, quanto mais, melhor, mais fácil, mais rápido de fazer, né? [...] (E2) / Divulgação... (E5) / Divulgar mais (E6) / Eu acho que é a divulgação, que é muito pouca [...] (E7) / Divulgar mais [...] O que é bom tem que passar pra frente (E8) / Mais divulgação e informação (E9).</i>
Maior atuação da Atenção Básica	<i>Eu acho que nas visitas que são feitas pelos agentes de saúde, eles deveriam, explicar sobre essa possibilidade da vasectomia (E3) / O que falta é participar dessas reuniões lá no posto, porque se eu já viesse participando, eu já tinha feito (E4) / Divulgação pelo PSF (E10) / Ser mais divulgado pelo PSF (E11).</i>

Conforme se verifica nos relatos acima, os homens reconhecem a necessidade de uma maior divulgação dos serviços de saúde que realizam a vasectomia: *...é preciso ter mais divulgação desse serviço, muita gente nem sabe que existe e é tão organizado (E1) / Assim, deveria ser mais divulgado [...] se as pessoas fizesse mais divulgação em hospitais, em posto, em televisão, quanto mais, melhor, mais fácil, mais rápido de fazer, né? [...] (E2) / Divulgação... (E5) / Eu acho que é a divulgação, que é muito pouca [...] (E7) / Divulgar mais [...] O que é bom tem que passar pra frente (E8) / Mais divulgação e informação (E9).*

Assim, para garantir a participação masculina nos serviços de vasectomia é imprescindível que se tenha divulgação dos métodos contraceptivos no Programa de Planejamento Familiar na perspectiva de que o casal tenha conhecimento destes e, a partir daí, possa decidir qual método se adequa a sua necessidade. Tal divulgação pode ser feita com cautela através dos meios de comunicação, no entanto, a responsabilidade pela preparação do casal é dos serviços de saúde, especialmente da Atenção Básica.

Segundo Bezerra e Rodrigues (2010), o planejamento familiar surge como uma rede de ações que envolvem orientações, procedimentos técnicos, apresentação de métodos conceptivos e contraceptivos, encaminhamentos, ademais do dinamismo de atuações de multiprofissionais que culminam com a promoção e qualidade de vida.

Também foi possível identificar através dos relatos a necessidade de uma maior atuação da Atenção Básica no que concerne o planejamento familiar: *Eu acho que nas visitas que são feitas pelos agentes de saúde, eles deveriam, explicar sobre essa possibilidade da vasectomia (E3) / O que falta é participar dessas reuniões lá no posto, porque se eu já viesse participando, eu já tinha feito (E4) / Divulgação pelo PSF (E10) / Ser mais divulgado pelo PSF (E11).*

A assistência ao planejamento familiar é oferecida, atualmente, no Brasil, pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), na perspectiva da vinculação dos profissionais com a comunidade e de valorização e incentivo à participação da mesma. Para Bottazo (2009), o sistema público de saúde brasileiro tem se notabilizado pela afirmação de políticas que visam à equidade e à inclusão social, no entanto, esta boa intenção não tem apresentado resultado prático compatível.

De acordo com Moura (2007), mesmo com as condições estabelecidas pela Lei nº 9.263/96, há negligências nos serviços de atenção ao planejamento familiar, demonstrando assim, um distanciamento entre o que é determinado na política do Ministério da Saúde e a prática na ESF. Desse modo, um dos fatores fundamentais para que as ações desta estratégia se concretizem, é o acesso aos subsídios básicos que permitam ao sujeito condições de realizar escolhas conscientes a partir da sua realidade.

Assim, os serviços de saúde devem atentar para a inclusão do homem nos programas de planejamento familiar, buscando instrumentalizá-lo quanto as diferentes modalidades de métodos contraceptivos que envolvem o casal e, particularmente àqueles voltados ao uso exclusivo masculino, informando-os acerca de suas vantagens, desvantagens e modo de utilização. Neste processo, há de ser destacada a vasectomia por ser um procedimento seguro, pouco invasivo, que determina a qualidade de vida e reafirma um dos direitos sociais do homem.

Tais informações devem alcançar tanto os homens que, de algum modo, participam na UBS do Programa de Planejamento Familiar ou de outras ações ali dispensadas, quanto àqueles que estão em cenários caracteristicamente masculinos, a exemplo dos campos de futebol, da construção civil, igrejas, fábricas, oficinas e escolas. Ressalta-se que, dada a

importância de tais informações, as mesmas devem ser divulgadas através de meios de comunicação que se adequem a população masculina para que seja eficaz.

Desse modo, a concretização da PNAISH corrobora para que o direito sexual e reprodutivo masculino venha transcender a institucionalização no papel, tornando-se uma realidade na vida dos homens para que os mesmos possam vivenciar a plenitude desse direito. Sabe-se que os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal ainda são um desafio para a realização da vasectomia, portanto, reconstruir os aspectos culturais frente a este método é uma exigência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa permitiram alcançar os objetivos traçados, por revelar a vivência dos homens no contexto da realização da vasectomia no Programa de Planejamento Familiar. Destaca-se que o referido método de contracepção masculina encontra-se associado a importantes aspectos socioculturais da construção da masculinidade hegemônica que historicamente tem associado a contracepção como uma responsabilização feminina, haja vista que esse processo é marcado pela ausência masculina no Programa de Planejamento Familiar.

A vivência dos homens neste processo revelou que os determinantes que motivaram a busca pela vasectomia enquanto método contraceptivo para o seu planejamento familiar, ancoram-se na percepção do método como fator de mudanças positivas, sobretudo na vida sexual e no relacionamento com a esposa/companheira.

Para os homens participantes da pesquisa, a vasectomia traz benefícios no contexto de uma maior liberdade para a vida sexual do casal, pois a mesma é compreendida como uma opção para o exercício do papel de provedor da família na medida em que poderá determinar o número de filhos desejados, considerando suas possibilidades socioeconômicas reais. Entretanto, ressalta-se a importância do uso de outros métodos contraceptivos para a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), tendo em vista que a vasectomia só protege contra gravidez.

Assim, os homens participantes da pesquisa mencionaram que não ter filhos e promover melhoria para a saúde da esposa/companheira são os aspectos que determinam as vantagens associadas à vasectomia. Para eles, o baixo sucesso de reversão deste método, quando da ocorrência futura de conceber outros filhos, na possibilidade de novos relacionamentos, determina sua grande desvantagem.

A vivência dos homens participantes do Programa de vasectomia da unidade de saúde onde foi realizada esta pesquisa revelou também que a maioria não recebeu nenhum tipo de informação acerca deste método contraceptivo na Unidade Básica de Saúde, obtendo assim, este conhecimento através de amigos, conhecidos e familiares, outros profissionais no âmbito da assistência terciária, ou mesmo através dos meios de comunicação social.

Sabe-se que entre as conquistas sociais dos cidadãos do gênero masculino, a vasectomia é um método de contracepção que garante, entre outros aspectos, seus direitos sexuais e reprodutivos. No âmbito desta pesquisa, tal fato foi revelado na medida em que seus participantes atribuíram à consecução da vasectomia como um atributo de conquista social e

equidade de gênero. Entretanto, a ambivalência expressa por desejo *versus* medo tem sido o sentimento que permeia a vivência dos homens que buscam o serviço de saúde já mencionado e, muitas vezes, os mesmos ancoram sua opção pela vasectomia em experiência de terceiros, sejam familiares ou amigos, resultando em decisões geralmente em longo prazo.

Desse modo, buscando romper com o silêncio que se revela através da vivência dos homens participantes do estudo que, de modo solitário, sem a participação especialmente dos profissionais da atenção básica, os mesmos referiram que ampliar a divulgação dos serviços de vasectomia e promover uma maior atuação da Atenção Básica são as possíveis estratégias que podem ser adotadas nos serviços de vasectomia para garantir sua inserção e participação.

Destaca-se que a trajetória da vivência dos homens pela vasectomia é marcada, não apenas por aspectos vinculados à construção sociocultural da masculinidade hegemônica, mas por peculiaridades associadas aos serviços de saúde, seja da atenção básica ou terciária, e aos profissionais que ali desempenham suas funções associadas aos processos de cuidar.

Constata-se, desse modo, por meio desse estudo a necessidade de uma atuação mais efetiva das UBS em relação ao planejamento familiar, além de incremento na oferta de ações educativas nesse contexto, de forma contínua, incluindo homens e profissionais da equipe de saúde. As informações disponibilizadas à clientela masculina, aqui em especial, não devem apenas enfatizar os métodos anticoncepcionais considerados eficazes, mas devem abordar e oferecer a variedade dos métodos, tendo em vista que os aspectos relativos à saúde sexual e reprodutiva mostram-se imprescindíveis e devem ser elucidados.

Assim, por meio de tais direitos consagra-se a liberdade de mulheres e homens decidirem se e quando desejam reproduzir-se, a partir dos seus direitos de autodeterminação, privacidade, intimidade, liberdade e autonomia individual. Por outro lado, o efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos demanda políticas públicas que assegurem a saúde sexual e reprodutiva.

Desse modo, pode-se reafirmar que trata-se de um direito vinculado ao mais elevado padrão de saúde, tendo em vista que a saúde sexual e reprodutiva não pode ser compreendida como mera ausência de doenças, mas como a capacidade de desfrutar de uma vida sexual segura e satisfatória e de reproduzir-se ou não, quando e segundo a frequência almejada. Inclui-se ainda o direito ao acesso ao progresso científico e o direito à educação sexual.

A regulamentação legal da esterilização cirúrgica masculina e, conseqüentemente, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH tem ampliado o acesso a essa forma de contracepção. No entanto, apesar de já existir inúmeros estudos que advogam a participação dos homens na saúde reprodutiva, verifica-se a

necessidade de ganhar-se maior densidade a partir de investigações/ações que não só tragam o homem para o cenário do planejamento familiar como também consigam, numa perspectiva relacional de gênero, tratar de suas especificidades ligadas as questões reprodutivas.

No âmbito da Enfermagem, suas contribuições emergem para a formação profissional, cujos reflexos possibilitam alcançar a melhor qualidade do cuidado. Assim, este estudo revela a necessidade de ampliar o processo formativo para que possa fundamentar as ações assistenciais do enfermeiro junto à população masculina, onde sejam valorizados não apenas os aspectos vinculados a biologia masculina, mas que seja amplo o suficiente para contribuir com a construção crítica dos sujeitos para o alcance dos direitos reprodutivos. Além disto, suas contribuições remontam o campo da pesquisa em Enfermagem revelando tanto a necessidade de instrumentalizar seus exercentes, para a busca da produção científica como forma de conhecer e trabalhar as necessidades de saúde do homem, tendo em vista a incipiência de pesquisas neste campo.

Destaca-se como limitações do estudo o fato dos homens não utilizarem os serviços básicos da atenção à saúde como fonte de informações no campo da saúde reprodutiva. Além disto, as reuniões para orientação acerca da vasectomia, só ocorrem uma vez por mês, na última quarta-feira, dificultando, geralmente, a participação masculina neste serviço de referência, por exigir nova liberação de suas atividades laborais, caso haja algum imprevisto que o impeça de comparecer a reunião neste dia. Isto, por sua vez, refletiu na busca pelos sujeitos que compuseram a amostra e no processo de coleta de dados.

Diante da vivência dos homens para decidir em submeter-se à vasectomia, revelada nesta pesquisa, espera-se que a mesma contribua também para a divulgação deste método contraceptivo masculino, bem como colabore para a adoção de estratégias nos serviços de saúde a fim de promover a inserção e participação dos homens nesses serviços, contribuindo para a institucionalização da PNAISH.

REFERÊNCIAS

- ABDON, J.B. et al. Auditoria dos registros na consulta de enfermagem acompanhando o crescimento e desenvolvimento infantil. **Rev Rene.**, Fortaleza, v.10, n.3, p.90-6, 2009.
- AMORIM, F. A.; CAVENAGHI, S.; ALVES, J. E. D. **Diferenciais de Gênero no Uso da Esterilização Voluntária no Brasil**. Florianópolis, 2008.
- AQUINO, E.M. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. Especial, p. 121-132, 2006.
- ARILHA, M. Políticas Públicas de Saúde e Direitos Reprodutivos no Brasil: Um olhar para o Futuro. In: ARILHA, M.; CITELI, M. T. (orgs.). **Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva**. São Paulo: Ed. 34: Comissão de Cidadania e Reprodução. 1998, p.13.
- ÁVILA, M. B.; CORRÊA, S. O movimento de Saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: Galvão, Loren e DIAZ, Juan. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999.
- AWSARE, N.S. et al. **Complications of vasectomy**. Ann R Coll Surg Engl., 2005.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BEATTIE, P.M. Beyond machismos: recent examinations of masculinities in Latin America. **Men and Masculinities**. v. 4, n. 3, p.303-308, 2002.
- BEZERRA, M.S.; RODRIGUES, D.P. Representações Sociais de Homens sobre o Planejamento Familiar. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 4, p. 127-134, 2010.
- BOTAZZO, C. Gênero, gêneros: onde se encontram mulheres e homens? **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Ago. 2009.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de dezembro 1988**. P. 101. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/22/Consti.htm>. Acesso em: 29 jul. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília-DF, 2006. Disponível em: <http://abortonaolegalizacaosim.blogspot.com/2007/11/planejamento-familiar-srie1.html>. Acesso em: 29 nov. 2011.
- _____. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília-DF: Centro de Documentação da Saúde; 1983.
- _____. **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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L9263.htm>. Acesso em: 08 ago. 2010.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Brasília-DF, 2008.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Brasília-DF: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2009.

_____. **Portaria nº 48, de 11 de Fevereiro de 1999.** Dispõe sobre o Planejamento Familiar. Disponível em: sna.saude.gov.br/legisla/legisla/plan_f/SAS_P48_99plan_f.doc Similares. Acesso em: 08 ago. 2010.

_____. **Saúde da família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 311 de 08 de Fevereiro de 2007.** Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/928/codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem-resolucao-cofen-311-2007>. Acesso em: 10 abr. 2011.

BRASIL. Portal do Ministério do Trabalho e Emprego: **blog do trabalho.** Disponível em: <http://blog.mte.gov.br/?p=5386>. Acesso em: 20 Set. 2011.

BRASIL. Portal da Saúde: **vasectomias.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33794&janela=1. Acesso em 28 jul. 2010.

BRASIL. Portal da Saúde: **vasectomias.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_ar ea=124&CO_NOTICIA=10490. Acesso em: 28 jul. 2010.

BUGLIONE, S. (Org.). **Reprodução e sexualidade:** uma questão de justiça. Porto Alegre: FABRIS, 2002.

CAMPINAS, L.L.S.L. et al. Planejamento familiar: importância do conhecimento das características da clientela para implementação de ações de saúde. **O Mundo da Saúde.** São Paulo, v. 32, n. 4, p. 412-419, 2008.

CAMPOS, C. H.; OLIVEIRA, G. C. **Saúde Reprodutiva das Mulheres** – direitos, políticas públicas e desafios. Coleção 20 anos de cidadania e feminismo. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H. Boll, Fundação Ford, 2009.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades e falácias. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde:** conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006, p. 85-108.

CARVALHO, L.E.C. et al. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, antes e após sua regulamentação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2906-2916, 2007.

CASTRO, M. P. P. **Vasectomia**. São Paulo: Livraria Roca, 1983.

CAVALCANTE, M.A.A. **A experiência do homem como acompanhante no cuidado pré-natal**. Tese. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

COOPER, D.R.; SCHINDLER, P.S. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

COSTA, R.G. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. **Rev. Bras. de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, jan./jun. 2003.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface (Botucatu)** v.14, n.33, 2010.

CRUZ-PEÑARÁN, D. et al. Conhecimento e atitudes dos casais para a prática de planejamento familiar em floresta tropical úmida do Peru. **Méx Saúde Pública**, Cuernavaca, v. 45, n. 6, dezembro 2003.

CUNHA, A.C.R.; WANDERLEY, M.S.; GARRAFA, V. Fatores associados ao futuro reprodutivo de mulheres desejosas de gestação após ligadura tubária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.29, n.5, p.230-4, 2007.

DUARTE, G.A. et al. Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2003.

EGRY, E.Y. **Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica**: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone Editora, 2008.

FIGUEIREDO, R. Uso de preservativos, risco e ocorrência de gravidez não planejada e conhecimento e acesso à contracepção de emergência entre mulheres com HIV/aids. **Rev. Cienc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.15, Supl. 1, p.1175-1183, 2010.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Rev. Cienc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.10, p.105-9, 2005;

FIGUEIREDO, W.S. **Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde os homens na atenção primária**. Tese. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.

FONSECA, M.G.P. **Dinâmica temporal da epidemia de AIDS no Brasil segundo condição socioeconômica, no período 1986-1998**. Tese. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002. 125 p.

FONTENELE, C.V. **“Quando nasce um bebê, nasce também uma mãe?”** – maternidade e reprodução humana assistida em mulheres laqueadas. Tese. (SP): Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública, São Paulo 2010, 200p.

FONTES, W.D. et al. Atenção à Saúde do Homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 430-33, 2011.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2010.

GIFFIN, K.; CAVALCANTI, C. Os homens e a reprodução. **Rev. Estudos Feministas**. v. 7, n. 1, p.53-71, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. **The discovery of grounded theory**. New York: Aldine Publishing Company; 1967.

GOMES, R. **A saúde do homem em foco**. São Paulo: Editora UNESP, 2010, p. 66.

GOMES, R. As questões de gênero e o exercício da paternidade. In: SILVEIRA, P. (org.). **Exercício da paternidade**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas. p. 175-182, 1998.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, Mai. 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, 2007.

HALBE, H.W. **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Rocca; 2000.

IBGE. **Estatísticas do Registro Civil, 2007**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1278&id_pagina=1. Acesso em: 20 Set. 2011.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro, 2009.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro, 2010.

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: CÁCERES, C.; CUETO, M.; RAMOS, M.; VALLENS, S. (Orgs.). **La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina**. Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida, Lima, p. 137-152, 2003.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamento de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2001.

LOLE, A. **O masculino, a sexualidade e a contracepção**. Projeto de pesquisa de Mestrado. Departamento de Serviço Social, UFF, Niterói: UFF, 2003.

LOURO, G.L. **Um corpo estranho** – ensaios sobre sexualidade e teoria queer. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

MANHOSO, F.R.; HOGA, L.A. Men's experiences of vasectomy in the Brazilian Public Health Service. **Int Nurs Rev.** v.52, n.2, p.101–8, 2005.

MARCHI, N.M. **Consequências da Vasectomia entre Homens submetidos à cirurgia em Campinas, São Paulo**. Tese. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, São Paulo; 2006. 143 p.

MARCHI, N. M. **Vasectomia: Razões da Opção de Casais pelo Método**. Dissertação. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MARCHI, N.M. et al. Consequências da Vasectomia: experiência de homens que se submeteram à cirurgia em Campinas (São Paulo), Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.3, p.568-578, 2011.

MARCHI N.M. et al. Opção pela vasectomia e relações de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.1017-27, 2004.

MARCHI, N. M. et al. Opção pela vasectomia e relações de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, Aug. 2003.

MEDRADO, B. et al. No contexto da gravidez na adolescência, há paternidade: revendo olhares e práticas. **Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder**. Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008.

MOURA, E.R.F. **Assistência ao Planejamento Familiar na perspectiva de clientes e enfermeiros do programa de saúde da família**. Tese. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003. 136 p.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M.; GALVÃO, M.T.G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 23, n. 4, p. 961-70, 2007.

NETTO JÚNIOR, N.R. Contracepção cirúrgica masculina – vasectomia. In: CARVALHO, W.D.P.; NETTO JÚNIOR, N.R. (Orgs.). **Esterilidade e Planejamento Familiar**. São Paulo: Livraria Roca, p.131-37, 1982.

OLIVEIRA, E.M.F.; BRITO, R.S. Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 2009.

PAZ, A.A.; SANTOS, B.R.L.; EIDT, O.R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 3, Set. 2006.

PENTEADO, L.G. et al. **Organizing a public-sector vasectomy program in Brazil**. Stud Fam Plann, 2001.

PIERRE, L.A.S.; CLAPIS, M.J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, 2010.

PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Rev. Cienc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

POLI, M. A anticoncepção como instrumento do planejamento familiar e da saúde. **Sci. Med.**, Campinas, v. 16, n. 4, p.168-71, 2006.

PORTELLA, A.P. et al. **Homens: sexualidades, direitos e construção da pessoa**. Recife: SOS corpo – gênero e cidadania; Instituto PAPAI, 2004.

RIOS, R.R. Para um direito democrático da sexualidade. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 12, n. 26, Dec. 2006.

ROMERO, P. P. et al. Vasectomy: study of 300 interventions. Review of the national literature and of its complications. **Actas Urol Esp.**, n. 28, p. 175-214, 2004.

SANTOS, A.E.L. **Masculinidades e Saúde Reprodutiva: a experiência da vasectomia**. Dissertação. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense, 2006.

SANTOS, T. F. **Saúde Reprodutiva**. PUC Minas Virtual, 2003.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Mar. 2005.

SILVA, G.S.N. Masculinidades e saúde do homem: a construção de vulnera(ha)bilidades. **Rev. Bras. Sexual. Hum.**, São Paulo, v.18, n.2, p.431-40, 2007.

SMITH, A. Are sexual problems more common in men who have had a vasectomy? A population-based study of Australian men. **The Journal of sexual medicine**, Malden, MA, v. 7, n. 2, p. 736–742, 2009.

SMITH, D. R. **Urologia Geral**. 10 ed. Rio de Janeiro: Koogan, 1981.

SOUZA, K.V.; TYRRELL, M.A.R. Os fatos & atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: em recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 47-54, 2007.

TONELI, M. J. F. Direitos sexuais e reprodutivos: algumas considerações para auxiliar a pensar o lugar da psicologia e sua produção teórica sobre a adolescência. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, 2004.

VIGOYA, M.V. Contemporary Latin American perspectives on masculinity. **Men and Masculinities.**, v. 3, n. 3, p. 237-260, 2001.

VIEIRA, E.M. O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, vol. 29, n. 5, p. 225-9, 2007.

VIVEROS, M. et al. Las representaciones sociales sobre la esterilización masculina. El punto de vista de los orientadores del servicio de vasectomía en la Clínica del Hombre, en Bogotá, Colombia. **Cad Saúde Pública**; v. 14, n. 1, p.97-103, 1998.

ZIEGEL, E.; CRANLEY, M. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor,

Esta pesquisa é sobre **Decidindo pela vasectomia**: a fala dos homens e está sendo desenvolvida por **Lucilla Vieira Carneiro**, aluna do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da **Profa. Dra. Wilma Dias De Fontes**.

O objetivo do estudo é analisar a vivência masculina acerca da sua inserção na atenção à saúde, na busca pela vasectomia no contexto do planejamento familiar.

A finalidade deste trabalho é compreender a importância do planejamento reprodutivo masculino, através da vasectomia, junto a PNAISH, bem como pela possibilidade de vislumbrá-lo como forma de inserção da população masculina aos serviços de saúde, tendo em vista que a vasectomia surgiu como um marco de mudança da vida reprodutiva masculina. Além disso, através desse estudo espera-se contribuir para superar a incipiência de estudos acerca dessa temática.

Solicitamos a sua colaboração para a realização de uma entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

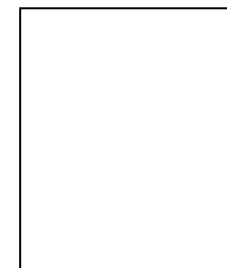
Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para esclarecimentos que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Testemunha



Espaço para impressão
dactiloscópica

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Lucilla Vieira Carneiro.

Endereço (Setor de Trabalho): Programa de Pós-Graduação da UFPB

Telefone: 3216-7109

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 Dados socioeconômicos e culturais do entrevistado

Iniciais do nome: _____

Idade: _____ Raça/Cor da pele: _____

Endereço residencial: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____ Ocupação: _____

Encontra-se com vínculo empregatício no momento: _____

Renda familiar em salário mínimo: _____

Número de filhos: _____ Idade dos filhos: _____

Estado Civil: _____

2 Aspectos vinculados à vivência dos homens por meio da vasectomia

2.1 Qual a sua trajetória (vivência) que retrata o processo de busca pela vasectomia (se participa do Programa de Planejamento Familiar da UBS, se faz uso de algum método contraceptivo, o que levou a procurar pela vasectomia, quem ofereceu as primeiras informações sobre o serviço de referência, se recebeu alguma orientação da UBS, dificuldades enfrentadas da atenção básica à terciária, facilidades, significado da vasectomia na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos).

2.2 Quais estratégias podem ser adotadas nos serviços de saúde para promover a inserção e participação dos homens nesse serviço?

ANEXO – Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 3ª Reunião realizada no dia 08/06/2011, o projeto de pesquisa intitulado “PLANEJAMENTO FAMILIAR E REPRODUTIVO: VIVÊNCIA DE HOMENS FRENTE À VASECTOMIA”, da Pesquisadora Lucilla Vieira Carneiro. Protocolo nº. 046/11.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionado à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.


Etiane Marques D. de Souza
Coordenadora - CEP-CCS-UFPB