Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Conseqüências da vasectomia entre homens
submetidos à cirurgia em Campinas, São Paulo**

Nádia Maria Marchi

**Tese de doutorado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Doutor em Saúde
Pública.**

**Área de Concentração: Saúde Materno-
Infantil**

**Orientadora: Profa. Dra. Augusta Thereza
de Alvarenga**

São Paulo

2006

Conseqüências da vasectomia entre homens submetidos à cirurgia em Campinas, São Paulo

Nádia Maria Marchi

**Tese de doutorado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Doutor em Saúde
Pública.**

**Área de Concentração: Saúde Materno-
Infantil**

**Orientadora: Profa. Dra. Augusta Thereza
de Alvarenga**

São Paulo

2006

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos a reprodução total ou parcial dessa tese, por processos fotocopadores.

Assinatura:

Data:

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

Aos meus pais, pois eles me proporcionaram os estudos para que pudesse iniciar minha formação, o meu desenvolvimento profissional e mostraram-me a importância de conquistar o desejado. O meu amor eterno!

Ao meu irmão Nenê e ao meu sobrinho Victor, nosso maior presente.

À Maria José, amiga que consegui ao longo desses anos de convivência, que com a sua delicadeza, carinho, tranquilidade e paciência para comigo, fez com que conseguisse terminar este nosso trabalho.

À todos os meus amigos (Porto Feliz, Campinas, São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais) que sempre estiveram presentes na minha vida e me ajudaram nessa busca de alcançar mais esse objetivo.

Aos homens que se dispuseram a participar deste trabalho; sem eles seria impossível a realização da tese.

AGRADECIMENTOS

Primeiro agradeço à Deus por ter colocado em minha vida pessoas iluminadas, inteligentes e tão queridas como Maria José Osis Duarte, co-orientadora que não mediu esforços para a realização desta tese e Dr. Luis Bahamondes, sempre presente com o seu apoio nas minhas decisões profissionais.

À Prof. Dra. Augusta Thereza de Alvarenga, orientadora que se sentiu “desorientada” pela ausência de notícias durante o caminhar desse trabalho devido a minha loucura de estar concluindo outro curso e por todos esses anos de contribuições, e amizade.

Às Professoras doutoras Elisabeth Meloni Vieira, Néia Schor e Suzana Cavenaghi pelas sugestões por ocasião da pré-banca e por terem aceito o convite para participar da banca examinadora.

À Dra. Helena Maria de Aguiar Godoy, responsável pelo Ambulatório de Planejamento Familiar, Enfermeira Marília de Fátima Simões e Silva Domeni, Assistente Social Maria Cecília Borges Guimarães, Auxiliar de Enfermagem Maria Aparecida do Nascimento Lima, Administrativa Jussara Cristina Fernandes e a Psicóloga Maria Bernadete Ribeiro Romeiro pela atenção, carinho e ajuda inigualável recebidos durante a coleta dos dados no Ambulatório de Planejamento Familiar da Prefeitura Municipal de Campinas.

À todos os profissionais do Ambulatório de Planejamento Familiar-CAISM/UNICAMP, que nas minhas ausências para a realização da tese, cumpriram com os meus deveres.

Aos profissionais do Cemicamp, sem exceção, minha eterna gratidão pelo carinho, atenção e disponibilidade em tudo que necessitei.

Peço desculpas se alguma pessoa sentiu-se magoada por não citar o seu nome. Cada uma delas, de uma maneira ou de outra, foram importantes na realização deste trabalho, mas nesse momento de finalização as palavras me fogem juntamente com a emoção. Tenham a certeza da importância de todos vocês em minha vida!

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

CEMICAMP, pelos recursos humanos e de infra-estrutura que colocou à disposição para a execução deste trabalho.

FAPESP-FUNDO DE AMPARO A PESQUISA NO ESTADO DE SÃO PAULO, pelo financiamento deste projeto.

ÁREA DA SAÚDE DA MULHER DA SECRETARIA DE SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS pela permissão para a realização deste trabalho no Ambulatório de Planejamento Familiar.

RESUMO

Marchi, NM – Consequências da vasectomia entre homens submetidos à cirurgia em Campinas, São Paulo. [tese de Doutorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

Objetivo: descrever as características dos homens submetidos à vasectomia na rede pública do Município de Campinas, SP, e investigar a sua percepção quanto às consequências da esterilização em algumas áreas de sua vida e as relações entre as circunstâncias da cirurgia e essas consequências. **Procedimentos metodológicos:** estudo descritivo, com um componente qualitativo e outro quantitativo. Após a identificação dos sujeitos, eles foram contatados via telefone ou correio. Para a etapa qualitativa, se realizaram 10 entrevistas semi-estruturadas com homens selecionados de acordo com critérios propositais de escolaridade e número de filhos. Em seguida, foi aplicado um formulário estruturado a 202 homens, sorteados a partir da lista completa daqueles que haviam sido vasectomizados entre 1998 e 2004. As entrevistas semi-estruturadas foram transcritas e inseridas no programa *The Ethnograph* para desvelar as unidades de significado ou temas identificados. Os dados obtidos através dos formulários estruturados foram digitados através do módulo *data entry* do programa computacional SPSS. A análise dos dados quantitativos foi, inicialmente, descritiva, preparando-se tabelas com a distribuição de frequências das principais variáveis estudadas, de acordo com os objetivos definidos. Em seguida, foi avaliada a associação entre possíveis consequências da vasectomia e características dos homens e circunstâncias de vida em que a cirurgia foi realizada utilizando-se o teste qui-quadrado. **Resultados:** os resultados evidenciaram algumas mudanças no perfil dos homens que se submeteram à vasectomia com crescimento na porcentagem dos que tinham renda *per capita* até R\$ 300,00: 47,6% no período entre 1998-1999 e 61,3% entre 2003 e 2004. Esse crescimento foi mais significativo entre os homens com menos de 35 anos de idade e que tinham dois ou mais filhos vivos na ocasião da cirurgia. A análise dos dados qualitativos revelou que os homens, em geral, consideravam que a decisão de submeter-se à vasectomia havia sido deles próprios e não admitiam influência de outras pessoas. Porém, ficou evidente que a decisão de operar-se só foi tomada diante

do exemplo de pessoas significativas – outros homens – que testemunhavam da inocuidade do procedimento sobre a vida sexual. Essa decisão também, em geral, só foi tomada quando a esposa/companheira não podia mais usar outro método contraceptivo. Observou-se que 97% estavam satisfeitos por terem feito a cirurgia e pouca referência a efeitos indesejados em distintas áreas de sua vida. Pouco mais da metade dos entrevistados atribuiu à vasectomia mudanças para melhor sobre sua saúde, corpo, relacionamento em geral com a família e situação econômica. Quase dois terços referiram-se a esse tipo de mudanças na vida sexual e no relacionamento em geral com a esposa. Prevaleceu a idéia de que a vasectomia só trouxera benefícios, principalmente maior tranquilidade nas relações sexuais, sem medo de engravidar. Nas entrevistas semi-dirigidas a possibilidade de arrependimento foi mencionada como um potencial aspecto negativo da vasectomia, para a qual não havia solução na opinião dos entrevistados. Entre os poucos homens insatisfeitos com a vasectomia, apenas um havia feito a reversão da cirurgia porque vivia com uma nova companheira e queria ter filhos; entre os demais a insatisfação devia-se à dor provocada pelo procedimento cirúrgico. **Conclusões:** no contexto da regulamentação legal, o acesso à vasectomia parece facilitado aos homens com menor renda, mais jovens e com maior número de filhos, que optam pela cirurgia quando não vêem outra opção para regular a fecundidade do casal. Os homens tendem a intervir, na medida em que se percebem incapazes de cumprir seu papel de provedor da família. A possibilidade de fazer a vasectomia fica condicionada pelo acesso ao método e pelas informações sobre o mesmo, especialmente aquelas providas por pessoas significativas. O crescimento na busca pela vasectomia deve ser visto também de forma crítica: não apenas porque, necessariamente, não indica maior equidade nas relações de gênero, mas também porque segue testemunhando as deficiências de acesso ao planejamento familiar em nosso meio.

Descritores: vasectomia, planejamento familiar, relações de gênero, saúde sexual e reprodutiva.

ABSTRACT

Marchi NM. Consequences of vasectomy among men submitted to a surgery in Campinas, São Paulo. [thesis]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

Objective: to describe the characteristics of men who underwent vasectomy at the public service in Campinas, state of São Paulo and investigate their perception regarding the consequences of sterilization in some areas of their life, as well as the possible relationship between the circumstances of the surgery and these consequences. **Methodology:** A descriptive study including a qualitative and a quantitative component was carried out. Participants were contacted by telephone or by mail. For the qualitative phase semi-structured interviews were conducted with 10 men, selected according to purposeful sampling criteria concerning schooling and number of children; after that a pre-tested structured form was completed by 202 men, randomly chosen by lot from the complete list of those who had been vasectomized between 1998 and 2004. The semi-structured interviews were verbatim transcribed and the The Ethnograph program was used in the thematic analysis of content, for the identification thematic units or themes in the discourse of the participants. The data obtained through the structured forms were typed using the data entry module of the SPSS computer program. For the descriptive analysis tables were prepared with the frequency of the variables studied. Subsequently, the association among possible consequences of vasectomy, participant's characteristics and the life circumstances in which the surgery performed were evaluated through the Chi-square test. **Results:** Some changes in the characteristics of man who underwent vasectomy were observed: an increase in the percentage of men sterilized who had *per capita* up to R\$ 300,00 (three hundred reais): that is, 47.6% in the period of 1998-1999 and 61.3% between 2003 and 2004. This increase was significant among the men who were less than 35 years old and had two or more live children at the moment of surgery. Analysis of the interviews showed. that men considered that the decision to undergo vasectomy was their own and did not report a great influence of other people. However, it became evident that the decision to perform the surgery

was only made in face of the example of significant people – other men – who witnessed that the procedure was innocuous and had no adverse effect on their sexual life. This decision was usually only made when the wife/partner could no longer use another contraceptive method. Satisfaction with surgery (97%) and only a few reports of unwanted effects in different areas of their lives were observed. A little more than half of the interviewed participants mentioned positive changes on their health, body, relationship with the family and economic situation. About two thirds reported that these changes in their sexual lives and in the relationship with the wives.. The prevalent idea was that vasectomy brought benefits, mainly more tranquility in their sexual relationship without fear of pregnancy. In the semi-structured interview the possibility to regret was mentioned as a potential negative aspect of the vasectomy. It was mentioned for the participants as a problem without a solution. Among this few men not satisfied with the vasectomy, only one had done the reversion of the surgery because he had a new partner and they wanted more children, among the other the pain caused by the surgery procedures made them feel dissatisfaction. **Conclusion:** Considering the legal regulation context, the access to vasectomy seems to be facilitated for the men with low income, young and high number of children, who choose the vasectomy when they did not have another option to regulate the couple fertility. The men will act when they realize if the fertility was not interrupted they will unable to keep their role of family provider. The possibility to do vasectomy is conditioned by the access to the method and by the information about it, especially those provided by significative people. The increase in the number of men who choose vasectomy should be viewed critically not only because it does not indicate balance in the gender relation but also because the access to family planning presents some deficiencies in our environment.

Key words: vasectomy, family planning, gender relation, sexual and reproductive health.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS.....	32
2.1 Geral	33
2.2 Específico	33
3. SUJEITOS E MÉTODOS	34
3.1 Desenho do estudo.....	35
3.2 Características do atendimento à solicitação de vasectomia em Campinas	35
3.3 Amostra	36
3.4 Seleção dos sujeitos	37
3.5 Coleta dos dados.....	39
3.6 Instrumentos para a coleta dos dados	40
3.7 Processamento e análise dos dados	41
4. ASPECTOS ÉTICOS	47
5. RESULTADOS	49
5.1 Características socioeconômicas e demográficas da amostra estudada	51
5.2 Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais antes da vasectomia	53
5.3 Processo de decisão e obtenção da vasectomia	54
5.4 Experiência com a vasectomia	61
6. DISCUSSÃO.....	75
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87

8. REFERÊNCIAS.....	90
9. ANEXOS.....	101
Anexo 1. Folha de contato telefônico	102
Anexo 2. Roteiro temático para entrevistas.....	104
Anexo 3. Ficha para caracterização socioeconômica e demográfica	106
Anexo 4. Formulário estruturado.....	109
Anexo 5. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	119
Anexo 6. Segmentos de texto de duas categorias de análise	121

1. INTRODUÇÃO

A vasectomia, um dos poucos métodos contraceptivos de uso masculino, embora seja bastante utilizado em países desenvolvidos, como Austrália, Canadá, Holanda e Estados Unidos, apresenta baixa prevalência de uso na maioria dos países em desenvolvimento, incluindo os da América Latina (POTTS e col., 1999). No Brasil, sua prevalência, apesar de ter aumentado nos últimos anos, é ainda baixa e pouco se sabe sobre como os homens que se submetem à cirurgia vivenciam a sua nova condição de esterilizados.

Prevalência

Estima-se que, em todo o mundo, cerca de 5% dos casais optaram pela vasectomia como método contraceptivo. Porém, observando-se os dados disponíveis detecta-se uma grande variabilidade da prevalência desse método nos diversos países (SCHWINGL e col., 2000). A porcentagem é mais alta na Nova Zelândia (18%), Reino Unido (18%), Canadá (16,2%), Estados Unidos (14,9%), Coréia (12%), Austrália (10,4%), China (10,2%) e Holanda (9%), e menor nos países em desenvolvimento, sendo que em partes da África, da Europa Oriental e da América Latina a prevalência de vasectomia raramente excede a 1%. Em alguns países como Brasil, Colômbia e Guatemala tem havido crescimento, embora quase sempre pequeno (POTTS e col., 1999; ENGENDER HEALTH, 2002).

No Brasil, em 1986, 0,8% das mulheres unidas referiram que seus companheiros estavam vasectomizados (ARRUDA e col., 1987), enquanto a última Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, apontou que 2,6% das mulheres unidas, em idade reprodutiva, tinham companheiros vasectomizados. Um ponto a ser salientado é que na PNDS de 1996, pela primeira vez também foram entrevistados homens, sendo que 2,4% dos que viviam em união e declararam-se vasectomizados. Observou-se que as maiores proporções de vasectomia estavam entre os que tinham dois ou três filhos (4,6% e 2,8% respectivamente), residentes em São Paulo (6,1%) e com 12 ou mais anos de escolaridade (8%) (BEMFAM e MACRO INTERNATIONAL, 1997).

Observando-se o conjunto de métodos anticoncepcionais em uso, referidos pelas mulheres que viviam em união por ocasião da PNDS de 1996, percebe-se que, embora a sua prevalência não alcançasse os 3%, só era inferior à da pílula (20,7%), do condom masculino (4,4%) e da esterilização cirúrgica feminina (40,1%). Regionalmente, a prevalência da vasectomia não alcançava 1% no Rio de Janeiro (0,8%) e nas Regiões Norte (0,4%) e Nordeste (0,6%). Em São Paulo, a prevalência de vasectomia era de 6,1% em comparação com 33,6% de laqueaduras (BEMFAM e MACRO INTERNACIONAL, 1997).

Estudos realizados com diferentes populações dentro do Estado de São Paulo têm mostrado crescimento da prevalência desse método. Uma avaliação do PAISM, realizada na área metropolitana de São Paulo e no interior do estado, apontou que na região de Campinas foi observada uma diferença significativa, passando de 1,4% para 3,7% de uso entre os companheiros das mulheres unidas (HARDY e col., 1995).

Dois estudos de base populacional realizados na cidade de Campinas, Estado de São Paulo, apontaram que a prevalência de vasectomia ultrapassava os 10% ¹, assim como uma outra pesquisa com alunos, docentes e funcionários de uma universidade estadual paulista apontou uma prevalência de 12% de vasectomia entre os que viviam em união. Ao analisar esses dados, verificou-se que o uso da vasectomia estava associado a maior escolaridade do homem bem como de sua parceira, ao fato de ter sido iniciativa do próprio homem escolher esse método, e a maior renda familiar (DUARTE e col., 2003).

Pesquisa realizada em Minas Gerais, em instituição privada, com 785 homens vasectomizados a partir de 1982, apontou que os casais que decidiram pela vasectomia tinham, geralmente, sete anos de união estável, dois ou três filhos, nível superior de escolaridade e renda familiar formada pelo trabalho do casal. As principais razões mencionadas para optar pelo método foram a condição

¹ Dados não publicados de a) CECATTI JG e FAÚNDES A. O impacto das altas taxas de cesárea sobre a fecundidade de uma população. Um estudo de coorte retrospectiva em Campinas, Brasil. 1995; b) OSIS MJD e FAÚNDES A. Brasil: estudo comparativo das consequências da laqueadura na vida das mulheres. 1997. Pesquisas desenvolvidas pelo Centro de Pesquisa das Doenças Materno-Infantis de Campinas - CEMICAMP.

socioeconômica, a saúde da mulher e o desconforto dos outros métodos anticoncepcionais (ALVES e ALVES, 2003).

Atualmente, na vigência completa da lei federal 9.263 (BRASIL, 1997) e da Portaria 144 de 20 de novembro de 1997 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997), os serviços públicos estão autorizados a oferecer e prover a laqueadura e a vasectomia, dentro dos seguintes critérios: voluntariedade dos solicitantes, que sejam homens ou mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade, ou com dois filhos vivos, pelo menos. Está determinado que deve transcorrer um período de 60 dias entre a solicitação e a realização da cirurgia, durante o que deverá ser provida orientação em planejamento familiar, visando, inclusive, a desencorajar a esterilização precoce. A esterilização não deve ocorrer nos períodos de parto ou aborto, exceto quando houver necessidade insuperável.

Em vista desse novo contexto legal, a vasectomia encontra-se, no momento, no mesmo plano da laqueadura no que diz respeito à possibilidade de acesso ao método nos serviços públicos de saúde. Além disso, pelas suas características, ela pode ser realizada ambulatorialmente, o que poderia contribuir para maior facilidade de acesso. As normas para a realização da esterilização masculina são as mesmas que para a ligadura de trompas. Ambas estão inseridas pelo Ministério da Saúde no leque de métodos a ser oferecidos e providos pelos serviços públicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Até agora, porém, não se tem idéia do impacto da lei sobre a prevalência da esterilização cirúrgica em geral. Na Região Metropolitana de Campinas, observou-se prevalência de 9,5% de vasectomia, referida por uma amostra de mulheres entrevistadas em 2005 (OSIS e col., 2005). BERQUÓ e CAVENAGHI (2002) avaliaram o impacto que a lei sobre planejamento familiar ocasiona na saúde reprodutiva das mulheres e homens no Brasil. Nessa pesquisa verificou-se que, enquanto no período 1992-1998, 2905 vasectomias foram pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entre 1999 e 2001 o número foi 5139. Dados mais recentes do DATASUS (2006), mostrados no Quadro A, permitem observar uma evolução no número de vasectomias pagas pelo SUS entre 2002 e 2005, no Brasil, na Região Sudeste e no Estado de São Paulo. Esses dados levam a pensar que pode estar

crecendo a prevalência de vasectomia no país, ainda mais quando se pensa que o número talvez seja até maior nos convênios e no atendimento médico particular.

Quadro A - Vasectomias pagas pelo SUS entre 2002 e 2005

Ano	Brasil	São Paulo	Região Sudeste
2002	5824	2278	3608
2003	9977	5300	7149
2004	14021	7735	9094
2005	14334	7709	8526

Fonte: DATASUS, 2006

Entre 71 homens vasectomizados já na vigência da regulamentação legal, BERQUÓ e CAVENAGHI (2002) observaram em seu estudo que predominavam os que estavam na faixa de 35 ou mais anos de idade (52%), quase todos (96%) casados ou unidos, 58% tinham três ou mais filhos, 66% haviam completado, no mínimo, o ensino fundamental, 54% eram católicos, e 75% apresentaram renda familiar *per capita* de R\$ 81,00 ou mais. Em Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, dentre 35 homens vasectomizados, a média de idade observada por VIEIRA e col. (2005) foi de 37,8 anos, e verificou-se uma maior probabilidade de opção pela vasectomia entre homens casados (*versus* os que coabitavam) com mais de 35 anos e com até três filhos.

Consequências da vasectomia

Outra lacuna de conhecimento em relação à esterilização cirúrgica masculina no Brasil refere-se às possíveis consequências da opção por esse método na vida dos homens que se submetem à cirurgia. Isto, provavelmente, seja resultado de sua baixa prevalência e popularidade em nosso meio até recentemente, quando a situação parece estar se modificando. Os estudos já realizados tendem a abordar o processo de decisão pela vasectomia e a expectativa dos homens com relação ao que ocorrerá no futuro.

Um estudo qualitativo, em que se entrevistaram casais inscritos em um programa de vasectomia (MARCHI, 2003), apontou que, em relação à possibilidade de arrependimento, os casais diziam-se convictos de que isto não ocorreria porque haviam tomado uma decisão bem consciente. Porém, se acontecesse, eles adotariam uma criança. Os que admitiram que o arrependimento poderia vir a ocorrer também se mostraram dispostos a adotar uma criança, mesmo em caso de separação e de um novo casamento. Colocada a fatalidade da morte de um filho, a tendência dos entrevistados foi negar a possibilidade de arrependimento, argumentando que cada filho é insubstituível. Nenhum dos entrevistados mencionou a possibilidade de vir a solicitar reversão da vasectomia caso se sentisse arrependido.

Nesse mesmo estudo considerou-se que o discurso dos homens em relação ao futuro pós-vasectomia, assim como o de suas companheiras, era semelhante ao observado em outros estudos feitos com mulheres que optaram pela laqueadura, realizados por COSTA e col. (1996), SERRUYA (1996), e MINELLA (1998). A ênfase centrou-se na tranquilidade de que desfrutariam por não precisar mais se preocupar com a anticoncepção. VIEIRA (1994) e OSIS e col. (1997) apontaram que para as mulheres que fazem laqueadura, a esterilização respondia ao anseio maior de não temerem uma nova gravidez. Essa mesma perspectiva foi verificada entre os homens estudados por MARCHI e col. (2003), sendo que vários deles, de fato, falavam dessa preocupação como sendo também sua, e não apenas da companheira. Em seu discurso, eles também diziam do alívio que a vasectomia significava em termos de, no futuro próximo, pouparem as companheiras da luta cotidiana pela anticoncepção. CITELI e col. (1998) também observaram esse mesmo alívio entre mulheres que optaram pela laqueadura.

MANHOSO e HOGA (2005) descreve estudo qualitativo com vinte homens já vasectomizados em um serviço público vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, oito dos quais haviam sido operados há mais de um ano. Os entrevistados relataram vários receios em relação à vasectomia, principalmente quanto à 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. Todos esses homens disseram-se satisfeitos por terem feito a vasectomia e mencionaram vários aspectos positivos, como a melhora no relacionamento sexual com as parceiras, especialmente pela superação do medo de uma gravidez indesejada, assim como o afastamento das preocupações e atribulações com o uso anterior de métodos anticoncepcionais. Nenhum dos participantes referiu medo de arrepender-se. Também em São Paulo, estudo prospectivo de BERTERO e col. (2005), acompanhou 65 homens que fizeram a vasectomia em hospital universitário, e realizou avaliações antes da cirurgia e 90 dias depois. Concluiu que a vasectomia produziu um efeito positivo na função sexual dos homens, especialmente sobre o desejo e a satisfação.

Em outros países identificam-se vários estudos que abordam esses aspectos. SWENSON e KHAN (1982) apontaram que 48% de uma amostra de homens vasectomizados em Bangladesh estavam satisfeitos por terem feito a cirurgia, e que, entre os insatisfeitos, uma grande parte havia optado pela vasectomia apenas pelos incentivos financeiros oferecidos na época, e uma pequena parcela referiu medo de perder um filho e não poder ter outro. PHILLIBER e PHILLIBER (1985) revisaram a literatura publicada entre 1972 e 1984, referente às pesquisas sociais, acerca dos antecedentes e conseqüências da esterilização cirúrgica masculina. De modo geral, esses autores concluíram que existia uma tendência a melhorar as relações maritais após a cirurgia e que a maioria dos homens não relatava mudanças em sua atividade sexual. Estudo prospectivo realizado na África do Sul por HOFMEYR e GREEFF (2002) não observou diferenças significativas quanto à satisfação sexual, satisfação com o relacionamento marital, comunicação e frequência das relações sexuais, avaliadas antes da vasectomia e cerca de cinco meses depois.

THONNEAU e D'ISLE (1990) fizeram uma revisão de trabalhos publicados acerca dos possíveis efeitos da vasectomia e apontaram que nenhum dos estudos epidemiológicos em larga escala revelou quaisquer efeitos danosos da cirurgia sobre o risco para problemas psiquiátricos, cardiovasculares e hipertensão entre homens esterilizados. Além disso, esses autores constataram que os estudos em questão não

indicavam alterações significativas quanto ao número de relações sexuais nem quanto ao desejo sexual dos homens. Por outro lado, apontaram evidências de um grande leque de sintomas com repercussões psicossociais surgidos após a vasectomia, como dor de cabeça, desordens de ejaculação, alcoolismo, sentimento de inferioridade, estados psicóticos, hipocondria, fantasias de castração nas parceiras dos homens vasectomizados. Os autores chamam a atenção para o fato de que esses sintomas foram identificados com maior frequência nos estudos mais antigos (1965-1979), o que poderia ser atribuído a um menor conhecimento sobre a vasectomia e maior preocupação quanto às suas conseqüências. Ao mesmo tempo, observaram que nos trabalhos revisados havia pouca referência a mudanças positivas atribuídas à vasectomia, o que, na interpretação dos autores, poderia estar relacionado à forma como o tema era abordado, razão pela qual consideram importante a realização de estudos enfocando a experiência da vida real dos homens submetidos à esterilização cirúrgica.

RUNGBY e col. (1994) enviaram um questionário a 244 homens vasectomizados na Dinamarca há cerca de 10 anos e observaram que 7,4% haviam se arrependido. Os autores identificaram a menor idade por ocasião da cirurgia como o principal fator associado ao arrependimento, mas também salientaram que a qualidade da informação dada aos homens antes da vasectomia é fundamental para evitar o arrependimento. Especialmente, essa informação deve abordar as alternativas contraceptivas e possíveis problemas no relacionamento sexual.

MILLER e col. (1991) estudaram 162 casais em que o homem havia sido vasectomizado e concluíram que a chance de arrependimento era maior quando, previamente à cirurgia, o relacionamento marital não era bom, havia desejo de ter mais filhos e uma atitude contrária à esterilização, apesar da decisão de submeter-se a ela. Depois da cirurgia, os fatores associados ao arrependimento relacionavam-se à percepção de efeitos negativos da vasectomia sobre a vida sexual e de diminuição da masculinidade. Estudos realizados por outros autores (HOWARD, 1982; POTTS e col., 1999; JAMIESON e col., 2002) têm apontado consistentemente a menor idade

por ocasião da vasectomia como fator de risco para o arrependimento alguns anos depois.

Opção pela vasectomia e relações de gênero

Nas últimas duas décadas tem havido um intenso movimento em prol da incorporação dos homens como atores na área da saúde sexual e reprodutiva. Isto é resultado da crescente compreensão acerca da influência fundamental que os papéis de gênero exercem nessa área, direta ou indiretamente. Esses papéis são relevantes nos processos de decisão relativos à vida sexual e reprodutiva propriamente ditos, mas também estão relacionados às possibilidades de maior acesso a melhores níveis educacionais e às relações de poder estabelecidas entre homens e mulheres, que também influenciam as opções no campo da saúde sexual e reprodutiva. Apesar disso, não é incomum que se observe que autoridades, gestores e provedores de saúde em muitos países considerem que os homens não estão interessados nem em usar métodos contraceptivos, nem em ser mais participativos nas decisões reprodutivas (DRENNAN, 1998; WEGNER e col., 1998).

A participação dos homens em programas de saúde reprodutiva e, especificamente, na anticoncepção, tem sido limitada objetivamente pelas poucas alternativas de métodos anticoncepcionais que eles podem usar, ao contrário das mulheres, que têm várias opções. Os homens contam, basicamente, com o preservativo e a vasectomia (MUNDIGO, 1995; PASQUALOTTO e col., 2003). Alguns trabalhos, porém, sugerem que os homens, apesar das limitações atuais em sua participação na anticoncepção, estão motivados para isto e teriam interesse em utilizar métodos reversíveis específicos para eles, além do preservativo masculino (ROGOW, 1991; HEINEMANN e col., 2005).

É possível considerar que a população masculina participe também da anticoncepção por intermédio das mulheres que usam métodos de abstinência periódica e preservativo feminino, bem como pela utilização do coito interrompido (FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, 1997; PIET-PELON e col., 1999). Porém,

esses métodos não costumam ser enfatizados nos serviços de saúde, oferecendo-se pouca ou nenhuma informação sobre eles, levando ao seu uso inadequado (DÍAZ e col., 1992). Conseqüentemente, sua eficácia é prejudicada, descaracterizando-os como opções possíveis e desejáveis para a participação masculina, o que se constitui em aspecto relevante, pois os métodos de abstinência periódica e o coito interrompido são utilizados por parte da população. Na última PNDS, 3% das mulheres unidas e 2,8% dos homens que viviam em união referiram o uso da abstinência periódica como método contraceptivo; o coito interrompido estava sendo utilizado por 3,1% das mulheres e 2,6% dos homens unidos (BEMFAM e MACRO INTERNATIONAL, 1997). Analisando os dados levantados pela PNDS, BADIANI e CAMARANO (1998) apontaram que, entre os homens que apresentavam alguma prática contraceptiva, 19% usavam métodos com participação masculina, englobando-se nessa porcentagem o uso da abstinência periódica, do coito interrompido, do preservativo masculino e da vasectomia.

Em relação ao preservativo masculino, BERQUÓ e SOUZA (1994) apontam que a maioria dos homens tende a considerar o preservativo masculino como sendo mais eficaz para prevenir doenças do que a gravidez. O surgimento da Aids tem reforçado essa concepção, sobretudo com as campanhas educativas em que o preservativo passou a ter grande destaque e importância em sua prevenção. Dados da PNDS de 1996 apontaram que 14,7% dos homens referiram o uso do preservativo como método anticoncepcional (BEMFAM e MACRO INTERNATIONAL, 1997), e análises subseqüentes desses dados indicaram que era o método mais utilizado entre os jovens até 25 anos. Por outro lado, BADIANI e CAMARANO (1988) observaram que a prevalência de uso do preservativo crescia com a escolaridade do homem. Detectaram igualmente que o seu uso estava mais orientado à prevenção de DST e Aids do que à contracepção. Em outros estudos é mencionado que a associação do preservativo masculino à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis tem produzido, por vezes, resistências ao seu uso como anticoncepcional. Especialmente os homens podem reagir negativamente à possibilidade de seu uso, na medida em que a solicitação/sugestão para isto pode ser interpretada como desconfiança da parceira, suspeita de infidelidade, o que se constitui em um elemento desestruturador

da estabilidade conjugal, provocando sérios conflitos (SPRUYT e col., 1998; VIEIRA e col., 1999; SOUZAS e ALVARENGA, 2001).

Quanto à vasectomia, embora seja freqüente que se ressaltem suas características positivas e a facilidade do procedimento (FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, 1992), especialmente se comparada à laqueadura tubária, é sabido que sua baixa prevalência em várias partes do mundo e, especificamente, na maior parte das regiões brasileiras, deve-se principalmente à falta de acesso dos homens a informações adequadas e serviços de boa qualidade, assim como a preconceitos e idéias equivocadas sobre a vasectomia, especialmente em relação a seus efeitos sobre a virilidade masculina (CASTRO, 2000; MANHOSO e HOGA, 2005).

Um aspecto que necessita ser considerado em relação à vasectomia é a oferta de serviços que possam realizá-la e dar assistência adequada aos homens, dentro do marco dos direitos sexuais e reprodutivos. Uma dificuldade sempre apontada nessa área é o fato de que os programas em geral, mesmo quando apresentam um discurso de incorporação dos homens, são desenhados para as mulheres, de maneira que não satisfazem as necessidades dos mesmos (MUNDIGO, 1995; AVSC INTERNATIONAL; IPPF/WESTERN HEMISPHERE REGION, 1998).

No Brasil, por exemplo, tem-se notícia de apenas uma clínica de planejamento familiar que é exclusiva para homens, e está em atividade desde 1981. Trata-se da PRO-PATER – Paternidade Responsável, situada em São Paulo, capital, que foi organizada a partir do pressuposto de que os homens poderiam aceitar a responsabilidade pela anticoncepção, incluindo a contracepção cirúrgica permanente, se conhecessem o método e os programas especializados estivessem disponíveis (FOREIT e col., 1989). Naquele momento, a vasectomia era praticamente desconhecida da população (CASTRO e col., 1984; CASTRO, 2000). Desde então, a prevalência da vasectomia em São Paulo aumentou de 0,2% ,em 1981, para 5,7%, em 1990 (ROGOW e col., 1991), o que, talvez, possa representar uma contribuição da referida instituição na ampliação do acesso dos homens à vasectomia, em uma

época em que a realização dessa cirurgia, oficialmente, não era permitida no sistema pública de saúde.

Atualmente, desde a regulamentação legal da esterilização cirúrgica no SUS, ao final de 1997, os serviços de planejamento familiar estão obrigados a oferecer todos os métodos anticoncepcionais disponíveis no país, situando-se a laqueadura e a vasectomia em igualdade de condições nessa gama de métodos. Essa exigência inclui a oferta de ações educativas tanto para homens quanto para mulheres e casais, no período compreendido entre a solicitação da esterilização e a realização da cirurgia. Embora haja poucas informações disponíveis sobre como está ocorrendo esse processo no SUS, o pouco que se sabe indica que, freqüentemente, a presença dos homens é bastante pequena nos serviços de planejamento familiar e a demanda pela vasectomia é bem menor do que pela laqueadura (FAÚNDES e col., 2004).

Em geral, nos países em que o acesso à vasectomia ocorre nas mesmas condições que para outros métodos, incluindo a laqueadura, verifica-se o crescimento de sua prevalência (CASTRO, 2000). Assim, nos Estados Unidos, a freqüência de esterilização masculina e feminina se equivale (FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, 1992) e no México considera-se que já existe uma tendência a igualar-se, sendo registradas três laqueaduras para cada vasectomia, proporções que já foram bem mais desiguais (SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, 1996). Na Colômbia, quando se instituíram as “Clínicas para o Homem”, em 1985, aumentou consideravelmente o número de vasectomias (VIVEROS e col., 1998).

Na América Latina, incluindo o Brasil, a menor prevalência de vasectomia parece estar associada principalmente ao "machismo". Esse conceito se expressa pela dominação dos homens sobre as mulheres, o que implica tendência à valorização positiva do masculino e dos seus componentes, tais como agressividade, valentia, desapego e um distanciamento afetivo, em detrimento dos valores femininos. O machismo também determina a desigualdade sexual, por meio da qual ao homem é permitido o exercício não-vigiado de sua sexualidade, enquanto a mulher é controlada, mesmo que de forma velada (BARBIERI, 1990; PARKER, 1991). Nessa

mesma linha de pensamento, seria possível pensar que a opção pela vasectomia representaria uma espécie de negação da masculinidade, pois, freqüentemente, sua prática é associada ao mito de que homens vasectomizados tornam-se impotentes. A concepção de impotência pode ser entendida, neste caso, além da capacidade masculina de ereção, por estar mais baseada na idéia de ser capaz de “depositar” o sêmen, tido como símbolo da masculinidade. No imaginário masculino estes dois elementos seriam os grandes indicadores da virilidade enquanto potencialmente criadores, geradores de vida. Portanto, como o homem vasectomizado não é mais fértil, não é difícil perceber associação com a perda da virilidade (PARKER, 1991).

Quando se analisa o processo de decisão pela vasectomia, é freqüente que os homens, bem como suas parceiras, relatem o receio deles de que a vasectomia cause danos à virilidade, conforme já referido anteriormente (MARCHI e col., 2003; MANHOSO e HOGA, 2005). Até mesmo entre as mulheres pode ser observado esse receio em relação à possibilidade da vasectomia provocar impotência (VIEIRA e col., 1996).

Esses receios e resistências à vasectomia devem ser vistos no contexto das relações de gênero, que são fundamentais nas questões reprodutivas, especialmente quanto à contracepção. O conceito de gênero refere-se a que diferentes aspectos da reprodução humana constituem-se em uma construção social, em que se determinam os papéis de homens e mulheres para além das chamadas diferenças biológicas, no contexto de um sistema simbólico concatenado, específico para cada contexto social. Nesse sistema, as relações entre homens e mulheres são sempre relações de poder (MEYER, 1996).

Na definição de Joan SCOTT (1990):

“O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder” (p. 14).

A caracterização do que é ser homem e do que é ser mulher, portanto, não é inocente, pois implica relações de poder e, na medida em que essa diferenciação estabelece diferenciais no controle ou no acesso aos recursos materiais e simbólicos, o gênero torna-se implicado na concepção e na construção do poder em si. A diferença sexual é a principal forma de dar significado à diferenciação de gênero, decodificando o sentido e contribuindo para a compreensão das relações complexas entre as diversas formas de interação humana (CARVALHO e col., 2001).

Uma conclusão necessária a partir dessas considerações é, portanto, que os “significados são precários”, instáveis e constantemente reconstruídos na dinâmica de poder implicada nas relações sociais. Sendo assim, o gênero, na qualidade de um discurso acerca das diferenças sexuais, forjado em relações de poder, passa por esse mesmo processo de desconstrução e reconstrução (OSIS, 2001). Nas palavras de MEYER (1996), essa categoria de análise pode ser entendida como

“... a instância onde e por meio da qual os seres humanos aprendem a se converter em e a se reconhecer como homens e mulheres, nos diferentes contextos históricos, culturais e sociais” (p. 48)

Em face dessa definição de gênero, MEYER (1996) ressalta que as diferenças sexuais e biológicas têm-se apresentado como de grande importância nos processos de significação e organização concreta e simbólica da vida social. Nesse sentido, tais diferenças percebidas são primordiais para o estabelecimento de diferenças sociais, que passam a ser vistas como naturais pelas sociedades. Além disso, essa autora acredita que as diferenças de gênero são, literalmente, as primeiras aplicadas ao ser humano desde o seu nascimento (atualmente, pela disponibilidade de sofisticados recursos tecnológicos disponíveis, até antes disso), permeando todas as relações sociais.

Os critérios de diferenciação de gênero, ao lado de outros como, por exemplo, os da classe social, são de grande relevância para o entendimento da organização da vida em sociedade, porque permitem explicar o como e o porquê de experiências sociais bem distintas para homens e mulheres. Entre tais experiências encontra-se a da reprodução. Ela, inclusive, tem sido vista como a dimensão em que se instala primordialmente a diferenciação por gênero que, por sua vez, implica relações sociais desiguais em muitas sociedades, a exemplo da nossa. Em vista desse processo, encara-se como natural que tudo o que se refere à procriação, incluindo o cuidado e criação dos filhos, seja considerado como atribuição das mulheres, enquanto se exige dos homens que cumpram seu papel de provedores da família (HEILBORN, 1995; ENGLE e LEONARD, 1998).

Tradicionalmente, na cultura ocidental, o estereótipo do homem é daquele que manda, que tem autoridade e domínio. Ele é considerado um ser produtivo, ao contrário da mulher, cuja imagem é associada a aspectos morais, como ser obediente, boa e submissa. Isto se aplica também ao relacionamento sexual, na medida em que se espera que a mulher esteja "disponível" para o homem (FIGUEROA-PEREA e ZIGNONI, 1994). Nesse cenário, a idéia presente é a de que as mulheres arquem com a maior responsabilidade no que diz respeito à escolha e ao uso de métodos anticoncepcionais (DÍAZ e col., 1992). Porém, nem sempre foi assim. Antes que os chamados métodos modernos de contracepção, como os anticoncepcionais orais, injetáveis e os dispositivos intra-uterinos (DIU) estivessem disponíveis, a maior parte dos métodos para regular a fecundidade requeriam a participação masculina, como, por exemplo, a utilização do coito interrompido, da abstinência periódica e do preservativo masculino. ZAMBERLIN (1999), por exemplo, aponta que o uso de tais métodos, aliado à prática do aborto, foi responsável pela transição demográfica em vários países.

Em alguns contextos, observa-se que os homens, pelo desequilíbrio nas relações de gênero, acabam, por exemplo, determinando o método contraceptivo que a mulher usará. Existem sociedades nas quais as mulheres precisam da autorização expressa do marido/companheiro para realizar uma ligadura tubária e, às vezes, até

mesmo para usar métodos reversíveis (DÍAZ e col., 1992; SCHULER e col., 1996). Estudo realizado na periferia de Santiago do Chile, em 1968, já apontava que, provavelmente, muitos homens aceitavam que a prática do planejamento familiar era necessária em algumas situações hipotéticas, mas não consideravam que esse fosse o caso deles, e de sua parceira. Apesar disso, na amostra estudada, 63% das mulheres, cujos maridos/companheiros não aceitavam que elas usassem métodos contraceptivos, referiram ter utilizado algum no ano anterior, comparadas com 37% que referiram não ter usado nada (HARDY, 1971).

De modo geral, portanto, existem normas de gênero que se somam a perspectivas preconcebidas acerca da participação masculina na anticoncepção. Essas normas incidem sobre as opções feitas pelos casais, bem como dificultam o desenvolvimento de políticas, programas e serviços que incorporem os homens no atendimento à saúde reprodutiva (ZAMBERLIN, 1999).

Estudos realizados no Brasil indicam que, no processo de decisão de um casal frente à necessidade de usar um método anticoncepcional, é comum a referência de que as decisões são tomadas em conjunto, a partir de informações que ambos receberam de diversas fontes, principalmente, de pessoas significativas e, em menor proporção, de profissionais da saúde. Porém, questiona-se que a decisão conjunta seja referida muito mais como parte de um discurso assimilado sobre o que seria mais adequado e não como parte da realidade cotidiana dos casais enquanto às decisões contraceptivas. A participação dos homens nesse processo, com frequência, limita-se ao apoio às decisões tomadas pelas mulheres (CARVALHO e col., 2001). A opção pela vasectomia costuma ocorrer como a “última possibilidade”, em face de uma trajetória reprodutiva pouco controlada e/ou planejada, aliada a falhas de outros métodos, insatisfação e efeitos deletérios sobre a saúde das mulheres (ENGENDER HEALTH, 2002; MARCHI e col., 2003). Nesse contexto, os homens se apresentam assumindo a responsabilidade por aliviar a carga de suas companheiras e, ao mesmo tempo, com a idéia presente de poder assegurar que o casal não tenha mais filhos do que eles – homens - são capazes de manter como provedores (MARCHI e col., 2003).

Quando se apresenta ao casal a decisão de não ter mais filhos, a única opção parece ser a esterilização cirúrgica e, quando ocorre a opção pela vasectomia, ao invés da laqueadura, isto tende a ser justificado pela maior facilidade de execução, segurança e eficácia. Além disso, é comum que alguns homens refiram temer pelos efeitos prejudiciais da laqueadura sobre a saúde das mulheres. Especificamente no Brasil, encontra-se a menção em alguns estudos da existência de homens que desejam poupar as companheiras de mais uma cirurgia, uma vez que, possivelmente, elas já terão feito várias cesarianas (CASTRO, 2000; ENGENDER HEALTH, 2002; MARCHI e col., 2003, 2005).

Por outro lado, quando homens tomam a iniciativa de fazer a vasectomia, tal fato poderia ser interpretado como um sinal de compartilhamento das decisões reprodutivas. Porém, em estudo que avaliou o processo de decisão pela vasectomia entre casais que solicitavam essa forma de contracepção em serviço público de saúde, MARCHI e col. (2005) observaram que, até o momento em que os homens sentiram pesar sobre si a responsabilidade de seu papel de provedores da família, por concluírem que não poderiam sustentar mais filhos além dos que já tinham, não tiveram participação ativa nas decisões acerca do uso de métodos anticoncepcionais. E quando tomaram a decisão de submeter-se à vasectomia, consideraram-na como fruto dessa sua consciência de responsabilidade. Conforme observado por ARILHA (1999), no cotidiano das decisões reprodutivas, especialmente no caso da contracepção, os homens atribuem a liderança dos processos às mulheres, e só intervêm quando consideram que sua responsabilidade de provedor o exige.

Nos últimos anos, muito se tem falado de novos paradigmas da masculinidade e da paternidade. O conceito de masculinidades, ao invés de masculinidade, tem se expandido e ganhado os diferentes foros de discussão. Salienta-se que, apesar de ainda prevalecer o protótipo tradicional do homem ativo, forte, capaz de realizar o trabalho físico, de lutar na guerra e de penetrar o corpo da mulher, poucos são os que, efetivamente, conseguem cumprir plenamente essa expectativa. Desta forma, os diferentes homens, nos diferentes contextos de vida, adaptam esse modelo tradicional de masculinidade, preservando o que

lhe é possível e que lhe garanta o reconhecimento de seus pares. Isso é verificável, por exemplo, em muitos ambientes em que os jovens incorporam em seu discurso novos paradigmas de masculinidade, mas, quando se casam, reassumem o modelo aprendido de seus pais (HERNANDEZ 1998 citado por AVSC INTERNATIONAL e IPPF/WESTERN HEMISPHERE REGION, 1998).

As mudanças sociais, especialmente as que têm sido fomentadas pelas conquistas dos movimentos de mulheres e de homossexuais, têm colocado tanto homens quanto mulheres diante do fato de que o modelo hegemônico de masculinidade não é viável a longo prazo e é bastante doloroso para os homens segui-lo à risca. Impõe-se a necessidade de relações de gênero mais igualitárias, que permitam aos homens sentirem-se mais à vontade e poderem assumir comportamentos não-aceitos tradicionalmente (AVSC INTERNATIONAL e IPPF/WESTERN HEMISPHERE REGION, 1998).

No contexto dessa tentativa de vivenciar relações mais igualitárias, também tem se desenhado um novo paradigma acerca da paternidade, que propõe uma figura paterna mais solidária com os filhos e a mulher, participativa em todo o processo reprodutivo, incluindo a geração de crianças e sua educação, que partilha não só necessidades materiais, mas, principalmente, emocionais. Entretanto, assim como no caso mais amplo da masculinidade, na área da paternidade evidencia-se que, atualmente, esse modelo progressista convive com o tradicional, fazendo com que, muitas vezes, os homens tenham dificuldades para se posicionar quanto a questões de gênero (ARILHA, 1999; AVSC INTERNATIONAL e IPPF/ WESTERN HEMISPHERE REGION, 1998).

Essa convivência de modelos está presente na área da reprodução, indicando como ambígua a posição dos homens nas decisões reprodutivas, na medida em que sua percepção acerca de seus papéis nessa área também tende a oscilar de acordo com os diferentes modelos de masculinidade e de paternidade. ARILHA (1999) aponta que, embora do ponto de vista genético, homens e mulheres são - e se reconhecem como - participantes do processo reprodutivo, pois este não ocupa o mesmo lugar no imaginário feminino e masculino. Referindo-se a resultados de pesquisa por ela mesma realizada, essa autora assinala que, para homens dos estratos

sociais B-C, a preocupação com a reprodução é relevante para construir a identidade moral masculina, mas está relacionada ao campo do social e não ao seu próprio corpo. É possível pensar que a razão disso é que, ao contrário do que ocorre com as mulheres, para os homens existem poucas evidências em si mesmos de seu potencial reprodutivo e sua qualificação à paternidade, embora essa certeza seja fundamental para a afirmação de sua masculinidade. Para as mulheres, a consciência da reprodução é primordialmente corpórea, a começar de sua concretização no fluxo menstrual mensal, que testemunha sua possibilidade de maternidade, enquanto para os homens a ejaculação está associada ao prazer sexual e não à possibilidade de paternidade (BADINTER, 1993).

Sendo assim, parece possível supor que, quando prevalecem os modelos tradicionais de masculinidade e paternidade, as possíveis preocupações dos homens com a reprodução começam quando eles se vêem como “pais de família”, e não antes. Nessa perspectiva, a anticoncepção não se apresenta a eles como algo com que devam, necessariamente, lidar. O foco de sua atenção está em como sustentar e proteger a família que têm. Entretanto, à medida que os modelos progressistas ocupam espaço, as decisões contraceptivas têm sido colocadas aos homens e se espera deles um posicionamento. Não é difícil perceber que, nessa circunstância, os homens podem vivenciar certos conflitos por não estarem preparados para tomar decisões nessa área. Também é possível entender, nesse contexto, os porquês de sua grande preocupação com as possíveis conseqüências da vasectomia sobre a sua virilidade, a importância do testemunho de outros homens significativos para afastar esse temor e o entendimento de que, em uma situação em que tudo já foi tentado, só resta a ele, o “responsável pela família”, assumir o ônus da decisão de esterilizar-se.

A vasectomia em Campinas

Em Campinas, no interior do Estado de São Paulo, os serviços municipais de saúde atendem às solicitações de esterilização cirúrgica feminina e masculina através de um Ambulatório de Planejamento Familiar (APF –PMC), para onde são

encaminhados os (as) candidatos(as) que cumprem as exigências legais. Essas pessoas passam por uma série de procedimentos de avaliação e orientação sobre opções contraceptivas até que seja autorizada a cirurgia. Desde o início de 1998, quando a esterilização já estava regulamentada pela Lei 9263, foram realizadas 2399 vasectomias pelos serviços credenciados no Município de Campinas.

Desde a implantação desse programa em Campinas foi feita uma pesquisa, entre 2002 e 2003, com o objetivo de conhecer o processo de implementação e regulamentação da Lei sobre Planejamento Familiar na rede do SUS (BERQUÓ e col., 2003). Especificamente, esse estudo procurou conhecer como a regulamentação da esterilização cirúrgica voluntária estava acontecendo em uma região com grande heterogeneidade socioeconômica e, no contexto brasileiro, com amplo atendimento à saúde na rede básica. Os resultados desse estudo indicaram que havia muitas dificuldades para que as pessoas conseguissem ser esterilizadas, pois havia uma longa espera desde o momento em que solicitavam a esterilização em uma UBS até que conseguissem consulta no Ambulatório de Planejamento Familiar da Prefeitura e, por fim, fossem encaminhadas para a cirurgia. Observando o processo de encaminhamento para esterilização em 10 UBS de Campinas, as autoras verificaram que, de dezembro de 2001 a meados de 2002, 579 pessoas haviam solicitado a esterilização cirúrgica, sendo que 45% correspondiam a pedidos de vasectomia. Dentre as pessoas solicitantes nesse período, 44% ainda não haviam, sequer, sido atendidas no Ambulatório de PF. Havia usuários esperando por essa consulta há mais de 10 meses. Entre as pessoas que conseguiram ser encaminhadas para o Ambulatório e tiveram a cirurgia marcada, o tempo de espera desde a primeira consulta no Ambulatório foi de cerca de 100 dias, ou seja, mais de três meses.

Essa demanda reprimida pela esterilização cirúrgica, com um período de espera bastante largo entre a solicitação nas UBS e o atendimento no Ambulatório de PF, bem como entre esse atendimento e a realização da cirurgia, foi confirmada por estudo recente, que também observou o crescimento nas solicitações de vasectomia e as dificuldades da rede básica em atendê-las (OSIS e col., 2006a).

Não se encontraram, até o presente, estudos em que se descrevam as características dos homens que têm conseguido a esterilização cirúrgica na rede básica de saúde de Campinas, e, menos ainda que avaliem a sua experiência de vida na condição de vasectomizados. Apresentou-se como relevante, portanto, investigar como os homens que optaram pela vasectomia e foram atendidos pelos serviços públicos em Campinas têm vivenciado essa sua nova situação. Especialmente em relação a métodos permanentes de anticoncepção, o conhecimento da experiência das pessoas que a eles se submetem, decorrido algum tempo desde a opção, torna-se essencial para que os serviços de saúde sexual e reprodutiva possam prover orientação adequada, visando à satisfação de usuários potenciais desses métodos.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever as características de homens submetidos à vasectomia na rede pública de saúde do Município de Campinas, Estado de São Paulo; sua percepção quanto a consequências da esterilização em algumas áreas de sua vida em relação a essas características, bem como a ocorrência de arrependimento.

2.2 Específicos

- ✓ Descrever características sociodemográficas, reprodutivas e do relacionamento conjugal desses homens.
- ✓ Investigar se os homens vasectomizados atribuem mudanças – positivas ou negativas – à vasectomia em algumas áreas de sua vida.
- ✓ Identificar as relações existentes entre as mudanças referidas pelos homens e as suas características quando optaram pela vasectomia.
- ✓ Identificar a existência de arrependimento e as razões para isto, em relação às características dos homens quando a cirurgia foi realizada.

3. SUJEITOS E MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo descritivo, com um componente qualitativo e outro quantitativo. Inicialmente foi desenvolvida a etapa de levantamento dos dados qualitativos, através de entrevistas com roteiro temático, com o propósito de auxiliar o desenvolvimento de um formulário estruturado, utilizado na etapa de levantamento quantitativo de dados.

3.2 Características do atendimento à solicitação de vasectomia em Campinas

Os casais de Campinas, que procuram as unidades básicas de saúde (UBS) da cidade para solicitar vasectomia, são agendados para comparecer ao Ambulatório de Planejamento Familiar da Prefeitura de Campinas. Além desses, também são atendidos alguns casais da Região Metropolitana de Campinas. Em alguns casos, são providenciados encaixes para atender casais cuja mulher faça pré-natal de alto risco na Maternidade de Campinas.

Quando os casais comparecem na data agendada, participam de uma palestra primeiramente sobre a Lei de Planejamento Familiar e, em seguida, sobre métodos anticoncepcionais. Nessa mesma ocasião é realizada uma entrevista com o casal, quando se preenche uma ficha com os dados deles. Algumas vezes os homens não comparecem a esse primeiro encontro, mas são convocados para a segunda ocasião agendada, quando deverão participar de palestra semelhante.

Na segunda entrevista, o casal assina a “Declaração para esterilização definitiva”, que é lida por eles ou pela pessoa que os atende (enfermeira, assistente social ou a psicóloga). Nessa ocasião, são pedidos os exames pré-operatórios para o homem (hemograma, glicemia e urina I), que são realizados na UBS do bairro onde ele reside, e o laboratório envia para o Ambulatório de Planejamento Familiar. Nessa ocasião também já é marcado o retorno para o homem saber o resultado dos exames e marcar a cirurgia.

Caso o resultado dos exames apresente alguma alteração, o homem é tratado pela própria ginecologista responsável pelo Ambulatório. Posteriormente ao tratamento repete-se o exame, se necessário. Se os exames estiverem todos normais são marcados a data, local e horário da cirurgia. No município existem dois hospitais credenciados para realizar a vasectomia.

Quando é marcada a cirurgia, o homem é orientado quanto ao preparo pré-operatório. No dia da cirurgia é entregue o pedido do espermograma que deverá ser feito dois meses após a realização da vasectomia, ou após 20 relações ou 20 ejaculações. O exame é realizado em laboratório conveniado com a Prefeitura de Campinas.

O homem é orientado para a leitura do resultado do espermograma. Se negativo, poderá suspender o método que o casal está utilizando. Se positivo, deverá comparecer ao Ambulatório de Planejamento Familiar levando o resultado, de onde será encaminhado para consulta com urologista. Também poderá ir ao Ambulatório caso tenha alguma dúvida sobre o resultado do espermograma.

Em geral, todo esse processo dura entre seis e sete meses.

No Quadro 1, já citado, encontra-se o número de homens vasectomizados no período entre 1998 e 2004.

3.3 Amostra

Para o componente qualitativo do estudo, foi selecionada uma amostra proposital (PATTON, 1990) dentre os homens submetidos à vasectomia, há pelo menos um ano antes da entrevista, entre 1998 e 2004. Esses homens foram identificados através dos registros do Ambulatório de Planejamento Familiar da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas (APF-PMC). A seleção dos participantes foi feita segundo a técnica de variedade de tipos (TURATO, 2003),

tomando-se como referência idade, número de filhos e escolaridade, que são apontadas pela literatura (POTTS e col., 1999; BERQUÓ e CAVENAGHI, 2002; DUARTE e col., 2003) como variáveis que têm relação com a opção pela vasectomia e suas possíveis conseqüências na vida dos homens. O número final de homens entrevistados nessa etapa do estudo foi determinado de acordo com o conceito de saturação de informação (MORSE, 1994; MAYAN, 2001).

Para a fase quantitativa do estudo, o tamanho da amostra (KISH, 1965) foi calculado inicialmente em 267 homens, com base no trabalho de Rodrigues e col. (2003), considerando-se uma proporção estimada de 50% de homens que referem sentir-se melhor no casamento após a vasectomia, e uma diferença absoluta desejada entre as proporções amostral e populacional de seis pontos percentuais e α de 5%. O tamanho efetivo da amostra foi de 202 homens, implicando perda de precisão de aproximadamente um ponto percentual, ou seja, a diferença absoluta entre as proporções amostral e populacional passou a sete pontos percentuais.

3. 4 Seleção dos sujeitos

Os homens vasectomizados foram identificados a partir dos registros do APF-PMC, e contatados via telefone ou correio. A pesquisadora preparou uma listagem por ordem de entrada dos homens no processo de solicitação da vasectomia, que incluiu informações sobre idade, escolaridade, número de filhos, estado marital, tempo de união, data de início do processo, data da vasectomia. Para a etapa qualitativa do estudo, a partir do primeiro homem listado, a pesquisadora identificou quatro grupos, inicialmente com três homens em cada um, conforme as seguintes combinações:

Grupo 1: Escolaridade fundamental, até 29 anos de idade, até dois filhos vivos.

Grupo 2: Escolaridade média/superior, até 29 anos de idade, até dois filhos vivos.

Grupo 3: Escolaridade fundamental, 30 anos ou mais de idade, três ou mais filhos.

Grupo 4: Escolaridade média/superior, 30 anos ou mais de idade, três ou mais filhos.

A combinação de idade, escolaridade e número de filhos nos Grupos 1 e 3 visou a representar qualitativamente os homens menos propensos à opção pela vasectomia, em vista de sua escolaridade, enquanto os Grupos 2 e 4 representaram qualitativamente homens mais propensos a optar pela esterilização cirúrgica. Dentro de cada grupo de escolaridade se buscou também representar a variedade quanto à idade e o número de filhos. À medida que as entrevistas foram sendo feitas, observou-se se havia saturação das informações quanto à percepção de consequências da vasectomia na vida dos entrevistados, de modo que não foi necessário entrevistar mais homens do que os que foram identificados inicialmente.

Para a etapa quantitativa, a partir da listagem completa foram sorteados 335 homens, utilizando-se uma listagem de números aleatórios. Sorteou-se um número maior de homens por prever-se a possibilidade de perda de até 20%, com base na experiência da etapa qualitativa, quando foi difícil localizar os homens, principalmente por mudança de endereço. Esta decisão mostrou-se acertada porque se constatou, de fato, uma perda de quase 20% entre os sorteados, em geral por não se conseguir localizá-los. Ao final, foram entrevistados 203 homens dentre aqueles que foram sorteados, implicando perda de 39,4%. Um deles, porém, foi excluído porque o ano da vasectomia não correspondia ao período estudado, de maneira que a análise apresentada refere-se a um total de 202 homens entrevistados.

No Quadro 1 observa-se o número de vasectomias realizadas no período estudado e o número de homens operados em cada ano incluídos na amostra.

Quadro 1 - Vasectomias realizadas no APF da PM de Campinas entre 1998 e 2004 e número de homens na amostra

Ano da vasectomia	Total no APF	Total na amostra
1998	187	16
1999	240	20
2000	331	21
2001	496	33
2002	490	41
2003	458	49
2004	197	13
Total de homens	2399	202

3. 5 Coleta de dados

Os homens identificados para a etapa qualitativa foram contatados pela pesquisadora inicialmente por carta, em que solicitava que eles fizessem contato telefônico (a cobrar) com ela. Quando esse contato era realizado, a pesquisadora esclarecia o homem a respeito da pesquisa e perguntava se desejava participar. Em caso positivo, era agendada a entrevista. No dia e hora combinados, a pesquisadora comparecia ao local determinado e realizava a entrevista. Dois dos homens inicialmente identificados na listagem do APF para participar da fase qualitativa não foram localizados. Ao final dessa etapa foram entrevistados 10 homens, e como a análise preliminar das entrevistas indicou que havia saturação das informações quanto à percepção de consequências da vasectomia na vida desses homens, não se procurou identificar mais homens para serem entrevistados. Essa amostra proposital ficou constituída da seguinte maneira segundo os grupos pré-definidos:

Grupo 1: dois homens

Grupo 2: dois homens

Grupo 3: três homens

Grupo 4: três homens

As entrevistas da etapa quantitativa foram realizadas por duas entrevistadoras especialmente treinadas para esse trabalho. O treinamento recebido por elas foi de

oito horas e incluiu técnicas de entrevista face-a-face e por telefone, bem como as especificidades do formulário.

Nessa etapa, a cada homem sorteado foi enviada uma carta, também solicitando que fizesse contato telefônico, a cobrar, com as entrevistadoras. Quando não se obteve resposta à carta enviada, foi feita uma busca no catálogo telefônico de Campinas, por endereço e/ou nome do homem sorteado. Para controlar a busca de sujeitos e registrar as informações necessárias à sua localização, era preenchida uma Folha de Contato Telefônico (Anexo 1). Quando foi conseguido o contato telefônico, consultou-se sobre a maneira como o homem preferia responder o questionário – pessoalmente ou por telefone. Em qualquer das duas opções foi agendado o melhor dia e hora para realizar a entrevista. Nos casos em que não se obteve resposta à carta enviada e nem se conseguiu um número de telefone para contato com um homem sorteado, uma das entrevistadoras foi até o endereço registrado para tentar obter informações que permitissem localizar o sujeito.

3. 6 Instrumentos para a coleta de dados

Para as entrevistas semi-dirigidas foram seguidas as orientações metodológicas de TURATO (2003). Foi solicitado ao sujeito que falasse da sua experiência de ter se submetido à vasectomia e sobre como tem sido a sua vida depois disso. Para garantir que os homens abordassem os aspectos de interesse para o estudo, foi utilizado um roteiro temático (Anexo 2) com perguntas de partida e de aprofundamento, pré-testado. Além disso, foram levantadas algumas características socioeconômicas e demográficas desses homens, através de um formulário específico (Anexo 3).

Com base em uma análise preliminar dos dados qualitativos foi desenhado um formulário estruturado (Anexo 4) para investigar as conseqüências da vasectomia na percepção dos homens a ela submetidos. Esse formulário foi pré-testado com homens semelhantes aos que participaram do estudo. As principais unidades de

significado encontradas nas falas dos homens foram utilizadas como referência para a elaboração de múltiplas alternativas nas perguntas do formulário estruturado:

- Categoria “Razão para ter feito a vasectomia”: foi utilizada para elaborar as alternativas oferecidas na pergunta 2.8.
- Categoria “Influência”: foi utilizada para elaborar as alternativas oferecidas nas perguntas 2.9, 2.10, 2.11.
- Categoria “Aspectos positivos e negativos”: foi utilizada para elaborar o conjunto das perguntas 3.2, 3.9, 3.10, 3.11.
- Categoria “Arrependimento”: foi utilizada para elaborar o conjunto das perguntas 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8.
- A pergunta 3.14 foi elaborada a partir do conjunto das categorias de análise trabalhadas na etapa qualitativa.

Essas perguntas elaboradas a partir dos resultados do levantamento qualitativo de dados eram formuladas aos entrevistados e aguardava-se a sua resposta espontânea que, a seguir, era categorizada pela entrevistadora em alguma (s) das alternativas que constavam da pergunta. Caso a entrevistadora tivesse dúvidas para fazer essa categorização, ela registrava a resposta do entrevistado textualmente no espaço reservado a “Outras respostas”, e posteriormente discutia a sua categorização com a pesquisadora.

3. 7 Processamento e análise dos dados

As entrevistas semi-dirigidas foram transcritas e, posteriormente, inseridas no programa *The Ethnograph* (SEIDEL,1998), para facilitar a análise temática de seu conteúdo. A análise temática foi realizada com base nas orientações de MINAYO (1998), buscando desvelar as unidades de significado ou temas identificados nas falas dos homens, bem como detectar os valores de referência e os modelos de comportamento revelados no discurso dos sujeitos. A partir da identificação desses temas foram estabelecidas categorias gerais e específicas, conforme sua frequência

de aparição, relacionadas à percepção dos homens quanto às consequências da vasectomia em algumas áreas de sua vida.

Foram definidas as seguintes categorias de análise:

- Razão: motivos para ter decidido fazer a vasectomia.
- Influência: pessoas que influenciaram e como influenciaram a decisão de operar-se.
- Aspectos positivos e negativos: consequências da vasectomia na vida dos homens, segundo sua própria percepção.
- Arrependimento: ocorrência de arrependimento pós-vasectomia e opinião dos homens sobre essa possibilidade.

Os segmentos de texto correspondentes às categorias definidas foram marcados em cada entrevista, utilizando os recursos do programa computacional. Em seguida, foram reunidos todos os segmentos de texto correspondentes a cada categoria, em todas as entrevistas. Procedeu-se à leitura exhaustiva dos mesmos, para a descrição de seu conteúdo, identificando-se as principais unidades de significado. No Quadro 2 encontra-se um resumo das categorias e das principais idéias agrupadas em cada uma delas. No Anexo 6 encontra-se, como exemplo, uma entrevista completa codificada, e exemplos de agrupamento dos segmentos de texto de duas categorias de análise.

Na etapa quantitativa, os formulários preenchidos foram conferidos e digitados duas vezes, por pessoas distintas, através do módulo *data entry* do programa computacional SPSS, para constituição do banco de dados.

Na fase da consistência lógica, identificou-se um questionário em que a data da vasectomia não correspondia ao período estudado e havia outras inconsistências de informações. Por esta razão este questionário foi excluído, de maneira que foram analisados, ao final, 202 formulários.

A análise dos dados quantitativos foi, inicialmente, descritiva, preparando-se tabelas com a distribuição de frequências das principais variáveis estudadas, de acordo com os objetivos definidos. Em uma segunda etapa, foi avaliada a associação

entre possíveis conseqüências da vasectomia, percebidas pelos entrevistados, e características dos mesmos e circunstâncias de vida em que a cirurgia foi realizada. Para isto, utilizou-se o teste qui-quadrado (ALTMAN, 1991).

Os resultados do levantamento quantitativo foram interpretados à luz dos qualitativos. Em seu conjunto, os resultados foram analisados à luz da literatura especializada existente no campo da saúde reprodutiva e estudos de gênero.

Quadro 2 – Categorias de análise e unidades de significado

CATEGORIAS	PRINCIPAIS UNIDADES/IDÉIAS
RAZÃO PARA TER FEITO A VASECTOMIA	<p>Número de filhos programado Satisfeito com o nº de filhos Não queria ter mais filhos Filhos de outro casamento Não tinha planejado os dois filhos Dificuldade em ter muitos filhos hoje</p> <p>Esposa não podia usar métodos Esposa sempre tomou pílula</p> <p>Esposa sofreu muito na maternidade</p> <p>Decisão dele [homem], tinha 47 anos</p> <p>A pedido do médico O Posto “convidou”</p>
INFLUÊNCIA	<p>Ninguém influenciou Decisão própria Conhecia através de livros</p> <p>Decisão dele e da esposa</p> <p>Conversa com outras pessoas Pessoas que fizeram a vasectomia Companheiro de trabalho Parentes que fizeram a cirurgia Médico amigo Enfermeiro amigo A médica apresentou a opção da esposa ou dele fazer a cirurgia</p> <p>Esposa trabalha na rede de saúde Amiga que trabalha no posto</p>

CATEGORIAS	PRINCIPAIS UNIDADES/IDÉIAS
ASPECTOS POSITIVOS	<p>Sente-se aliviado Não tem mais preocupação de evitar filhos Não precisa se preocupar mais em ter mais um quarto na casa para outro filho</p> <p>Deu segurança, fazia sexo com medo Pratica o sexo mais seguro, tranquilo Tem mais relação sem medo de acontecer nada, fica mais à vontade Relação sexual ficou melhor, tem tranquilidade, gera harmonia no relacionamento</p> <p>Relacionamento com a esposa ficou melhor A comunicação melhorou muito Relação do casal tem “ se constituído” cada vez mais Melhorou a conversa, a convivência Não modificou em nada o relacionamento O relacionamento continuou a mesma coisa que antes</p> <p>Melhorou na ereção porque não sabia que tinha varicocele, corrigida na cirurgia Quando foi fazer a cirurgia descobriu que tinha hidrocele, varicocele e um corpúsculo gorduroso</p> <p>Não precisa usar camisinha, a esposa não precisa tomar comprimido A esposa parou de engordar porque parou de tomar comprimido</p> <p>A esposa agradeceu por ele ter tomado a iniciativa, porque ela não podia fazer laqueadura, e sabia dos maridos das colegas que não faziam a vasectomia</p> <p>Outros homens que fizeram a cirurgia até tiveram outros relacionamentos, de tão seguros que ficaram</p>

CATEGORIAS	PRINCIPAIS UNIDADES/IDÉIAS
NEM POSITIVO NEM NEGATIVO	Sabe que não pode ter mais filhos, procura não pensar nisso, pois sabe que é irreversível
ASPECTOS NEGATIVOS	<p>Não tem nada negativo</p> <p>Só se arrepender, porque não tem retorno</p> <p>Não ter congelado o esperma. Se fosse fazer a cirurgia hoje, congelaria esperma no caso de um arrependimento, ou problema futuro na família: desastres, novo relacionamento</p> <p>Receio da falha do método Não confia 100% na vasectomia</p>
ARREPENDIMENTO	<p>Não se arrependeu Não houve arrependimento mesmo após a perda de um filho</p> <p>Faria a reversão se perdesse os dois filhos Se a mulher “batesse o pé” que queria uma menina, ele faria pelo amor que sente por ela e pela família</p>

4. ASPECTOS ÉTICOS

Foi obtida a devida autorização do (a) responsável pelo APF-PMC para a revisão dos prontuários dos homens submetidos à vasectomia, bem como para convidá-los a participar voluntariamente do estudo.

Aos homens contatados para participar da pesquisa – tanto na fase qualitativa quanto na quantitativa, foi assegurada a liberdade de não aceitarem participar da pesquisa, ressaltando-lhes que isto não implicaria qualquer prejuízo ao seu atendimento no APF-PMC ou em qualquer outro serviço público de saúde do Município de Campinas. Eles também foram informados de que lhes seria garantido o sigilo sobre a fonte das informações, de forma que seu nome jamais será revelado: as fitas gravadas e os formulários foram identificados somente por números. As entrevistas foram realizadas em salas fechadas, sem a presença de outras pessoas.

Na etapa qualitativa, todos os homens que aceitaram participar assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 5), lido previamente conforme exige o documento do Conselho Nacional de Saúde (CNS 196/96) “Normas de pesquisa envolvendo seres humanos” (RESOLUÇÃO...1996). Na etapa quantitativa, foi lhes solicitado o mesmo consentimento, porém verbal.

O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

5. RESULTADOS

5.1 Características socioeconômicas e demográficas da amostra estudada

A Tabela 1 mostra as características sócio-demográficas segundo o ano da cirurgia dos homens vasectomizados . Pode-se observar que a maioria dos homens em cada período de tempo estudado tinha entre 30 e 39 anos de idade no momento da cirurgia: 72,7% no período 1998-1999, 62,1% em 2000-2002, 67,7% em 2003-2004; havia cursado até a 8ª série do ensino fundamental: 63,7 em 1998-1999, 77,9% em 2000-2002, 74,2% em 2003-2004; mais da metade nos três períodos estudados declarou outra cor da pele, que não branca, e ser da religião católica. Somente se observou diferença estatisticamente significativa quanto à renda mensal *per capita* da família, pois enquanto a maioria dos homens vasectomizados nos períodos de 2000-2002 e 2003-2004 (68,5% e 61,3% respectivamente) referiram renda de até R\$ 300,00, no período de 1998 a 1999 a proporção de homens com essa renda *per capita* não alcançou 50%.

Houve diferença significativa na distribuição dos homens vasectomizados segundo a idade na cirurgia e a renda *per capita* familiar. Em todas as faixas etárias consideradas, a maioria dos homens tinha renda *per capita* de até R\$ 300,00, especialmente entre os que tinham menos de 35 anos quando foram operados (Tabela 2).

Tabela 1. Características sociodemográficas segundo ano da cirurgia dos homens vasectomizados*

Características	1998-1999		2000-2002		2003-2004	
<i>Idade cirurgia</i>	n	%	n	%	n	%
<30	5	11,4	15	15,8	4	6,5
30 - 39	32	72,7	59	62,1	42	67,7
≥40	7	15,9	21	22,1	16	25,8
Total	44		95		62	
<i>Escolaridade</i>						
Até 4ª série 1º grau	9	20,5	21	22,1	5	8,1
5ª - 8ª série 1º grau	19	43,2	37	38,9	34	54,8
2º - 3º grau	16	36,4	37	38,9	23	37,1
Total	44		95		62	
<i>Cor/Raça</i>						
Branca	19	43,2	42	44,2	24	38,7
Outra	25	56,8	53	55,8	38	61,3
Total	44		95		62	
<i>Religião</i>						
Católica	32	72,2	58	61,1	39	62,9
Evangelica	7	15,9	26	27,4	14	22,6
Outra/Nenhuma	5	11,4	11	11,6	9	14,5
Total	44		95		62	
<i>Renda per capita**</i>						
Até R\$ 300,00	20	47,6	63	68,5	38	61,3
R\$301,00-450,00	9	21,4	15	16,3	5	8,1
> R\$450,00	13	31,0	14	15,2	19	30,6
Total	42		92		62	

* Faltou informação de um homem quanto ao ano da cirurgia e de cinco homens quanto à renda *per capita* familiar.

** $p < 0,04$

Tabela 2. Distribuição dos homens vasectomizados, segundo renda *per capita* familiar e idade por ocasião da cirurgia

	Idade na cirurgia							
	<35		35-39		40-44		≥45	
<i>Renda per capita</i> (R\$)	n	%	n	%	n	%	n	%
Até R\$300,00	30	85,7	42	57,5	30	57,7	20	54,1
R\$301-450	2	5,7	12	16,4	11	21,2	4	10,8
> R\$ 450,00	3	8,6	19	26,0	11	21,2	13	35,1
Total *	35		73		52		37	

* Faltou informação de cinco homens sobre a renda *per capita* familiar
p<0,04

Ao estudar a relação entre o número de filhos na ocasião da cirurgia e a renda *per capita*, observou-se diferença significativa, uma vez que pouco menos da metade dos entrevistados com até dois filhos vivos tinham renda até R\$300,00, enquanto esse mesmo valor foi encontrado em pouco mais de quatro quintos dos homens com mais de dois filhos vivos (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos homens vasectomizados, segundo renda *per capita* e número de filhos por ocasião da cirurgia

	Número de filhos			
	1 - 2		2 ou mais	
<i>Renda per capita</i>	n	%	n	%
Até R\$300,00	49	45,4	73	82,0
R\$301-450	22	20,4	7	7,9
> R\$ 450,00	37	34,3	9	10,1
Total *	108		89	

* Faltou informação de cinco homens sobre a renda *per capita* familiar
p< 0,0001

A grande maioria dos homens que participaram do estudo vivia atualmente com a mesma companheira da época da cirurgia. Apenas nove dos 201 homens declararam ter trocado de companheira. Não se observaram diferenças estatísticas ao se compararem os diferentes períodos em que a cirurgia foi feita (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos homens vasectomizados, segundo convivência com a mesma companheira e ano da cirurgia

<i>Conviviam com a mesma companheira</i>	Ano da cirurgia *					
	1998-1999		2000-2002		2003-2004	
	n	%	n	%	n	%
Sim	41	93,2	91	95,8	60	96,8
Não	3	6,8	4	4,2	2	3,2
Total	44	100,0	95	100,0	62	100,0

* Faltou informação de um homem sobre o ano da cirurgia

5.2 Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais antes da vasectomia

Todos os homens entrevistados referiram conhecer a pílula, a vasectomia e o condom masculino. A grande maioria mencionou laqueadura, DIU, injetáveis e tabela. Os métodos menos reconhecidos foram diafragma e coito interrompido. Cerca da metade dos entrevistados disse que antes da cirurgia a mulher usava a pílula, e uma proporção pequena referiu os outros métodos anticoncepcionais. Apenas 3% disseram que não estavam usando qualquer contraceptivo antes de fazer a vasectomia (Tabela5).

Tabela 5. Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais (MAC) antes da vasectomia entre homens submetidos à cirurgia entre 1998-2004, em Campinas

<i>Conhecimento</i>	Conhecido	
	n	%
Pílula	202	100,0
Vasectomia	202	100,0
Condom masculino	202	100,0
Laqueadura*	197	98,5
DIU	194	96,0
Injetável	193	95,5
Tabela	171	84,7
Diafragma**	125	62,8
Coito interrompido**	118	59,3
<i>Mac em uso</i>		
Pílula	104	51,2
Condom masculino	34	16,8
Injetável	24	11,9
DIU	14	6,9
Coito interrompido	11	5,4
Tabela	9	4,5
Laqueadura	1	0,5
Nenhum	5	2,5
Total de homens	202	

* Faltou informação de 2 homens quanto ao conhecimento

** Faltou informação de 3 homens quanto ao conhecimento

5.3 Processo de decisão e obtenção da vasectomia

Na Tabela 6 são apresentadas as principais razões para decisão de fazer a vasectomia, referidas espontaneamente pelos homens e categorizadas pelas entrevistadoras: “É mais fácil, simples ou rápido do que fazer a laqueadura” e já ter alcançado o “Número ideal de filhos”. Quase a metade dos entrevistados referiram ter ouvido falar da vasectomia pela primeira vez através de amigos ou colegas. Pouco menos da metade dos homens disseram que a idéia de realizar a cirurgia foi deles. Proporções semelhantes –cerca de um quinto disseram que a idéia foi da esposa ou do casal em conjunto. Dois terços declararam que ninguém influenciou a sua decisão de submeter-se a essa cirurgia.

Esses resultados são congruentes com o que se observou na etapa qualitativa da pesquisa (Quadro 2, às páginas 44 a 46), quando os homens entrevistados enfatizaram que a razão para ter feito vasectomia relacionava-se com já ter os filhos desejados, ou ter mais filhos do que, de fato, teriam planejado. Além disso, nas entrevistas semi-dirigidas, os homens também se referiram aos problemas de saúde da esposa e a efeitos indesejados dos outros métodos anticoncepcionais como razões para procurar obter a vasectomia, o que também se verificou na etapa quantitativa, quando, respectivamente, 9,4% e 8,4% dos homens mencionaram essas razões (Tabela 6).

Também com respeito à influência de outras pessoas no processo de decisão pela vasectomia, os resultados quantitativos estão em consonância com os qualitativos (Quadro 2), pois na fala dos entrevistados apareceu com frequência a afirmação de não ter sofrido qualquer influência para decidir operar-se, ou, quando muito, os homens disseram que tomaram a decisão em conjunto com a esposa. Embora tenham mencionado pessoas amigas, companheiros de trabalho e familiares, essas pessoas, em geral, não foram enfatizadas no discurso dos entrevistados, exceto por um homem que reconheceu que ter falado com um amigo vasectomizado influenciou a sua decisão. Porém, observa-se que, mesmo nesse caso (Entrevistado nº 6), houve uma certa relativização dessa influência, que foi vista muito mais como um reforço de uma decisão já tomada.

A seguir, pode-se observar como essas circunstâncias foram expressas pelos homens nas entrevistas semi-dirigidas:

- “ – *Como é que surgiu a idéia do senhor fazer a cirurgia?*
- *Eu já tinha 3 filhos e a minha companheira atual também não queria ter mais filhos, ela sofreu muito na maternidade tal, então ela e eu resolvemos que teríamos somente 1 filho.*
- *Quem deu essa idéia do senhor fazer a vasectomia?*
- *Eu... Partiu da idéia minha. Conversando com ela né, aí a gente, nós, nós, nós entramos num acordo e fizemos...*

- *O senhor conversou com outras pessoas sobre a vasectomia*
- *Antes ou depois?*
- *Antes.*
- *Conversei. Com colegas que fez, que tinha feito.*
- *E o que que eles falaram pro senhor?*
- *Ah, num falaram nada, foi normal, foi uma operação normal, eu já sabia que era uma operação normal, bem esclarecido né, que eu sabia que não ia ter problema nenhum depois, prá eles sempre foi normal, sempre falaram que foi normal, a operação.*
- *O senhor acha que essas pessoas, esses amigos que o senhor conversou tiveram influência na sua decisão de fazer a vasectomia?*
- *Não. ” (Entrevistado nº 10)*

- “ – *Ah, por que minha esposa ela... ela não podia tomar remédio né, então a gente usava mais a camisinha, e ... inclusive o Fulano que é o último filho, não era nem prá... a gente num tava querendo mais filho, aí eu resolvi fazer a vasectomia.*
- *E qual era o problema que a esposa do senhor tinha*
- *Não passava bem tomando comprimido, é... então é problema né... É... Num ficava bem, e... E eu ficava usando camisinha, resolvi fazer.”*
(Entrevistado nº 2).

- “ – *O senhor já tinha ouvido falar da vasectomia? Já conhecia a cirurgia?*
- *Já. Não! Conhecer assim não, mas eu já tinha ouvido, já participei de várias palestras né, sobre sexo, tanto na escola quanto nos cursos que eu fiz, tal, e é simples, rápida, então não tive problema não.*
- *O senhor conversou com outras pessoas a respeito do assunto?*
- *Conversei, eu tenho parentes já que fizeram também, não tiveram problema*
- *O que que eles falaram pro senhor a respeito*
- *Não, que não muda nada, que é normal, se sentiram bem, não tiveram problemas, então eu também não tive receio nenhum*
- *O senhor acha que eles tiveram influência na sua decisão de fazer a vasectomia?*

– Não, não, não tiveram nenhuma ...eu já... quando eu decido, eu decido por mim e independente de opiniões, só se, se for assim, se for opinião muito contrária baseando em alguma coisa né, mas não...decido por mim mesmo.” (Entrevistado n° 4)

“– O senhor conversou com outras pessoas sobre o assunto?

– Sim.

– O que que eles falaram?

– Além de eu conhecer a vasectomia através dos livros, eu conversei com outras pessoas, eu conversei por exemplo, com uma pessoa, um amigo meu que também fez a vasectomia, e perguntei prá ele como é que era ser vasectomizado, além dos conhecimentos teóricos que eu tinha, mas a prática eu não tinha, aí eu fui perguntar prá ele como que é, como é que foi a cirurgia, se doía muito, como que era todos os resultados, e ele me incentivou muito a fazer a vasectomia, e... eu conversei com ele a respeito de tudo, como que era depois da cirurgia, a recuperação, e ele me incentivou que era muito tranqüilo

– Teve a influência então a conversa tua com ele para que o senhor realmente decidisse fazer a vasectomia?

– Sim, eu acho assim, o vasectomizado quando conversa com um que não fez ... eu que tinha até o conhecimento, mas eu imagino até as pessoas que não tem o conhecimento teórico, influencia muito, por que a pessoa já passou por aquele processo, ela pode te ajudar muito, e ele me incentivou muito a ir fazer, ele deu aquela força, eu já tinha tomado a decisão que eu queria fazer, mas a decisão final quem toma é você, você e tua esposa, você conversa com ela e toma essa decisão, claro que ele me ajudou muito ... por que ele já tinha feito a vasectomia né, hoje por exemplo, o filho dele já fez também vasectomia.

– Então influenciou na sua decisão?

– Influenciou na decisão, de... aquela força, vai fazer que é muito bom, se é isso que você quer, tá decidido.” (Entrevistado n° 6)

A análise do processo para a obtenção da cirurgia mostrou que quase sempre o primeiro serviço procurado foi uma unidade básica de saúde (UBS). Nesses locais, segundo a maioria dos entrevistados, o número de filhos e a idade do homem eram os critérios estabelecidos. Quase um quinto dos entrevistados não se lembravam quais eram esses critérios. Quando foram encaminhados para o APF da Prefeitura Municipal de Campinas, a grande maioria dos homens relatou que assistiu à ação educativa, incluindo outros métodos, e passou por uma equipe multidisciplinar. Mais de três quintos relataram que lhes foi oferecido outro método anticoncepcional. Proporção semelhante esperou de dois a seis meses, a partir da entrada no APF, para conseguir fazer a cirurgia (Tabela 7).

Tabela 6. Características do processo de decisão pela vasectomia entre homens submetidos à cirurgia entre 1998-2004, em Campinas (n= 202)

<i>Razões para ter decidido fazer a vasectomia</i>	n	%
É mais fácil/simples/rápido do que fazer laqueadura	107	52,7
Número ideal de filhos/não queria mais	93	45,8
Outros métodos faziam mal/efeitos indesejados para a mulher	51	25,1
É mais seguro, confia	40	19,7
É mais prático, não precisa se preocupar em evitar	34	16,7
Não gostava, não queria usar camisinha	21	10,3
Problemas de saúde da mulher	19	9,4
Não faz mal à saúde/não tem efeitos colaterais	17	8,4
Outras	9	4,4
Amigo/parente indicou	2	1,0
Médico indicou	1	0,5
Não gostava, não queria usar coito interrompido	1	0,5
<i>Pessoa que falou da vasectomia pela primeira vez</i>		
Outro homem conhecido/amigo/vizinho/colegas	95	47,0
Médico/outros profissionais de saúde	29	14,4
Livro, revista, TV, rádio, palestras, curso	30	14,9
Pai,irmão, sogro, outros parentes	30	14,9
Não sabia/não lembrava	9	4,5
Esposa/companheira	5	2,5
Outro	4	2,0
<i>Pessoa que deu a idéia de fazer vasectomia*</i>		
Ninguém/a idéia foi dele	94	46,5
Casal em conjunto	43	21,3
Esposa/companheira	40	19,8
Médico/outros profissionais de saúde	11	5,4
Amigo	8	4,0
Outros parentes	3	1,5
Outra pessoa	3	1,5
Outro homem que já havia feito a vasectomia	1	0,5
<i>Pessoa que mais influenciou*</i>		
Ninguém/decisão dele	135	66,8
Esposa/companheira	62	30,7
Médico/outros profissionais de saúde	6	3,0
Amigos que já tinham feito vasectomia	2	1,0
Outros parentes	1	0,5
Outra pessoa	1	0,5

* Cada homem podia dar mais de uma resposta

Tabela 7. Características do processo de obtenção da vasectomia

<i>Primeiro serviço procurado</i>	n	%
Posto/UBS	171	84,7
Ambulatório de PF da Prefeitura/Policlínica da Prefeitura	25	12,4
Consultório médico do convênio	4	2,0
Consultório médico particular	1	0,5
Médico da empresa em que trabalhava	1	0,5
<i>Exigências/critérios*</i>		
Nada	10	5,0
Número de filhos	137	67,8
Idade	107	53,0
Tempo de união	14	6,9
Participar de reuniões / palestras / entrevistas / consultas multidisciplinares	12	5,9
O casal estar de acordo/consentimento de ambos	6	3,0
Ter certeza de que era isso que queria	6	3,0
Sexo dos filhos	1	0,5
Não sabia/A esposa é que se informou	1	0,5
Outros	6	3,0
Não lembrava	38	18,8
<i>Procedimentos</i>		
Encaminhamento para outro serviço	1	0,5
Assistiu ação educativa sobre métodos	189	93,1
Passou pela equipe multidisciplinar	130	64,0
Marcaram/fizeram a cirurgia	20	9,9
Foi oferecido outro método	143	70,8
<i>Tempo até a cirurgia**</i>		
Até 2 meses	53	27,0
Mais de 2 até 4 meses	49	25,0
Mais de 4 até 6 meses	38	19,4
Mais de 6 meses	56	28,5

* Faltou informação de um homem, e cada entrevistado podia referir mais de uma resposta

** Faltou informação de seis homens

5.4 Experiência com a vasectomia

Na grande maioria de homens satisfeitos ou muito satisfeitos com a vasectomia (97%), as razões expostas para isto com maior frequência foram já ter o número ideal de filhos/não quererem ter mais filhos e considerarem que o método não falha/dá segurança. Quase quatro quintos dos entrevistados disseram que a vasectomia trouxe benefícios à sua vida (Tabela 8). Pouco mais da metade dos entrevistados atribuíram à vasectomia mudanças para melhor sobre sua saúde, corpo, relacionamento em geral com a família e situação econômica. Quase dois terços referiram-se a esse tipo de mudanças na vida sexual e no relacionamento em geral com a esposa (Tabela 9). Quando se analisou a relação entre ter referido essas mudanças para melhor e viver ou não atualmente com a mesma companheira da época da cirurgia, não se observaram diferenças significativas (Tabela 10).

Tabela 8. Satisfação com a vasectomia

<i>Satisfação</i>	n	%
Satisfeitos ou muito satisfeitos	196	97,0
Insatisfeitos ou pouco satisfeitos	6	3,0
<i>Razões para estarem satisfeitos/ muito satisfeitos#</i>		
Têm o número ideal de filhos/não querem ter mais filhos	116	59,2
Não falha/dá segurança	59	30,1
Não precisa lembrar de usar/colocar	50	25,5
Ficaram mais soltos/mais livres para ter relação sexual	46	23,5
A companheira não precisa mais usar métodos que lhe faziam mal	44	22,4
A companheira está satisfeita	37	18,9
Não faz mal à saúde	30	15,3
Outro	11	5,6
Não teve problemas/deu tudo certo	9	4,6
<i>A vasectomia trouxe/tem trazido *</i>		
Benefícios	160	79,6
Prejuízos	3	1,5
Nem uma coisa nem outra	36	17,9
Não sabiam avaliar	2	1,0
Total de homens	202	
<i>Razões para estar pouco satisfeito/insatisfeito</i>		
Cirurgia mal-feita/muita dor	3	50,0
Demora para atingir o orgasmo	1	16,7
Arrependeu-se porque casou outra vez	1	16,7
A primeira cirurgia não deu certo, precisou fazer de novo	1	16,7
Total de homens	6	

Cada entrevistado podia dar mais de uma resposta

* Faltou informação de um homem

Tabela 9. Mudanças atribuídas à vasectomia

<i>Mudanças</i>	Para melhor		Para pior	
	n	%	n	%
Na saúde	106	52,2	-	-
No corpo	103	50,7	-	-
Na vida sexual	137	67,5	4	2,0
No relacionamento em geral com a esposa/ companheira	133	65,5	2	1,0
No relacionamento em geral com a família	108	53,2	-	-
Na situação econômica	119	58,6	2	1,0

Tabela 10. Mudanças percebidas pelos homens em algumas áreas de sua vida segundo convivência atual com a mesma companheira da época da cirurgia

<i>Mudanças</i>	Convivência atual com a mesma companheira			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Saúde melhor	104	53,9	2	22,2
Corpo melhor	101	52,3	2	22,2
Vida sexual	132	68,4	5	55,6
Relacionamento em geral com a esposa/companheira	126	65,3	7	77,8

Nas entrevistas semi-dirigidas foi possível observar que os homens percebiam os benefícios da vasectomia em relação a maior tranquilidade nas relações sexuais, uma vez afastado o medo de gravidez, o que repercutia em todo o relacionamento conjugal e também familiar:

“ – *Como tem sido a sua experiência de ter feito a cirurgia, como o senhor se sente?*

– *Ah, muito bem, muito aliviado, é... você não tem mais aquela preocupação, por que filhos hoje é um problema sério, são bênçãos na nossas vidas, mas são problemas assim se for mal, mal programado, é um problema sério, né, então tem*

sido uma, tem sido muito bom, não ter mais a preocupação de evitar filho né, como se diz.

- *Quais as mudanças positivas que a cirurgia trouxe na, para sua vida?*
- *Bom, não sei se eu vou saber colocar, mais... bom uma coisa, que nem eu acabei de falar aqui, você tem a tranquilidade, não tem mais preocupação, é... o relacionamento entre eu e minha esposa... ficou melhor, vamos dizer assim, por que acho que tudo que você, quando o casal é responsável, tudo que se vai fazer com relação a... entre uma relação sexual é... é preocupante, é... inspira preocupação, então eu acho que isso amenizou tudo isso aí, é... ficou mais, é... como é que se diz, ficou melhor, ficou mais... não sei colocar as palavras certa, mas foi muito bom, melhorou...*
- *E além da parte sexual? O que o senhor acha que trouxe de positivo? Como que tem sido essa experiência, além da parte sexual?*
- *Bom, é... eu vou achar as palavras aqui, ah... eu.... então, é... eu acho que... desde o momento que você tem a a tranquilidade na sua relação isso gera uma harmonia assim... no relacionamento, que nem você falou sem ser na parte sexual entre minha esposa né, a nossa... a nossa relação no dia a dia, a nossa comunicação, enfim ficou... melhorou muito, é... não existe mais aquele, aquela preocupação pós relação sexual, vamos dizer assim, do que vai ser o que não vai ser, será que evitou ou não, mas é... ficou a nossa, a nossa relação assim, a nossa união, eu acho que ela tem se constituído cada vez mais né, entre eu e ela por que eu queria e ela queria também então eu acho que, acho não, tenho certeza que foi 100%, foi bom”. (Entrevistado nº 1)*

“ – *E foi positivo então pro senhor?*

- *Foi positivo prá mim. Não foi negativo em nada.*
- *Então fala prá mim assim, especifica bem prá mim, quais as mudanças positivas que houve pro senhor a respeito, depois que o senhor fez a vasectomia...*
- *Ah, prá mim foi bom por que... tanto prá mim como prá mulher, parou de tomar remédio, por que minha mulher num... os remédios engorda, e prá mim o relacionamento ficou melhor. Ficou em todos os sentidos, se... por exemplo, minha vida conjugal com a mulher ficou melhor ... não se preocupa com mais nada.*
- *Antes era ruim?*
- *Ah, com certeza né, com certeza, é a mesma coisa de comer uma banana com casca.*
- *Ah, tá, por que o senhor usava a camisinha? Isso?*
- *Exato, muitas vezes eu usei isso aí...*
- *Mesma coisa que eu. Foi mais quatro comigo, são da mesma rua que eu lá, conhecidos [que fizeram a vasectomia] Entendeu? Foi sensacional, todo mundo, todo mundo conversa, diz que não se arrepende...pelo que eu ouvi lá, o pessoal ficou mais esperto que eu...*
- *Mais esperto?*
- *É.*
- *Em que sentido essa esperteza?*
- *Ah, sabe como é que é né, o pessoal de vez em quando é mais novo que a gente está sujeito está a pular cerca, né...*
- *(risos) E isso influenciou prá que tivessem um relacionamento com outras mulheres?*
- *Teve dois lá que sim... É, pularam a cerca.. Agora eu não, eu tô sossegado, graças a Deus, eu... Só a minha baixinha mesmo, tô sossegado. ” (Entrevistado nº 3).*

Apenas seis homens (3,0%) referiram estar insatisfeitos ou pouco satisfeitos por terem se submetido à vasectomia. Três desses homens disseram que a cirurgia foi mal feita e eles tinham muita dor; um referiu que precisou refazer a cirurgia; outro se referiu a ter demora para atingir o orgasmo. Houve um homem que disse ter se divorciado e casado novamente, razão pela qual voltou a querer ter filhos (Tabela 8).

Em relação ao arrependimento e solicitação de reversão, apenas 3,5% dos homens referiram que pensaram em desfazer a vasectomia. Dentre esses oito homens, somente um pediu e de fato obteve a reversão da cirurgia (Tabela 11).

Tabela 11 - Arrependimento pós-vasectomia

	%
Teria sido melhor não fazer	6,4
Pensaram em desfazer	3,5
Total de homens	202
	n
Pediram para desfazer*	1
Reverteram a vasectomia*	1
Total de homens	8

* Perguntado apenas aos homens que pensaram em desfazer a vasectomia

Quando se observam mais detalhadamente os homens insatisfeitos (Quadro 3), verifica-se que, apesar dessa insatisfação, apenas um deles pensou em reverter a cirurgia, e de fato o fez. Esse homem estava entre aqueles que declararam alguma vez ter se arrependido de ter feito a vasectomia em vista de estar vivendo com uma nova companheira e querer ter filhos com ela (Quadro 3). Este foi o único entrevistado que apresentou como motivo de insatisfação uma condição relativa ao efeito contraceptivo da vasectomia, pois se casara novamente e desejava ter filhos com a nova companheira, embora já tivesse dois filhos com a pessoa com quem convivia na

época da cirurgia. Os demais insatisfeitos mencionaram razões relativas a seqüelas do procedimento cirúrgico.

Apenas um dos homens insatisfeitos atribuiu à vasectomia mudanças para pior em sua vida sexual e na situação econômica (Quadros 3 e 4). Com respeito às mudanças negativas na vida sexual, devem referir-se à própria razão apresentada por esse homem para estar pouco satisfeito com a vasectomia, que foi “demora para atingir o orgasmo”. Os demais insatisfeitos, porém, tenderam a atribuir mudanças para melhor nas diversas áreas de sua vida. Alguns não apontaram mudanças causadas pela vasectomia.

Quadro 3 - Características dos homens que se declararam pouco satisfeitos ou insatisfeitos com a vasectomia

Número	Idade na vasectomia	Número de Filhos	Escolaridade	Cor da pele	Religião	Satisfação	Razão	Benefícios/prejuízos	Melhor não ter feito	Pensou reverter	Reverteu
34	28	2	Ensino médio completo	B	Católico	Insatisfeito	Casou novamente	Prejuízos	Sim	Sim	Sim
87	38	4	Ensino Fundamental incompleto	B	Católico	Pouco satisfeito	Demora para atingir orgasmo	Prejuízos	Sim	Não	-
124	38	5	Ensino Fundamental incompleto	B	Católico	Pouco satisfeito	Cirurgia não deu certo. Fez outra vez	Nem uma coisa nem outra	Não	Não	-
159	24	2	Ensino médio completo	Parda	Evangélica	Pouco satisfeito	Cirurgia mal feita/dor	Benefícios	Sim	Não	-
199	30	2	Ensino médio completo	B	Católico	Insatisfeito	Cirurgia mal feita/dor	Nem uma coisa nem outra	Sim	Não	-
200	33	5	Ensino Fundamental incompleto	Parda	Nenhuma	Pouco satisfeito	Cirurgia mal feita/dor	Benefícios	Não	Não	-

Quadro 4 - Mudanças atribuídas à vasectomia por homens insatisfeitos ou pouco satisfeitos com a mesma

Número	Mudanças na saúde	Mudanças no corpo	Mudanças na vida sexual	Mudanças no relacionamento com a companheira	Mudanças na situação econômica	Mudanças no relacionamento com a família
34	Não	Não	Não	Não	Não	Não
87	Não	Não	Pior	Melhor	Pior	Não
124	Melhor	Melhor	Melhor	Melhor	Melhor	Melhor
159	Melhor	Melhor	Melhor	Melhor	Melhor	Melhor
199	Não	Não	Não	Melhor	Melhor	Melhor
200	Melhor	Melhor	Melhor	Melhor	Melhor	Melhor

Na etapa qualitativa do estudo (Quadro 2) os entrevistados pouco falaram sobre aspectos negativos da vasectomia, uma vez que entre eles não houve nenhum que manifestasse qualquer sinal de insatisfação com a opção feita. Quando se perguntou sobre o que poderia ser negativo na experiência de ter feito vasectomia, as falas dos entrevistados mencionaram o medo de a vasectomia falhar e a companheira voltar a engravidar, e a possibilidade de arrependimento, caso o homem deseje ter mais filhos com uma nova companheira, ou ocorra morte dos filhos, ou a mulher insista muito em ter outro filho. Porém, os entrevistados disseram que na sua experiência, até aquele momento, isso não acontecia.

“ – O negativo é se você se arrepender, eu acho que o negativo ele só existe se você se arrepender, no caso de você falar assim, não, não era isso que eu queria ... os pontos negativo é esse, eu acho assim, se você se arrepender, se você se arrepender é negativo por que aí não tem retorno ... Eu acho assim ... poderia sanar isso se tivesse congelado esperma, eu não fiz isso, hoje se eu tivesse que fazer vasectomia hoje eu faria isso, eu congelaria esperma no caso de um arrependimento, ou um problema futuro na família, em desastre, qualquer coisa assim, aí tudo bem, ou um novo relacionamento, a pessoa não ter filho e queria ter esse filho de todo jeito, eu poderia dizer, oh, eu não tenho no meu corpo prá te dar, mas eu tenho no banco de esperma prá poder fazer isso, seria esse o arrependimento, mas hoje eu não tenho arrependimento nenhum, hoje o ponto negativo prá mim da vasectomia não existe prá mim, hoje no momento.” (Entrevistado nº 6)

*“ – Você ficava receoso de poder falhar? Da falha do método?
 – Isso, a falha do método.
 – Você tem medo de engravidar?
 – Tenho.
 – Mesmo com a vasectomia?
 – Mesmo com a vasectomia.
 – Você não confia?*

– *Cem por cento não. Cem por cento não, não confio, eu tenho muito medo de engravidar, não quero mais ter filhos, né, não quero, me arrependo, assim ... logicamente, eu amo meus filhos né, hoje é o que eu tenho mais de precioso na minha vida são eles, mas, eles estão aí não é por acaso, mas assim, se eu, assim, uma coisa assim, que nunca foi uma coisa forte em mim é querer ser pai, nunca foi uma coisa forte em mim, foi uma coisa assim quase que nula. ” (Entrevistado N° 8)*

“ – *Depois de ter feito a cirurgia o senhor desejou ter mais filhos?*

– *Não, não.*

– *Nunca pensaram? De modo algum? Nem passou pela cabeça?*

– *Não... não, a gente brinca quando, por exemplo, assim, você pega um nenezinho de outra pessoa, aí tem aquela brincadeira de... ah, podia ter mais um né? Mas não passa daquilo ali, é só brincadeira, a gente conversou, já conversamos muito e conversamos até hoje a respeito disso né, que a nossa família é aquilo que nós pedimos prá Deus né, eu, ela e um casalzinho de filho, não é nem dois homem, nem duas mulher, é um casal, então nós estamos feliz*

– *Alguma vez o senhor se arrependeu de ter feito a vasectomia? Se pudesse voltar atrás, o senhor, é... faria a cirurgia outra vez?*

– *Ah faria, faria sim ... por que é aquilo que eu falei né, você programa, projeta uma família, um planejamento familiar, a acho que o nome do trabalho já diz isso né, planejamento familiar, então é... eu faria sim, sem dúvida. Não tenho do que reclamar não, negativo em nenhum ponto foi, aconteceu.” (Entrevistado N° 1)*

“ – *E se por exemplo, o senhor viesse a casar novamente, né, o senhor faria a reversão da vasectomia?*

– *Não, se vier a casar novamente, se eu for casar já explico prá mulher, futura esposa, eu falo, olha, eu sou operado, tá assim, assim e assim, então, se for filhos meu, nunca mais... Desista, pode desistir*

– *Mesmo, vamos pensar assim bem, se o senhor perdesse um filho...*

- Não. Nem assim. Pior ainda, aí que eu ia... de jeito nenhum.
 - Não ia querer mais mesmo, né?
 - É na entrevista como casal ela [Assistente Social do APF] fez essa... ela assim falou, olha, ela perguntou prá minha mulher, falou olha, você tem uma filha só né, e você sabe ... foi decisivo né, nós já decidimos, vou operar mesmo.
 - É...Alguma vez o senhor se arrependeu de ter feito a vasectomia?
 - Não. Nem um pouco. Não tive arrependimento nenhum.
 - O senhor. alguma vez desejou ter mais filhos?
 - Não. Eu gosto de criança, não tenho nada contra criança mas dos outros
 - E a sua esposa?
 - Também não. Já foi a cota suficiente.
 - Se o senhor casasse novamente e a parceira do senhor dissesse que queria um filho, como é que o senhor agiria?
 - Ah, não parei prá pensar nisso. Não tenho a mínima idéia. A princípio eu não quero filho.
 - Mas e se ela quisesse.
 - Se ela quisesse. Aí então teríamos um conflito né, com certeza.
 - O senhor pensaria numa reversão da cirurgia?
 - Não, não parei prá pensar nisso ainda, poderia até pensar se houvesse uma reversão que não trouxesse consequência negativa, se fosse fácil, né, reverter, poderia, hipótese bem distante. A princípio eu não pretendo, se um dia eu separar da minha esposa e arrumar uma outra e ela quiser ter filho, nós vamos ter um problema, eu a princípio não quero
 - Mas o senhor está flexível então a poder fazer a reversão?
 - Ah, isso seria uma hipótese muito distante, muito distante, a princípio assim eu não, não passa nem pela minha cabeça.
 - E hoje, se o senhor perdesse um filho, o senhor faria a reversão da vasectomia?
 - Não. Nós temos três filhos ... estamos bem tranqüilos se perder um são consequências da vida, mas eu não substituiria, né. De jeito nenhum.
- (Entrevistado N° 4)

“ – *Mas você faria a reversão?*

– *Eu só faria a reversão se eu perdesse meus dois filhos, se eu tivesse um acidente e perdesse meus dois filhos, por isso que eu falo que o banco de esperma seria legal, vamos supor que meus filhos tivessem daqui mais 10 anos ainda, eu perco meus filhos, então, se eu tivesse o esperma congelado teria como fazer isso, então ajudaria muito, então só se eu perdesse meus filhos.*

– *Sua esposa que quer ter filhos?*

– *É, minha esposa queria ter uma menina no caso, a gente tem a opção de adoção, mas adoção hoje tá descartada, as crianças estão pequenas ainda.*

– *E vocês nunca conversaram...*

– *Sobre a filha*

– *É, assim, de fazer a reversão da vasectomia prá tentar conseguir a menina depois de ter feito a cirurgia?*

– *Às vezes eu brinco, às vezes eu brinco, às vezes eu falo prá ela que vou, olha eu vou voltar e nem vou te avisar, ela... você tá brincando, não quero isso não, tô só brincando, mas eu não sei, eu acho que a mulher é aquele negócio, não teve a filha mulher, então ela às vezes vem o sonho de ter um dia, depois fala, que é isso, já tenho dois, tá dando o maior trabalho, não quero isso mais não, mas se ela resolver e falar assim, bater o pé e falar, não, eu quero essa filha, vamos ter mais um filho, eu faria, por ela, por amor que eu tenho nela, por amor da minha família, isso seria por amor, mas seria mais responsabilidade dela, mas eu acho assim, é uma decisão difícil de tomar, eu não queria ter mais filho, essa é a minha decisão, seria assim só se ela batesse o pé bem firme. ” (Entrevistado N° 6)*

“ – *Depois de ter feito a cirurgia, alguma vez desejou ter mais filho?*

– *Não.*

– *Vocês estavam decididos que queriam esses dois filhos só e mais nada?*

– *E mais nada.*

- *E se um dia você se arrepender de ter feito a vasectomia? Como é que fica prá você isso?*
- *Se um dia... bom, a informação que eu tive é que ela... ela pode voltar, né? Reversível, né.*
- *Aí você faria reversão?*
- *Faria, só que isso não tá nos meus planos né, mesmo se eu me separar dela, não está nos meus planos, mas não posso dizer nunca vou fazer né.*
- *Se você tiver uma outra esposa que quer ter um filho, e você gosta muito, daí você faria a reversão e teria um outro filho?*
- *Isso. É eu diria assim, que eu nunca posso dizer nunca, nunca posso dizer nunca, é assim também né, eu, se eu me separar da minha esposa eu não quero ter outra mulher, outra companheira assim né, estável assim, quero ter minha vida, né.” (Entrevistado Nº 8).*

Ao avaliar a relação entre as mudanças percebidas pelos homens em algumas áreas de sua vida e o tempo decorrido desde a cirurgia, observou-se que as mudanças para melhor, em geral, não variaram significativamente. As mudanças na saúde, no corpo, no relacionamento em geral com a família e a situação econômica mantiveram-se em torno da metade dos homens. Entretanto, a referência de mudanças para melhor na vida sexual e no relacionamento com a companheira decresceram levemente no decorrer do tempo, mas sem diferença significativa e mantendo-se na faixa de 60-65% (Tabela 12).

Tabela 12. Mudanças para melhor percebidas pelos homens em algumas áreas de sua vida segundo tempo decorrido desde a cirurgia

Mudanças	Tempo decorrido desde a cirurgia (anos)					
	1-2		3-4		≥5	
	N	%	n	%	n	%
Saúde	31	50,0	40	54,1	34	52,3
Corpo	30	48,4	39	52,7	33	50,8
Vida sexual	44	71,0	50	67,6	42	64,6
Relacionamento em geral com a esposa/companheira	42	67,7	46	62,2	44	67,7
Relacionamento em geral com a família	32	51,6	43	58,1	32	49,2
Situação econômica	35	56,5	47	63,5	36	55,4

6. DISCUSSÃO

De modo geral, os resultados anteriormente descritos evidenciam algumas mudanças no perfil dos homens que se submeteram à vasectomia na rede pública de saúde do Município de Campinas desde a sua regulamentação legal, ao final de 1997. Também se apresenta uma grande satisfação por ter feito a cirurgia e pouca referência a efeitos indesejados em distintas áreas de sua vida. Com respeito ao processo pelo qual passaram os homens que solicitaram a vasectomia, de modo geral parece adequado às normas legais.

Os resultados deste estudo apontam progressivamente, ao longo do tempo, a maior presença entre os vasectomizados de homens com menor renda *per capita* familiar, especialmente no período 2003 e 2004, mais próximos da realização da entrevista. Por sua vez, essa renda mostrou-se associada à idade e ao número de filhos dos homens. Essa situação parece indicar que, aparentemente, o acesso à vasectomia tem sido mais fácil para a população que, de fato, depende dos serviços públicos de saúde para receber atendimento em planejamento familiar. Isto, sem dúvida, é o que se espera na vigência da Lei 9263. Esses resultados confirmam as indicações de BERQUÓ e CAVENAGHI (2002) de crescimento na prevalência de vasectomia, bem como a semelhança das características dos homens que fizeram a cirurgia.

Quanto à realização da vasectomia como método anticoncepcional, segundos os registros do APF de Campinas, desde a regulamentação legal, o número de vasectomias cresceu, estabilizando-se entre 400 e 500 cirurgias por ano desde 2000. Em âmbito nacional verifica-se situação semelhante, porém com aparente tendência de estabilização entre os anos 2004 e 2005, nos quais, segundo o DATASUS (2006), o número de vasectomias realizadas no Brasil esteve em torno das 14.000 cirurgias. Entretanto, uma análise mais cuidadosa dos dados disponíveis, que podem ser visualizados no Quadro A desta tese, permite verificar que as cirurgias realizadas concentram-se na Região Sudeste, especialmente no Estado de São Paulo. Por exemplo, em 2003 foram realizadas 9977 vasectomias, das quais 72% aconteceram em Estados da Região Sudeste; dentre essas, 74% foram feitas em São Paulo; em 2005 registraram-se 14.334 cirurgias no Brasil, 59% das quais no Sudeste do Brasil,

e dentre elas 90% no Estado de São Paulo. Essa situação coloca para discussão, mais uma vez, as dificuldades de acesso ao planejamento familiar, que ainda persistem em todo o país, de forma mais acentuada nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Embora não se possa também deixar de cogitar que existam problemas de sub-registro em relação às vasectomias realizadas, é notório que a população brasileira enfrenta sérias dificuldades quando demanda por métodos contraceptivos. Isto tem sido largamente apontado em relação às mulheres e agora, com a normatização também da esterilização cirúrgica masculina fica evidenciado em relação aos homens (OSIS e col., 2006b).

Aliás, quanto ao acesso dos homens a serviços de planejamento familiar, já discutimos em trabalho anterior (MARCHI e col., 2003) as barreiras e lacunas existentes. Mesmo que não se possam ignorar as questões de gênero envolvidas, é comum que sejam as mulheres quem primeiro buscam informação sobre a possibilidade de seus parceiros/maridos fazerem a vasectomia, uma vez que os serviços aos quais recorrem são tidos como de atendimento para mulheres.

Com relação ao tempo que os entrevistados tiveram que esperar desde que solicitaram a esterilização até que foram vasectomizados, pouco mais da metade da amostra estudada esperou até quatro meses, e mais de um quarto dos homens esperou por mais de seis meses até conseguir fazer a cirurgia. A longa fila de espera para obter a vasectomia parece ser um fato que vem se consolidando nas localidades que a estão oferecendo como parte da gama de métodos contraceptivos disponíveis, como observado também por BERQUÓ e CAVENAGHI (2002). Isto pode representar dificuldades importantes no acesso a esse método, bem como aumenta o risco de gravidez indesejada nesse período.

Na amostra estudada observou-se a tendência de os homens buscarem a vasectomia acima dos 30 anos e com mais de dois filhos. Esse perfil difere do observado entre mulheres que optam pela laqueadura. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 (BEMFAM e MACRO INTERNATIONAL, 1997) apontou que 57,1% das mulheres laqueadas haviam passado pela cirurgia antes

de completarem 30 anos de idade, sendo a mediana de 28,9 anos. Cerca de metade (49,8%) das que foram esterilizadas tinham no máximo dois filhos vivos na ocasião. Para o Estado de São Paulo, a mediana de idade na laqueadura foi de 29, 1 anos, e 35,9% das mulheres que tinham dois filhos já estavam esterilizadas (VIEIRA e col., 2001). A mesma tendência foi verificada em Campinas, interior de São Paulo, em 1995. De 3.365 mulheres que usavam algum método anticoncepcional por ocasião da entrevista, 30,6% estavam laqueadas; entre essas, 65,3% tinham até 30 anos quando foram operadas e 60,8% referiram ter até dois filhos vivos por ocasião da laqueadura (VIANNA e col., 1997). Já na vigência da Lei 9263, OSIS e col. (2005) observaram que na Região Metropolitana de Campinas a média de idade por ocasião da esterilização cirúrgica era igual para homens e mulheres (32,2 anos), enquanto no período anterior à normatização legal, a média de idade das mulheres (27,5 anos) era menor que a dos homens (28,8 anos). VIEIRA e col. (2005) observaram média de idade de 37,8 anos para candidatos a vasectomia e de 32,7 anos para candidatas a laqueadura, em Ribeirão Preto.

Por outro lado, é interessante observar a referência dos homens esterilizados ao conhecimento de métodos anticoncepcionais, bastante semelhante ao que se costuma observar entre as mulheres (HARDY e col., 1993; VIEIRA 1994, 1998; VIEIRA e col., 2005; ESPEJO e col., 2003). Também da mesma forma que entre as mulheres, é possível suspeitar que esse conhecimento, com frequência, signifique apenas “ter ouvido falar”, e não a assimilação de informações relevantes sobre a forma de uso, mecanismo de ação, eficácia (ESPEJO e col., 2003).

A referência ao método utilizado antes da cirurgia e às razões para ter optado pela vasectomia confirmam a situação mais comum já detectada em outros estudos no Brasil que focalizaram a esterilização cirúrgica, especialmente a feminina. Em geral, as pessoas que optam pela esterilização não chegam a experimentar todas as alternativas reversíveis ou têm péssimas experiências com aquelas tentadas. VIEIRA (1998), OSIS e col.(1997) e MINELLA (1998) observaram que as mulheres esterilizadas tendem a referir problemas de saúde que atribuem aos métodos usados antes da esterilização, principalmente à pílula, o que as leva a considerar que não têm

outra opção a não ser a laqueadura. Em estudo anterior (MARCHI e col., 2003) com casais que passavam pelo processo de obtenção da vasectomia, verificou-se que, ao decidirem fazer a vasectomia, a única alternativa colocada a esse método fora a laqueadura. Entretanto, os homens a descartaram porque consideravam que ela faz mal à saúde das mulheres, bem como pode torná-las frígidas. Além disso, a vasectomia foi preferida por ser uma cirurgia menor, que traz poucos riscos e incômodos para os homens, enquanto a laqueadura é muito mais onerosa para as mulheres. Além disso, os homens enfatizaram que, uma vez que eles estariam esterilizados, as suas mulheres não precisariam usar outros métodos, que faziam mal à sua saúde, de maneira que a vida do casal, da família, seria melhor. Na fala das mulheres também apareceu com ênfase que, na opção pela vasectomia, pesou a intenção do marido de poupar a sua saúde, evitando-lhe mais sofrimentos.

É preciso considerar também que a amostra estudada foi constituída de homens que passaram pelo processo determinado pela Lei 9263/96, tendo recebido informações sobre as alternativas contraceptivas disponíveis e tiveram um período mínimo de dois meses para refletir sobre sua decisão e as possibilidades de uso de outros métodos. Em que pesem as reais boas intenções da Lei ao estabelecer a exigência das ações educativas e do tempo de reflexão, visando a que as pessoas tomem uma decisão livre e esclarecida, não se pode deixar de notar que os homens que chegam a solicitar a vasectomia procuram os serviços de saúde quando já têm uma decisão tomada e já descartaram a utilização de outros métodos, de forma semelhante ao que ocorre com as mulheres em busca da laqueadura (SERRUYA, 1996; OSIS e col., 1998; MINELLA, 1998; VIEIRA, 1998). Isto, por si só, já indica uma maior dificuldade para prover orientação, sendo essa situação bastante comum nos serviços de planejamento familiar, inclusive em países desenvolvidos (WALSH e col., 1996), constituindo uma barreira no processo de aconselhamento.

As pessoas constroem a sua representação de um determinado método, a partir de informações de diversas fontes, corretas ou não, com base nas quais fazem a sua escolha. Neste estudo, quase a metade dos homens entrevistados referiram que a idéia de fazer a vasectomia veio principalmente de outros homens, seus conhecidos.

O serviço de saúde tende a ser procurado como fonte para obtenção do método já escolhido, constituindo um desafio aos profissionais abordarem essas pessoas com sucesso, para lhes oferecer uma oportunidade de voltar a refletir acerca de sua escolha contraceptiva com base em novas informações e, muitas vezes, em face de correções dos conceitos já cristalizados. É comum observar-se resistência à mudança na escolha, mesmo quando as pessoas são levadas a considerar a possibilidade de optar por outro método, em vista de situações de vida ou de saúde que contra-indicam aquele que antecipadamente haviam escolhido. Ao mesmo tempo, as pessoas podem sentir-se frustradas durante o processo todo, por parecer que não se lhes vai atender a necessidade, ou que se está demorando demais para concretizar uma decisão que já lhes parecia cristalizada (ESPEJO e col., 2003).

Especialmente no caso dos métodos permanentes, a orientação prévia à sua efetivação tem um papel fundamental para diminuir o risco de arrependimento. Ao mesmo tempo, constitui uma tarefa mais árdua ainda do que no caso dos métodos temporários porque, em geral, as pessoas chegam aos serviços de saúde para solicitar a esterilização no limite de suas tentativas anteriores com outros métodos. Estudos sobre o processo de decisão pela laqueadura têm apontado que, quando as mulheres chegam a solicitar a cirurgia, elas já passaram por uma série de desventuras na tentativa de controlar a sua fecundidade com o uso de métodos temporários. A esterilização, nesse caso, é vista como a última chance, a única saída, o mal menor (WALSH e col., 1996; OSIS e col., 1997). Situação semelhante foi observada em estudos com homens que estavam optando pela vasectomia em serviços públicos de saúde no Estado de São Paulo (MARCHI e col., 2005; MANHOSO e HOGA, 2005; VIEIRA e col., 2005).

Ainda em relação ao processo de decisão pela vasectomia, nos resultados deste estudo salienta-se a perspectiva dos homens de que se tratou de sua iniciativa e decisão autônomas, sem influência de ninguém. Cabe aqui considerar um indício da perspectiva desses homens acerca de seu papel masculino na sociedade, de acordo com estereótipos de gênero: aqueles que são fortes, auto-suficientes, capazes de resolver tudo sozinhos, que assumem suas responsabilidades (PANIAGUA, 1999;

ZAMBERLIN, 1999). Porém, tanto os resultados quantitativos quanto os qualitativos deste estudo indicam que os homens que optaram pela vasectomia só o fizeram porque tiveram o testemunho positivo de outros homens, significativos para eles. Isso, entretanto, na perspectiva masculina não parece ser entendido como influência. Verifica-se aqui certo potencial de conflito interno no processo de decisão pela vasectomia, em que se confrontam a necessidade de fazer alguma coisa para resolver o problema contraceptivo e os estereótipos de masculinidade, que exigem dos homens, constantemente a prova de sua dominação.

Embora se possa pensar que o crescimento da prevalência de vasectomia indique uma tendência a maior equidade de gênero nas decisões reprodutivas, essa proposição precisa ser examinada à luz dos estudos que analisam o processo de decisão que culmina com a vasectomia. Em geral, esse processo revela uma situação em que, depois de a mulher ter assumido sozinha o ônus da contracepção, enquanto o homem, na melhor das hipóteses, participava apoiando as decisões dela (CARVALHO e col., 2001), o homem decide que é a sua hora de intervir, preferindo submeter-se à vasectomia do que a mulher ser laqueada. É comum que esse momento corresponda a uma tomada de consciência do homem de que não há mais condições econômicas para ter filhos, que ele não tem mais como exercer de maneira satisfatória seu papel de provedor. Essa decisão, portanto, estaria sendo tomada no âmbito dos tradicionais papéis de gênero de homens e mulheres, na tentativa, ainda que não explícita para os próprios atores sociais, de preservar a dominação masculina (ARILHA, 1999; MARCHI e col., 2005).

Ao mesmo tempo, essa situação em que ocorre a decisão de fazer a vasectomia pode ser um fator positivo, por propiciar aos homens maiores condições de reflexão ao optarem por essa forma de contracepção. Levando em conta que, no âmbito dos tradicionais papéis de gênero, os homens se vêem como os provedores da família, ao concluírem que não têm como sustentar mais filhos, a decisão de submeter-se à esterilização é tomada com base em uma racionalidade pragmática, própria dessa condição de gênero dos homens. Sem dúvida, isto deve contribuir para que, em geral, os homens possam vivenciar a experiência da vasectomia de maneira

distinta da que as mulheres vivenciam a laqueadura. Desde a opção pelo método, eles se colocam como protagonistas da situação, enquanto entre as mulheres que optam pela laqueadura não é raro evidenciar-se certa postura de inevitabilidade diante da esterilização cirúrgica, por não conseguirem controlar sua fecundidade de outra maneira (OSIS, 2001; SERRUYA, 1996). Embora os homens também decidam fazer a vasectomia quando entendem que sua companheira não pode mais usar método contraceptivo, ou temem pelas conseqüências da laqueadura sobre a saúde dela, consideram que sua opção é autônoma, desincumbindo-se de sua responsabilidade como chefe e provedor da família (MARCHI e col., 2005).

Ainda no contexto das relações de gênero tradicionais, os resultados deste estudo permitiram verificar que, para os homens que optam pela vasectomia, uma vez superado o medo de repercussões sobre a sua potência sexual, o método tende a ser visto como fator de mudanças positivas, principalmente sobre a vida sexual e o relacionamento com a companheira e a família em geral. Foi comum a referência a terem “ficado mais soltos” para as relações sexuais, o que evidencia a permanência de sua virilidade, requisito imprescindível à masculinidade hegemônica. Por outro lado, os homens enfatizaram a melhora nas relações familiares como conseqüência da tranquilidade de poder ter relações sexuais sem medo de uma gravidez indesejada que comprometeria sua capacidade como provedor da família. Quando se comparam esses resultados com aqueles verificados em estudos com mulheres laqueadas (MINELLA, 1998; OSIS e col., 1999), observa-se que a percepção de mudanças positivas nessas áreas também ocorre entre elas, porém em intensidade bem menor que entre os homens. Os homens que se submetem à vasectomia percebem sua nova condição como sendo de lucro no que diz respeito à sua identidade de gênero. Para as mulheres, os primeiros momentos pós-laqueadura são vistos como conquista, como liberdade da batalha diária da contracepção. Porém, na seqüência de sua trajetória de vida, a condição de laqueada pode representar perdas em sua identidade de gênero (SERRUYA, 1996; MINELLA, 1998; OSIS e col., 1999; OSIS, 2001).

Em que pesem todos os aspectos positivos apontados pelos homens vasectomizados, e que resultaram em uma marcante satisfação por terem feito a cirurgia, não se pode deixar de notar que a opção por esse método contraceptivo tende a ocorrer em um momento em que parece não haver outras opções. Assim como entre mulheres esterilizadas (OSIS e col., 2003), as falas dos homens e os resultados dos formulários respondidos levam a pensar que, de fato, não ocorre um processo de planejamento familiar nos termos mais ideais. Ou seja, as pessoas começam e dão andamento à sua vida reprodutiva sem lidarem com o conceito de planejamento familiar. Enquanto há opções para as mulheres – ainda que restritas – os homens permanecem na modalidade de participação do tipo “apoio” (CARVALHO e col., 2001). Quando se esgotam as possibilidades de as mulheres usarem algum método, impõe-se a esterilização cirúrgica e, nesse momento, os homens tendem a intervir, na medida em que se percebem incapazes de cumprir seu papel de provedor da família caso a fecundidade não seja interrompida.

A partir dessa perspectiva, os homens tenderiam a considerar que as mulheres é que coordenam o processo reprodutivo, porque ocorre no corpo delas. Por vezes, os homens podem, inclusive, expressar ressentimento a esse respeito, por sentirem-se ‘obrigados’ pelas mulheres a mudar o rumo de suas vidas e tornar-se pais quando não queriam. Porém, o tornar-se pai é, ao mesmo tempo, sinônimo de assumir responsabilidade social, de ser visto socialmente como um homem maduro, sério, qualquer que seja a concepção de masculinidade em que se esteja pensando (ARILHA, 1999). Nesse contexto, a identidade masculina se firma na esfera pública, legitimando o papel do homem como provedor e protetor da família (BANDEIRA, 1999). Mais ainda, historicamente na cultura ocidental vem predominando o ser “bom provedor” como elemento distintivo da masculinidade (ENGLE e LEONARD, 1998).

Sendo assim, parece possível inferir que, quando prevalecem os modelos tradicionais de masculinidade e paternidade, as possíveis preocupações dos homens com a reprodução começam quando eles se vêem como “pais de família”, e não antes. Nessa perspectiva, a anticoncepção não se apresenta a eles como algo com que devam, necessariamente, lidar. O foco de sua atenção está em como sustentar e proteger a família que têm. Entretanto, à medida que os modelos progressistas ocupam espaço, as decisões contraceptivas têm sido colocadas aos homens e se espera deles um posicionamento. Não é difícil perceber que, nessa circunstância, os homens podem vivenciar certos conflitos por não estarem preparados para tomar decisões nessa área.

De modo geral, a tendência tem sido considerar que os homens se mantêm alheios aos embates das mulheres para conseguirem formas eficazes de anticoncepção (SERRUYA, 1996). Entretanto, não se pode deixar de lado o aspecto relacional das decisões contraceptivas. É necessário enfocar o fato de que essas decisões referem-se aos papéis de gênero de cada parceiro, o que situa os homens como atores relevantes nos processos decisivos da regulação da fecundidade (FIGUEROA-PEREA e ZIGNONI, 1995; DRENNAN, 1998; FIGUEROA-PEREA, 1998).

Segundo ROGOW e col. (1991), alguns trabalhos sugerem que os homens, apesar da sua escassa participação na anticoncepção, estão altamente motivados no que diz respeito ao conhecimento de sua sexualidade e capacidade reprodutiva e de como alcançar uma vida sexual “satisfatória” sem o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a Aids. Porém, para que essa motivação se reverta na viabilização de ações efetivas visando à saúde reprodutiva, precisa ser avaliada desde uma perspectiva de gênero, que permita questionar o valor atribuído

aos eventos reprodutivos, bem como reconstruir o processo histórico que resultou na atribuição de diferentes direitos e responsabilidades a homens e mulheres nessas duas áreas (FIGUEROA-PEREA, 1998).

Portanto, o crescimento na prevalência de vasectomia deve ser visto também de forma crítica: não apenas por que, necessariamente, não indica maior equidade nas relações de gênero, conforme já apontado acima, mas também porque segue testemunhando as deficiências de acesso ao planejamento familiar em nosso meio. Tais deficiências têm tido papel relevante no crescimento da prevalência de laqueadura, à medida que contribuem para o conhecimento inadequado acerca dos métodos anticoncepcionais, e, ao lado, de experiências anteriores negativas com o uso de outros métodos, são fatores consistentemente apontados como associados ao arrependimento pós-laqueadura (HARDY e col., 1996; VIEIRA, 1998). A possível popularização da vasectomia pode também trazer consigo essa mesma situação constatada em relação à laqueadura.

Embora não tenha sido relevante neste estudo, é preciso pensar que existe a possibilidade de arrependimento pós-esterilização masculina. Neste estudo apenas um homem manifestou-se arrependido, e suas características levam a refletir sobre quais circunstâncias seriam mais propícias esse evento: ele fez a vasectomia com 28 anos e dois filhos, atendendo plenamente às normas legais. Entretanto, casou-se novamente e, com isso, desejou filhos com a nova parceira, o que o levou a pedir e fazer a reversão. Os estudos internacionais sobre arrependimento pós-vasectomia enfatizam o fator idade como sendo um dos mais relevantes no fenômeno do arrependimento, ao lado da qualidade do relacionamento conjugal dos candidatos à vasectomia (HOWARD, 1982; POTTS e col., 1999; MILLER e col., 1991; RUNGBY e col., 1994; JAMIESON e col., 2002). Além disso, RUNGBY e col. (1994) salientaram que a qualidade da informação dada aos homens antes da vasectomia é fundamental para evitar o arrependimento. Especialmente, essa informação deve abordar as alternativas contraceptivas e possíveis problemas no relacionamento sexual.

No marco dos direitos sexuais e reprodutivos, obviamente que a preocupação com a possibilidade de arrependimento não deve criar obstáculos para que as pessoas 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. Portanto, é necessário que a atenção em planejamento familiar não negligencie o componente educativo, porém é preciso que também exista, de fato, a disponibilidade de alternativas contraceptivas para homens e mulheres. A Lei 9263 exige que os serviços que realizam a esterilização cirúrgica disponham de todos os métodos anticoncepcionais e realizem ações educativas com os candidatos à esterilização cirúrgica, “incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce” (Artigo 10, Parágrafo 1). Apesar das novas ênfases, visando ao equilíbrio de gênero nas decisões contraceptivas, e à disponibilização de serviços a que os homens possam acorrer, estudo recente em quatro capitais brasileiras (OSIS e col., 2006b) apontou que a disponibilidade e variedade de métodos anticoncepcionais continuam a ser problemas para o acesso efetivo da população ao planejamento familiar, que as ações educativas nessa área não buscam ativamente a participação dos homens, e que a presença deles nas unidades básicas de saúde costuma a restringir-se à condição de acompanhantes das mulheres ou para retirar preservativos visando à prevenção de doenças de transmissão sexual.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados aqui discutidos mostram que, de fato, a regulamentação legal da esterilização cirúrgica masculina tem ampliado o acesso a essa forma de contracepção. Porém, é preciso notar que o local em que o estudo foi realizado situa-se em uma região em que já havia, antes de 1997, uma prevalência diferenciada de vasectomia em relação ao restante do país. As circunstâncias em que a opção pela vasectomia ocorre reiteram achados anteriores, e continuam remetendo à necessidade de melhor acesso ao planejamento familiar para mulheres e homens de modo geral, e a orientação de boa qualidade, incluindo a abordagem das questões de gênero envolvidas nas decisões reprodutivas.

O acesso restrito aos diferentes métodos anticoncepcionais limita, de fato, as opções a serem consideradas por um casal. Ainda mais, as poucas opções com participação masculina dificultam a divisão de responsabilidades nessa área. Porém, dentre os méritos das mudanças ocasionadas pela Lei 9263 nas localidades que têm procurado prover o atendimento em planejamento familiar de acordo com suas normas, está a possibilidade de que homens e mulheres recebam informação sobre métodos contraceptivos e possam encontrar algum espaço de reflexão sobre suas escolhas reprodutivas, e não apenas obter a esterilização cirúrgica quando já não vêem mais alternativas para sua vida reprodutiva. Nesse sentido, os resultados deste estudo ainda fazem lamentar o fato de que a opção pela vasectomia continua sendo feita como o último recurso em uma trajetória reprodutiva não planejada, para a qual os homens não puderam, de fato, preparar-se desde o início de sua vida sexual.

Ao mesmo tempo, os resultados desta pesquisa levam a refletir sobre as dificuldades que os serviços públicos de saúde podem enfrentar ou já estão enfrentando para atender à crescente demanda pela vasectomia em algumas localidades como aquela em que se realizou o estudo. Isto repercute no tempo de espera até a cirurgia e pode representar um potencial de gravidezes indesejadas, caso o processo de atenção aos homens que solicitam a vasectomia não inclua a oferta e provisão de outro método enquanto aguardam pela cirurgia.

Mais uma vez, vale ressaltar as evidências da necessidade de que a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos sejam incorporados como direitos de cidadania. Para que as pessoas tenham consciência desses direitos e aprendam a desfrutá-los, continua a requerer-se esforço para melhorar a qualidade da educação, de maneira que ela inclua também a reflexão crítica sobre as relações de gênero e sobre como alcançar a equidade, de maneira a propiciar a homens e mulheres uma vida mais integral e feliz.

8. REFERÊNCIAS

Altman DG. Practical statistics for Medical Research. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC; 1991.

Alves LS, Alves GC. Contracepção masculina – vasectomia. Experiência em clínica privada. Rev. Med. Minas Gerais 2003; 13(1): 14-17.

Arilha M. Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. Questões de saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. p. 455-67.

Arruda JM, Rutenberg N, Morris L, Ferraz EA. Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar – PNSMIPF – Brasil 1986. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1987.

AVSC International, IPPF/Western Hemisphere Region. Male participation in sexual and reproductive health: new paradigms [symposium report]. Oaxaca; 1998 [acesso em 18 jan 2006]. Disponível em: http://www.ippfwhr.org/publications/download/monographs/mis_symp_report_e.pdf.

Badiani R, Camarano AA. Homens brasileiros: percepções, conhecimentos e atitudes em saúde reprodutiva. In: Anais do 11. Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 1997. Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP). 925-943.

Badinter E. Sobre a identidade masculina. Trad. de Maria Ignez Duque Estrada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1993.

Bandeira L. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: Galvão L, Díaz J, organizadores. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: HUCITEC/Population Council; 1999. p.180-97.

Barbieri T. Sobre géneros, prácticas y valores: notas acerca de posibles erosiones del machismo en México. In: Vaiz JR, coordenador. Normas y practicas morales y civicas en la vida cotidiana. México (DF): UNAM; 1990. p.83-105.

BEMFAM - Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil; MACRO Internacional, Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde. Brasil: pesquisa nacional sobre demografia e Saúde 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997.

Berquó E, Souza MR. Homens adultos: conhecimento do uso do condom. In: Loyola MA, organizador. Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ UERJ; 1994. p. 161-82.

Berquó E, Cavenaghi S. Direitos Reprodutivos de Mulheres e Homens face à Nova Legislação sobre Esterilização Voluntária. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais: Ouro Preto, Minas Gerais, BR, de 4 a 8 de Novembro de 2002.

Berquó E, Cavenaghi S, Oliveira V. Estudo multicêntrico sobre o impacto da nova legislação brasileira a respeito da esterilização voluntária. Pesquisa de Campo em Campinas - Relatório de atividades 2002-2003.

Bertero E, Hallak J, Gromatzky C, Lucon AM, Arap S. Assessment of sexual function in patients undergoing vasectomy using the international index of erectile function. Int Braz J Urol 2005; 31(5):452-8.

Brasil. Lei ordinária nº 9263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências; partes vetadas correspondentes aos artigos 10, 11, 14 e 15. Diário Oficial da União. 20 ago 1997; Seção 1:17989.

Carvalho MLO. Antecedentes e conseqüências da esterilização feminina: trajetórias em busca do controle da própria fecundidade [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

Carvalho MLO, Pirotta KCM, Schor N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. Rev Saúde Pública. 2001; 35(1):23-31.

Castro MPP, Mastrococco D, Castro MB, Mumford SD. An innovative vasectomy program in São Paulo, Brazil. Int Fam Plann Perspect 1984; 10:125-30.

Castro MPP. Vasectomia. In: Andrade RP, Poli M, Petracco A, Morais KM, Camargos AF. Contracepção: promoção da saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 175-207.

Citeli MT, Mello e Souza C, Portella AP. Reveses da anticoncepção entre mulheres pobres. In: Duarte LFD, organizador. Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. p. 57-77.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2-supl.):15-25.

Costa RG, Osis MJD, Hardy E. Considerações sobre o processo de decisão pela laqueadura. In: Anais do 10 Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 1996; Caxambú, BR. Belo Horizonte: ABEP; 1996. p. 2523-35.

DATASUS. [homepage da internet]. [S.l]:Ministério da Saúde [acesso em 12 mar 2006]. Procedimentos hospitalares do SUS – por local de internação: Brasil. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/piuf.def>.

Díaz M, Díaz J, Townsend JW. Participacion del hombre y de la mujer en la planificacion familiar en America Latina. Trabalho apresentado no Simpósio Latinoamericano de Planificación Familiar; 1992, México (DF).

Drenan M. Reproductive health: New perspectivas on men's participation. Population Reports, 1998; Series J, N° 46.

Duarte GA, Alvarenga AT, Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH. Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(1):207-216.

Engender Health. Contraceptive sterilization: global issues and trends [monografia na Internet]. New York; 2002 [acesso em 9 dez 2005]. Factors influencing sterilization use and outcomes.p. 107-37. Disponível em: <http://www.engenderhealth.org/sterilization>.

Engle PL, Leonard A. Los padres como compañeros en la crianza de los hijos In: Bruce J, Loyd C, Leonard A. La familia en la mira: nuevas perspectivas sobre madres, padres e hijos. New York: Population Council; 1998. p. 49-69.

Espejo X, Tsunechiro MA, Osis, MJD, Duarte GA, Bahamondes L, Sousa MH. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, SP. Rev. Saúde Pública 2003; 37(5): 583-90.

Family Health Internacional, editor. Los hombres y la planificación familiar. Network. 1992; 7(3):4.

Family Health Internacional, editor. Reproductive health after pregnancy . Network. 1997; 17(4).

Faúndes A, Mello MB, Osis MJD, Makuch MY. Avaliação da estratégia de distribuição de métodos anticoncepcionais no Brasil pelo Ministério da Saúde – estudo de casos: estudo de casos: relatório técnico. Campinas: Cemicamp; 2004.

Figueroa-Perea JG, Zignoni EL. Apuntes sobre la presencia del varón en la toma de decisiones reproductivas. Trabalho apresentado no Seminario sobre Masculinidad del PUEG de la UNAM; 1994 out 31; México (DF).

Figueroa-Perea JG, Liendro-Zignoni E. La presencia del varón en la salud reproductiva. In: Hardy E, Osis MJD, Crespo ER, organizadoras. Ciências sociais e medicina: atualidades e perspectivas latino-americanas. Campinas: Cemicamp; 1995. p.193-225.

Figueroa-Perea JG. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. Cad. Saúde Públ. 1998; 14 (Supl 1): 87-96.

Foreit KG, Castro MP, Franco EF. The impact of mass media advertising on a voluntary sterilization program in Brazil. Stud Fam Plann 1989; 20(2): 107-16.

Hardy E. Influencia de algunas características del esposo sobre el uso de anticonceptivos por su mujer: estudio de parejas. Cuad Méd Soc (Santiago do Chile). 1971; 12(1):34-41.

Hardy E, Osis MJD, Faúndes A, Alves G, Pinotti JA. A laqueadura tubária precoce e durante a cesárea: dimensões atuais e fatores que a determinam. *Rev Ginecol Obstet* 1993; 4(2):70-6.

Hardy E, Osis MJD, Alves G, Costa RG, Rodrigues T, Moraes TM. Reavaliação do programa de assistência integral à saúde da mulher no estado de São Paulo: relatório I. Campinas: Cemicamp; 1995.

Hardy E, Bahamondes L, Osis MJD, Costa RG, Faúndes A. Risk factors for tubal sterilization, detectable before surgery. *Contraception* 1996; 54(3): 159-62.

Heilborn ML. Gênero: uma breve introdução. In: Ribeiro das Neves MGR, Costa DM, organizadores. *Gênero e desenvolvimento institucional em ONGs*. Rio de Janeiro: IBAM/ENSUR/NEMPP; 1995. p.9-14.

Heinemann K, Saad F, Wiesemes M, White S, Heinemann L. Attitudes toward male fertility control: results of a multinational survey on four continents. *Human Reproduction*, 2005; 20(2): 549-556.

Hofmeyr DG, Greeff AP. The influence of a vasectomy on the marital relationship and sexual satisfaction on the married man. *J Sex Marital Ther* 2002; 28(\$): 339-51.

Howard, G. Who asks for vasectomy reversal and why? *Br Med J* 1982; 285 (6340): 490-2.

Jamieson DJ, Kaufman SC, Costello C, Hillis SD, Marchbanks PA, Peterson HB. A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. *Obstet Gynecol*. 2002;99(6):1073-9.

Kish L. *Survey Sampling*. New York (NY): John Wiley and Sons; 1965.

Manhoso FR, Hoga LAK. Men's experiences of vasectomy in the Brazilian public health service. *International Nursing Review* 2005; 52(2): 101-108.

Marchi NM, Alvarenga AT, Osis MJD, Bahamondes L.. Opção pela vasectomia e relações de gênero. *Cad Saúde Publ*, 2003; 19(4): 1017-1027.

Marchi NM, Alvarenga AT, Osis MJD, Bahamondes L. Opción por la vasectomía. Participación masculina en la anticoncepción o falta de alternativas? In: Pantelides EA, López E. coordenadores. Varones latinoamericanos: estudios sobre sexualidad y reproducción. Buenos Aires: Paidós Tramas Sociales, 2005. p. 174-196.

Mayan, MJ. An introduction to qualitative methods: a training module for students and professionals. Edmonton (KY): University of Alberta; 2001.

Meyer DE. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, organizadores. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p.41-51.

Miller WB, Shain RN, Pasta DJ. The Pre-and Poststerilization Predictors of Poststerilization Regret in Husbands and Wives. J Nerv Ment Dis. 1991; 179(10):602-608.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998.

Minella LS. Aspectos positivos e negativos da esterilização tubária do ponto de vista de mulheres esterilizadas. Cad Saúde Pública 1998; 14 (Supl. 1): 69-79.

Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 144 de 20 de novembro de 1997. Diário Oficial da União (DF). 24 de nov 1997; Seção I, p. 274409.

Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. Brasília (DF); 2002.

Morse JM. Designing funded qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of Qualitative Research. London: Sage, 1994. p.220-235.

Mundigo AI. Papéis masculinos, saúde reprodutiva e sexualidade. São Paulo: Fundação John D. e Catherine T. MacArthur; 1995.

Osis MJD, Duarte GA, Bento SF. O que as mulheres pensam sobre a laqueadura tubária. Trabalho apresentado ao IV Congresso Latino-Americano de Ciências Sociais e Medicina; 1997 jun 2-6; Cocoyoc, México.

Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH, Bento SF. Brazil: a comparative study of the consequences of the tubal ligation on the women's lives. Campinas: Cemicamp; 1998.

Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH, Bailey P. Consequências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubária. Cad. Saúde Pública 1999; 15(3):521-532.

Osis MJD. Laqueadura e representações acerca da sexualidade e do papel reprodutivo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH, Duarte GA, Bailey P. Fertility and reproductive history of sterilized and non-sterilized women in Campinas, São Paulo, Brazil. Cad. Saúde Pública 2003; 19(5):1399-1404.

Osis MJD, Carvalho LE, Bento SF, Manfrinatti MB. Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica voluntária na rede pública da Região Metropolitana de Campinas. Campinas: Cemicamp; 2005. Relatório parcial apresentado à Fapesp.

Osis MJD, Carvalho LE, Bento SF, Pádua KS. Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica voluntária na rede pública da Região Metropolitana de Campinas. Relatório final apresentado à Fapesp. Campinas, Cemicamp, Junho de 2006a.

Osis MJD, Faúndes A, Makuch MY, Mello MB, Sousa MH, Araújo MJO. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. Aceito para publicação em Cadernos de Saúde Pública, 2006b.

Paniagua HA. Discontinuidades en el modelo hegemónico de masculinidad. In: Gogna M, Organizador. Feminidades y masculinidades. Estudios sobre salud

reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia. Buenos Aires: Cedes; 1999. p. 193-244.

Parker RG. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*; Trad. MTM Cavallari. 2. ed. São Paulo: Best Seller; 1991.

Pasqualotto FF, Lucon AM, Pasqualotto EB, Arap S. Trends in male contraception. *Rev. Hosp. Clin. Fac Med. Univ São Paulo*. 2003; 58(5): 275-83.

Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. 2. ed. London:Sage, 1990.

Philliber SG, Philliber WW. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A review. *Stud Fam Plann*. 1985;16(1):1-29.

Piet-Pelon NJ, Rob U, Khan ME. *Men in Bangladesh, Indian and Pakistan: reproductive health issues*. Dhaka: Karshaf Publishers; 1999.

Potts JM, Paqualotto FF, Neslson D, Thomas AJ JR, Agarwal A. Patient characteristics associated with vasectomy reversal. *J Urol* 1999; 161(6):1835-9.

Rodrigues, A. et al. The consequences of the vasectomy in the quality of life in a Brazilian family planning program. *Eur Urol Suppl*. 2003;2(1):121.

Rogow D, Bruce J, Leonard A. *Man/hombre/homme: respuestas a las necesidades de la salud reproductiva masculina en América Latina*. New York (NY): Population Council; 1991.

Rungby JA, Dahl HB, Krogh J, Kvist E. Vasectomy: Who regrets it and why? *Ugeskr Lager* 1994; 18 (16): 2377-80.

Schuler SR, Hashemi SM, Cullum A, Hassan M. The advent of family planning as a social norm in Bangladesh: women's experiences. *Reprod Health Matters* 1996; 7:67-78.

Schwingl PJ, Guess HÁ. Safety and effectiveness of vasectomy. *Fertility and Sterility* 2000; 73(5):923-936.

Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade* 1990; 16:5-22.

Secretaria de Salubridad y Asistencia. Informe anual de salud reproductiva. México (DF); 1996.

Seidel J. The ethnograph [software]. Version 5.0 Salt Lake City (UT): Qualis Research Associates, 1998.

Serruya S. Mulheres esterilizadas: submissão e desejo. UFPA–NAEA/UEPA; 1996.

Souzas R., Alvarenga AT. Da negociação às estratégias: relações conjugais e de gênero no discurso de mulheres de baixa renda em São Paulo. *Saúde Soc* [periódico na Internet] 2001 ago/dez [acesso em 24 abr 2006];10(2):15-34. Disponível em: http://www.apsp.org.br/saudesociedade/X_2/da_negociacao_as_estrategias.htm.

Spruyt AB , Finger WR. Acceptability of condoms – user behaviors and product attributes. In: McNeill ET, Gilmore CE, Finger WR, Lewis JH, Schellsted WP. The latex condom: recent advances, future directions. Research Triangle Park (NC): Family Health International; 1998. p. 12-9.

Swenson I, Khan AR. Demographic consequences, client satisfaction, and reasons for selecting sterilization among vasectomy and tubectomy clients in Bangladesh. *Contraception*. 1982; 25(6): 573-590.

Thonneau P, D'isle B. Review Does vasectomy have long-term effects on somatic and psychological health status? *Int J Androl*. 1990; 13(6):419-432.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Vozes; Rio de Janeiro, 2003.

Vianna SA, Osis MJD, Cecatti JG. Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais em uma coorte de mulheres de Campinas, São Paulo, Brasil. In: Anais da XV Reunión de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana (ALIRH); 1997 abril 27-30; Cusco, Peru; Cusco: ALIRH; 1997. p. 144.

Vieira EM. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. *Rev Saúde Pública* 1994; 28(6): 440-8.

Vieira EM, Ford NJ. The provision of female sterilization in São Paulo, Brazil: a study among low income women. *Soc. Sci. Med.* 1996; 42(10): 1427-32.

Vieira EM. O arrependimento após esterilização feminina. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 (Supl.1): 59-68.

Vieira EM, Fernandes MEL, Díaz J, Kalckman S, Pluciennick AMA. Anticoncepção em tempos de Aids. In: Galvão L, Díaz J. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec/Population Council; 1999. p. 324-45.

Vieira EM, Badiani R, Dal Fabbro AL, Rodrigues Junior AL. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2001; 36(3):263-70.

Vieira EM, Fábio SV, Gueleri W, Picado MP, Yoshinaga E, Souza L. Características dos candidatos à esterilização cirúrgica e os fatores associados ao tipo de procedimento. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(6): 1785-91.

Viveiros M, Gómez, F, Otero E. Las representaciones sociales sobre la esterilización masculina. El punto de vista de los orientadores del servicio de vasctomia en la Clínica del Hombre, en Bogotá, Colombia. *Cad. Saúde Púb.*, 1998; 14(Supl. 1): 97-103.

Walsh J, Lythgoe H, Peckham S. *Contraceptive choices: supporting effective use of methods*. London: Family Planning Association; 1996.

Wegner MN, Landry E, Wilkinson D, Tzanis J: *Men as partners in Reproductive Health: From Issues to Action*. International Family Planning Perspectives 1998, 24:38-42.

Zamberlin N. La outra mitad. Un estudio sobre la participación masculina en el control de la fecundida. In: Gogna M, Organizador. *Feminidades y masculinidades. Estudios sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia*. Buenos Aires: Cedes; 1999. p. 245-301.

ANEXO 1

FOLHA DE CONTATO TELEFÔNICO

**Consequências da vasectomia entre homens submetidos à cirurgia em
Campinas, São Paulo.**

Folha de contato telefônico

No. PF

--	--	--	--

☐ 1. Data: ____/____/____ Ligar: ☐ Dia ____/____/____ Hora ____:____

ENTR: _____ Obs: _____

☐ 2. Data: ____/____/____ Ligar: ☐ Dia ____/____/____ Hora ____:____

ENTR: _____ Obs: _____

☐ 3. Data: ____/____/____ Ligar: ☐ Dia ____/____/____ Hora ____:____

ENTR: _____ Obs: _____

☐ 4. Data: ____/____/____ Ligar: ☐ Dia ____/____/____ Hora ____:____

ENTR: _____ Obs: _____

CÓDIGOS:

- A. Número inexistente
- B. Ninguém sabe quem é a pessoa procurada
- C. Pessoa não quis dar entrevista
- D. Pessoa ausente. Ligar em dia/hora
- E. Pessoa não pode atender. Ligar em dia/hora
- F. Entrevista agendada para dia/hora
- G. Entrevista completa
- H. Entrevista incompleta. Ligar para terminar em dia/hora

SE A ENTREVISTA FOI FEITA, ANOTE O NÚMERO DO QUESTIONÁRIO

--	--	--

ANEXO 2

ROTEIRO TEMÁTICO PARA ENTREVISTAS

ROTEIRO TEMÁTICO PARA ENTREVISTAS

Questões de partida:

- Como foi que surgiu a idéia do Sr. fazer a cirurgia?
 - **Aprofundar**, se necessário: Quem deu a idéia? Como foi o processo desde pensar até conseguir fazer a cirurgia? Demorou? Conversou com outras pessoas sobre o assunto? O que falaram?
- Como tem sido a sua experiência de ter feito a cirurgia? Como se sente?
 - Quais as mudanças positivas que a cirurgia trouxe para sua vida?
 - Quais as mudanças negativas?
 - **Aprofundar**, se necessário: Além da parte sexual, como tem sido a experiência?
- Como a cirurgia repercutiu no seu relacionamento com a companheira/parceira/esposa?
 - **Aprofundar**, se necessário: Além da parte sexual, como tem sido a experiência?
- Depois de ter feito a cirurgia, alguma vez desejou ter mais filhos? E a esposa/ companheira? Como foi isso? Como lidaram com isso?
- Alguma vez se arrependeu de ter feito a vasectomia? Se pudesse voltar atrás, faria a cirurgia outra vez?
 - **Aprofundar**, se necessário: Por que se arrependeu? Acha que isto está relacionado a alguma característica da sua vida na época em que fez a cirurgia? (Por exemplo: número de filhos, idade, condição socioeconômica)

ANEXO 3
FICHA PARA CARACTERIZAÇÃO
SOCIOECONÔMICA E DEMOGRÁFICA

1. Qual a data do seu nascimento?

___/___/___ [8] Não sabe/ Não lembra

2. Foi à escola?

[1] Sim [2] Não

3. Qual a última série que completou?

___Série do ___ [8] Não sabe/ Não lembra

4. Qual a sua religião?

[1] Nenhuma [4] Espírita
[2] Católica [5] Outra. Qual? _____
[3] Protestante

5. O Sr. é praticante?

[1] Sim [2] Não

6. Qual a cor da sua pele?

[1] Branca
[2] Parda
[3] Negra
[4] Outra. Qual? _____

7. Atualmente está o Sr. está fazendo algum trabalho remunerado?

[1] Sim [2] Não

8. Qual?

9. Atualmente o Sr. é?

[1] casado [2] Amasiado/ Vive junto

10. É sua primeira união?

[1] Sim [2] Não

Passe a 14

11. Quantas uniões teve?

[1] Uma [2] Mais de uma

12. Quantos filhos teve dessa(s) união(ões) anteriores?

_____ Filhos [8] Nenhum

13. Sexo dos Filhos? _____Homens _____Mulheres

14. Quantos filhos o Sr. tem com a sua companheira atual?

_____ Filhos [8] Nenhum

15. Sexo dos filhos? _____ Homens _____ Mulheres

16. Idade Atual de todos os filhos ____/____/____/____/____/____

17. Atualmente sua esposa/ companheira possui algum trabalho remunerado?

[1] Sim [2] Não

18. Qual é a sua renda mensal incluindo todos que participam do orçamento familiar? R\$_____

19. Quantas pessoas contribuem para este orçamento familiar?

_____ Pessoas

20. Qual o número de pessoas na sua família que dependem dessa renda?

_____ Pessoas

ANEXO 4

FORMULÁRIO ESTRUTURADO

CONSEQUÊNCIAS DA VASECTOMIA ENTRE HOMENS SUBMETIDOS À CIRURGIA EM CAMPINAS, SÃO PAULO

Nº. |____|____|____|____|

ENTREVISTADORA: _____

DATA: _____

OBSERVAÇÕES:

=====

1a. REVISÃO:

NOME _____ RESULTADO _____ DATA _____

2a. REVISÃO

NOME _____ RESULTADO _____ DATA _____

3a. REVISÃO

NOME _____ RESULTADO _____ DATA _____

=====

DIGITAÇÃO

1a. VEZ

2a. VEZ

PRÉ-CODIFICADAS

TEXTUAIS

SEÇÃO 1 - CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E REPRODUTIVAS

1.1. Quantos anos o senhor tem? _____ anos

1.2. Foi à escola? [1]SIM [2]NÃO (PASSE A 1.4)

1.3. Qual a última série que completou?

_____ série do _____ [8]NÃO SABE/ NÃO LEMBRA

1.4. Entre estas que eu vou ler, qual a Sra. considera que é a sua cor ou raça: branca, parda, mulata, preta, oriental ou indígena?

[1] Branca [5] Oriental

[2] Parda [6] Indígena

[3] Mulata [7] Outra. Qual? _____ |__|__|

[4] Preta

1.5 Qual a sua religião?

[1]católica romana

[2]protestante tradicional (presbiteriana, batista, metodista)

[3]espírita kardecista

[4]umbanda/candomblé

[5]religiões orientais

[6]evangélica (crente, assembléia, congregação, universal)

[7]judaica/israelita

[10]Outra. Qual? _____ |__|__|

[8]Nenhuma

1. 6. Atualmente o senhor está empregado?

[1]SIM [2] NÃO

1.7. Qual a:

a) sua renda mensal R\$ _____ ,

b)a renda total de sua família? R\$ _____ ,

1.8. Quantas pessoas dependem dessa renda da família, incluindo o senhor mesmo? _____ pessoas

1.9. O Sr. vive com uma companheira?

[1]SIM [2] NÃO PASSE A 1.11

1.10. Há quanto tempo a Sr. vive com essa pessoa?

ANOS MESES DIAS

1.11. Quantos filhos o senhor tem?

1.12. Quantos são : a) Homens? b) Mulheres ?

1.13. O senhor teve algum filho que nasceu vivo e depois morreu?

[1] SIM [2] NÃO

F 1.1 ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA CONFORME A PERGUNTA 1.9

[1] 1.9 = 1 [2] 1.9 = 2 PASSE A SEÇÃO 2

1.14. Quantos filhos são com a companheira atual?

FILHOS [77] TODOS [88] NENHUM

SEÇÃO 2 - CONHECIMENTO E USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

I.2.1 ENTR. DIGA: Agora vou lhe perguntar sobre maneiras de evitar uma gravidez.

I.2.2 ENTR.: FAÇA A PERGUNTA 2.1 E AGUARDE A RESPOSTA ESPONTÂNEA PARA TODO MAC NÃO REFERIDO NA 2.1, FAÇA A 2.2 FAÇA A PERGUNTA 2.3 QUANDO 2.1 OU 2.1 = 1

	2.1. Quais métodos para evitar filhos o sr. conhece?	2.2 O senhor conhece?	2.3 O sr. ou sua companheira já usou?
a)Pílula (comprimido)	1 SIM 2 NÃO	1 SIM 2 NÃO	1 SIM 2 NÃO
b)DIU (aparelho)	1 SIM 2 NÃO	1 SIM 2 NÃO	1 SIM 2 NÃO
c)Injeção	1 SIM 2 NÃO	1 SIM 2 NÃO	1 SIM 2 NÃO
d)Laqueadura (operação da mulher)	1 SIM 2 NÃO	1 SIM 2 NÃO	1 SIM 2 NÃO
e)Vasectomia (operação do homem)	1 SIM 2 NÃO	1 SIM 2 NÃO	1 SIM 2 NÃO
f)Camisinha	1 SIM 2 NÃO	1 SIM 2 NÃO	1 SIM 2 NÃO
g)Coito Interrompido (tirar fora)	1 SIM 2 NÃO	1 SIM 2 NÃO	1 SIM 2 NÃO
h)Diafragma	1 SIM 2 NÃO	1 SIM 2 NÃO	1 SIM 2 NÃO
i)Tabelinha	1 SIM 2 NÃO	1 SIM 2 NÃO	1 SIM 2 NÃO
j)Outro: Qual? _____	1 SIM 2 NÃO	1 SIM 2 NÃO	1 SIM 2 NÃO

2. 4. Antes de fazer a vasectomia qual método para não engravidar o senhor e sua companheira estavam usando? (TEXTUAL)

[88] NENHUM PASSE A 2. 6

2. 5. Por quê?

[1]A esposa/companheira não se dava bem com os métodos

[2]Eu não gostava de usar camisinha

[3]A esposa/companheira não gostava dele usar camisinha

[4]Eu não confiava em nenhum método

[5]A esposa/companheira estava grávida

[6]Eu estava esperando para fazer a vasectomia

[7]Não estavam tendo relações sexuais

[10]Outra. Qual? _____

2. 6. Alguma vez a sua companheira pensou em fazer laqueadura?

[1]SIM

[2] NÃO
PASSE A 2. 8

[3]Não sabe/não lembra
PASSE A 2.8

2.7.Por que não fez a laqueadura?

[1]Foi aconselhada a pensar melhor

[2]Serviço de saúde não quis fazer porque ela era muito nova e/ou tinha poucos filhos

[3]Não tinha dinheiro para pagar

[4]Ficou com medo da cirurgia

[5]Ficou com medo de se arrepender

[6]Conheceu outros métodos também seguros para evitar filhos

[7]Ficou com medo de que a laqueadura fizesse mal

[10]Eu não deixei que ela fizesse

[11]Eu preferi fazer a vasectomia

[12]Outro. Qual? _____ |__|__|

2. 8 Por que O Sr. decidiu fazer a vasectomia ao invés de usar outro método ou da esposa usar outro método?

[1]É mais seguro, confia nela

[2]O médico indicou

[3]Amigo/parente indicou

[4]Não faz mal à saúde/não tem efeitos colaterais

[5]É mais fácil/simples/rápido do que fazer laqueadura

[6]É mais prático, não precisa ficar se preocupando em evitar

[7]Número de filhos ideal/não queria mais filhos

[10]Outros métodos faziam mal/ davam efeitos indesejados para a mulher

[11]Eu não gostava/não queria usar camisinha

[12]Eu não gostava/não queria usar coito interrompido

[13] Problemas de saúde da esposa/companheira

[14] Outro. Qual? _____ |__|__|

I.2. 3 ENTR. DIGA: Agora eu vou lhe perguntar sobre coisas que Aonteceram quando o Sr. decidiu fazer a vasectomia:

2.9. Através de quem ouviu falar da vasectomia pela primeira vez?

- [1] Médico/outros profissionais da saúde
- [2] Pai, irmão, cunhado, sogro, outros parentes
- [3] Esposa/companheira
- [4] Através de outro homem conhecido/amigos/vizinhos
- [5] Livro, revista, tv, rádio, palestras/cursos
- [6] Outro. Qual? _____ |__|__|
- [8] Não sabe/não lembra

2. 10. Quem deu a idéia do Sr. fazer a vasectomia?

- [1] Eu mesmo/ninguém
- [2] Esposa/companheira
- [3] O casal teve a idéia em conjunto
- [4] Outro homem que já havia feito
- [5] Médico/outros profissionais de saúde
- [6] Pai/Sogro
- [7] Outros parentes
- [8] Não lembra
- [10] Amigo
- [11] Outra pessoa. Quem? _____ |__|__|

2.11. Qual a pessoa que mais influenciou na decisão de fazer a vasectomia?

- [1] Ninguém/ele próprio
- [2] Esposa/companheira
- [3] Amigo(s) que já tinha(m) feito
- [4] Médico/outros profissionais de saúde
- [5] Pai/sogro
- [6] Outros parentes
- [7] Outra pessoa. Quem? _____ |__|__|

2.12. Qual foi a opinião da sua companheira sobre o senhor fazer a vasectomia?

- [1] Não conversei com ela ⇒ passe a 2.13
- [2] Ela não deu opinião/disse que eu devia decidir ⇒ passe a 2.14
- [3] Concordou/ achou bom usar esse método ⇒ passe a 2.14
- [4] Não concordou/ não queria que eu fizesse ⇒ passe a 2.14
- [8] Não lembra ⇒ passe a 2.14
- [6] Outra. Qual? _____ |__|__| ⇒ passe a 2.14

2.13 Por que não conversou com ela?

- [1] Porque sou eu quem decide/porque eu não quis
- [3] Não deu tempo de conversar
- [4] Porque sabia que ela não queria que eu fizesse
- [5] Outra. Qual? _____ |__|__|

2.14. Em que ano o Sr. fez a cirurgia? |__|__|__|__|

[88] NÃO LEMBRA

2.15 Quando fez a cirurgia quantos

a) Filhos homens tinha? [88] NENHUM

b) Filhas mulheres tinha? [88] NENHUMA

2.16. Quando o senhor decidiu fazer a vasectomia a sua companheira estava grávida?

[1]SIM

[2]NÃO

2.17. Que idade tinha sua filha ou filho mais novo nessa ocasião?

ANOS MESES

2.18 Nessa época o Sr. vivia com a mesma companheira atual?

[1]SIM

[2]NÃO PASSE A 2.22

2.19. Na época da cirurgia, fazia quanto tempo que vivia com aquela companheira?

ANOS MESES [88]NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.20. Quanto tempo depois da cirurgia se separaram?

ANOS MESES [88] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2. 21 A separação teve alguma relação com a cirurgia?

[1]SIM

[2]NÃO

2. 22. Quando o senhor decidiu fazer a vasectomia, qual serviço de saúde procurou?

[1] Posto/ UBS

[2] Ambulatório de planejamento familiar da prefeitura

[3] Consultório médico/ convênio

[4] Consultório médico particular

[5] Outro. Qual?

2. 23. Nesse serviço o que disseram que era necessário para autorizar a vasectomia?

[1] nada

[4] tempo de união

[2] idade

[5] sexo dos filhos

[3] número de filhos [6] pagamento

[7]Outro.Qual?

[8]Não lembra

FILTRO: ASSINALE ALTERNATIVA CORRETA

[1] 2.22=1

[2] 2.22 ≠ 1 PASSE A 2.25

2. 24. Para qual serviço de saúde o senhor foi encaminhado em seguida?

[1]Outro posto/UBS

[2]Ambulatório de Planejamento Familiar

[3]Outro. Qual?

2.25 Quando foi a esse serviço de saúde o que fizeram?

- [1]Encaminharam para UBS/ posto/ ambulatório que faz planejamento familiar
 [2]Passou pela equipe multidisciplinar
 [3]Assistiu ação educativa; palestra sobre mac
 [4]Disseram que ele não podia fazer porque era muito novo
 [5]Disseram que fariam a vasectomia algum tempo depois do parto dela
 [6]Disseram que ele não podia fazer porque era solteiro
 [7]Disseram que ele não podia fazer porque o convênio não cobria
 [8]Não sabe
 [10]Outra. O quê? _____|_____|_____

2.26. Quanto tempo demorou desde que procurou pela primeira vez o serviço até o momento da cirurgia?

____|____|ANOS ____|____| MESES |____|____| DIAS

2.27. Ofereceram para o senhor outros métodos para evitar filhos?

[1]SIM [2]NÃO [8]NÃO SABE/ NÃO LEMBRA

2.28. O senhor assistiu alguma palestra sobre métodos anticoncepcionais?

[1]SIM [2]NÃO [8]NÃO SABE/ NÃO LEMBRA

2.29. Falaram que depois da vasectomia nunca mais poderia ter filhos?

[1]SIM [2]NÃO [8]NÃO SABE/ NÃO LEMBRA

2.30. Falaram que poderia desistir de fazer a vasectomia a qualquer momento antes da cirurgia?

[1]SIM [2]NÃO [8]NÃO SABE/ NÃO LEMBRA

2.31. Falaram que a vasectomia poderia falhar?

[1]SIM [2]NÃO [8]NÃO SABE/ NÃO LEMBRA

SEÇÃO 3

EXPERIÊNCIA COM A VASECTOMIA

3.1. Se o Sr. fosse classificar a sua satisfação por ter feito a vasectomia, diria que está muito satisfeito, satisfeito, pouco satisfeito ou insatisfeito?

- [1] Muito
 [2] Satisfeita
 [3] Pouco satisfeita
 [4] Insatisfeita
 [8] Não sabe⇒ passe a 3.3

3. 2.Por que?

- [1]Não faz mal à saúde
 [3]Não falha/dá segurança
 [4]Tenho medo de que falhe
 [5]Não preciso lembrar de usar/colocar
 [6]Companheira está satisfeita
 [7]Companheira não precisa mais usar método que fazia mal
 [10]Tenho medo de ficar impotente/"brochar"
 [11]Fiquei mais solto/mais livre para ter relações sexuais
 [12]Tenho o número ideal de filhos/não quer filhos

[13]Tenho medo de me arrepender/querer ter mais filhos

[14] Outro. Qual? _____ |____|____|

3.3. Alguma vez o Sr. pensou que teria sido melhor não ter feito a vasectomia?

[1]SIM [2]NÃO

3.4. Alguma vez pensou em desfazer (reverter) a vasectomia?

[1]SIM [2]NÃO PASSE A 3. 6

3.5. Alguma vez pediu para desfazer (reverter) a vasectomia?

[1]SIM [2] NÃO PASSE A 3.9

3.6. Por que?

[1] Ele queria ter mais um filho

[2] A companheira queria ter mais um filho

[3] Começou a viver com outra companheira e queriam ter filhos

[4] Ele achava que ter feito a cirurgia interferia nas relações sexuais

[5] Morreu um filho

[6] Outra. Qual? _____

3.7. O sr. desfez/reverteu a vasectomia?

[1]SIM [2]NÃO PASSE A 3.9

3.8. Por que?

[1] Pensou melhor e desistiu

[2] Não conseguiu no serviço público

[3] Não tinha dinheiro para pagar

[4] A esposa/companheira aceitou não ter mais filhos

[5] Outra. Qual? _____

3.9. O Sr. acha que ter feito a vasectomia tem trazido benefícios ou prejuízos para a sua vida?

[1]Benefícios [2]Prejuízos

[3]Um pouco de cada [4]Nem uma coisa nem outra

[8]Não sabe

I 3.1. ENTREVISTADORA: Fala a pergunta 3.10, de a até k, e para cada item=1 faça a pergunta 3.11:

3.10. Pensando na vasectomia, o sr. acha que ela provocou alguma mudança em:

3.11 E essa mudança foi para melhor ou para pior?

	1. SIM	2. NÃO	3. MELHOR	4. PIOR	0. NÃO SE APLICA
a) Na sua saúde?					
b) No seu corpo?					
c) Na sua vida sexual?					
e) No seu relacionamento em geral com esposa/ companheira?					
f) No seu relacionamento em geral com a sua família?					
i) Na sua situação econômica?					
k) Alguma outra mudança? Qual?					

I 3. 1 AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA.

ANEXO 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ fui informado à respeito do projeto de pesquisa “ CONSEQÜÊNCIAS DA VASECTOMIA ENTRE HOMENS SUBMETIDOS À CIRURGIA EM CAMPINAS, SP”, que está sendo realizado no Ambulatório de Planejamento Familiar da Prefeitura Municipal de Campinas (APF-PCM).

Fui convidado a participar desse projeto cujos objetivos são descrever as características dos homens submetidos à vasectomia na rede pública de saúde do Município de Campinas, Estado de São Paulo, entre 1998 e 2004, e investigar a sua percepção quanto às conseqüências da esterilização em algumas áreas de sua vida, bem como as possíveis relações entre as circunstâncias em que foi realizada a cirurgia e essas conseqüências.

Explicaram-me que a minha participação consistirá em responder um formulário com perguntas sobre número de filhos, tempo de união conjugal, métodos para evitar filhos utilizados, renda familiar, entre outras. O formulário será identificado somente por um número e o meu nome nunca será divulgado quando forem apresentados os resultados da pesquisa².

Fui informado de que posso não aceitar participar do projeto, ou desistir da participação em qualquer momento, e que isto não interferirá no meu atendimento em qualquer serviço da rede pública de saúde de Campinas.

Qualquer dúvida que tiver poderei esclarecer diretamente com a pesquisadora Nádia Maria Marchi, através do telefone 3788-7176, diariamente, das 7:00 às 13 horas.

Este termo de consentimento foi lido comigo e decidi participar do projeto, de forma livre e esclarecida.

Data ____/____/____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

² Para os homens que participaram das entrevistas semi-estruturadas, o texto foi o seguinte: “explicaram-me que minha participação consistirá em uma entrevista, que será gravada, na qual me pedirão para falar sobre a minha experiência de ter sido vasectomizado. A fita será identificada apenas por um número e o meu nome nunca será divulgado quando forem apresentados os resultados da pesquisa”.

ANEXO 6
SEGMENTOS DE TEXTO DE DUAS
CATEGORIAS DE ANÁLISE