

A Esterilização Masculina: perfil e percepções de homens que optaram pela vasectomia¹

Camila de Carvalho Costa²

Resumo

O presente artigo está baseado na pesquisa desenvolvida em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do município de Betim/MG, que visou conhecer os motivos que impulsionaram homens a optarem pela vasectomia como método de contracepção em um programa de planejamento familiar do município em foco. Foi realizado um estudo quantitativo e qualitativo, através de pesquisa documental e verificou-se que as justificativas dos homens que optaram pela vasectomia perpassaram pelo fato de não quererem ter mais filhos, juntamente com a condição de saúde da companheira perante os métodos utilizados e riscos de uma nova gravidez.

Palavras chave

Planejamento familiar; Gênero; Saúde reprodutiva do homem.

Male sterilization: profile and perceptions of men who opted for vasectomy

Abstract

This article is based on a research conducted in a primary care unit to health in the city of Betim / MG, which aimed to know the reasons that drove men to opt for vasectomy as a method of contraception in a family planning program of the municipality in question . We performed a quantitative and qualitative study through documentary research and the justifications of men who opted for vasectomy, permeated by not wanting to have more children, along with the health condition of the partner before the methods and risks of a new pregnancy.

Keywords

Family planning; Gender; Reproductive health of man

Introdução

O planejamento familiar perpassa a história da saúde pública no Brasil, marcada por lutas e conquistas no âmbito dos direitos sociais. Regulamentado pela Lei nº 9.263/96, faz parte das ações da Atenção Primária à Saúde (APS), envolvendo ações preventivas e educativas com vistas à garantia de acesso igualitário a informações, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fertilidade. (BRASIL, 1996).

O público da atenção em planejamento familiar são homens, mulheres e casais, porém, o programa de planejamento familiar tende a ser voltado para as mulheres, uma vez que, historicamente, tem sido delegado a responsabilidade pelo cuidado com a reprodução e os métodos contraceptivos disponibilizados pelo Ministério da Saúde são, em sua maioria, destinados para as mulheres.

A esterilização masculina tem se tornado cada vez mais alvo da escolha de muitos casais, como método contraceptivo, apesar de todos os estereótipos em relação as causas e efeitos da vasectomia. Dentro deste contexto, as hipóteses levantadas para este estudo são as seguintes: i) alguns homens optam pela vasectomia no programa de planejamento familiar porque desejam compartilhar a responsabilidade pela contracepção com suas companheiras; ii) preocupação com aspectos econômicos e a criação dos filhos levam muitos homens a optarem pela realização da vasectomia e; iii) a experiência bem sucedida de outros homens com a esterilização cirúrgica pode ter encorajado os sujeitos da pesquisa a também procurarem pelo procedimento. A fim de fornecer elementos para responder tais indagações, este estudo tem por objetivo conhecer os motivos que impulsionam homens a optarem pela vasectomia (esterilização cirúrgica) como método de contracepção em um programa de planejamento familiar, no município de Betim.

Para tanto, fez-se preliminarmente uma síntese dos aspectos que, para o objetivo supramencionado, foram considerados mais relevantes na literatura. Dentre eles, destaca-se as questões teóricas e práticas relacionadas ao programa de planejamento familiar do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil; a saúde reprodutiva masculina e a esterilização cirúrgica como método contraceptivo no âmbito das relações de gênero.

Por meio da pesquisa de campo, de base qualitativa e quantitativa buscou-se traçar o perfil sociodemográfico e econômico dos sujeitos e analisar os motivos apontados para a escolha da vasectomia como método contraceptivo. A estatística descritiva foi empregada na fase quantitativa, considerando-se as seguintes variáveis do indivíduo entrevistado: estado civil, número de filhos, idade, escolaridade, profissão, tempo de relacionamento, o uso dos métodos contraceptivos e renda.

Para a técnica qualitativa utilizou-se a pesquisa documental, com as fichas de avaliação para método irreversível. Estas são registros de entrevistas realizadas com homens que procuraram atendimento no programa de planejamento familiar da Unidade de Atenção Primária à Saúde Alterosas I, entre abril de 2014 e abril de 2015. Foram selecionados os registros daqueles que, após os procedimentos padrões, optaram pela vasectomia e foram entrevistados pelo profissional do Serviço Social. É importante pontuar que a coleta de dados se limitou a UAPS Alterosas I, situada no município de Betim, Minas Gerais.

Por fim, cumpre esclarecer que o presente texto é parte da pesquisa sobre a esterilização masculina e planejamento familiar realizada na mesma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), desenvolvida para o Programa de Residência Multiprofissional à Saúde da Família da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e da Prefeitura Municipal de Betim.

Planejamento familiar no Brasil e saúde reprodutiva do homem

No Brasil, a trajetória do planejamento familiar, além de sofrer influências internacionais e de movimentos sociais, foi marcada por uma cultura religiosa, predominantemente católica, servindo, assim, a múltiplos interesses. As discussões sobre o planejamento familiar sempre estiveram articuladas ao que se entende por desenvolvimento, fato que influencia diretamente as políticas governamentais. (FERREIRA; COSTA; MELO, 2014)

Na década de 1960, o Brasil começou a se organizar para oferecer serviços de regulação da fecundidade, que eram realizadas através da Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), financiadas por entidades internacionais e de interesse claramente controlista. O objetivo era permitir o acesso das mulheres aos métodos contraceptivos, através de distribuição gratuita de pílula, sem garantia de acompanhamento médico (RODRIGUES, 1990).

Somente após a Conferência mundial de população de Bucareste, de 1974, o governo brasileiro passou a considerar o planejamento familiar como um direito das pessoas e dos casais (ALVES, 2006). Em 1975, com a criação do Programa Materno Infantil (PMI) no âmbito da assistência à mulher, houve a possibilidade de orientação sobre o planejamento familiar e, aquelas que possuíam um número elevado de filhos e apresentavam dificuldades para manter sua família, tinham acesso à orientação sobre o uso de contraceptivos. (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

Com a mobilização dos movimentos sociais e a redemocratização do país, o planejamento familiar passou a ser entendido como direito social, fazendo par-

te dos direitos reprodutivos. Outro marco histórico do planejamento familiar foi a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, sendo divulgado com uma nova e diferenciada abordagem baseada no conceito de atenção integral à saúde das mulheres. Buscava-se atender a mulher além do ciclo gravídico-puerperal.

O PAISM representou um grande avanço em relação à discussão anterior, pois assumiu uma postura de neutralidade diante dos objetivos natalistas e controlistas das políticas macroeconômicas do país. Ele representou, também, o compromisso do poder público com as questões de reprodução, apesar de ter dado pouca ênfase à responsabilidade masculina no processo de regulação da fecundidade (ALVES, 2006).

Segundo Rocha (1988), três forças sociais atuaram de maneira organizada na discussão do tema “planejamento familiar” na Constituinte: a Igreja Católica, representada pela Conferência Nacional de Bispos do Brasil (CNBB), as feministas, representadas pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), e as entidades privadas representadas pela BEMFAM. Conforme artigo 226, parágrafo 7º, da Constituição Federal Brasileira, o planejamento familiar deve ser fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável e deve ser entendido como “livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, sendo vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”. (BRASIL, 1988, p.112)

Em 12 de janeiro de 1996, foi promulgada a Lei no 9.263, que trata do planejamento familiar e estabelece penalidades no país. Esta se encontra em vigor até os dias de hoje e é a base legal para as ações de planejamento familiar desenvolvidas no SUS. Esta legislação assegura o planejamento familiar como direito de todo cidadão e, no seu artigo 3º, afirma que é “parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.” Prevê ainda, como atividades básicas:

- A assistência à concepção e contracepção;
- O atendimento pré-natal;
- A assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;
- O controle de doenças sexualmente transmissíveis;
- O controle e prevenção do câncer cervico-uterino, do câncer de mama e câncer de pênis. (BRASIL, 1996)

A saúde reprodutiva no Brasil, tradicionalmente, foi orientada pela política centrada exclusivamente na mulher, muito em função do seu papel como reprodutora. Com a criação do PAISM, na década de 80, essa política de saúde mais voltada para a mulher tomou uma nova direção ao propor um modelo de assistência integral. (GALASTRO; FONSECA, 2007)

Em 1994, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo - Egito teve um papel primordial voltado para a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, abandonando a ênfase na necessidade de limitar o crescimento populacional como forma de combater a pobreza e as desigualdades, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano. A CIPD levou em consideração, no debate sobre população e desenvolvimento, as questões sobre a mulher, as desigualdades de gênero, o meio ambiente e os Direitos Humanos. (BRASIL, 2010)

O conceito de saúde reprodutiva, apontado no relatório da CIPD de 1994, perpassa o conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), porém, de forma mais ampliada. De acordo com o conceito estabelecido nesta Conferência, a saúde reprodutiva pode ser entendida da seguinte forma:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e as suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que dêem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1994, p. 62)

Considerando todos estes aspectos, é possível argumentar que a atenção em saúde reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritária da atenção básica à saúde no SUS, por isso deve ser ofertada observando-se como princípio o respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. A cartilha “Di-

reitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais”, lançada em 2006 pelo Ministério da Saúde, traz como um dos direitos reprodutivos a possibilidade das “pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas.” (BRASIL, 2006).

O planejamento familiar constitui um meio essencial para a obtenção e realização dos direitos reprodutivos e a saúde reprodutiva. O planejamento familiar, quando conduzido de maneira adequada, assegura a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos, possibilitando que não haja imposição sobre o uso de métodos anticoncepcionais ou sobre o número de filhos tidos (BRASIL, 2006).

A vasectomia é um método cirúrgico simples e seguro, sendo uma das mais eficazes práticas de contracepção. Porém, “existe uma lacuna de conhecimento em relação à esterilização cirúrgica masculina no Brasil no que se refere às possíveis consequências da opção por esse método na vida dos homens que se submetem a cirurgia.” (MARCHI, et al, 2011, p.569)

Em 2009 foi instituída, pela Portaria nº 1.944, 27/08/09, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, cujo objetivo central é:

promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2009).

A presente política enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família. Ao propor melhorias nas condições de saúde da população masculina, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem incorpora um dos princípios doutrinários do SUS que é o da integralidade das ações. A tarefa de disponibilizar atendimento integral à saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres esbarra nas relações de gênero predominantes na dinâmica de poder que permeia as relações nos serviços de saúde e na elaboração das políticas públicas.

Planejamento familiar e as questões de gênero

O planejamento familiar está intimamente relacionado às relações de gênero, as quais envolvem aspectos históricos e culturais que são socialmente construídos. “Gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder.” (SCOTT, 1989, p. 21). Além do entendimento apresentado por Scott, outros autores também tecem considerações sobre este sistema de relações que permeiam a vida de homens e mulheres nos mais diferentes contextos. Nessa direção, gênero também pode ser entendido da seguinte maneira:

Compreende-se gênero como papeis, papéis, atributos e atitudes que definem o feminino e masculino em nossa sociedade. Embora não esteja escrita, essas regras são apreendidas e, por serem construídas pelos homens, podem ser remodeladas com a evolução social. O fato é que essas relações de gênero são desiguais e refletem-se nas leis, condutas profissionais e nas relações entre os seres humanos. (SAUTHIER; GOMES, 2011, p. 7)

Para Strey e Pulcherio (2010, p. 16), “o gênero é básico nas considerações sobre saúde, pois não se pode partir da ideia de que homens e mulheres são fundamentalmente diferentes entre si e que são coletivos homogêneos e perfeitamente diferenciáveis.” Segundo estes pesquisadores, os aspectos da saúde em homens e mulheres podem ser considerados distintos e específicos, como: esperança de vida, modo de adoecer e morrer, hábitos de vida, autopercepção da própria saúde, utilização dos serviços de saúde, etc.

Há uma tendência comum, em instituições de saúde, de eleger as mulheres como os principais alvos das ações relativas ao planejamento familiar. Uma vez que, historicamente, são elas que exercem a função de cuidadoras, restando para os homens o papel de coadjuvante nos cuidados, mas o de provedor financeiro da família (MOREIRA; ARAUJO, 2004).

A inclusão da figura masculina nas ações de saúde reprodutiva está implicitamente contemplada nos princípios do PAISM, mais amiúde, nas diretrizes que norteiam a integralidade da assistência preconizada para todas as pessoas atendidas pelo SUS. Entretanto, o que se verifica é a menção ao homem particularmente no que diz respeito à vasectomia, e somente quando a mulher encontra-se impedida de utilizar outros métodos de contraceptivos. Dessa forma, a exclusão do homem não prejudica apenas a integralidade do programa, mas

denuncia um caráter fortemente controlista. A necessidade de inserir o homem no campo da Saúde Reprodutiva foi pensada, entre outros fatores, a partir da pandemia de HIV na década de 1980 e aos crescentes índices de violência contra a mulher baseadas nas desigualdades de gênero.

Tendo em vista que a maioria dos métodos de anticoncepção são direcionados para as mulheres e, também, que predomina uma ausência da população masculina no Planejamento Familiar, cabe questionar quais os motivos levam o homem a participar ou não deste espaço que é fortemente pensado para a mulher. Para Ferreira, Costa e Melo (2014), dentre os fatores que explicam a ausência da figura masculina no planejamento familiar está um componente histórico e cultural, uma vez que o patriarcado aponta que ter filhos é um sinal de virilidade masculina.

Andrade e Silva (2009) afirmam que a prevalência de métodos de uso feminino e a escassa participação masculina na contracepção são fatores que contribuem com as relações de gênero desiguais. Aponta para o papel social desempenhado pelo homem em uma sociedade historicamente patriarcal, que impõe à mulher a responsabilidade pela contracepção.

No âmbito das relações de gênero, podem ocorrer negociações ou flexibilizações acerca das características dos modelos masculinos e femininos. Seja no nível do indivíduo, seja na esfera da sociedade, a cristalização de características tidas como exclusivas de um gênero pode tanto levar a uma não-legitimação da identidade de um gênero como suscitar transgressões de um gênero em busca de outro. (GOMES, 2008,p. 65)

As mudanças políticas macroeconômicas no Brasil têm provocado alterações no mercado de trabalho com consequências importantes para os homens, como baixos salários e desemprego. Estes são fatores que reforçam a indicação de que há necessidade de maior compreensão dos novos significados das relações entre homens e mulheres. (ARILHA, 1999) Conforme Trindade (1991), em diversas áreas da atividade humana, os pais são reconhecidos não só como efetivamente importantes para os filhos como também aptos para providenciar todos os cuidados necessários para o bem-estar, inclusive aqueles antigamente eram restritos exclusivamente as mães.

Portanto, a inclusão dos homens nos serviços de saúde não deve ser feita apenas como ponto de apoio para a promoção do bem-estar das mulheres. É preciso inseri-los na perspectiva da saúde reprodutiva. Neste sentido, Marchi defende o seguinte ponto de vista:

É necessário ter presente que não se trata de trocar a esterilização feminina pela masculina, mas de permitir às pessoas a escolha livre e informada de um método contraceptivo, o que implica dispor de todas as opções para homens e mulheres e não apenas de algumas. Nesse contexto, apresenta-se como importante a constituição de tais serviços, o entendimento das motivações, da perspectiva e das expectativas dos homens quanto à anticoncepção. (MAR-CHI et al, 2003,p1019)

Para propiciar a participação efetiva dos homens na contracepção, faz-se necessário proporcionar-lhes um processo educativo mais abrangente, voltado para a orientação em contracepção que discuta com eles mesmos as relações de gênero envolvidas nas decisões reprodutivas. Primeiramente, é necessário dar oportunidade de os homens se posicionarem como co-protagonistas do processo reprodutivo e de desmistificar os conceitos e preconceitos quanto à sua participação na anticoncepção. (MARCHI et al,2003)

Gomes (2008, , p. . 52) argumenta que “diante do fato de os cuidados serem mais vistos como femininos do que masculinos, faz-se necessário ampliar sua análise, articulando as dimensões de gênero...” Para tanto, a igualdade de gênero não está em se assumir funções masculinas, ideologicamente tidas por superiores. A igualdade está na valorização tanto do que é feminino quanto do que é masculino. (SAUTHIER; GOMES, 2011).

Resultados e análise

Perfis sociodemográfico e econômico

A amostra estudada inclui a análise dos dados disponíveis em 35 questionários, aplicados a homens que optaram pela vasectomia, no período de abril de 2014 a abril de 2015, na UIAPS Alterosas. A idade dos homens variou de 26 a 51 anos, sendo que, a média foi de 37 anos. De acordo com a legislação vigente (BRASIL, 1996), os indivíduos que buscam a esterilização voluntária precisam ter, no mínimo, 25 anos de idade. Este é um dos critérios para passar pelo procedimento, aliado a outros, como os riscos de saúde enfrentados pela mãe e pelo futuro conceito. As características sociodemográficas dos sujeitos da pesquisa estão apresentadas na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de usuários da UAPS Alterosas que buscaram vasectomia entre abril de 2014 a abril de 2015

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	Nº DE CASOS (%)
Escolaridade	
Ensino fundamental completo e incompleto	37% (13)
Ensino médio completo e incompleto	54% (19)
Não responderam	9% (3)
Estado civil	
Solteiro	9% (3)
casado/unido	82% (29)
Não responderam	9% (3)
Tempo de união	
De 1 ano a 5 anos	28% (10)
de 6 anos a 10 anos	28% (10)
de 11 anos á 20 anos	42% (22)
Não responderam	2% (3)
Número de filhos	
1 filho	4% (1)
2 filhos	54% (19)
3 filhos	20% (7)
4 filhos oumais de 4	22% (8)

Fonte: Dados coletados na ficha de avaliação para método irreversível, UAPS Alterosas, Betim 2016.

Os resultados mostraram, em relação ao grau de escolaridade, que 54% dos homens entrevistados na UAPS Alterosas, em busca de vasectomia, declararam ter segundo grau completo ou incompleto. Já 37% dos respondentes informaram ter somente o primeiro grau, completo ou incompleto. Dos formulários analisados, 9% não ofereceram informações acerca do nível de escolaridade que possuíam. Também

vale apontar que não houve registro de indivíduos analfabetos ou com ensino superior, o que sugere que o nível de escolaridade dos homens que procuraram o serviço no período investigado não pertencia a grupos educacionais situados nos extremos, ou seja, não havia nem analfabetos nem homens com escolaridade acima de 12 anos de estudo.

Como a educação é uma Proxy para o nível de renda e, também, para questões relacionadas a normas e valores, uma possível explicação para os resultados observados neste perfil pode estar no fato de que os homens mais escolarizados (ou seja, com 12 anos ou mais de estudo) tenham renda suficiente para arcar com o procedimento via sistema privado de saúde e que os homens sem escolaridade ou com baixo nível de escolaridade acreditem, ainda, que a vasectomia está relacionada com perda de virilidade – ideia que, por muito tempo, povoou o imaginário masculino.

Quanto à renda familiar, poucos homens declararam seus rendimentos mensais e acredita-se que subestimaram ou superestimaram seus rendimentos. Este é um aspecto comum na coleta de informações relativas à renda dos indivíduos, pois eles acreditam que podem ser eliminados ou incluídos no serviço que desejam em função da renda que declaram. Porém, as ocupações declaradas pelos respondentes podem ser utilizadas como uma Proxy de renda e uma verificação da veracidade da informação (pelo menos de maneira aproximada). Assim, é importante registrar que as profissões que compõem o perfil dos homens são todas de nível médio.

Em relação ao estado civil dos homens que procuraram a UAPS Alterosas, os resultados mostram que a maior parte se declarou casado ou unido (82% dos respondentes) e apenas 9% declararam como sendo solteiros. Entre aqueles que se declararam como casados ou unidos, 28% informaram ter entre 1 e 5 anos de união, o mesmo percentual (28%) foi verificado para aqueles que disserem ter de 6 a 10 anos de união e 42% relataram ter entre 11 e 20 anos de união. Apenas em 2% dos materiais analisados o dado relativo ao tempo de união não havia sido coletado. Segundo a legislação do Planejamento Familiar, o estado civil e o tempo de união não são critérios para a permissão da esterilização. Porém, a análise dos dados sugere que os homens incluídos no estudo casados ou em união há mais tempo são os que escolhem, em maior número, pela vasectomia como um método de controle da fecundidade. O fato dos homens que se declaram casados ou em união há mais tempo serem os que mais procuram vasectomia pode estar indicando que o número ideal de filhos já foi atingido. Ou seja, as famílias, independentemente do seu tamanho, não têm a intenção de ter filhos ou ter mais um filho.

Ademais, a existência de homens solteiros optando pela vasectomia pode indicar um problema na forma como a pergunta relativa à situação conjugal é feita.

Na verdade, os respondentes podem estar pensando no estado civil (que é o estado legal de um indivíduo em termos de união), e não na sua situação conjugal, que é o que de fato ele é (ou seja, um homem que vive maritalmente com uma mulher, mas não é legalmente casado, pode se declarar como solteiro, mesmo estando junto à companheira há muito tempo).

Adicionalmente, os resultados na Tabela 1 também mostram o número de filhos dos homens que procuraram a UAPS Alterosas para passar pelo processo de vasectomia e forneceram dados para a ficha de caracterização durante a entrevista com o profissional que o atendeu. O que se pode verificar, de acordo com os resultados, é que a maior parte, ou seja, 54% dos homens informaram ter dois filhos. Apenas 4% dos homens alegaram ter apenas um filho. Aqueles que disseram ter três e quatro filhos perfizeram 20% e 22%, respectivamente. É importante lembrar que o número de filhos é um dos critérios chave para que um homem obtenha autorização para realização da vasectomia, considerando ser esta um método terminal de controle de fecundidade. Como observado na literatura (BRASIL 1996), o homem ou a mulher que deseja se submeter a um processo de esterilização deve ter, pelo menos, dois filhos vivos para ser considerado para o procedimento. Evidentemente, como mencionado anteriormente, este critério não é o único e não é analisado de maneira isolada. Fatores como a idade do requerente e os riscos de saúde da mãe e da criança também são considerados na análise.

Um aspecto importante para a análise a ser desenvolvida diz respeito aos métodos contraceptivos utilizados pelos homens que responderam ao questionário na UAPS Alterosas. As informações atinentes a este aspecto estão dispostas na Tabela 2, apresentada a seguir.

Tabela 2 – Métodos contraceptivos usados por homens antes de optarem pela vasectomia UAPS Alterosas, 2014 a 2015.

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS UTILIZADOS ANTES DA VASECTOMIA	Nº DE CASOS (%)
Método de barreira	22% (7)
Método hormonais oral e injetável	31% (10)
Método de barreira e hormonal	39% (16)
Não usam nenhum método	8% (2)

Fonte: Dados coletados na ficha de avaliação para método irreversível, UAPS Alterosas, Betim 2016.

A respeito dos métodos contraceptivos utilizados pelos homens antes de optarem pela vasectomia, é possível observar, na Tabela 2, que a maior parte dos homens e mulheres, cuja opção se voltou para a vasectomia, utilizavam mais de um tipo de método antes dela. Conforme o Manual Técnico de Assistência em Planejamento Familiar do Ministério da Saúde (2002), os métodos de barreira são aqueles que colocam obstáculos mecânicos ou químicos à penetração dos espermatozoides no canal cervical. Os métodos de barreira disponíveis em nosso meio são: preservativos masculinos e femininos (também conhecidos por condons ou camisinhas), diafragma; espermaticidas químicos e o Dispositivo Intra Uterino (DIU). Já os métodos hormonais são aqueles feitos de hormônios semelhantes aos produzidos pelos ovários da mulher: pílulas anticoncepcional oral e injetável.

Os métodos contraceptivos de barreira foram a opção de 22% dos homens e mulheres antes da vasectomia. Os métodos hormonais, dentre os quais estão a pílula, aparece como o segundo mais utilizado. Uma explicação para este resultado pode estar no fato de que quem forneceu a informação foi o homem e não a mulher. Não é impossível que muitos companheiros não tivessem ciência que a companheira fazia uso da pílula. Outra explicação para o fato da pílula ter aparecido em segundo lugar pode estar no erro de memória do homem, dado que, por não ser ele que faz uso da pílula, acabe esquecendo de relatar. Apenas 8% dos homens que responderam o questionário informaram que não utilizam nenhum tipo de método contraceptivo.

A maioria dos respondentes (39%) informou que utiliza dois ou três tipos de métodos. As combinações de método que mais apareceram foram as que incluíam o preservativo masculino e a pílula e, também, a pílula com o Dispositivo Intrauterino (DIU).

Considerando que a maioria dos respondentes do questionário informou que utilizava algum tipo de método, é interessante saber por qual ou por quais motivos optaram, posteriormente, pela vasectomia. Por esta razão, o próximo item trata em particular da vasectomia, enfocando aspectos relativos ao conhecimento deste método e, também, questões atinentes à inclusão do homem na decisão pelo uso de contracepção.

A vasectomia: percepções e impressões masculinas

Conhecimento individual e compartilhado sobre vasectomia

A esterilização masculina consiste em um método cirúrgico eficiente, seguro e de baixa complexidade, porém há uma rejeição por parte dos homens quanto

ao procedimento, devido a preconceitos de que o método pode causar impotência sexual e perda da libido. Segundo Marchi et al. (2011), existe uma lacuna de conhecimento em relação à esterilização cirúrgica masculina. Esta lacuna está estreitamente vinculada à ideias equivocadas sobre as possíveis consequências que a opção por esse método pode ter na vida dos homens que se submetem à cirurgia. A desinformação a respeito dos resultados advindos de uma vasectomia perpassa, como mencionado acima, o imaginário dos homens no que diz respeito a masculinidade, virilidade e libido. Entretanto, em geral, quando perguntados se conheciam a vasectomia, os sujeitos da pesquisa responderam afirmativamente, que conheciam o método através de amigos que já haviam realizado o procedimento e, também, devido à participação no planejamento familiar oferecido no equipamento de saúde. Os extratos de falas apresentados a seguir ilustram um pouco este aspecto.

“Já tinha conhecimento do método através de amigos que já fizeram vasectomia.” (ENTREVISTADO 18)

“Já tinha conhecimento do método, mas conheceu melhor no planejamento familiar.” (ENTREVISTADO 30)

Diferentemente dos entrevistados anteriores, dois entrevistados informaram, ao longo da entrevista com a profissional de saúde, que haviam ficado sabendo da vasectomia por intermédio de um médico. Um deles, em particular, alegou que foi por meio de um médico do próprio “posto” de saúde que ficou ciente da existência do procedimento. A fala apresentada logo em seguida ilustra este ponto.

“Conheceu através do médico do posto de saúde.” (ENTREVISTADO 32)

Costuma-se dizer que os homens não cuidam muito de sua saúde ou quase não buscam os cuidados dos serviços de saúde. O cuidado de si e a valorização do corpo e da saúde não fazem parte do processo de socialização masculina, e, portanto, não fazem parte da construção da masculinidade. No âmbito das relações de gênero, é importante considerar que a masculinidade hegemônica geraria comportamentos danosos à saúde, acarretando risco de adocimento dos homens. Salienta ainda, que uma vez que o homem é visto como viril, forte e invulnerável, ao buscar o serviço de saúde preventivamente, ele poderia ser

associado à fraqueza, insegurança e medo, aproximando-se de representações do feminino. (ALMEIDA et al, 2011)

Acredita-se que na percepção masculina, falar sobre os problemas de saúde pode significar fragilidade e fraqueza. A experiência de outros homens que já passaram pela esterilização não ficou explícita na pesquisa como fonte de encorajamento para os homens que optaram pela vasectomia. Apenas um entrevistado explicitou que:

“Esposa passa mal com medicamentos e familiares informaram a eficácia da vasectomia.” (ENTREVISTADO 23)

O modelo de masculinidade traz a ideia de que o homem tem que ser forte e invulnerável, e assim acreditam que não necessitam de cuidados. Sendo assim, se o homem adota alguma medida de cuidado com sua saúde, pode demonstrar fragilidade. No imaginário social, isso pode desqualificá-lo como homem porque é a mulher que, em geral, é vista como quem tem fraquezas e fragilidades (GOMES, 2010). Este discurso aponta para a necessidade de desmistificar, entre os homens, a concepção de que o corpo masculino é simples, mecânico e que por isso, não precisa ser conhecido. Deve-se conhecê-lo para poder cuidar, tratar e viver com mais qualidade.

Considerando que todos os homens sujeitos da pesquisa afirmaram já terem conhecimento sobre a vasectomia, e mesmo assim apresentavam medos e preconceitos acerca dos efeitos do procedimento, faz-se necessário sensibilizar esse público para a importância do conhecimento do seu próprio corpo, a fim de prevenir doenças e promover a saúde dos homens de forma efetiva. Nesta ótica, o próximo tópico abordará a inclusão do homem na discussão da contracepção.

A inclusão do homem na discussão da contracepção

À medida que a mulher tem participado mais do mundo público, o homem vem sendo solicitado a participar do mundo familiar, ajudando a companhia nos trabalhos domésticos e no cuidado com os filhos. Dessa forma, um novo homem está emergindo, embora muito lentamente. Paralelo a seu lado racional e objetivo, surge um espaço no lado emocional, essencial no desempenho da vivência familiar. E, apesar de toda a dimensão biológica reprodutiva ser ainda encarada, fundamentalmente, como de âmbito feminino, percebemos que os homens desejam participar mais do planejamento familiar. A opção pela reprodução deve

ser uma atitude responsável e consciente e ainda partilhada pelo casal. Podemos verificar esta questão nos fragmentos abaixo:

“Não quer ter mais filhos e esposa não pode usar anticoncepcional e DIU.”
(ENTREVISTADO 3)

“Esposa corre risco de vida na gravidez.” (ENTREVISTADO 12)

“Esposa tem rejeição à pílula e não desejam ter mais filhos” (ENTREVISTADO 14)

“Esposa teve complicações na última gravidez” (ENTREVISTADO 21)

Nota-se então, que a interrupção de métodos hormonais está sempre ligada às queixas femininas de desconforto e mal-estar ocasionados por esses métodos. A este propósito, a preocupação com a saúde das parceiras é que levou a opção pela vasectomia. Evidentemente que a decisão pela vasectomia tem como base a certeza absoluta, do casal, de não querer mais filhos.

Acredita-se, também, que a participação dos homens no planejamento familiar se dá através de sua preocupação com as condições financeiras para cuidar da família. Essa preocupação é decorrente do papel que a sociedade atribui ao homem, como o principal provedor da família. As dificuldades econômicas são fatores que conspiram contra a família numerosa. O número ideal de filhos parece estar diretamente relacionado às metas e aos planos traçados pelo casal no que se refere à sobrevivência e segurança. Durante a pesquisa foi observado que os homens defenderam a opção pela vasectomia pelo número de filhos, como podemos verificar nos discursos que se seguem:

“Dois filhos são suficientes” (ENTREVISTADO 13)

“Não desejo ter mais filhos, o que tenho já é suficiente.” (ENTREVISTADO 10).

A realidade socioeconômica sugere famílias de pequeno porte, mais adequadas ao orçamento familiar e às atividades da mulher e do homem no mercado de trabalho. Sendo assim, a prática do planejamento familiar é benéfica para a família e para sociedade. Cabe ao Estado oferecer os meios e as informações

para homens e mulheres, assumi-lo de forma responsável na construção de uma família. (SAUTHIER; GOMES, 2011).

Os fragmentos da pesquisa nos apresentam que a responsabilidade do homem na contracepção chega quando os métodos contraceptivos femininos trazem desvantagens para a saúde da mulher, juntamente com o número de filhos associado às condições financeiras da família. Estas questões trazem a impressão de que os homens optam por esse método quando não há outra alternativa para o casal. Após a análise dos dados, o próximo item, abordará as considerações finais acerca da pesquisa.

Considerações finais

O estudo proporcionou uma breve reflexão acerca da construção do planejamento familiar no Brasil e sobre a saúde do homem, bem como sobre seus direitos sexuais e reprodutivos. No decorrer da pesquisa foi observado que a temática relacionada ao homem é ainda pouco explorada e com um número limitado de publicações recentes voltadas para a sua saúde. Acredita-se que este fato seja consequência da tardia publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem instituída no âmbito do SUS em agosto de 2009. E ainda, a questão da figura do homem não ser ligada às questões de saúde.

O envolvimento dos homens no controle da reprodução é pouco conhecido, uma vez que é a mulher a genitora e sua fecundidade é facilmente controlada em relação à do homem. Por ser ignorado o interesse dos homens em planejar suas famílias, a sociedade acaba perpetuando estereótipos sexuais. O conflito dessas tensões impulsiona homens e mulheres para uma nova situação existencial: a da redefinição dessas responsabilidades, que se dá a partir do compartilhamento.

Neste estudo observou-se que a opção pela vasectomia transcendia o conhecimento das características do método em si. Os casais optaram por ela porque desejavam um método eficaz, seguro, com os menores riscos possíveis. Ao mesmo tempo, referiram experiências negativas com outros métodos, sendo que boa parte deles foi considerada prejudicial à saúde das mulheres.

As relações de gênero podem ser observadas entre um modelo quase patriarcal, com o predomínio dos homens nas decisões da vida familiar, e um modelo ambíguo nas decisões reprodutivas, em que as mulheres haviam assumido a responsabilidade da anticoncepção até que, diante da inevitabilidade da esterilização, os homens consideraram que deveriam colaborar.

Neste contexto, é necessário discutir os papéis de gênero envolvidos nas decisões contraceptivas. Por um lado, evidencia-se que nessa área, os homens tendem a assumir responsabilidades apenas na medida em que se veem diante de não quererem ou não poderem ter mais filhos e já terem esgotado as tentativas de alcançar isto através do uso de método temporários, principalmente pelas mulheres, restando apenas a opção da esterilização. Por outro lado, parece que eles praticamente não vislumbraram formas de participar da regulação da fecundidade que não fosse no seu encerramento. Além disso, é possível observar que eles apenas intervêm efetivamente nas decisões reprodutivas quando acreditam que chegaram aos limites de suas capacidades como provedores.

Apesar da limitação observada, é possível alegar que, em geral, a análise do perfil sociodemográfico e econômico dos investigados revelou que os homens que optaram pela vasectomia estão casados e com um longo tempo de união. Este aspecto sugere que a probabilidade de desejo de reversão do método, por arrependimento do casal, seja mínima. Em outras palavras, o tempo de união pode ser um aspecto bastante relevante de ser considerado na orientação que os profissionais de saúde oferecem aos casais que procuram a vasectomia, já que, de acordo com a legislação, é importante desencorajar o uso de métodos terminais entre pessoas mais jovens ou com poucos filhos.

Compreende-se que, para uma assistência integral à saúde do homem na atenção primária a saúde, é essencial a adoção de ações preventivas que proporcionem uma conscientização da sociedade sobre a importância do cuidado com a sua saúde e, assim, desmistificar crenças e tabus pregados pelo modelo hegemônico de masculinidade. Porém, é fato que as políticas de saúde voltadas ao homem foram inexistentes durante anos, o que levou a não organização dos serviços de saúde para atender tal propósito. Outro entrave que vivenciamos é a resistência masculina na procura por assistência com vistas à saúde reprodutiva e sexual. Essas concepções são frutos da história da categorização do ser homem e do ser mulher. Assim, o grande desafio dos serviços de saúde, além de buscar a reorganização de suas ações visando à contemplação desse usuário, também remete à necessidade da criação de estratégias que façam os homens perceberem a necessidade de uma atenção integral a si.

Referências

ALMEIDA et al. *Concepções masculina sobre o cuidado com a saúde*. IN: TRINDADE, Zeide Araujo org. Masculinidade e praticas de saúde. Espirito Santo: GM Editora, 2011, cap.7, p. 129 - 147

ALVES, José Eustáquio Diniz. *As Políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006. 52p. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv31808.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2015.

ANDRADE, Érica da Conceição; SILVA, Leila Rangel da. *Planejamento Familiar: uma questão de escolha*. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiás, v.11, n.1, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/v11n1a11.htm>. Acesso em: 05 jul. 2015.

ARILHA, Margareth. *Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão*. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, cap. 24, p. 455 – 467.

BRASIL. Portaria n° 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União, Brasília, 30 ago. 2009.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Diário Oficial da União, Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 27 jul. 2015.

_____. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*, Brasília: Ministério da saúde, Caderno n°2, 2006, 52p.

_____. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p.

_____. *Assistência em planejamento familiar: manual técnico*. Ministério da Saúde, Secretaria de políticas de saúde, Área técnica da saúde da mulher. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 150 p.

_____. *Lei 9.263, 12 de janeiro de 1996*. Regulamenta o 7º, do art. 126 da Constituição federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providencias. Diário Oficial da União, Brasília, 15 jan. 1996.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; LUCENA, Maria de Fátima Gomes; SILVA, Ana Tereza de Medeiros. *O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos*. Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v. 34, n. 1, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080234200000100005&script=sci_arttext> Acesso em: 27 jun 2015.

FERREIRA, Rebeca Viana; COSTA, Mônica Rodrigues; MELO, Delaine Cavalcanti Santana. *Planejamento Familiar: gênero e significados*. Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 13, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/17277/12520>> Acesso em: 15 mai. 2015.

GALASTRO, Elizabeth Perez; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. *A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde*. Revista da Escola de Enfermagem, USP. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300016>. Acesso em: 08 jul. 2015.

GOMES, Romeu. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, 184p.

_____. *A Saúde do homem em foco*. São Paulo: UNESP, 2010, 92p.

MARCHI, Nádia Maria et al. *Opção pela Vasectomia e relações de gênero*. Caderno de Saúde pública, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000400024> Acesso em: 06 jul. 2015.

_____. *Consequências da Vasectomia: experiência de homens que se submeteram à cirurgia em Campinas (São Paulo), Brasil*. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.20, n.3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/04.pdf>. Acesso em: 04 de jul. de 2015

MOREIRA, Maria Helena Camargos; ARAUJO, José Newton Garcia de Araújo. *Planejamento Familiar: autonomia ou encargo feminino*. Psicologia em Estudo Maringá, v.9, n.3, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n3/v9n3a06>> Acesso em: 05 jul. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*. Plataforma de Cairo, 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>> Acesso em: 08 ago. 2015

RODRIGUES, Gilda de Castro. *Planejamento familiar*. São Paulo: Ática, 1990.

ROCHA, M. Isabel Baltar. *O parlamento e a questão demográfica: um estudo do debate sobre o controle danatalidade e planejamento familiar no Congresso Nacional*, Campinas, Texto Nepo 13, 1987.

SAUTHIER, Marta; GOMES, Maria da Luz Barbosa. *Gênero e planejamento familiar: abordagem ética sobre o compromisso profissional para a integração do homem*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília v.64,n.3,2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a08.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2015.

SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*. Tradução: Christine Rufino Dabat; Maria Betânia Ávila. Recife: SOS corpo, 1989. Disponível em: http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf. Acesso em: 15 jul. 2015.

STREY, Marlene Neves; PULCHERIO, Gilda. *As tramas de Gênero na saúde*. In: STREY, Marlene Neves; NOGUEIRA, Conceição; AZAMBUJA, Mariana Ruwer. *Gênero & Saúde: Diálogos Ibero-Brasileiros*. Porto Alegre: Edipucrs, 2010, cap. 1, p. 11 – 33

TRINDADE, Zeide Araujo. *As representações sociais da paternidade e da maternidade: implicações no processo de aconselhamento genético*. . 1991, 211p. Tese (doutorado) Faculdade de São Paulo, Institutuo de Psicologia, São Paulo, 1991.

Notas

- 1 A PUC Minas Gerais foi a instituição de fomento à pesquisa.
- 2 Assistente Social, especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Betim e Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e pós-graduada em gestão de pessoas pela Faculdade Pitágoras de Betim/MG.

Artigo recebido no mês de junho de 2016 e aceito para publicação em agosto de 2016.

