

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS
EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL**

ANA ELIZABETH LOLE DOS SANTOS

**MASCULINIDADES E SAÚDE REPRODUTIVA:
a experiência da vasectomia**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social do Departamento de Serviço Social de Niterói da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Titulação: Mestre em Política Social.

Orientadora: Profa Dra SUELY GOMES COSTA

**NITERÓI
2006**

ANA ELIZABETH LOLE DOS SANTOS

**MASCULINIDADES E SAÚDE REPRODUTIVA:
a experiência da vasectomia**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social do Departamento de Serviço Social de Niterói da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Titulação: Mestre em Política Social.

Aprovada em março de 2006.

BANCA EXAMINADORA

**Profa Dra Suely Gomes Costa
Universidade Federal Fluminense (UFF) – Orientadora**

**Profa Dra Carla Cristina Lima de Almeida
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)**

**Profa Dra Fabíola Rohden
Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ)**

**Profa Dra Rita de Cássia Santos Freitas
Universidade Federal Fluminense (UFF)**

**NITERÓI
2006**

Para Suely,
por ser minha referência profissional e de amizade.

Para Bira,
por transformar as minhas inseguranças em forças para seguir adiante.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por deixar que este sonho se realizasse.

À Suely Gomes Costa, minha orientadora, por ter sempre acreditado em mim, pelo estímulo, paciência e amizade. Você soube fazer desses anos de convivência – que não foram poucos – um período inesquecível. Seu carinho, seu apoio, suas orientações e sua amizade foram [são] valiosos e determinantes. Ah! Que seria de mim sem seu acervo bibliográfico!

À Carla Almeida e Fabíola Rohden pelas riquíssimas contribuições no exame de qualificação que possibilitaram a finalização deste trabalho.

À Rita Freitas, ou simplesmente Rita, por fazer-me acreditar que vale a pena lutar, sofrer e vencer. Pelas contribuições constantes e imensuráveis aos meus estudos.

À Cenira Duarte, pelas trocas sempre muito frutíferas, sempre com dedicação e amizade. Obrigada pelo samba, teatro, ... não seria a mesma sem essa contribuição.

Ao João Bôscio, pela amizade e apoio. *Adelante!*

À Lúcia e Skell, companheiras de sempre. O que seria de mim sem vocês!

Aos professores, funcionários e colegas do Curso de Mestrado, do NUTEG, do NPHPS e dos seminários de pesquisa pelas ricas contribuições.

À equipe do HUAP: Leila Guidoreni, Clóris Marfisa, Camila Pinto, Daguiomar Barbosa e outras pessoas que por lá estiveram durante o meu percurso de pesquisa. A vocês muito axé!

Aos sujeitos da pesquisa que, de uma forma muito especial, compartilharam comigo um pouco de suas histórias e, aos profissionais que dispuseram-se a estar falando um pouco mais sobre as práticas profissionais. Agradeço a disponibilidade e colaboração.

À minha família, que mesmo distante, me apoiou e me ajudou a enfrentar os desafios da vida. Amo vocês.

Ao Ubirajara Bento Marques, o Bira, por dividir comigo esses últimos instantes do meu trabalho, sempre com muito afeto, pelo enorme apoio em todos os momentos. Sua presença carinhosa fez com que tudo se tornasse mais leve. Você dividiu comigo as horas mais difíceis e também a vitória.

À Ana Paula Nascimento, pela amizade e paciência em transcrever minhas entrevistas. Obrigada por você, de forma muito carinhosa e amiga, amenizar meus estresses.

À Ana Paula Rangel, pela amizade, escuta e apoio, além das ricas contribuições para o meu trabalho.

À Vanessa Zampier, pela amizade, carinho e paciência. Obrigada amiga, por dividir comigo meus sonhos, anseios e estresses.

À Sandra Sampaio, por agüentar o meu estresse por tanto tempo. Obrigada por me lembrar que é preciso me alimentar e me divertir.

Ao Rafael Machado, pelo apoio e amizade. Obrigada por fazer que eu não desistisse de lutar pelos meus ideais.

Aos amigos, Alexandra, Ana Paula, Fernanda, Marcelo e Valquíria que desde a graduação estiveram ao meu lado. A vocês brindemos a amizade e o companheirismo.

Aos amigos, Adriana Caldeira, Ana Beatriz, Ana Cristina, Ingrid, Luis Felipe, Rachel, Simone Marques, que de uma forma muito singular (e divertida) compartilharam comigo alguns dos momentos de alegria, paixão e cansaço.

Ao CNPq, FAPERJ e a CAPES pelo financiamento da pesquisa, através de bolsa de iniciação científica e mestrado.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para que mais um sonho se realizasse.

SUPER-HOMEM – A CANÇÃO
(Gilberto Gil)

Um dia
Vivi a ilusão de que ser homem bastaria
Que o mundo masculino tudo me daria
Do que eu quisesse ter
Que nada
Minha porção mulher que até então se resguardara
É a porção melhor que trago em mim agora
E que me faz viver
Quem dera
Pudesse todo homem compreender
ó mãe quem dera
Ser o verão o apogeu da primavera
E só por ela ser
Quem sabe
O super-homem venha nos restituir a glória
Mudando como um deus o curso da história
Por causa da mulher

RESUMO

Esta dissertação se inscreve na linha de pesquisa Proteção Social e Processos Interventivos do Programa da Pós-graduação em Política Social/UFF. Examina relações de gênero nas práticas e representações sociais que organizam e generificam ações de políticas ou programas ligados à saúde reprodutiva. Tendo por foco as masculinidades, expõe observações centradas nas demandas de vasectomia manifestadas em salas de educação em saúde, no período de 2001 a 2003, em sessões conjuntas de homens e mulheres com vistas à garantia de direito a opção pela esterilização voluntária, uma das atividades de planejamento familiar do Hospital Universitário Antonio Pedro/UFF, em Niterói, RJ, nesse período. Destaca referências conceituais que têm feminilizado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lugar dessas ações, e discriminado os homens, numa abordagem qualitativa, com base em história oral. Entrevistas feitas com profissionais ampliaram elementos de avaliação de programas em desenvolvimento na esfera da saúde reprodutiva quanto ao alcance de direitos reprodutivos e sexuais; aquelas com homens vasectomizados, trouxeram informações sobre experiência pessoal e coletiva de esterilização masculina, confirmando que acessos a esses direitos estão associados às transformações de condutas e novas sociabilidades masculinas e femininas. Localiza a precariedade de estudos disponíveis e lacunas de conhecimento sobre este tema, indicando a relevância de seu aprofundamento em novos estudos.

Palavras-chave: relações de gênero, masculinidades, vasectomia, generificação da saúde reprodutiva.

ABSTRACT

This thesis is part of the research area of Social Protection and Interventive Process of the Post-Graduation Program of Social Policy/UFF. It analyses gender relations in practices and social representations that organize and 'genderize' some activities of policies or programs dealing with reproductive health. Focusing on masculinities, it displays observations centred on requests of vasectomy revealed in classes of health education, in the period from 2001 up to 2003, in joint sessions of men and women seeking to assure their rights to voluntary sterilization, one of the activities of family planning of the University Hospital Antonio Pedro/UFF, in Niteroi, during this period. It distinguishes conceptual references that have been feminizing the Integral Women's Health Assistance Program (PAISM), where those activities were being held, and bring up prejudice actions against men, in a qualitative approach based on oral history. Interviews made with professionals have increased the number of elements of evaluation of programs being developed on reproductive health in matters of reproductive and sexual rights. These interviews made with vasectomized men brought new information on personal and collective experience of masculine sterilization, confirming that the access to that kind of rights are well associated to changing behavior and new masculine and feminine sociabilities. It emphasizes the problems of previous researches and the gaps of knowledge regarding this issue, while showing the importance of making deeper studies.

Key-words: gender relations, masculinities, vasectomy, 'genderfication' of reproductive health

SUMÁRIO

RESUMO	07
ABSTRACT	08
INTRODUÇÃO	10
1 MASCULINIDADES E SAÚDE REPRODUTIVA	17
1.1 ESTUDOS DE GÊNERO, MASCULINIDADES E REPRODUÇÃO	20
1.1.1 A noção de heterogênero	29
1.2 REPRODUÇÃO: "ASSUNTO DE MULHER"	33
2 A EXPERIÊNCIA DA VASECTOMIA: ganhos e perdas	48
2.1 VASECTOMIA: UM POUCO DE SUA HISTÓRIA	48
2.2 VASECTOMIA: VANTAGENS ESPERADAS	53
2.3 VASECTOMIA: ALGUNS DILEMAS DA ESTERILIZAÇÃO DEFINITIVA	64
2.4 PRÁTICAS PRIVADAS DA ESFERA PÚBLICA	68
2.5 A TRANQUILIDADE CONQUISTADA	73
3 POLÍTICA DE SAÚDE REPRODUTIVA PARA QUEM?	76
3.1 LIMITES DA CIDADANIA	85
3.2 VASECTOMIA, RELAÇÕES DE GÊNERO E SILÊNCIOS QUE ENVOLVEM O MEDO MASCULINO DE ENGRAVIDAR	88
3.3 ENTRE APLICAÇÃO DA LEI E PRÁTICAS PROFISSIONAIS	92
3.4 CONSTRUÇÃO PROGRAMÁTICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA E AUSÊNCIA MASCULINA	95
3.5 SAÚDE REPRODUTIVA: UM DESAFIO PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	102
ANEXOS	109

INTRODUÇÃO

Esta dissertação teve como campo de observações salas de planejamento familiar do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP), em Niterói, RJ, no período de agosto de 2001 a julho de 2003¹, em ações de educação em saúde reprodutiva com participação de homens e mulheres, visando atender às exigências da regulamentação da esterilização voluntária no Brasil promulgada em 1999. Os estudos de mestrado examinaram experiências de saúde reprodutiva compreendidas entre os anos 1996 e 2005, nos municípios do Rio de Janeiro e de Niterói, trazidas pelos usuários dessas salas na época de regulação de procedimentos médicos decorrentes da Lei do Planejamento Familiar e da Portaria que a disciplina².

Das pesquisas desse período, como estagiária e bolsista de Iniciação Científica (IC) resultou meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)³ e o interesse em prosseguir estudos sobre a prática da vasectomia, seus significados quanto a mudanças e permanências comportamentais nas relações de gênero. Esta dissertação dá continuidade a essas pesquisas e amplia as reflexões iniciais sobre a vasectomia; enfoca dilemas das masculinidades diante da reprodução, da avaliação de políticas públicas no tocante à sexualização de programas e suas repercussões sobre o alcance de direitos sexuais e reprodutivos no atual modelo de saúde, em políticas diferenciadas por sexo, temas nem sempre associados entre si. Esta dissertação retoma as discussões sobre a inserção dos homens nas ações educativas em saúde reprodutiva na qual se evidenciara o medo masculino de engravidar e a emergência de novas relações de gênero, fenômenos ocultados pela centralidade assumida pelas laqueaduras no conjunto de

¹ Todavia, em poucas ocasiões o número de homens foi maior que mulheres nas salas como registrado em algumas fotos. (Anexo 1)

² Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal que trata do planejamento familiar estabelece penalidades e dá outras providências (Anexo 2); Portaria nº 41 de 11 de fevereiro de 1999, regula o art. 10 da Lei 9.263, de 12/01/1996, que trata da esterilização voluntária. (Anexo 3)

³ LOLE, Ana Elizabeth. *O medo de engravidar também é masculino*. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, UFF, Niterói. 2003.

estudos sobre a contracepção. Aspectos novos da divisão sexual do trabalho nem sempre são desvelados nos recortes usuais de temas sobre sexualidade e reprodução, daí a relevância de examinar o silêncio que cerca as demandas expressas pelos homens quanto à vasectomia e ao imaginário contido em práticas sociais e profissionais dos programas que os atendem. Do mesmo modo, esta dissertação quando toma a vasectomia como um marco de mudança da vida reprodutiva dos homens, traduz desafios pertinentes às ações de educação em saúde de programas voltados para os direitos reprodutivos. No percurso de minhas pesquisas, persistiram dificuldades de obter informações sobre decisões de vasectomia e inserção dos homens em programas de educação em saúde reprodutiva. A incipiência de estudos sobre esta questão foi um desafio a ser vencido permanentemente.

As disciplinas cursadas no primeiro semestre do curso (2003/2): Proteção Social no Brasil (Profa. Dra. Suely Gomes Costa), Estado, Sociedade e Cidadania (Prof. Dr. André Brandão) e Processos de Produção do Conhecimento (Prof. Dr. Ralph Ribeiro Mesquita) foram essenciais para o desenvolvimento de minha pesquisa. Os sistemas de proteção social no Brasil, como práticas de longa duração histórica, ajudaram a entender melhor as desigualdades de gênero, sobretudo, no que se refere ao distanciamento masculino dos assuntos da reprodução. Esse distanciamento, historicamente construído, levou a situar os espaços públicos e privados como sexualmente delimitados e a pensar as mudanças dessa tendência nos dias atuais, matéria de interesse para os que se ocupam de educação em saúde reprodutiva. Os estudos proporcionados pela disciplina “Estado, Sociedade e Cidadania” alargaram preocupações em torno dos direitos reprodutivos no Brasil. Mostraram os caminhos tortuosos percorridos por homens e mulheres, privados de direitos, em busca de cidadania. Com esse conjunto de contribuições, pude ampliar minhas referências sobre relações entre as esferas pública e privada na construção dos direitos reprodutivos como parte dos direitos sociais. A disciplina sobre práticas e representações sociais ajudou a pensar e a entender mais bem a força das idéias na produção cultural das desigualdades de gênero e as resistências às mudanças.

As disciplinas cursadas no segundo semestre (2004/1) do curso: Formulação, Implementação e Avaliação de Políticas Sociais (Profa. Dra. Lenaura de Vasconcelos C. Lobato), Cultura, Subjetividade e Identidades contemporâneas (Profa. Dra. Rita de Cássia S. Freitas) e Homocultura e Cidadania (Prof. Dr. João Bôsko Hora Góis) proporcionaram uma vasta revisão teórica e metodológica de análises usuais sobre Políticas Sociais. A disciplina “Formulação, Implementação e Avaliação de Políticas Sociais”; alargaram conhecimentos significativos sobre política pública, política social, o conceito de política e a crítica sobre

processos de formulação, implementação e avaliação de programas e projetos sociais. Foi um subsídio importante para pensar a avaliação qualitativa de programas de saúde quanto à sua sexualização. “Cultura, Subjetividade e Identidades contemporâneas” ajudou-me a pensar a formação das múltiplas identidades, sobretudo daquelas engendradas nas relações de gênero e diferenças sexuais. Os estudos sobre “Homocultura e Cidadania” contribuíram para essas análises, úteis nas abordagens das minorias, com vista às políticas sociais diferenciadas destinadas a minimizar mazelas da questão social, dando aos sujeitos/atores sociais condições de vivência da cidadania.

A disciplina Estudos Independentes: “Masculinidades, Gênero e Saúde” (Profa. Dra. Carla Cristina Lima de Almeida da UERJ) cursada no terceiro semestre do curso (2004/2) produziu aproximações mais íntimas com o tema da minha pesquisa: abordando o exame das masculinidades, tecnologias reprodutivas e identidades pude enfatizar o corpo como questão central dos estudos de gênero.

Numa primeira etapa de pesquisa, ampliamos os estudos exploratórios iniciais: foram levantados dados sobre masculinidades em produções recentes das ciências sociais e humanas e, também, sobre saúde e direitos reprodutivos e sexualidade. Foi de expressivo valor a consulta ao banco de teses da CAPES (www.capes.gov.br). A participação sistemática em congressos e eventos acadêmico-profissionais, com preparação e apresentação regular de comunicações sobre a pesquisa em desenvolvimento, na área de Saúde, Gênero e Sexualidade possibilitou o reconhecimento da relevância do tema diante de seu ineditismo, mas Também localizando evidentes lacunas de fontes de pesquisa. Destaco, em especial, a participação no “I Encontro Interseções de gêneros, raças/etnias, classes e gerações” e na concepção, promoção e coordenação de oficina no Workshop “Sexualidades e modos de vida – leituras do seriado *Sex and the City*”, ambos eventos do Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero (NUTEG), vinculados a questões teóricas e metodológicas pertinentes ao objeto de pesquisa.

Em seminários de pesquisa coordenados pela profa. Dra. Suely Gomes Costa destinados a seus orientandos, sucessivos aprofundamentos teóricos apoiaram as pesquisas em andamento, resultando estudos sobre usos da história oral, sobre escalas de análise histórica (macro e micro-história), sobre continuidades e rupturas de processos culturais e sociais, sobre dialética da curta e da longa duração, sobre a descrição densa e a crítica antropológica.

Os encontros e discussões do Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero (NUTEG) e Núcleo de Pesquisa Histórica sobre Proteção Social (NPHPS) foram importantes para a ampliação de conhecimentos de temas relacionados à sexualidade e às políticas sociais.

Os novos rumos da pesquisa foram traçados nesse conjunto de contribuições, levando-me a revisões da abordagem inicial, conferindo um novo desenho ao meu projeto de pesquisa.

Minhas reflexões ganharam muito com estudos sobre masculinidades associados aos de gênero que, a partir dos anos 90, passam a reorientar clássicas abordagens sobre sexualidade e reprodução. A essas contribuições intelectuais foi possível associar esse o processo de mudanças paradigmáticas na orientação de práticas de educação em saúde reprodutiva – vivenciadas na experiência do HUAP, cuja cobertura se estende a toda a região metropolitana revelando os problemas em que se debate o SUS. Homens de diferentes municípios dessa região acorrem ao HUAP, então credenciado para os procedimentos de esterilização masculina e feminina. Assim, essas salas se tornam um observatório regional das questões da concepção e da contracepção, expondo desejos comuns a homens e mulheres de controle de decisão sobre o tamanho da prole. Esta dissertação assim se constrói através de uma investigação de campo, portanto, próxima das práticas e representações sociais que organizam as relações de gênero e que generificam ações de políticas ou programas ligados à saúde reprodutiva.

Nessa experiência, aprendi que os problemas da saúde reprodutiva, por estarem relacionados à intimidade, são tratados com dificuldades por todos que se ocupam dela. Recebi porém um treinamento intensivo e extensivo para o trato dessas questões nas salas de planejamento familiar no HUAP durante dois anos (2001 a 2003). Organizadas em dois módulos desenvolvidos em duas terças feiras sucessivas, as reuniões semanais de grupos de homens e mulheres, de três horas em média, possibilitou-me ruma sistemática observação participante e registros de depoimentos de homens e mulheres sobre seus dilemas e escolhas no âmbito da reprodução. Dos depoimentos semanais de grupo, pudemos recolher informes diversos, tais como, representações sobre corpo, prazer, sexualidade, concepção e contracepção além de medos, segredos, pré-conceitos, dentre outras. Observação de experiências de planejamento familiar fora do HUAP, estudos sobre sexualidade e relações de gênero e algumas entrevistas com usuários/as e com o médico que os atendia no Ambulatório Urologista no próprio Hospital serviram de base á elaboração de meu trabalho de fim de curso. Em seguida, no mestrado, com novos estudos, adquiri maior segurança e estabeleci, com mais sistematização, novas referências de orientação para pesquisa junto a alguns interlocutores. Numa relação bem mais próxima, nas primeiras entrevistas, podia agora colocar minha preocupação com a entrevista, tantas vezes sentida como uma intrusão na privacidade do outro. Isso fez com que o diálogo se tornasse mais “leve”. Nas situações de entrevista, fui aprendendo que o processo de comunicação e a linguagem desenvolvida no

diálogo são partes importantes da criação de cultura e das trocas simbólicas a que se refere Bourdieu (2001). Por se tratar de uma pesquisa sobre a “intimidade” masculina, um assunto muito especial, tive que vencer, pouco a pouco, as inibições postas pela diferença de sexo, e aprender modos de criação de uma relação confortável entre entrevistadora e entrevistado, sobretudo da fala e da escuta, de um diálogo atento, sem constrangimentos, como indicado por Bourdieu:

“Tentar saber o que se faz quando se inicia uma relação de entrevista é em primeiro lugar tentar conhecer os efeitos que se podem produzir sem o saber por esta espécie de *intrusão* sempre um pouco arbitrária que está no princípio da troca [...] é tentar esclarecer o sentido que o pesquisado se faz da situação, da pesquisa em geral, da relação particular na qual ela se estabelece, dos fins que ela busca e explicar as razões que o levam a aceitar de participar da troca” (BOURDIEU, 1997, p.695).

Tive que compreender meus próprios limites, censuras, conceitos e preconceitos e do mesmo modo, reconhecê-los no entrevistado, única forma de atingir objetivos propostos de produção de conhecimento sobre a intimidade por esta via. As observações indicaram que homens de segmentos médios e populares dessa região metropolitana, irrigada de serviços de saúde, só procuram os serviços de saúde após ouvirem depoimentos de amigos, de vizinhos que já participaram dos grupos e fizeram a vasectomia. Percebe-se por parte dos serviços um grande silêncio sobre a vasectomia e, ao mesmo tempo, a formação de uma rede informal feita através de homens vasectomizados e candidatos à vasectomia; pude me valer dessas redes para chegar a alguns dos entrevistados. As entrevistas confirmaram que homens e mulheres, no decorrer de suas biografias, buscam o controle da prole, mesmo que de forma clandestina.

Com vista ao estudo da experiência da vasectomia na rede pública e privada, bastaram-me 06 (seis) entrevistas⁴, com homens selecionados segundo nível de renda: 2 (dois) de segmentos de classe média alta, 3 (três) de segmentos de classe média, 1(um) de camada popular e uma entrevista com um casal da camada popular, todos da região metropolitana do Rio de Janeiro. Esse critério resultou dos estudos exploratórios: os homens de renda mais elevada decidem pela vasectomia, assumindo escolhas e custos privados da intervenção, ao contrário de homens pobres que, sujeitos a regras do setor público, sobretudo, as filas de espera, tem seus acessos a um direito postergados, revelando a face desigual do social do atual modelo da saúde pública. Para todos, como acordado com eles, por se tratar de matéria íntima,

⁴ Perfil dos Entrevistados (Anexo 4) e Roteiro de entrevista (Anexo 5).

usarei pseudônimos para protegê-los com o anonimato⁵. Essas entrevistas foram realizadas em diferentes locais, em encontros sempre agendados. O perfil desses entrevistados segue no anexo 4.

Como resultado de estudos exploratórios, também interessou a esta pesquisa, examinar resistências de profissionais quanto à incorporação de homens às oficinas de planejamento familiar, em geral consagradas como “lugares de mulheres”, aferindo o peso das representações sociais nas orientações das práticas sociais e profissionais, bem como os distanciamentos em relação a novos conceitos e procedimentos metodológicos em saúde reprodutiva. Por isso, foram realizadas 08 (oito) entrevistas identificadas com profissionais ligados a programas de planejamento familiar também nessa região.

A vasectomia é parte da transformação de condutas masculinas na reprodução, e, nesse sentido, de um processo de longa duração histórica sobre lugares masculinos e femininos. Vincula-se a sociabilidades masculinas confirmadas na evidência das redes – lugares em que homens trocam desejos comuns e se apóiam mutuamente. A esterilização masculina na história do tempo presente só pode ser abordada através da micro-história; indicadores macro-analíticos não são suficientes para problematizar o que está por trás dela. É útil adotar a perspectiva antropológica de análise, ressaltando que o “[...] recurso à microanálise deve, em primeiro lugar, ser entendido como a expressão de um distanciamento do modelo comumente aceito, o de uma história social que desde a origem de inscreveu, explícita ou (cada vez mais) implicitamente, num espaço ‘macro’ [...]” (Revel, 1998, p.20).

Não foram localizados relatos escritos a respeito das experiências de vasectomia, daí a relevância das contribuições da história oral; elas situam questões da história do tempo presente, nem sempre, evidentes, mas que sugerem novos olhares sobre o passado. No caso, ações na esfera da saúde reprodutiva, mostram que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983, para vencer a tendência de reduzir a mulher à sua função reprodutora, confirmou essa função e chegou aos anos 90 e 2000 como um espaço eminentemente feminino.

Reconhecendo os limites da história oral, aprendi que da interlocução entre depoente e entrevistador nasce a possibilidade de localizar indícios de processos sociais ocultos: “[...] o historiador do tempo presente sabe o quanto sua objetividade é frágil, que seu papel não é o de uma chapa fotográfica que se contente em observar fatos, ele contribui para construí-los” (RÉMOND, 2001, p.208). As contribuições da história cultural, articuladas aos estudos da

⁵ Consentimento Informado (Anexo 6).

antropologia são úteis para pensar as práticas sociais e seus significados: “[...] Não existem objetos históricos fora das práticas, móveis, que os constituem, e por isso não há zonas de discurso ou de realidade definidas de uma vez por todas, delimitadas de maneira fixa e detectáveis em cada situação histórica [...]” (CHARTIER, 1985, p.78).

O primeiro capítulo “Masculinidades e saúde reprodutiva” conterà considerações sobre: a inserção dos homens na reprodução tomada, tradicionalmente, como lugar feminino; práticas e valores culturais que constroem ideários e identidades sexuais na esfera reprodutiva, como processos de longa duração a evidência de que a reprodução é um lugar partilhado pela maternidade e pela paternidade; sobre os rumos tomados pelo PAISM que, até 1996, reafirma a exclusão do masculino. O capítulo 2 “A experiência da vasectomia: ganhos e perdas” expressa a vivência dos homens entrevistados. A pretensão deste capítulo é registrar experiências individuais de esterilização no Rio de Janeiro e em Niterói, trazendo as perspectivas dos vasectomizados para um balanço preliminar de seus ganhos, de suas perdas quanto ao alcance de direitos sexuais e reprodutivos. Para finalizar, o capítulo 3 “Política de saúde reprodutiva para quem?”, com base no observatório do HUAP, enfocará dilemas da implementação de ações de saúde entre os anos 1996-2005, época da promulgação no Brasil da Lei do Planejamento Familiar (1996) e da implementação e da Portaria (1999) que regulamenta as cirurgias de esterilização voluntária. Espera, também, subsidiar esforços de avaliação da sexualização das práticas e das ações de educação em saúde reprodutiva, em relação ao alcance de direitos universais através de políticas diferenciadas por sexo. Nas considerações finais, a idéia é a de apresentar um balanço dos conhecimentos alcançados e de lacunas que permanecem, considerando a relevância deste estudo no campo da saúde reprodutiva na contemporaneidade.

Apesar dos esforços, é fundamental apontar que muitas coisas não estão ditas. É assim: sempre existirão coisas não ditas, até para serem ditas em outro momento.

1 MASCULINIDADES E SAÚDE REPRODUTIVA

Se a área de saúde reprodutiva vem sendo fortemente influenciada pelos deslocamentos dos estudos de mulheres para os de gêneros, aqueles acerca das masculinidades, relativamente recentes nesse campo, colocam muitas interrogações e dilemas: “A diferença percebida entre homens e mulheres faz parte do conjunto de temas centrais com base no qual cada sociedade se pensa a si mesma e propõe suas formas de organização social. [...]” (ROHDEN, 2001, p.11).

Compreender o processo de desconstrução do masculino como sexo dominante – um problema dos estudos de gênero – é perceber e reconhecer, frente às representações sociais, que essa área – a da saúde reprodutiva – é integrante da construção das relações de gênero. A forma de significar e estar no mundo varia conforme o sexo:

“A antropologia feminista vem examinando a masculinidade através das culturas, enfatizando as variações de comportamento e atributos associados ao que é ser homem. Margareth Mead (1935), já apontava para a variação entre culturas na prescrição dos papéis de gênero, demonstrando que a cultura era a causa mais decisiva das diferenças.” (GARCIA, 1998, p.36).

Estudos sobre masculinidades de Marlise Miriam de Matos Almeida (2001) auxiliam o exame de tendências intelectuais que presidem os estudos de saúde reprodutiva. Ao examinar o estado atual das questões sobre o masculino com relação aos estudos de gênero, a autora não desconsidera o argumento de que estudar o masculino é tão antigo como a própria ciência; duvida, porém, que esses estudos possam ser capazes de avançar sem considerar o que já foi acumulado pelos estudos de gênero, “quase sempre ligados à autoria feminina e feminista” (p.22).

Os estudos sobre masculinidades no Brasil, ao acompanharem referências relativas ao conceito de gênero, contribuem com a discussão da perspectiva relacional entre homens e

mulheres. Entretanto, a autora ao sublinhar a importância de seguir, mais de perto, o curso dos estudos de gênero, indica alguns distanciamentos. Para ela, cabe investigar “[...] o campo masculino como forma de compreensão mais ampliada da interferência e participação efetiva dos gêneros – sempre no plural – nas ações, comportamentos, idéias, afetos e instituições humanas [...]” (ALMEIDA, M, 2001, p.22). Todavia, nos estudos sobre masculinidades, tem prevalecido a noção de hegemonia masculina como questão central. Connell (1997) introduz a discussão dos conceitos de masculinidade hegemônica e masculinidade subordinada/subalterna. Para o autor, a masculinidade hegemônica é cambiante, “[...] la hegemonía es una relación históricamente móvil. Su flujo y reflujo constituyen elementos importantes del cuadro sobre la masculinidad que propongo” (CONNELL, 1997, p.40). Ele afirma que as masculinidades teriam três dimensões: as de poder, as de produção e as emocionais (cathexis). Marlise Almeida afirma que o conceito de hegemonia é desnecessário, pois: “[...] a dominação masculina ou o regime do patriarcado terminam por dissimular o caráter eminentemente relacional entre gêneros (com referência às mulheres)” (2001, p.27). Examinando os processos sociais intragêneros, essa autora mostra que o conceito de masculinidade hegemônica reflete aquilo que não mudou nos estudos de gênero, ou seja, aquilo que se mantém como dominante na própria masculinidade e que, nas palavras da autora, se expressa como: “[...] a supremacia da heterossexualidade sobre a homossexualidade, da raça sobre as outras raças, etc.” (ALMEIDA, M, 2001, p.27). Não podemos pensar diferente em relação ao gênero feminino, pois, encontramos, nas mesmas relações intragêneros, muitas formas de exercício de poder: mulheres brancas em relação às negras, heterossexuais em relação a homossexuais etc., semelhantes às relações de homens e homens a que a autora se refere.

As teorias sobre gênero reafirmam a perspectiva relacional, quer como categoria analítica, quer como processo social. O conceito de relações de gênero por ser capaz de captar a trama de relações sociais, situa um complexo processo de formação de identidades masculinas e femininas, bem como deslocamentos de papéis de um para outro sexo, tudo isso submetido a outras relações sociais e a muitos sistemas de poder e de dominação (classes, raças/etnias, gerações) e transformações historicamente sofridas por todas elas através dos mais distintos processos sociais. O tornar-se mulher e o tornar-se homem constituem obra dessas relações.

As lutas sociais sobre direitos reprodutivos surgem no cenário acadêmico embaladas pela crítica feminista dos anos 70, fundada na constatação das diferenças, visíveis na perspectiva comparativa, levando em conta as determinações culturais dos sexos, matéria

central da noção de gênero. O movimento feminista vislumbrou as relações de poder concebidas no convívio “entre homens e mulheres, na família, na cama, além da esfera pública em geral” (ARRUDA, 2000, p.113).

Compreender o processo de construção e desconstrução das relações homem/mulher nos leva a perceber a complexidade que traduz a realidade social e o processo de longa duração histórica que marca a formação de identidades masculina e feminina: “os estudos sobre as relações entre homens e mulheres trazem à baila cenas da intimidade, da vida cotidiana, associadas ou não a processos políticos” (COSTA, S.G., 2003, p.190).

O movimento feminista trouxe a discussão do mundo privado para a arena do público, identificando que a “[...] dimensão política das relações entre masculino/feminino está na noção de público, portanto, numa reflexão sobre o civil, o econômico e o próprio político, sem abstrair a importância do privado” (COSTA, S.G., 2003, p.190).

O cotidiano é extremamente rico para análise desses processos de longa duração histórica, principalmente quando nos deparamos com questões da sexualidade e da reprodução vivenciadas por homens e mulheres e por condutas que buscam romper com um destino traçado pela moral, e por representações do imaginário social. É neste sentido, que esse campo de pesquisa, por lidar com questões ocultas, micro-sociais, forja (re)formulações, esse trânsito entre o consagrado e o inovador, entre o público e o privado: “As representações em diferentes escalas não são projeções de realidades que se encontrariam por detrás delas, existem apenas outras vistas [...] o real está aquém delas” (REVEL, 1998).

Essas (re)formulações, todavia, são vistas com desconfiança, quando questionam modelos macro-sociais, interpretativos e normativos. Realimentam uma tendência conservadora na abordagem das políticas sociais, de inovações de práticas profissionais e de comportamentos fora de regras heterossexuais. Colocam a possibilidade de desmantelamento de normas e condutas tradicionais no campo da sexualidade e reprodução⁶.

Na primeira parte desta dissertação, a preocupação é de dar visibilidade às tendências teóricas que abarcam a questão das masculinidades, mas, numa experiência pessoal e profissional, enfocando vivências do masculino numa dada política social, a da área da saúde reprodutiva, sem se afastar da perspectiva relacional de gênero.

⁶ Giovanni Levi (1992) ao discursar sobre a micro-história coloca que: “[...] toda ação social é vista como o resultado de uma constante negociação, manipulação, escolhas e decisões do indivíduo, diante de uma realidade normativa que, embora difusa, não obstante oferece muitas possibilidades de interpretações e liberdades pessoais. [...]” (p.134).

1.1 ESTUDOS DE GÊNERO, MASCULINIDADES E REPRODUÇÃO

As relações de gênero não se limitam à natureza biológica de cada um dos sexos, mas são mediadas por processos e práticas culturais que nos fazem homens e mulheres, como afirma Nolasco (2001, p.96), “[...] não encontramos masculinidade nem feminilidade pura, seja no sentido biológico ou psicológico [...]”. Gênero, portanto, trata-se de uma percepção de mundo, de relações de dominação, dos conflitos entre os sexos, da definição de papéis, da divisão sexual do trabalho, entre outras relações que abarcam esse universo.

Sublinha Scott (1990, p.14) que gênero é “[...] um elemento constitutivo das relações sociais, baseado em diferenças percebidas entre os sexos, e, gênero é a maneira primordial que significa relações de poder”. A autora apresenta alguns elementos relacionados à construção do conceito de gênero: símbolos culturais, conceitos normativos, representação binária dos gêneros e a identidade subjetiva. Desta forma, falar do caráter relacional do gênero é dizer que os estudos sobre sujeitos concretos, masculinos-femininos, modo de evidenciar que não basta estudar mulheres, é preciso estudar as relações sociais entre os sujeitos e entre os objetos que suas existências sugerem.

A relação de gênero é construída tanto pelos sujeitos quanto pelos objetos. As salas de planejamento familiar são um dos lugares em que essas construções acontecem. Quando homens e mulheres discutem corpo, reprodução, sexualidade em suas vidas, as expressam através de representações e práticas conceptivas/contraceptivas que demarcam universos femininos e masculinos. Informam, ainda, as mais diversas questões sobre funções corporais, prazer e reprodução, métodos contraceptivos etc., que estão em costumes, em práticas sociais e nas experiências cotidianas, presentes no senso comum, normalizando comportamentos. Observamos isso em falas de usuários(as) do grupo de planejamento familiar: “A minha mãe me dizia que, sempre que a mulher transa com o homem deve depois tomar banho para não engravidar” (C., mulher, 31 anos), ou “Minha amiga disse que se o homem gozar dentro de mim, é só fazer xixi que sae tudo” (A. C., mulher, 22 anos); ou “Faço a tabelinha com a ducha”(M., mulher, 39 anos); ou “Quando as pessoas usam pílula por muito tempo, a tendência é delas acumularem dentro do útero” (R., mulher, 36 anos).

Cabe pensar, desse modo, essas práticas e representações sociais na construção de gênero para além dos aspectos biológicos e de uma percepção binária homem X mulher. A formulação social do que é “do homem” e “da mulher” gera condutas sociais que demarcam espaços e condutas e que orientam a formação de identidades masculinas e femininas, determinando qual deve ser a vivência de cada sexo nesta existência. Por outro lado, destaca a

problemática e as sanções que informam o cotidiano daqueles que ousam transcender ao socialmente estabelecido, matéria de importância para a análise das questões masculinas na reprodução biológica.

Os estudos gays e os estudos feministas trazem importantes contribuições para a ampliação dos estudos das masculinidades. Os estudos gays problematizam a heterossexualidade e, como os estudos feministas, a localizam nas relações de poder e dominação, repondo o problema da hegemonia.

A noção de masculinidade hegemônica admite que existe um modelo reconhecido como “padrão”, como “norma” e a possibilidade de transgredir esses modelos. A característica de virilidade impregna a de dominação, suposta como a que subordina mulheres e gays (sua feminilidade), acentuando o conceito de poder patriarcal:

“Hegemonia, então, sempre se refere a uma situação histórica, uma série de circunstâncias nas quais o poder é conquistado e consolidado. A construção da hegemonia não é um problema de puxar e empurrar entre os grupos estabelecidos, mas é parcialmente um problema de formação desses grupos. Entender os diferentes tipos de masculinidades demanda, acima de tudo, uma análise das práticas nas quais a hegemonia é constituída e contestada. Em suma, as técnicas políticas da ordem social e patriarcal”. (CARRIGAN et al, 1992, p. 94)⁷

Nessa crítica, esses autores ressaltam a necessidade de desconsiderar um modelo de hegemonia que seja fixo e dado, pois, é no processo de luta que as representações sociais vão se dando, se transformam e são assimiladas, referindo-se às masculinidades concorrentes.

A masculinidade hegemônica tem a heterossexualidade como modelo; conseqüentemente, a reprodução é heterossexual, algo que se verifica, cotidianamente, nas práticas sexuais, especialmente, nas decisões sobre contracepção. Para as tecnologias reprodutivas é indiferente o pressuposto da heterossexualidade, ele está dado nas células que manipulam, imanescentes à biologia; já masculinidades e relações de gênero são construções culturais. Reprodução na vida cotidiana permanece um problema de homens e mulheres, não excluindo relações homossexuais, lembrando a evidência de práticas homossexuais em casais heterossexuais e seu peso na proliferação da AIDS em mulheres casadas. Portanto, a questão

⁷ “‘Hegemony’, then, always refers to a historical situation, a set of circumstances in which power is won and held. The construction of hegemony is not a matter of pushing and pulling between ready-formed groupings but is partly a matter of the *formation* of those groupings. To understand the different kinds of masculinity demands, above all, an examination of the practices in which hegemony is constituted and contested – in short, the political techniques of the patriarchal social order.”

da heterossexualidade se desloca de diferentes modos de um sexo para outro, ensejando novas sociabilidades e mudanças de padrões comportamentais do âmbito da cultura:

“[...] É precisamente a propriedade da sociedade humana que isso transcende a determinação biológica. Transcender não é ignorar: A dimensão corporal requer uma presença dentro da prática social. Não como uma ‘base’, mas como um objeto da prática. A masculinidade investe no corpo. Reprodução é uma questão de estratégia. As relações sociais levam continuamente em conta o corpo e o processo biológico e interagem com eles. Atribua-se a ‘interagem’ seu sentido literal [...]”. (CARRIGAN et al, 1992, p.95)⁸

A construção tanto da hetero quanto da homossexualidade não é “natural”. De acordo com Weeks (2000, p.38), a sexualidade é um fenômeno cultural e histórico, pois: “[...] embora o corpo biológico seja o local da sexualidade, estabelecendo os limites daquilo que é sexualmente possível, a sexualidade é mais do que simplesmente o corpo. [...] A sexualidade tem tanto a ver com nossas crenças, ideologias e imaginações quanto com nosso corpo físico”.

Sabemos que o corpo é a questão central dos estudos de gênero, como também, é nele que se materializa a prática social. Mas, não podemos pensar o corpo como uma matriz dada, ele também é objeto da cultura. Por isso, as masculinidades “[...] são constituídas [...] dentro de uma estrutura de relações de gênero que possuem uma dinâmica histórica [...]” (CARRIGAN et al, 1992, p. 98)⁹.

Na sociedade ocidental, a identidade masculina centrada na heterossexualidade confirma o binarismo e a oposição dos sexos, algo que não é natural e sim cultural. O masculino e o feminino são construídos socialmente, como também, os valores atribuídos a eles. Para Gutterman (1994, p.221)¹⁰, “[...] é crucial lembrar que não são apenas normas culturais construídas socialmente, mas também valores atrelados àquelas normas”. Não dá para pensar em diferença de gênero sem considerar que os valores são construídos socialmente.

A diferença não necessariamente está no outro; a masculinidade e a feminilidade coexistem em uma mesma pessoa. A diferença é algo que está num mesmo sujeito. Para

⁸ “[...] It is precisely the property of human sociality that it transcends biological determination. To transcend is not to ignore: The bodily dimension remains a presence within the social practice. Not as a ‘base’, but as an *object of practice*. Masculinity invests the body. Reproduction is a question of strategies. Social relations continuously take account of the body and biological process and interact with them. ‘Interact’ should be given its full weight. [...]”.

⁹ “[...] Masculinities are constituted, [...] within a structure of gender relations that has a historical dynamic [...]”.

¹⁰ “[...] it is crucial to remember that not only are cultural norms socially constructed but so too are values attached to those norms”.

Gutterman (1994, p. 222)¹¹, essa diferença reside na contingência que permite compreender “[...] as ‘lutas/transformações individuais’ e a complexa identidade dos grupos sociais. Uma apreciação de contingência habilita uma apreciação de diferença [...]”. Quando lidamos melhor com a instabilidade dos nossos eus e do mundo e, não nos enclausuramos em uma dada identidade, temos mais condições de romper com esse processo de exclusão do outro, de negação.

Observamos que: “Las relaciones sexuales y afectivas están siendo redefinidas debido a los cambios en curso en las representaciones sobre sexualidad, sobre las relaciones hombre/mujer y, particularmente, por un giro en las sensibilidades masculinas [...]” (FULLER, 1997, p.153). Desta forma, percebemos que as masculinidades se constroem na relação, conforme o autor Miguel Vale de Almeida (1995, p.59):

“[...] a masculinidade não se constrói e reproduz apenas pela divisão do trabalho, pela socialização na família e escola ou pelas formas mais ou menos ritualizadas de sociabilidade e interação. O domínio das noções de pessoa, do corpo, das emoções e sentimentos e, em suma, do que constitui a dinâmica entre personalidade e regras culturais é uma área da experiência humana constitutiva de e constituída por categorias de gênero. [...]”

A transformação das masculinidades, assim, ocorre permeada pelas relações de gênero, em um processo de luta em que as representações de diversas masculinidades vão se dando, modificando e coexistindo juntamente com o modelo hegemônico.

O homem é educado para ser o profissional de sucesso, o provedor da família, com o desempenho sexual inquestionável, entre outros atributos. Nos anos 90, estudos voltados para as masculinidades trazem, também, a discussão da paternidade. O preconceito em relação aos cuidados com os filhos faz com que experiências em torno da paternidade e da partilha das responsabilidades na reprodução se construam em silêncio e de forma descontínua. Hamawi (1995, p.9), fala de questionamentos de homens sobre masculinidades:

“[...] a necessidade de nos mostrarmos sempre fortes e capazes; de limitarmos a expressão de nossos sentimentos; de vivermos quase que exclusivamente em campos competitivos; de funcionarmos como servidores da mulher; de sermos permanentemente provedores; de nos ocuparmos apenas de ‘coisas sérias’, como trabalho, política, etc.; e de perdermos o contato sensível com o que nos rodeia, filhos, amigos, natureza, estando proibidas entre os homens expressões tais como ‘fracassei’, ‘não sei’, ‘me equivoquei’, ‘não posso’”.

¹¹ “[...] ‘individual scrappiness’ and the complex identity of social groups. An appreciation of contingency enables an appreciation of difference. [...]”.

A crise do modelo masculino tradicional acima enunciado se manifesta em uma diversidade de problemas sociais. Podemos pensá-los ainda em questões como: gravidez na adolescência, assédio sexual no trabalho, abandono dos filhos e da família, violência doméstica e sexual, e a escassa participação nas questões dos problemas da saúde reprodutiva. Segundo Badinter (1993, p.20): “A crise da masculinidade eclodiu abertamente quando as mulheres norte-americanas, assim como na Europa pretenderam preencher outros espaços além da função de dona-de-casa”. A participação cada vez maior das mulheres no mercado de trabalho, o aumento de famílias chefiadas por mulheres (VILLELLA; BARBOSA, 1996) e a maior participação dos homens nos cuidados com os filhos levam à análise das responsabilidades reprodutivas.

A saúde reprodutiva – tradicionalmente abordada como um assunto da saúde da mulher – é um espaço de homens e mulheres na partilha de responsabilidades. Novos arranjos familiares estão modificando papéis e funções, tanto de homens como de mulheres. Nos campos econômico, político, social e cultural – lugares de crescente incorporação das mulheres – há urgência em compreender as práticas masculinas nas relações de gênero e pensar sobre modelos alternativos. Por outro lado, mesmo no final do século XX, a distinção entre esferas pública e privada separa lugares masculinos e femininos. Mas nesses lugares culturalmente demarcados, os papéis sociais dos sexos estão seguindo novos padrões comportamentais. As mulheres estão, em larga escala, na esfera pública – no mercado de trabalho – e os homens assumindo tarefas domésticas, na esfera privada. Essa mudança, embora perceptível, é difícil de ser processada, pois as relações de poder e dominação estão presentes nas sociabilidades que movem as relações de gênero. Segundo Bourdieu (1999), as relações de dominação são inevitáveis na vida social, fazem parte do processo instaurador que é classificação, que por si já é hierárquica: “O privilégio masculino [da dominação] é também uma cilada e encontra sua contrapartida na tensão e contenção permanentes, levadas por vezes ao absurdo, que impõe a todo o homem o dever de se afirmar, em toda e qualquer circunstância, sua virilidade” (p. 64).

O simbólico é parte da construção das subjetividades e dos gêneros, daí, a importância do estudo das representações sociais para as abordagens de relações de gênero. Os estudos e as discussões sobre homens e masculinidades pertencem ao campo das relações de gênero. As masculinidades são configurações dessas práticas, fazem parte de um processo e não de uma categoria estática e universal (CONNELL, 1997). Connell (1997) indica que a noção de masculinidade só surge no sistema de relações de gênero:

“En lugar de intentar definir la masculinidad como un objeto (un carácter de tipo natural, una conducta promedio, una norma), necesitamos centrarnos en los procesos y relaciones por medio de los cuales los hombres y mujeres llevan vidas imbuidas en el género. La masculinidad, si se puede definir brevemente, es al mismo tiempo la posición en las relaciones de género, las prácticas por las cuales los hombres e mujeres se comprometen con esa posición de género, y los efectos de estas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad y en la cultura”. (p. 35)

Concluindo,

“[...] Cualquier masculinidad, como una configuración de la práctica se ubica simultáneamente en varias estructuras de relación, que pueden estar siguiendo diferentes trayectorias históricas. Por consiguiente, la masculinidad, así como la femineidad, siempre está asociada a contradicciones internas y rupturas históricas”. (p. 37)

Homens e mulheres partilham valores culturais e constrangimentos de uma mesma sociedade, aprendem a respeito um do outro, estabelecendo uma visão de mundo compartilhada. Assim, “[...] considerar feminilidades e masculinidades como compartilhadas por homens e mulheres, como relacionais, aparece como uma perspectiva analítica mais frutífera e adequada que a idéia da existência de dois mundos – masculino e feminino – separados e distintos” (COSTA, R.G., 2001, p.27).

Tanto a saúde reprodutiva quanto os cuidados com os filhos têm sido considerados como responsabilidades femininas, ainda que alguns homens dividam as tarefas domésticas, cuidem dos filhos e partilhem responsabilidades referentes à saúde reprodutiva. Há muitos indícios de transformação em marcha das relações entre homens e mulheres, contribuindo para a promoção da equidade de gênero.

Rosely Gomes Costa (2001, p.48) destaca: “[...] Adotar uma perspectiva relacional – e, portanto, não identitária – de gênero, é considerar que gênero não refere-se unicamente a homens e mulheres, e que as associações homem-masculino e mulher-feminino não são óbvias”. Porém, muitos trabalhos sobre gênero são apontados como incapazes de compreender os sujeitos concretos em suas contingências. Como indica Kofes¹² (apud COSTA, R.G., 2001, p.48), quando se fala em gênero, mulher é uma categoria, entre outras, formulada pela distinção de sexo:

¹² KOFES, Suely. *Categorias analítica e empírica: gênero e mulher: disjunções, conjunções e mediações. Cadernos Pagu*, n. 1, São Paulo, Campinas, 1993

“As categorias ‘mulher’ e ‘homem’ recobrem, no meu entender, um campo de referência mais restrito que as categorias masculino e feminino, e as primeiras poderiam ser consideradas como partes das segundas. Desta forma, não haveria oposição, exclusão ou substituição (mulher e/ou gênero, gênero por mulher), mas gênero seria um instrumento que mapeia um campo específico de distinções, aquele cujos referentes falam da distinção sexual. Quer onde estão sujeitos concretos, substantivos, homens e mulheres, quer onde nem mesmo encontramos esses sujeitos.”

Mesmo relacionados à noção de gênero, os estudos de masculinidades não têm abandonado a idéia de heterossexualidade. Isso favorece a apartação da homossexualidade, com repercussões para a noção de integralidade na organização de programas voltados para a sexualidade. Esse modelo hetero recria a função reprodutiva, primordial para programas de saúde, com problemas conceituais a serem repensados considerando a formatação assumida pelas práticas de educação em saúde, estabelecendo novas exigências teóricas.

Diante de representações sociais que constroem diferentes sexualidades e que estão presentes nas inter-relações de gênero, é necessário que haja uma discussão que propicie a possibilidade de rever conceitos concernentes às práticas sexuais posta pela cultura. Segundo Guimarães (1996, p.109):

“A existência de representações sociais baseadas em juízos de valores diferenciais para homens e mulheres na cultura brasileira contribuiu para que determinados atributos morais fossem delegados à masculinidade e à feminilidade em nossa sociedade. Atributos esses erigidos sobre noções de dominação e submissão, atividade e passividade, que passaram a ser determinantes para a formação de variadas práticas sexuais no Brasil, principalmente se nos centralizarmos na questão masculina.”

O estudo das representações sociais é fundamental para pensar o ideário simbólico que a sexualidade masculina vem construindo. Com base na experiência em saúde reprodutiva desenvolvida no HUAP, localizei a relevância dos informes colhidos nas salas de planejamento familiar para o exame do imaginário sobre corpo e sexualidade, para a ampliação de estudos na esfera da sexualidade e da reprodução e, ainda, para orientar conteúdos didáticos sobre os assuntos da intimidade em salas de educação em saúde.

Várias tensões indicam as dificuldades ocasionadas pelo processo de des-feminilização da saúde reprodutiva, matéria acompanhada de duros embates. A saúde reprodutiva tem sido considerada de responsabilidade feminina. A incorporação de homens nestes assuntos e responsabilidades, caso da busca por vasectomia, rompe o código que define fronteiras de papéis femininos e masculinos no controle da reprodução. Nos últimos anos, o

crescente interesse dos homens pelos assuntos da sexualidade e reprodução, sobretudo, por aqueles da contracepção, tem exigido mudanças nas práticas tradicionais do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Para Costa, R.G. (2001, p.32):

“[...] O fato do PAISM ser um programa voltado especificamente às mulheres, sem que tenha sido criado um programa correspondente para os homens, contribui para afirmar a atribuição feminina das responsabilidades relativas à saúde reprodutiva, como a procura e uso de métodos anticoncepcionais, a procura e o tratamento para esterilidade, e os cuidados para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.”

As mulheres nas conferências do Cairo (1994) e Beijing (1995) insistem na convocação da partilha de responsabilidades dos homens na saúde reprodutiva, no intuito de promover uma equidade de gênero e de compartilhar questões referentes ao comportamento sexual e reprodutivo, respectivamente. Segundo Arilha¹³ (1999, apud COSTA, R.G., 2001, p.38):

“[...] o Programa de ação da Conferência do Cairo está pontilhado de exortações e recomendações para o aumento da responsabilidade masculina em relação à saúde reprodutiva e cuidado com os filhos. A autora encontrou o termo responsabilidade (e equivalentes) mencionado 199 vezes, associado principalmente aos homens, exortando-os a assumir maior responsabilidade em sua vida reprodutiva.”

A nossa realidade vem mostrando que, o principal obstáculo à implementação de uma política de saúde eficaz e que atenda a todos, segundo Arilha (1998, p.18) reside na “[...] tensão entre o constitucional direito à saúde para todos e a maneira como o governo federal compreende o papel do estado e vem dirigindo sua ação nesse campo [...]”. As políticas sociais são, porém, factíveis de resistir a mudanças; são conduzidas por seres humanos que as realizam e que estão culturalmente presos a normas e padrões que orientam suas práticas. Além disso, as ações de saúde vêm sendo insuficientes diante de demandas da população mais pobre, onde estão os maiores problemas da saúde reprodutiva. O restante da população, mal ou bem, paga e cobra pelos serviços que usa no setor privado – planos e seguros de saúde. Na crescente mercantilização da política social, direitos já conquistados são negados, reafirmando-se a negligência pública quanto ao imaginário dos serviços que destinam a reprodução ao feminino, caso do PAISM. Nele se dá a não garantia de acesso a homens e

¹³ ARILHA, M. *Masculinidades e gênero: discursos sobre responsabilidade na reprodução*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

mulheres a práticas de educação em saúde. Mesmo que inscrita em normas de serviços, a prática volta-se para o feminino. Ao mesmo tempo, conhece-se pouco do poder feminino no controle dessas práticas.

Desde a década de 80, o debate sobre o direito das mulheres decidirem sobre sua reprodução biológica situou, como competência do Estado, a oferta de condições para a assistência à contracepção. Em 1983, o PAISM começa a ser implementado, preconizando ações para além da contracepção e do pré-natal, próprias à assistência materno-infantil (FONSECA SOBRINHO, 1993). Esse programa foi resultado de lutas conduzidas pelos movimentos de feministas e, significou um grande avanço no que tange à saúde reprodutiva, bem como, à política social, confluindo para o enunciado do ideário da integralidade que embasaria as formulações em prol do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Isso nos leva a pensar as expectativas desse ideário e os acessos de homens e mulheres a direitos reprodutivos. Sendo a reprodução um problema de homens e mulheres, como a integralidade na reprodução foi incorporada pelo PAISM? Responder a isso não é tão fácil e simples. Essa participação pode significar não um sinal de maior igualdade nas responsabilidades reprodutivas, mas de afirmação do poder masculino numa área de exclusivo controle feminino, como indica José ¹⁴ na opção pela vasectomia:

“Eu decidi porque [...] já estava com a preocupação de dar conta de ser pai de 4 filhos. Nunca deixei de estar com eles, etc e tal. Achei que eu não poderia suportar mais um filho, não ia ter condição para a mesma atenção dada aos outros, para mais um filho. E um filho pode acontecer [...] eu não poderia decidir por ela, a morte [aborto] e etc. Então, eu quis ter esse poder de decidir por mim. Achei que era fundamental isso. [...]”.(José)

Fica patente nessa fala a contraposição de um poder masculino contra um poder feminino na decisão sobre o tamanho da prole. Essa participação pode reafirmar poderes masculinos tradicionais, como nos casos de opção pela vasectomia para gozo irrestrito da liberdade sexual fora do casamento ou de uma relação estável, sem risco de gravidez. Podemos observar essa questão no diálogo com Lázaro ¹⁵, um de nossos entrevistados:

“L.– E depois da vasectomia, você continuou usando [camisinha]?
Lázaro– Em casa não! Não tem necessidade [...].
L.– Então, extra tem necessidade?
Lázaro– Com certeza!!!”

¹⁴ José, 66 anos, classe média alta, realizou a vasectomia na década de 70. (ver perfil Anexo 4)

¹⁵ Lázaro, 32 anos, de camada popular, realizou a vasectomia em 2002. (ver perfil Anexo 4)

Um homem que usa camisinha ou que faça a vasectomia não significa, pois, que tenha estabelecido uma relação de gênero diferente da tradicional. Há, entretanto, exemplos de efetiva partilha de responsabilidades na reprodução, como em diversos relatos colhidos nas salas de planejamento familiar, com o sentido de reduzir o sofrimento de seguidas intervenções cirúrgicas, em casos de cesáreas e daqueles postos por laqueadura de trompas: “Quero a vasectomia para preservar minha esposa” (A., homem, 37 anos); “Não cortando fora, ta bom. O negócio é não ter filho” (E., homem, 37 anos).

A vasectomia pode ser considerada uma questão recente da saúde reprodutiva: tudo indica que a decisão dos homens a respeito é uma conduta contemporânea. É uma atitude que envolve uma nova concepção de homem? Qual o sentido dessa mudança? Este estudo não pretende responder a todas estas indagações, mas abrir espaço para que sejam problematizadas, ampliando o debate acerca do masculino na saúde reprodutiva. Os métodos contraceptivos por serem voltados para o corpo feminino têm anulado a participação dos homens nas escolhas contraceptivas; a vasectomia altera essa conduta. Que processos sociais vêm estimulando essa mudança?

Os sujeitos não existem em si, eles existem na relação, constituindo-se o tempo inteiro. Não podemos olhar um sujeito, falar de um sujeito (ou de um homem ou de uma mulher) simplesmente pela forma como ele está se apresentando ou sendo apresentado. As representações dos saberes estão ancoradas em sistemas culturais. As práticas e representações sociais estão ainda nas práticas profissionais. Nem sempre, os profissionais conseguem desconstruir os códigos que as movem. Isso está presente nas salas de planejamento familiar observadas; está na dificuldade de incorporar grupos mistos, está na concepção de saúde reprodutiva sem a perspectiva de identidades fluídas, está em formas de pensar que gênero é uma noção fornecida pela anatomia do corpo, e não das relações sociais.

1.1.1 A noção de heterogênero

Os deslocamentos das sexualidades são uma importante contribuição para esses debates. Tânia Navarro Swain propõe uma instigante análise em torno da categoria heterogênero, pensando esses deslocamentos: “A noção de heterogênero adotada por Ingraham leva-nos à equação: heterossexualidade/natural e gênero/cultural, ou seja, a prática da sexualidade ligada

ao sexo biológico remete à construção social, da mesma forma que os papéis sociais do feminino e masculino [...]” (INGRAHAM¹⁶, 1996 apud NAVARRO-SWAIN, 2001, p. 93).

Considerada natural a heterossexualidade, é preciso repensar as diversas sexualidades, incluindo, no campo das discussões, os indivíduos hetero e homossexuais. Jean Carabini¹⁷, sendo útil agregar a essas reflexões o conceito de *queer*¹⁸: “os indivíduos têm identidades múltiplas [...] que se manifestam pelas necessidades ou expressões diversas, segundo os contextos e os movimentos” (1996 apud NAVARRO-SWAIN, 2001, p. 94). A concordância com esta proposta leva-nos a novas referências no campo da saúde reprodutiva em fatos como: presença dos homens nas salas de planejamento familiar, busca pela vasectomia, acompanhamento no parto, entre outras obrigações, outrora, sempre femininas. Para Navarro-Swain (2001, p. 95), *queer* “[...] não é somente uma sexualidade alternativa, mas um caminho para exprimir os diferentes aspectos de uma pessoa, um espaço também, para a criação e a manutenção de uma polimorfia de um discurso que desafia e interroga a heterossexualidade”. Além da polimorfia dos discursos, existe a polimorfia das práticas sexuais: condutas heterossexuais, com muita freqüência, incluem práticas homossexuais. Isso nos leva a questionar a lógica heterossexual – dominante nos programas de saúde reprodutiva – a que se confere o estatuto de normalidade sexual e que também coloca problemas de saúde, como o da contaminação da AIDS nas mais diferentes circunstâncias.

A noção de *queer* tem a intenção de mostrar a questão da fronteira, de uma identidade que está marcada pela diferença (homossexual). A crítica possibilitada pela teoria *queer* é que o indivíduo não possui uma identidade estável; a identidade transita. O *queer* tenta romper com o binarismo na sexualidade (hetero e homossexualidade) e com as formas usuais de produzir discursos. Cabe nessa reflexão a contribuição de Louro (2001, p.548):

“[...] Desconstruir um discurso implicaria em minar, escavar, perturbar e subverter os termos que afirma e sobre os quais o próprio discurso se afirma. Desconstruir não significa destruir, como lembra Bárbara Johnson, mas ‘está

¹⁶ INGRAHAM, Chrys. The heterosexual imaginary: feminist sociology and theories of gender. In: SEIDMAN, Steven (Dir.) *Queer Theory/Sociology*. Cambridge, Mass.: Blackwell Publishers, 1996.

¹⁷ Trata-se de: CARABINI, Jean. A straight playing field or queering the pitch?: centring sexualith in social policy. *Feminist Review*, nº 54, Autumn, 1996.

¹⁸ O termo *queer* é utilizado como possibilidade de estranhamento; de romper fronteiras postas pelo binarismo na sexualidade. De acordo com LOURO (2004, p.7-8) *queer* é “[...] estranho, raro, esquisito. *Queer* é, também, o sujeito da sexualidade desviante – homossexuais, bissexuais, transexuais, travestis, drags. É o excêntrico que não deseja ser ‘integrado’ e muito menos ‘tolerado’. *Queer* é um jeito de pensar e de ser que não aspira o centro nem o quer como referência; um jeito de pensar e de ser que desafia as normas regulatórias da sociedade, que assume o desconforto da ambigüidade, do ‘entre lugares’, do indecidível. *Queer* é um corpo estranho, que incomoda, perturba, provoca e fascina.”

muito mais perto do significado original da palavra análise, que, etimologicamente, significa desfazer'. [...]"

Romper com o binarismo na sexualidade é um dos maiores desafios à participação conjunta de homens e de mulheres em grupos de planejamento familiar. Nem sempre os profissionais desse campo de atividade conseguem transformar a linguagem usual de designação do masculino e do feminino. Louro (2001) ao apresenta a importância de se trabalhar a educação sexual pautada na teoria *queer*, ajuda a pensar novas linguagens. De acordo com essa autora:

“[...] Uma pedagogia e um currículo queer estariam voltados para o processo de produção das diferenças e trabalhariam, centralmente, com a instabilidade e a precariedade de todas as identidades. Ao colocar em discussão as formas como o ‘outro’ é constituído, levariam a questionar as estreitas relações do eu com o outro. A diferença deixaria de estar lá fora, do outro lado, alheia ao sujeito, e seria compreendida como indispensável para a existência do próprio sujeito: ela estaria *dentro*, integrando e constituindo o eu. A diferença deixaria de estar ausente para estar presente: fazendo sentido, assombrando e desestabilizando o sujeito. [...]” (LOURO, 2001, p.550)

Ao contrário, a pedagogia que reafirma as oposições e que distingue “coisas” de homem das de mulher, acaba sempre referenciando a mulher como um parâmetro da discriminação e da opressão, e o homem como aquele que exerce poder. O conceito de gênero ao convergir para a noção *queer* sugere que a questão é desestabilizar a oposição entre masculino e feminino, ancorada na biologia.

Louro (2001), além de discutir a teoria *queer*, também propõe uma discussão sobre identidade. Segundo a autora,

“[...] O grande desafio não é apenas assumir que as posições de gênero e sexuais se multiplicaram e, então, que é impossível lidar com elas apoiadas em esquemas binários; mas também admitir que as fronteiras vêm sendo constantemente atravessadas e – o que é ainda mais complicado – que o lugar social no qual alguns sujeitos vivem é exatamente a fronteira”. (LOURO, 2001, p.542)

Fundamentada numa suposta “essência” feminina, a noção de maternagem traz impactos sobre a construção da idéia de homem "capaz" de cuidar de criança. Exige que antes se crie o homem sensível, como se o cuidar tivesse que seguir os parâmetros conformados nas características do feminino.

Assim, recorrer à contribuição intelectual sobre a questão *queer* amplia discussões que vão além da inserção do masculino na saúde reprodutiva. Suas considerações e referências quanto às práticas que envolvem o campo sexual e reprodutivo e as pedagogias que lhe são inerentes garantem uma maior apreensão desse processo de mudanças que vem dando o tom das novas configurações masculino/feminino.

Vale lembrar que os sujeitos são construções sociais e culturais e é através dos corpos que “os processos de afirmação ou transgressão das normas regulatórias se realizam e se expressam [...]” (LOURO, 2004, p.83). Para exemplificar que as performances são inventadas e reinventadas de acordo com a cultura, utilizamos essa passagem de Louro, onde a autora descreve a figura de uma drag-queen para apresentar que todos buscamos formas para afirmar ou reafirmar nossa identidade:

“[...] Sua figura estranha e insólita [da drag-queen] ajuda a lembrar que as formas como nos apresentamos como sujeitos de gênero e de sexualidade são, sempre, formas inventadas e sancionadas pelas circunstâncias culturais em que vivemos. Os corpos considerados ‘normais’ e ‘comuns’ são, também, produzidos através de uma série de artefatos, acessórios, gestos e atitudes que uma sociedade arbitrariamente estabeleceu como adequados e legítimos. Nós também nos valem de artifícios e de signos para nos apresentarmos, para dizer quem somos e dizer quem são os outros.” (LOURO, 2004, p.87)

A participação dos homens na saúde reprodutiva precisa ser relativizada. Os homens que buscam a vasectomia talvez não escolham livremente essa opção; eles podem se ver movidos por muitas razões; podem atribuir a esse deslocamento vários significados. Eles podem ver essa transformação permeada pelas marcas de classe, de raça, de poder ou por outras circunstâncias. Essa transformação talvez possa se caracterizar como equidade de gênero ou pode se constituir em reafirmação da masculinidade e/ou do poder.

De um modo ou de outro, esses homens escapam da “normalidade”. Transgridem o padrão social e culturalmente firmado como de homem e de mulher. Ousam o encontro com o estranho. Podem encontrar nova direção ou se lançarem em novas buscas.

Pensar o momento da tomada de decisão pela vasectomia como o momento que os homens se encontram na fronteira; fronteira esta como “lugar de relação, região de encontro, cruzamento e confronto” (LOURO, 2004). Esse momento põe em “cheque” a concepção de masculinidade (hegemônica). Novas atribuições e perspectivas são inseridas no “mundo” masculino. A transgressão desafia padrões e normas fixas, desafia o sujeito reconhecer que a masculinidade é mutável, pois a identidade é cambiante. Louro (2004, p.82) também coloca

que as “[...] marcas de gênero e sexualidade, significadas e nomeadas no contexto de uma cultura, são também cambiantes e provisórias, e estão, indubitavelmente, envolvidas em relações de poder [...]”.

Essas mudanças indicam que a fronteira pode ser visitada e revisitada a qualquer momento. Desta forma, o modelo de masculinidade hegemônica vem sendo contestado e reconstruído. Ao desafiar os padrões estabelecidos vêm as exigências de políticas eficazes no campo da saúde reprodutiva; política voltada para homens e mulheres.

1.2 REPRODUÇÃO: “ASSUNTO DE MULHER”

Práticas e representações sociais na esfera da reprodução expressam lugares femininos e masculinos que também ajudam a pensar e a entender melhor a produção cultural das desigualdades de gênero e as resistências às mudanças. As representações sociais sobre o feminino nos rumos das práticas sociais e profissionais permitem destacar a importância dos estudos sobre relações de gênero no campo da saúde reprodutiva¹⁹. Abric (1998, p.27) diz que: “[...] A identificação da ‘visão de mundo’ que os indivíduos ou os grupos têm e utilizam para agir e para tomar posição, é indispensável para compreender a dinâmica das interações sociais e clarificar os determinantes das práticas sociais”. Para Berger e Luckmann (1985), existe uma realidade e, esta realidade é extra-vontade do sujeito, quer dizer, existe antes dele e fora de sua vontade. Há um conhecimento que nasce a partir desta realidade. Os autores ressaltam a existência do real e do simbólico; o real existe independente da vontade do sujeito, mas o registro do simbólico é o registro das significações: “[...] O que é ‘real’ para um monge tibetano pode não ser ‘real’ para um homem de negócios americano [...]” (1985, p.13). As representações do masculino e do feminino constroem-se de acordo com a realidade em que os sujeitos estão inseridos; vão construindo e inventando formas de olhar a realidade cada qual com suas especificidades, com suas diferenças.

A ausência masculina nos assuntos da reprodução e o quanto isso é familiar aos profissionais de saúde, nos reporta a noção de estranhamento nos assuntos da reprodução.

¹⁹ Representações sociais são descritas, segundo Falcon (2000), a partir das noções de diferença e identidade. Nas palavras do autor: “[...] Assim como a diferença, a *representação* é um conceito-chave do discurso histórico; como a *identidade*, é o conceito que define a natureza mesma desse discurso. Em outras palavras, no primeiro caso, *representação* indica uma característica do discurso histórico – sua dimensão ou função cognitiva – constituindo, assim, um conceito teórico-metodológico, isto é, epistemológico. No segundo caso, *representação* aponta para o caráter textual e para a dimensão lingüística do discurso histórico, constituindo-se, então, num conceito ou numa questão narrativa e/ou hermenêutica” (p.41).

Ginzburg²⁰ (apud COSTA, S.G., 2004, p.49) diz que a distância cultural é fecunda intelectualmente. Pensar as práticas reprodutivas como rito de mulheres é apartar os homens desse território e reafirmar a reprodução como assunto de mulher. Suely Gomes Costa (2004, p.55) fala dessa distância e de sua contribuição para novos olhares: “[...] Estranhamentos e constrangimentos impõem novas práticas e contribuem para redefinir relações entre as esferas pública e privada; a intimidade das casas se transforma [...]”. A possibilidade de estranhamento do familiar nos faz perceber a realidade em diferentes perspectivas. Berger e Luckmann (1985) afirmam que a expressividade humana é capaz de objetivações, e este é um elemento essencial da realidade da vida cotidiana, pois expressa a importância para a significação. Dialética entre linguagem e experiência humana mostra a forma pela qual as práticas, por exemplo, se transformam em leis (THOMPSON, 1998). A linguagem é um importante sistema de sinais a ser mais bem conhecido, pois: “[...] A vida cotidiana é, sobretudo, a vida com a linguagem, e por meio dela, de que participo com meus semelhantes. A compreensão da linguagem é por isso essencial para minha compreensão da realidade da vida cotidiana” (BERGER E LUCKMANN, 1985, p.57).

A linguagem transcende a realidade cotidiana, atualiza pontos, é capaz de acumular significados no tempo, integrando diferentes zonas da vida cotidiana. Berger e Luckmann (1986, p.57) afirmam que: “[...] a linguagem é capaz de se tornar o repositório objetivo de vastas acumulações de significados e experiências, que pode então preservar no tempo e transmitir às gerações seguintes”.

Partindo do pressuposto de que a realidade é construída socialmente, podemos considerar a realidade como universo de homens e mulheres em suas muitas contingências. Tal construção é diferente em cada região, em cada cultura, em cada tempo. As representações acerca das práticas contraceptivas e da forma como esses sujeitos – pessoas comuns – apreendem as práticas que lhes são “destinadas” mostram o senso comum como fator decisivo na naturalização dos papéis femininos e masculinos na reprodução, questão central para o exame de propostas de educação em saúde, uma vez que as práticas profissionais também incorporam a noção de que os assuntos da reprodução são partilhados, diferentemente, por homens e mulheres. As práticas de educação em saúde reprodutiva, na prevenção de DST’s/AIDS e na contracepção, vêm-se por isso, diante de novos desafios. Para COSTA, S.G. (2001b, p.113-114):

²⁰ GINZBURG, Carlo. *Olhos de madeira: nove reflexões sobre a distância*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

“[...] as práticas sociais da saúde são partes integrantes das de proteção social. A noção de gênero nos estudos da proteção social e da saúde tem um papel central no desvendamento do modo pelo qual os conhecimentos e as práticas produzidos nessas áreas estão referidos à produção social do feminino e do masculino e às relações de poder aí engendradas.”

Essa percepção tem deslocado clássicos conteúdos da experiência brasileira de planejamento familiar com relação às ações de educação em saúde, centradas nas mulheres, para reconhecer os homens como partes da mesma questão. O padrão conceitual que afirma a reprodução como assunto de mulher, na saúde se apóia na concepção biológica dos sexos que também organiza o conceito de saúde-doença: “[...] a doença, além de ser um fato biológico, é uma realidade construída tanto historicamente, como dentro da expressão simbólica coletiva e individual do sujeito [...]” (MINAYO, 1997, p.32). Acresce que programas de educação em saúde, nesse corte biológico, têm reafirmado lugares masculinos e femininos ou ainda, não os distingue quando adotam conceitos universais que fala de “homens” como sinônimo de “ser humano” ou de “espécie humana”:

“O pesquisador precisa acreditar que os homens são capazes de lhe fornecer informações que ele não pode obter de outra forma, mas por mais que se esforce para evitar a objetivação do sujeito na pesquisa empírica, usando técnicas participativas, o pesquisador está sempre trabalhando o homem como sujeito-objeto, pois os meios de deter informação exercem influência sobre o sujeito que a fornece, mas não pode deixar de retificar metodologicamente esse sujeito na pesquisa empírica, para conhecer o que pensa, sente e faz.” (SAWAIA, 1993, p.73-74)

As representações sociais da reprodução estão na vida cotidiana, elas “[...] nos guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva” (JODELET, 2001, p.17).

As representações sociais presentes nas práticas de educação em saúde, são assim “[...] uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e compartilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social [...]” (JODELET, 2001, p.22) por usuários e profissionais. Essas representações estão em “informações, imagens, crenças, valores, opiniões, elementos culturais, ideológicos etc” (JODELET, 2001, p.38) que circulam nas práticas deste campo.

Essas representações organizam o imaginário coletivo e as práticas sociais, conformando relações entre o masculino e o feminino e muito dos conteúdos dos programas

de educação em saúde. Trabalhar com esta questão é enfrentar desafios postos por conhecimentos impregnados de códigos morais e de preconceitos. As representações sociais sobre o corpo, prazer, sexualidade e reprodução atravessam séculos de história humana. Autorizam e desautorizam condutas, atualizam medos, culpas, criam mitos e estigmas.

Estudos sobre práticas e representações sociais nos levam a observar o distanciamento com que os profissionais, que se ocupam da área de saúde reprodutiva, têm lidado com a noção de que as relações de sexo são relações sociais. Mudar essa tendência nos dias atuais tem dependido de vencer resistências quanto às referências produzidas pela noção de gênero. As análises mais recentes do PAISM voltadas para essas relações têm mudado esse distanciamento; nelas, a reprodução vai deixando de ser um assunto exclusivo das mulheres²¹.

O PAISM ou PAISMCA (CA de Criança e Adolescente) se desenvolve a partir do início dos anos 80, por iniciativa dos movimentos feministas. Segundo Fonseca Sobrinho (1993, p.161), a questão da saúde passou a compor a agenda das discussões do movimento e, com isto: “[...] surgiram reflexões, estudos e pesquisas sobre o aborto, a maternidade, a sexualidade, o corpo [...], o atendimento médico, e também sobre planejamento familiar, controle da natalidade, métodos contraceptivos”. Instituído pelo Ministério da Saúde, o programa, já na sua origem, mesmo que concebido com a visão de saúde integral, voltou-se, na sua experiência histórica, para as práticas reprodutivas. Geralmente os estudos sobre o programa afirmam que, através dele, pretendeu-se, principalmente, neutralizar práticas controlistas da política demográfica desenvolvida sob a ditadura militar de 64 exercidas sobre as mulheres. Examinando o documento final do PAISM, todavia o autor Fonseca Sobrinho (1993, p.175-176) indica que ele não apresenta:

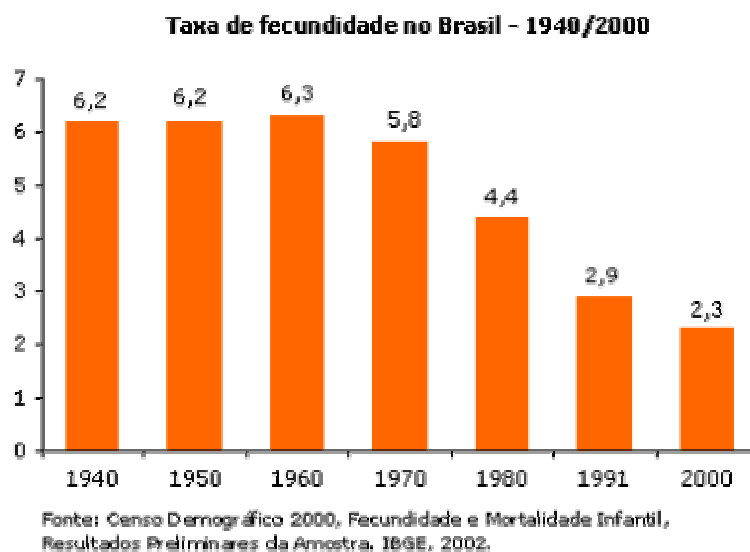
“[...] uma única razão ou motivação demográfica que justificasse a implantação de um programa de planejamento familiar [...] não toca no assunto [...] e fala na ‘regulação da fertilidade’ como um direito fundamental da pessoa, uma simples parte componente de um direito maior, o da assistência à saúde”.

Entretanto, diante do processo de urbanização acelerado dos anos 70, nas diversas regiões do país, as mulheres, pela incorporação crescente de sua força de trabalho, viram-se às voltas com necessidades efetivas por esterilização ou por métodos contraceptivos. Nas saídas para o mercado de trabalho, elas passam a expressar coletivamente o desejo de não engravidar. Isso se traduz nas taxas de esterilização feminina, acentuadas entre os anos 70 e

²¹ Ver COSTA, S.G. (1999;2002), CORRÊA (1993;1999), ROHDEN (2001).

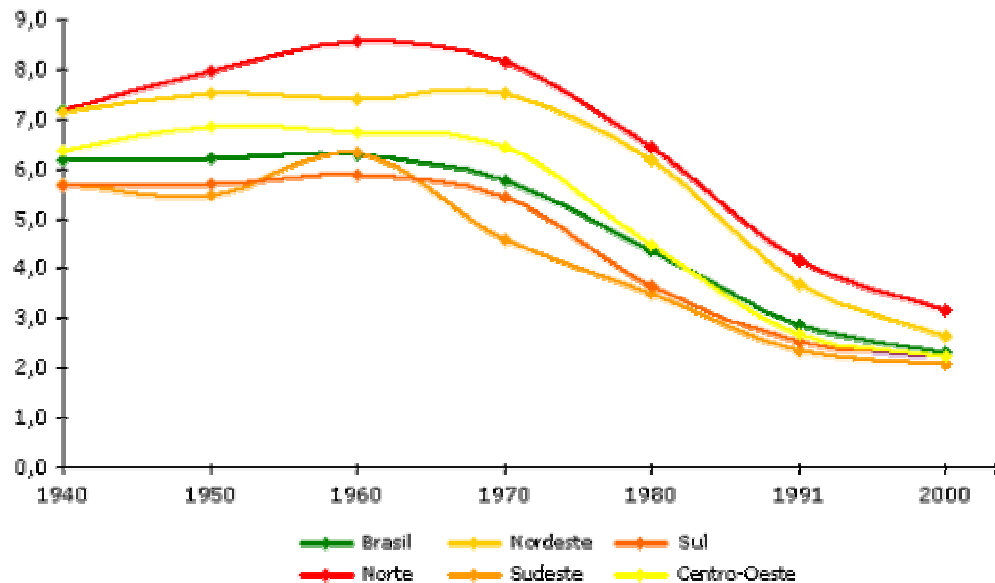
90, por conta e risco de mulheres, mesmo que experiências como as da Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e do Centro de Pesquisa de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC) tenham atuado nos números alcançados, é preciso registrar que as políticas públicas têm se mantido distantes dessas demandas. A queda drástica das taxas de fertilidade no país revela que, com ou sem serviços públicos, as mulheres fazem valer seus desejos. Assim, aquilo que regularmente é imputado à possível manipulação de agências privadas de saúde, revela-se, cada vez mais, uma decisão pessoal e coletiva das mulheres cuja extensão é pouco avaliada. Sabemos que há uma distinção entre os serviços ofertados às diferentes classes. O controle de natalidade foi primeiramente exercido pelas mulheres de classes médias e altas, as quais podiam pagar pelo ‘direito’ à contracepção, cesáreas, laqueaduras de trompas e abortos²². Assim, se as mulheres pobres obtiveram acesso à esterilização, através de ações controlistas, inicialmente estimuladas e desenvolvidas pela BENFAM e pelo CPAIMC, entre os anos 80 e 90, tudo indica, que o conseguiram por sua conta e risco, mediante pagamento direto a médicos da rede pública e privada e através de cesáreas.

Estudos recentes do IBGE – Censo Demográfico 2000 – confirmam essa tendência. Os gráficos abaixo sobre taxas de fecundidade no Brasil, no período de 1940 a 2000, vêm confirmar a busca das mulheres por métodos contraceptivos e laqueadura de trompas.



²² COSTA, Suely Gomes. Repensando o PAISMCA. *Em Pauta* – Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ – Rio de Janeiro: UERJ, 1999, n. 1, p. 109-122, nov. 1999.

Evolução da taxa de fecundidade total, Brasil e Grandes Regiões - 1940/2000



Fonte: Censo Demográfico 2000, Fecundidade e Mortalidade Infantil, Resultados Preliminares da Amostra, IBGE, 2002.

A implantação do PAISM centra-se, pois, em circunstâncias femininas que exigem direitos reprodutivos, especialmente o de laqueaduras de trompas e o de acesso a métodos contraceptivos, além do de aborto, criminalizado no Brasil. Representa uma mudança significativa das práticas tradicionais de assistência materno-infantil, por introduzir abordagens sobre a sexualidade e o prazer, até então, ausentes das práticas médicas; inova ao introduzir a noção de planejamento familiar, até, então, fora daquelas práticas (COSTA, S.G., 1999; 2002). Todavia, novas situações emergem, impondo revisões conceituais e programáticas:

“[...] Embora o termo [planejamento familiar] esteja consagrado na literatura convencional, na percepção do público e até mesmo na Constituição brasileira, vale a pena discernir até que ponto esta linguagem característica dos anos 60 corresponde às representações, motivações e aspirações das mulheres – e dos homens – que, hoje, no Brasil e no mundo, afirmam seus direitos no terreno da regulação da fecundidade”. (CORRÊA, 1993, p.9)

O PAISM “buscava reverter as muitas distorções identificadas no campo da atenção à saúde reprodutiva, particularmente no que se refere à oferta de anticoncepção” (CORRÊA, 1993, p.4). A legitimação do PAISM pode ter favorecido à classe média, matéria a ser avaliada. Sua proposta foi constituída nos últimos momentos da ditadura militar, quando os

movimentos sociais de mulheres estão em ascensão, com forte presença das novas classes médias; estas parecem ter ficado com a função de articuladora de demandas, favorecendo-se de serviços e dos direitos alcançados. Logo depois, os movimentos sociais, sob forte partidarização, conhecem sinais de perda de unidade em suas pautas de reivindicações (COSTA, S.G., 1999).

A VIII Conferência Nacional de Saúde situa o momento em que se reafirma a integralidade da saúde já contida na concepção do PAISM. O conhecimento integral da saúde é visto como necessário para todos os profissionais dessa área e um dos impasses a enfrentar é a construção de uma visão holística para o conceito de saúde-doença. Leila Linhares²³ lembra que: “[...] essa idéia de integralidade da saúde, foi uma idéia extremamente nova [...] uma idéia que nasceu do PAISM e que impactou todo o capítulo de saúde da Constituição Federal, essa idéia de um Sistema Único de Saúde que possa articular as ações nos níveis municipal, estadual, federal [...]”. Autores e pesquisadores vêm se debruçando sobre a temática a ser mais bem conhecida. A idéia de integralidade, porém não integrou procedimentos médico-assistenciais ao ciclo gravídico puerperal nem logrou aproximações entre especialidades médicas masculina (Urologia) e feminina (Ginecologia).

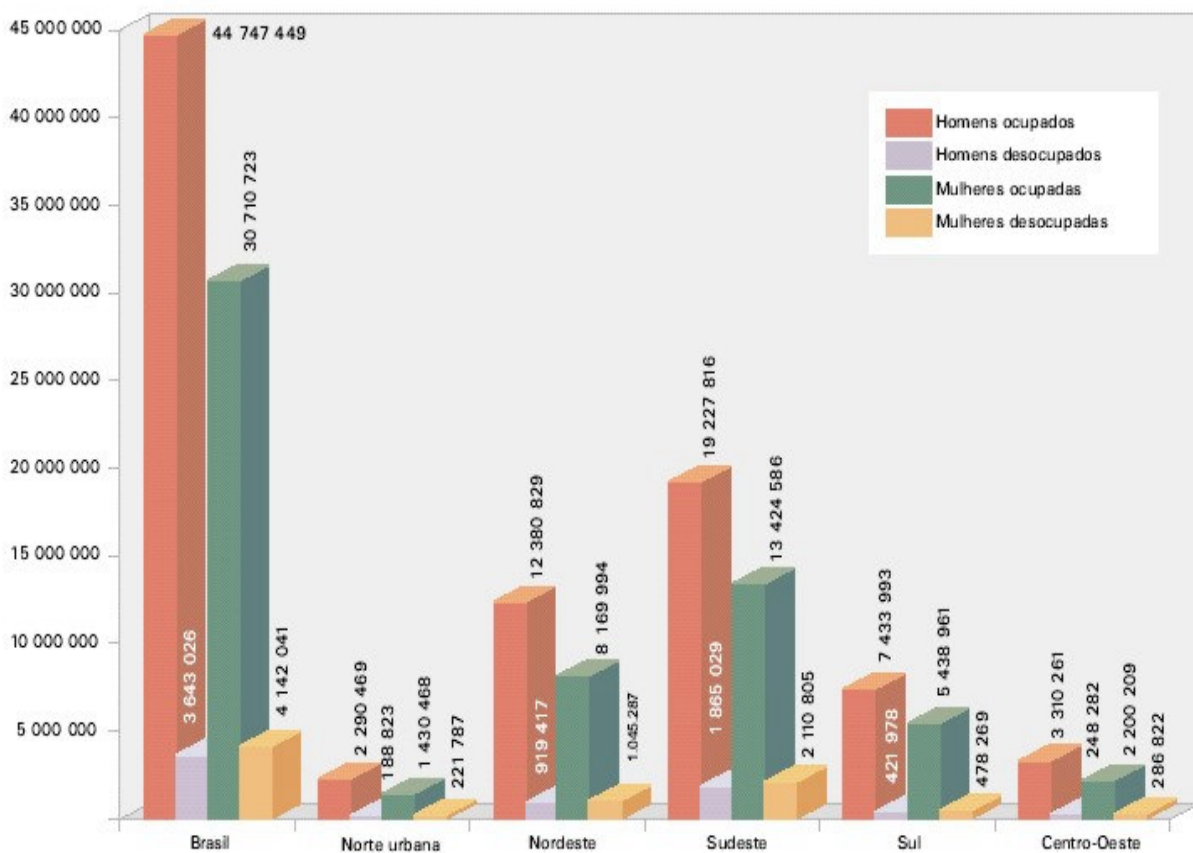
Nos anos 90, ainda que se alargue o grau de consciência sobre as questões assistenciais e a saúde reprodutiva, das decorrentes do desmonte do Estado e de prescrições neoliberais, a visão holística acerca da saúde pouco avança. O PAISM, em sua estrutura e ações, acaba por distinguir lugares sociais sexados, que conformam desigualdades de gênero, o que dificulta a concretização dos próprios direitos reivindicados: “[...] uma coisa é inegável: a questão do planejamento familiar, ou do controle da natalidade, ou da regulação da fecundidade, está agora, no Brasil, envolta em um discurso novo, construído através de uma complexa sucessão de embates, antagonismos e alianças entre interesses diversos” (FONSECA SOBRINHO, 1993, p.179).

Por outro lado, questões conjunturais estão mudando as relações de gênero. Com o desmonte do Estado e, o crescente desemprego masculino, aumenta o trabalho feminino com deslocamento de responsabilidades e de posição nas relações domésticas: homens passam a realizar tarefas antes tidas como femininas, enquanto as mulheres dirigem-se ao mercado de trabalho. O entendimento de que a saúde e os direitos reprodutivos são de interesse dos homens e mulheres, se dá nessas circunstâncias, daí, mais recentemente, as preocupações com a urgente revisão das propostas iniciais do PAISM. A luta pela igualdade de direitos entre os

²³ Leila Linhares é advogada e Diretora da CEPIA. Entrevista concedida em 19/05/2005.

sexos foi fortalecida por este deslocamento de homens e mulheres nos espaço público e privado, como podemos observar no gráfico abaixo:

**Gráfico 4.2 - População economicamente ativa, de 10 anos ou mais de idade, segundo sexo e a condição de ocupação
Brasil e Grandes Regiões - 2001**



Fonte: Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2001: Brasil, grandes regiões, unidades da federação e regiões metropolitanas. Síntese de indicadores 2001: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 1 CD-ROM.

O PAISM, porém, nesses anos de experiência, por priorizar o feminino, transformou-se num programa restrito às mulheres; feito por mulheres e dirigido às mulheres (COSTA, S.G., 1999). A pouca discussão ou a ausência das questões pertinentes ao masculino, fizeram com que esse programa, nessa formulação, acentuasse a apartação dos homens nos assuntos referentes à saúde reprodutiva, não promovendo a equidade de gênero, que beneficiaria homens e mulheres.

Embora as conferências internacionais de mulheres do Cairo e de Beijing, realizadas na década de 90, registrem uma convocação à responsabilidade masculina no campo dos

direitos sociais, as experiências de lutas por direitos reprodutivos, nesta região, chegaram aos anos 2000 sem juntar homens e mulheres.

Os homens, de certa forma, estarão afastados dos assuntos da reprodução por força da oposição e da distinção de campos pertinentes culturalmente a cada sexo. Nesta direção, FLAX²⁴ (1992, apud CORRÊA, 1999, p. 47) coloca que:

“[...] Desconstruir o modelo dos dois sexos implica admitir que ‘homens e mulheres são prisioneiros de seus gêneros. O fato de que os homens sejam os tutores de uma totalidade social não nos autoriza afirmar que eles também não sejam submetidos às regras dos sistemas de gênero’ (FLAX, 1992), e que tais regras têm sempre um custo”.

É usual que se conceba a dominação masculina como atrelada àquela exercida pelo homem sobre a mulher e não sobre a estrutura da sociedade admitida como produtora e reprodutora da dominação de gênero, atingindo, indiferentemente, homens e mulheres. A organização da sociedade é concebida sob a lógica heterossexual e monogâmica. Essa lógica é reproduzida quase sempre sem questionamento. Os grupos de contracepção, em geral, visam a autonomia da mulher e seu *empoderamento*, não levando em consideração as relações de igualdade entre os gêneros.

As teorias feministas trazem novas contribuições teóricas à discussão da partilha de responsabilidades masculinas/femininas no campo dos direitos reprodutivos com o conceito de gênero. Inserido nas experiências e no ideário das relações entre os homens e mulheres, esse conceito impulsiona novas orientações de estudos sobre as mulheres: evidenciam que não basta estudar as mulheres; é preciso estudar as relações sociais entre os sexos. A percepção tradicional de reprodução como “assunto de mulher” muda com esse conceito. Ele permite distinguir o grau de feminilização do PAISM, um primeiro resultado das observações realizadas a partir de 1999, nas salas de planejamento familiar reiniciadas no HUAP, registradas em estudos aí realizados desde então, sob esta ótica²⁵. Também permite distinguir coisas ocultas sobre o masculino na contracepção.

²⁴ FLAX, J. Pós-modernismo e as relações de gênero na teoria feminista. In: HOLANDA, H. (org.). *Pós-modernismo e Política*. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

²⁵ COSTA, Suely Gomes. Saúde reprodutiva e cidadania. *Projeto de pesquisa*. CNPq, 2001a; LOLE, Ana Elizabeth. O Masculino e as Práticas Contraceptivas. *Projeto de pesquisa de Iniciação Científica – PIBIC*. Departamento de Serviço Social, UFF, Niterói: UFF, 2001; NASCIMENTO, Luciana Adriele do. *Saúde e Gênero: reflexões sobre o masculino no campo da saúde reprodutiva*. 2000. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, UFF, Niterói. 2000; MAROTTI, Adriana Fonseca. *Transgressões femininas e o direito à laqueadura de trompas: a face oculta de uma luta*. 2001. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, UFF, Niterói. 2001. SILVA, Claudia Ferreira da. *Reflexões sobre práticas educativas em saúde reprodutiva*. 2000. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, UFF, Niterói. 2000.

As tecnologias contraceptivas – ou os métodos contraceptivos e a esterilização – permaneceram, em grande escala, no cotidiano das mulheres, apartando homens. O programa, ao incluir os homens em seu campo de observação, viu-se às voltas com problemas teóricos novos. Sexualidade e reprodução, assuntos dissociados, sobretudo nas práticas educativas, são reconceituados.

Os estudos da sexualidade nos diversos ramos das ciências sociais e humanas mostram que “não existe abordagem unitária da sexualidade [...]” (LOYOLA, 1999, p.32). A sexualidade é definida sob dois enfoques diferentes: um que lhe confere um estatuto autônomo, no qual o prazer e o erotismo ocupam um lugar de destaque; outro que tenta repensar a sexualidade em bases relacionais na diferença entre os sexos, o que implica uma autonomia apenas relativa, com muitas outras articulações temáticas, principalmente com os sistemas de poder e dominação. Essa segunda abordagem tem impulsionado as ciências sociais a repensar as relações entre os sexos, a sexualidade e a reprodução biológica e social, o que leva ao encontro das relações de dominação de um sexo sobre o outro e a toda uma ampla estrutura de relações sociais.

Muito se tem aprendido quanto à delicadeza dos assuntos em foco (sexualidade e reprodução), mas também quanto à necessidade de ousadia e leveza nas rupturas de silêncios e medos na abordagem de questões da sexualidade com tais reflexões.

Os primeiros estudos sobre masculinidade centraram-se no âmbito da sexualidade e não da reprodução, ainda um “assunto de mulher”. Os estudos mais atuais, todavia, associam reprodução e prazer. As experiências do PAISM, principalmente, demonstram a necessidade de dissociar sexualidade e reprodução em uma perspectiva relacional dos sexos.

A responsabilidade das mulheres pelo controle da fecundidade vem se modificando aos poucos: casais estão adotando métodos contraceptivos que exigem a decisão masculina – como na escolha do preservativo e do método de esterilização (laqueadura de trompas ou vasectomia). A partilha de responsabilidades no planejamento familiar passa a exigir ainda programas educativos com novos conteúdos.

Essa lei nº 9.263 de 12/01/1996 enfatiza que o planejamento familiar é direito assegurado a todo o cidadão, embora as práticas assistenciais nesse campo continuem dando pouca atenção aos homens no que tange aos serviços de saúde, refletindo o modo pelo qual culturalmente se constrói a identidade de gênero. A quantidade de serviços de saúde voltados para a mulher e a criança, e mais recentemente, para os idosos por si só fala disso.

As práticas de contracepção ensejadas pela demanda de mulheres pobres não atendidas podem ser qualificadas, na forma enfatizada por Suely Gomes Costa (2002), como própria aos *feminismos informais*, noção do historiador MacLaren sobre o aborto na França no século XIX, lembrada por Michelle Perrot²⁶. Isso me sugere também, a natureza do movimento masculino oculto pelo controle da ‘paternidade’.

Pesquisas demográficas do final da década de 80 e início de 90 mostram o crescimento de índices percentuais de esterilização masculina, desde os anos 80 (BERQUÓ, 1993). As minhas pesquisa vêm indicando, porém, que essa esterilização – ainda não avaliada em suas dimensões – já existe como demanda masculina no início dos anos 70 e se faz acompanhar, regularmente, do medo de perda de potência e virilidade. Isso parece ter responsabilidade na timidez e no silêncio com que esse movimento se expressa.

A inserção do masculino na discussão de saúde reprodutiva leva a superar a participação restrita dos homens no apoio à gravidez, nos cuidados com a prole e no uso de métodos contraceptivos. É uma forma de repensar o papel dos homens nos assuntos reprodutivos, bem como, a des-feminilização da reprodução. Clássicos padrões comportamentais quanto à divisão de responsabilidades reprodutivas antes admitidas como obrigações femininas estão mudando. A demanda por esterilização masculina reafirma a construção do social das relações de gênero como um elemento central de análise da sexualidade. De fato, as representações sociais sobre reprodução estão se transformando. Os aspectos relacionais da reprodução vistos na participação masculina no controle contraceptivo, ainda pouco estudada, revelam que “o medo de engravidar também é masculino” (LOLE, 2003).

O PAISM chegou ao século XXI, anacrônico quanto aos seus conteúdos de origem²⁷. Uma das dificuldades de desconstrução do PAISM original localiza-se no embate entre velhas e novas representações sociais sobre os lugares femininos e masculinos nas salas de planejamento familiar. A inserção do masculino nos assuntos da reprodução, na partilha desse espaço por homens e mulheres, na discussão de saúde reprodutiva, sexualidade e prazer permanece um desafio. Ainda que em sua formulação original, os documentos de instituição do PAISM sustentem a participação do masculino nos programas de planejamento familiar – nas ações de concepção e contracepção –, passados mais de 20 anos de sua implantação, essa participação no PAISM não se consolidou.

²⁶ COSTA, S.G. (2002), a autora refere-se a PERROT, Michelle et al. A história das mulheres. Cultura e poder das mulheres: ensaio de historiografia. *Gênero*, Niterói: EdUFF, 2001, v. 2, n. 1, p.7-30, segundo semestre 2001.

²⁷ Essa crítica foi feita por COSTA, S.G. (2001a).

A experiência do HUAP confirma de um lado, a sobrevivência das idéias que legitimavam o programa de assistência materno-infantil, e que tiveram continuidade na implementação do PAISM, limitando-o a uma prática voltada para a mulher; alguns profissionais de saúde estavam apreendendo as transformações contemporâneas postas pelas saídas das mulheres para o mercado de trabalho, por ampliação dos métodos contraceptivos e novos arranjos familiares²⁸. Entretanto, outros não as percebem.

O grande desafio da contemporaneidade é procurar compreender a negação e o cerceamento dos direitos no campo da reprodução. As representações sociais dos primórdios da implementação do programa de assistência materno-infantil estão em ideologias que se dizem “protetoras” mas, que desqualificam a autonomia e a capacidade daqueles que são atendidos pelos programas de planejamento familiar e, que estão à mercê do SUS.

Nos anos 90, tudo indica que um novo estado de consciência parece levar à descoberta da feminilização do PAISM, até pouco tempo ainda uma lacuna nos estudos desse programa. Minhas observações aprofundam análise sobre a apartação do masculino, não mais cabível no momento em que tantos homens buscam a con(tra)cepção. Nessa perspectiva, ao discutir saúde reprodutiva, aproximei-me de um universo contraditório de práticas e representações sociais que, historicamente, vêm ditando formulações e maneiras de se implementar políticas sociais destinadas a esta área.

A ruptura com antigas referências do PAISM no HUAP data de 1999. As práticas educativas das salas de planejamento familiar do HUAP, então tornadas um lugar de participação masculina, por força de procedimentos médicos para a vasectomia preconizados em lei –, leva uma equipe, da qual faço parte, a rever um conjunto de prescrições, até então usuais para o planejamento familiar. Diante da obrigatoriedade de presença masculina nas salas de planejamento familiar do HUAP foi possível verificar o medo masculino de engravidar. Na metodologia adotada nessas salas, falas dos(as) usuários(as) registradas pela equipe revelam valores sobre paternidade e maternidade em transformação. As decisões de esterilização masculina e feminina, em geral, pensadas como resultantes de dificuldades financeiras, sugerem também uma tendência que parece expressar desejo comum de não procriar. Referindo-se, às mulheres, Badinter (1986, p.258) observa: “[...] a contracepção,

²⁸ O projeto de mestrado “O Masculino, a Sexualidade e a Contracepção” teve como campo de observação salas de planejamento familiar do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP), em Niterói, RJ, no período de agosto de 2001 a julho de 2003. Dessas observações, nesse período, como estagiária e bolsista de Iniciação Científica (IC) – experiência que articula ensino, pesquisa e extensão – resultou meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) com o título “O medo de engravidar também é masculino”, e o interesse em prosseguir com o intuito de ampliar o olhar sobre essa realidade.

pondo fim aos ditames da natureza, revelou uma verdade impensável ainda há pouco tempo: o destino feminino não está mais circunscrito à maternidade. Algumas mulheres escolhem mesmo excluí-lo deliberadamente de suas existências [...]”. Os homens partilham desses mesmos desejos.

No HUAP, essas salas em 1999 decorreram de decisões que inauguraram o atendimento a homens, mulheres e casais, e, por isso, redefiniram referências de pesquisa e de práticas profissionais nos assuntos da reprodução. Nessas condições, as práticas educativas em saúde reprodutiva, até então, um território apartado de homens e mulheres permitiram a crítica à feminilização dessas práticas e entender melhor, logo a seguir o silêncio masculino sobre a reprodução (NASCIMENTO, 2000).

A partilha de responsabilidades de homens e mulheres na contracepção está em várias falas de usuários: “O problema não é o uso da camisinha e sim o medo de engravidar, pois a camisinha já usamos mesmo” (J., homem, 41 anos); “Minha esposa não pode engravidar, então, resolvi fazer a vasectomia” (A., homem, 40 anos); “Quero vasectomia para poupar minha mulher” (R., homem, 28 anos); “Pra mim é melhor do que para minha esposa, pois entro andando e saio andando” (C., homem, 32 anos).

Nessas falas, alguns homens, mesmo diante de *tabus* e preconceitos que envolvem a vasectomia, buscam dividir com suas mulheres problemas da saúde reprodutiva e, indicam que o medo de engravidar também é masculino (LOLE, 2003). As representações acerca da vasectomia estão fortemente presentes no imaginário sobre o medo da impotência; como se a vasectomia fosse castração. Nas falas: “Ele pensa que não vai ser mais homens.” (M., mulher, 25 anos) e “Meu marido não quis vir porque tem vergonha.” (M., mulher, 22 anos), percebemos alguns dos desafios das práticas de educação em saúde reprodutiva. Os segredos que cercam a esterilização masculina ainda não foram bem descortinados e, isso depende de um novo senso comum sobre as práticas de esterilização humana. Hoje, os homens expressam, como demonstrado em muitas falas, o desejo de controlar o tamanho da prole, desejo esse mantido em silêncio.

Há outras motivações para essa decisão masculina. Em depoimentos colhidos, usuários vasectomizados no HUAP afirmam essa escolha como modo de obtenção de mais prazer sexual, uma vez que não há a preocupação com gravidez indesejada: “A vantagem que eu espero é que eu vou ficar mais tranqüilo com a minha mulher, não vou precisar mais usar camisinha, vou ficar sem medo da camisinha estourar” (J., homem, 33 anos) ou ainda na seguinte afirmação: “Despreocupação. Ter relação com a minha esposa sem a preocupação de engravidar indesejavelmente” (J., homem, 41 anos).

O senso comum relativo às representações sociais do corpo, da reprodução e da sexualidade; conforme condutas de homens diante de práticas reprodutivas nessas salas está se alterando. Mudanças paradigmáticas nos conteúdos educativos da saúde reprodutiva se dão nessas circunstâncias, exigindo avanços nas práticas profissionais. Em entrevista com a Assistente Social da Gerência do Programa da Mulher no Rio de Janeiro²⁹, a mesma colocou a resistência de profissionais quanto à presença masculina nos grupos: “[...] começamos a questionar se era uma dificuldade das mulheres usuárias ou se era do profissional. Isso não causou surpresa, porque, em muitos dos grupos, a dificuldade era do profissional: ‘eu não consigo trabalhar com homem no grupo’ [...]”. A des-feminização das reuniões e da noção que trata a reprodução como “coisa de mulher” têm sido uma forma de fazer valer a noção de que homens e mulheres partilham os assuntos relativos à saúde reprodutiva e, contribuem para a (re)visão de muitas representações, mitos e estigmas sobre corpo, prazer, sexualidade e reprodução. Isso se faz, ainda, com a desconstrução do caráter puramente biológico das referências de orientação das práticas educativas em salas de planejamento familiar.

Nesta experiência, observamos que: as dinâmicas do grupo de saúde reprodutiva/planejamento familiar do HUAP procuram desfazer hierarquias e desigualdades entre os membros da equipe e usuários(as); move-se também a linguagem das salas. A linguagem lúdica introduzida pela equipe, em especial, pela assistente social Leila Guidoreni, estimula os(as) usuários(as) a partilharem suas experiências, contribuindo para avaliação de práticas assistenciais³⁰. O relacionamento horizontal entre a equipe e entre equipe e usuários(as) favorece a desconstrução de hierarquias e a maior aproximação entre participantes. O exercício de avaliação da experiência de grupo pelos participantes, após cada encontro, passa a demonstrar a eficácia da dinâmica empregada nas reuniões; homens e mulheres partilham de assuntos da intimidade.

Os profissionais de saúde também portam, propagam e reconstróem representações sociais. As representações sociais, assim, formam um complexo campo de estudo que ajuda a traduzir significados nas relações sociais nas quais nos inscrevemos coletivamente. Conforme indica Minayo (1997, p.32): “[...] nossas representações sociais, nossas concepções sociais são capazes de revelar a natureza contraditória da sociedade em que vivemos, do grupo social que freqüentamos e, de outra forma, representamos”. Os profissionais de saúde, se alertados para os diferentes discursos dos integrantes das salas, podem retirar de vários tipos de experiências, modos de entender significados da linguagem e das práticas sociais a ela

²⁹ Entrevista realizada em 06/12/2004.

³⁰ O folder do Programa mostra essa mudança de linguagem. (Anexo 7)

vinculados. Minayo (1997, p.32) parte do princípio de que: “[...] uma concepção social ou uma representação social é capaz de revelar a natureza contraditória da realidade: ela une a base material e a idéia que vigora na sociedade. Se a idéia influencia a base material, esta, por sua vez, também repercute na elaboração das concepções vigentes”.

As representações sociais portam algumas características que lhes asseguram uma certa continuidade e permanência no tempo e no espaço. Há aquelas estáveis, rígidas e resistentes às mudanças, pouco sensíveis ao contexto imediato, caso das representações da maternidade que chegam mesmo a consolidar a homogeneidade das mulheres, numa identidade biológica (ABRIC, 1998) e representa as masculinidades fortemente vinculadas ao modelo do homem “viril, machão, potente”, distante dos lugares das mulheres. Características masculinas, fora desse modelo, mais individuais e contextualizadas, seriam elementos periféricos.

Compreender o masculino implicou, necessariamente, rever o feminino, o contexto de suas lutas e sua relevância nas discussões da reprodução. Masculinidades e suas representações, por outro lado, implicou e implica encontro com o novo, com o desconhecido, o que impulsionou e vem impulsionando diversas indagações e suscitando a necessidade de pesquisa nesta área e de novos olhares no que tange às práticas e ações dos profissionais de saúde, instituições e formuladores de políticas.

As masculinidades, como um fenômeno social, expõem questões não apenas de homens, mas de homens e mulheres; de espaços, culturas, temporalidades que influenciam decisivamente o processo de transformação e de permanência das representações e das práticas sociais, daí sua importância para o campo da educação em saúde reprodutiva.

A feminilização das práticas de educação em saúde reprodutiva e a apartação dos homens desse campo demonstram condutas peculiares à educação diferenciada por sexos que reafirma divisões sexuais em muitas experiências comuns. Nossa experiência com grupos de planejamento familiar, ao incorporar a demanda masculina, mostra a exigência de definir novas estratégias de administração da saúde reprodutiva e a emergência de novos paradigmas de orientação dessas práticas. Desigualdades sociais e sistemas de poder e subordinação estão, por toda parte, nas relações entre homens e mulheres em suas muitas interseções, etc. Falta avaliá-los em suas repercussões sobre a negação de direitos de cidadania. A sexualização da saúde reprodutiva as coloca em cena.

2 A EXPERIÊNCIA DA VASECTOMIA: ganhos e perdas

2.1 VASECTOMIA: UM POUCO DE SUA HISTÓRIA

Admite-se que os estudos sobre vasectomia surgem em 1830 com Cooper, quando “[...] mostrou que a oclusão do canal deferente não exercia, após período de seis anos, algum efeito sobre a produção de espermatozóides [...]” (NETTO JUNIOR, 1982, p.131). Mas, somente em 1890 a vasectomia passou a ter uso clínico em cirurgia de próstata.

Seu ápice foi em 1970, quando “[...] 75% das esterilizações voluntárias nos Estados Unidos eram representadas por vasectomias, ao contrário do que acontecia em anos anteriores, em que 60% de todas as esterilizações voluntárias eram realizadas em mulheres [...]” (NETTO JUNIOR, 1982, p.131). A vasectomia vem sendo feita desde o século XIX, primeiro com o objetivo de tratamento de próstata e depois, erradamente, com o objetivo de produzir o rejuvenescimento sexual, e mais recentemente como método contraceptivo.

Quanto à realização da vasectomia para o tratamento de próstata, um dos urologistas entrevistados nesta pesquisa disse que fazia a “vasectomia de rotina em doente que iria operar próstata, para evitar uma infecção de intestino”, porque o “doente que tem próstata, geralmente, ele tem infecção urinária, então, a bactéria desce pelos deferentes até o intestino. [...] Então, quando se ia operar a próstata de rotina, [se fazia] primeiro, a cirurgia de vasectomia e depois a cirurgia da próstata, para evitar uma infecção na genitália masculina”.

O aumento dos procedimentos cirúrgicos em 1970 indica que ocorreram alterações nas atitudes “[...] religiosas, legais, sociais, políticas e não somente mudanças de atitudes dos médicos [...]. Antes o médico procurava por uma indicação médica para a contracepção cirúrgica; hoje em dia ele realmente reconhece indicações sociais, econômicas e demográficas de saúde [...]” (LUBELL, 1982, p.123).

Entretanto:

“Na América Latina, em particular, o machismo, ou seja, o orgulho masculino a respeito de sua capacidade sexual e da superioridade do homem sobre a mulher, foi dito e havido como empecilho à divulgação e adoção da vasectomia como método efetivo de planificação familiar. Porém os inegáveis sucessos, para muitos surpreendentes, obtidos por alguns programas de prestação de serviços de vasectomia, vieram revelar que tais predições pessimistas não tinham base de veracidade” (CASTRO, 1983, p.11).

A publicação de 1988 da Organização Mundial de Saúde sobre técnicas de vasectomia relata que a Índia foi o primeiro país que incluiu a vasectomia nos programas oficiais de planejamento familiar e, entre os anos de 1965 e 1974, foram realizadas na Índia cerca de 5,5 milhões de vasectomia (p.3-4).

No Brasil, em meados de 1980 foi constituída uma entidade sem fins lucrativos – PRO-PATER – Promoção da Paternidade Responsável que, a partir de 1981, passou a realizar a vasectomia em uma clínica localizada na cidade de São Paulo (CASTRO, 1983). De acordo com o autor, o PRO-PATER inaugurou a era da contracepção masculina no Brasil.

É interessante observar que na Primeira Conferência Internacional sobre Vasectomia, realizada em Colombo, Sri-Lanka, em 1982, divulgou em uma de suas recomendações o seguinte: “O mais importante fator para uma decisão individual em favor da vasectomia parece ser a orientação recebida quando em contato pessoal com um homem que tenha se submetido à vasectomia e esteja satisfeito com sua escolha” (CASTRO, 1983, p.12). Podemos constatar o mesmo nas nossas observações em salas de planejamento familiar do HUAP e nas entrevistas com homens vasectomizados.

Urologistas entrevistados nesta pesquisa, formados em torno dos anos de 1965 a 1992, desenvolveram a técnica da vasectomia no período de sua formação na faculdade e revelaram que as cirurgias de vasectomia eram feitas em unidades de saúde como um procedimento rotineiro há bastante tempo. Durante a pesquisa encontramos alguém que realizou a cirurgia na década de 70, época em que, sabemos hoje, não há uma grande demanda por esterilização masculina. Entretanto, em tempo anterior a promulgação da Lei, tudo indica que, entre homens as práticas de vasectomia são mantidas em silêncio; eles não a tornam um assunto público, diferentemente da esterilização feminina.

A história da vasectomia no Brasil associa-se à vida reprodutiva das mulheres. Seus embates e conquistas dão o tom das trilhas que nortearam a discussão sobre método possível e opção voltada para o público masculino.

“[...] existem muitas pesquisas sobre os recursos de homens e mulheres aos métodos contraceptivos. Eu acho que ainda é muito maior a demanda de mulheres por esterilização do que a demanda de homens por esterilização. É uma cultura muito forte, a idéia do homem, do macho. Está ligado à idéia do procriador e nesse sentido, [...] as mulheres se informam mais sobre o que é a ligadura de trompas”. (Leila Linhares)

No Brasil, a formulação da Lei do Planejamento Familiar se fez com muitos embates políticos e disputas entre vários grupos, com arranjos e desarranjos em torno de um texto que garantisse o direito à opção de escolha do término da vida reprodutiva. A Lei nº 9.263 de 12/01/1996³¹ foi formulada com a participação de vários segmentos da sociedade civil. No período, havia vários projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional.

Leila Linhares, como militante do movimento feminista, participou dessas discussões no Congresso e relata que se fez num consenso entre os autores dos projetos. O próprio movimento de mulheres se encarregara do problema da esterilização masculina, assunto da esfera privada, até então invisível. Desta forma, práticas contraceptivas realizadas por mulheres e homens que não mais desejam ter filhos passam a ter reconhecimento, garantido o direito de decidirem voluntariamente segundo suas escolhas. Thompson (1998, p.86) ao se referir aos *costumes em comum*, diz que “[...] o próprio costume é a interface, pois podemos considerá-lo como práxis e igualmente como lei [...]”. As práticas de esterilização tanto feminina quanto masculina aconteciam (e acontecem) constantemente e, às vezes, em condições precárias. Caso do aborto:

“[...] E vai fazer o seu aborto seguro, direitinho, sem sofrer nenhum dano a sua saúde em geral e nem a sua saúde reprodutiva, porque essa mulher que faz um aborto, daqui a um ano, de repente, ela está tendo condições de engravidar e está querendo ter filho. E esses abortos mal feitos, [...] muitas mulheres tem o útero perfurado e aí não podem ter mais filhos e, naquele momento, ela não podia ter filhos ou não queria ter filhos...” (Leila Linhares).

A lei da esterilização é um desdobramento da regulamentação da Lei do Planejamento Familiar, em meio às discussões sobre a reprodução das mulheres (FONSECA SOBRINHO, 1993), longe de qualquer referência à participação masculina. A regulamentação da Constituição Federal de 1988 reafirmou o Planejamento Familiar como um direito social e com grande mobilização social. Quatro emendas populares enviadas à Assembléia Nacional Constituinte, foram incorporadas e serviram de base à formulação da lei do planejamento

³¹ (Anexo 2)

familiar (RANGEL, 2004). Mesmo mediante o processo de publicização das discussões, mesmo com toda repercussão na e da sociedade civil, Leila Linhares, feminista, em entrevista, destaca as discussões que presidiram a legitimação jurídica da esterilização, quando então parece a previsão da vasectomia:

“Esse projeto começou a tramitar e quando [...] foi para o Senado; ele sofreu alteração, ou seja, o Senado resolveu dizer que não bastava a pessoa ser maior de idade, ela teria que ter, quer dizer, a maioria, [que] na época era de 21 anos; [...] não basta que essa mulher tivesse..., fosse maior de 21 anos, ela teria que ter no mínimo 25 anos ou já ter tido 2 filhos. E na realidade, a esterilização, o artigo 10 da Lei do Planejamento Familiar, do 1º inciso, o artigo 10, I, vai dizer o seguinte: Só é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações, e aí vem: em homens e mulheres, e [...], o Senado vai dizer o seguinte: tanto em homens e mulheres com vinte e cinco anos, ou, que já dois filhos, entre o pedido e a realização tem que ter decorrido sessenta dias, é, a pessoa interessada, seja homem ou mulher, tem que ter acesso ao serviço de regulação de fecundidade, incluindo aconselhamento pela equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce³²”.

(Leila Linhares)

O movimento de mulheres esteve presente nesses encaminhamentos. Leila Linhares informa sobre idas e vindas dos debates e sobre rumos da própria lei. Vários projetos de planejamento familiar estavam tramitando no Congresso. Ela relata ter participado da reunião em que o projeto assumiu sua forma final:

“[...] eu participei dessa reunião com todos os autores de projetos na área do planejamento familiar. Esses autores abriram mão dos seus projetos para que a Deputada Fátima Pelaes apresentasse um projeto único, certo? Então, houve um consenso entre os autores de projeto que abriram mão [dos seus] e a Fátima então fez um projeto com a orientação do movimento de mulheres. Então, quando a gente diz: ‘Quem participou dessa Lei?’ Ora, lógico, o movimento feminista [que] apresentou uma proposta, mas essa Lei foi discutida no Congresso por parlamentares homens também. [...] a gente brigava sempre com esse parlamentar, mas no final, ele abriu mão do projeto dele, para que a Fátima apresentasse um projeto substitutivo que era um projeto muito mais dentro do espírito da Constituição [...]”.

(Leila Linhares)

³² Art. 10º- Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I- em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado a pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

Leila Linhares destaca a presença de homens nas discussões da lei, que embora voltado para os dois sexos, nelas predominavam enfoques sobre a reprodução feminina e problemas que se arrastavam há décadas:

“Na medida em que o Sistema Único de Saúde não fazia esterilizações, essas esterilizações eram feitas em clínicas particulares. Essas esterilizações eram feitas em situações em que o médico, para esconder a esterilização, fazia o parto cesárea, mesmo quando a mulher não precisava do parto cesárea, ele fazia o parto cesárea [essa] era uma maneira desses hospitais conveniados [...] esconderem a esterilização. Então, [havia] um alto índice de esterilização e alto índice de cesárea”. (Leila Linhares)

Nesse momento, cresciam os debates em torno da saúde pública, considerando que as perspectivas do SUS estavam profundamente prejudicadas quanto á cobertura universal da saúde pública prevista na constituição de 88; assim, o movimento de mulheres teve êxito ao garantir que suas proposições na Lei de planejamento familiar fossem aceitas, mas não pode evitar os entraves postos pelo modelo privatista de saúde de inspiração neoliberal, acentuados nos anos 90:

“[...] uma das possibilidades, é que você legalizando e permitindo a esterilização no Sistema Único de Saúde, você propiciaria às mulheres o acesso a um direito que a Constituição garantiu, o planejamento familiar, em condições de qualidade, com essa mulher sabendo de que se tratava e em condições mais seguras, do que em clínicas, onde a esterilização era feita, [através de] cesárea. A perspectiva é que o número de cesáreas fosse diminuir, com a permissão da esterilização na rede pública de saúde, acho que várias pesquisas poderiam, hoje em dia, avaliar se diminuiu ou não diminuiu”. (Leila Linhares)

Informa Leila Linhares que a Lei, aprovada pelo Congresso, levou um ano para ser promulgada pela Presidência da República:

“A Lei aprovada pelo Congresso foi à sanção presidencial [de] Fernando Henrique Cardoso, [em] 1996 e para a surpresa nossa, Fernando Henrique Cardoso vetou a Lei! Vetou a Lei, exatamente no que se referia à esterilização. Logo em seguida, ele diz que vetou distraidamente, [que] ele não estava prestando muita atenção quando [...] veto. Durante um ano e pouco, o movimento de mulheres fez pressões junto ao Congresso Nacional para derrubar o veto presidencial, o que foi feito. Então, a Lei é de 96, mas na realidade, ela só foi aprovada em 97”. (Leila Linhares)

Como ela ressalta Leila Linhares, “[...] no Brasil entre a lei e a realidade, existe uma enorme distância. Então, mesmo a esterilização tendo sido para homens e mulheres, tendo

sido permitida no Sistema Único de Saúde, isso não significa que ela estaria sendo realizada. A gente sabe que as mulheres e os homens ainda têm dificuldades [...]”.

2.2 VASECTOMIA: VANTAGENS ESPERADAS

“Um dos fatores é o custo. O custo é muito alto pra cuidar de um filho, tempo também, [...] não dá criar mais de um filho, um filho só acho que basta!” (Lázaro)

Lázaro tem 32 anos de idade, casado há 8 anos e possui uma filha. Mora no bairro Baldeador, Niterói, RJ. Possui o ensino médio completo, trabalha como vigilante e relata receber pelo seu trabalho R\$ 700,00 (setecentos reais). A esposa de Lázaro também trabalha. Como métodos contraceptivos, o casal usou preservativo masculino e pílula anticoncepcional. Lázaro realizou a vasectomia no HUAP em agosto de 2002, aos 29 anos de idade. Relata que, desde a época de namoro, o casal desejava ter um único filho. A esposa fez uso de pílula anticoncepcional durante um bom tempo, mas resolveu parar de tomar a pílula – sem seu conhecimento –, pois considerava que estava imune. Segundo Lázaro: “ela achou que não ia ficar grávida, porque ela já tomava pílula um tempão”. Parou de fazer o uso da pílula e engravidou. Ele ficou indignado, pois a gravidez não tinha sido planejada: “é muita irresponsabilidade, não é por aí. Pára [de tomar] a pílula, deixa uma criança vir”. Então, após o nascimento da filha, o casal passou a usar a camisinha como método contraceptivo. Mas Lázaro diz que o uso do preservativo é muito complicado, pois “a gente nem sempre tem tempo pra botar preservativo. [...] aconteceu algumas vezes de perder ereção, por causa do preservativo. Eu recorri ao médico, ele disse que é normal e tal, enfim”. Logo depois, Lázaro resolveu optar pela vasectomia, “vou fazer a vasectomia e não vai ter essa segunda chance dela ficar grávida de novo”. Como indicado, recorreu à rede pública de saúde de Niterói. Lázaro relata, também, que a esposa não lhe comunicou a decisão de parar com a pílula anticoncepcional, quer dizer, não houve a partilha de responsabilidade na contracepção e concepção:

“Não! Não falou nada, pegou assim e parou. Aí no primeiro mês, segundo mês e aí eu falei: ‘Vem cá, você não vai ficar menstruada não?’ aí ela: ‘Ah! Vou ver! Vou ver!’ Quando foi ver tava grávida, aí eu dei uns esporros daqueles: ‘Eu gosto de filho, mas na sua idade você tem que planejar, não é por aí que funciona’”. (Lázaro)

Durante muito tempo, aparentemente, o controle da prole era um caminho percorrido só por mulheres; hoje, temos certeza, os homens também os trilham, seja para partilhar o desejo de mais ter filhos ou para decidir quando parar de tê-los.

Thiago tem 51 anos, casado, possui dois filhos, mora em Icaraí, Niterói, RJ. Coursou o ensino superior e trabalha como Superintendente Comercial, declara uma renda mensal em torno de R\$ 10.000,00 (dez mil reais). Sua esposa também trabalha. Narra que ele e a mulher usaram vários métodos contraceptivos:

“nós usamos todos os tipos de métodos [...] pílula, depois a gente fez coito interrompido, tabelinha. Tudo que podia fazer a gente fez, mas era sempre [...] aquele negócio, entendeu? [...] Medo da gravidez, de vir um filho que não tava planejado [...]. Nesse período, entre um filho e outro, já tivemos sustos [...]. Então, passamos alguns momentos assim que: ‘Puxa vida, será que a gente pode fazer uma outra coisa e tal’. Aí resolvemos ter outro filho. Mas aí, depois do segundo filho eu não queria mais passar por esses momentos, nem ela”. (Thiago)

Thiago fez a cirurgia na década de 90, em uma clínica particular, não lembra quanto pagou pela cirurgia mas, diz que foi uma quantia significativa na época, avaliado segundo seu orçamento familiar:

“Olha. O valor na época? Eu diria a você que não foi barato não. [...] Mas, vamos dizer, pra minha condição financeira naquela época, não foi nada de anormal também, entendeu? Então, precisava ser, tanto é que foi um preço [...] pra mim na época não era uma coisa que fosse me [...] ter problema financeiro por causa disso. Ele [o médico] inclusive tinha pagamentos parcelados também e tal. E logicamente, ele tinha que cobrar a qualidade do trabalho dele, que era um cara muito especializado, uma clínica espetacular, [...]”. (Thiago)

Não soube avaliar esse preço diante do da laqueadura de trompas, admitindo, porém, um valor mais elevado que o daquela intervenção: “Isso eu não sei, mas é provável, é provável, entendeu? Foi um valor assim, eu diria a você, o custo/benefício era um valor bom. Só que não era... eu estou falando pra você, eu não lembro a quantia, mas eu sei que não era uma coisa pequena não, era uma coisa razoável”. A vasectomia, para Thiago, “é uma coisa assim [...] que tirou um peso de cima”. Ao contar como tomou a decisão pela vasectomia diz:

“Tivemos o segundo filho e ela não fez a ligação de trompas, e a gente não queria ter mais filho. Não queria mesmo, isso era uma decisão minha e dela. Queríamos ter só dois filhos. Então, eu achei melhor fazer, porque é uma coisa simples também. Eu fiz num consultório médico, uma coisa simples.

Então, eu resolvi fazer, pra gente não ter mais qualquer tipo de problema, de vir mais um filho. Foi isso. A decisão foi essa”. (Thiago)

Edson tem 50 anos, seu estado civil é casado, só que vive com outra pessoa cerca de 7 anos. Do primeiro relacionamento possui um filho. É morador de Nova Iguaçu, cidade situada na Baixada Fluminense do Rio de Janeiro. Iniciou três cursos universitários, mas não chegou concluir nenhum, pois não conseguiu conciliar com o trabalho. Edson trabalha como Inspetor de Polícia e sua renda mensal é em torno de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais). A Companheira de Edson tem 32 anos, trabalha e recebe aproximadamente R\$ 700,00 (setecentos reais) por mês. Edson relata, ainda, que não usam nenhum método contraceptivo. Realizou a vasectomia em 1985 aos 31 anos de idade. Decidiu fazer a vasectomia, pois:

“a grande preocupação era com criança não desejada, uma criança vinda fora de hora. [...] Essa foi minha principal preocupação em fazer isso. [...] A princípio foi isso, a idéia de evitar que se colocasse um filho no mundo, que viesse de uma relação que ainda não estava amadurecida pra esse filho”. (Edson)

Edson fez a vasectomia uns seis meses após o nascimento do filho, na década de 80, em uma clínica particular em Santa Tereza na cidade do Rio de Janeiro:

“Foi no Rio de Janeiro, [...] eu tenho um primo médico ginecologista que tinha um amigo, médico também, urologista e conseguiu pra mim por uma condição também até bem barata, [...] o preço, porque na minha época, nessa época eu não tinha muito recurso pra pagar uma cirurgia dessa e eu consegui através desse primo, um preço bem em conta, até me facilitou bastante”. (Edson)

Referente o valor da cirurgia diz não lembrar, pois são quase vinte anos: “eu paguei praticamente nada, só paguei mesmo o medicamento e a hora que nós usamos a clínica, aqui em Santa Teresa. [...] Não tenho nem idéia de valor, há quase vinte anos atrás. [...] Final de 1985”. Edson revelou que não buscou o serviço na rede pública e menciona a rede informal de informações e de acesso a vasectomia. O seu primo foi o interlocutor entre ele e o serviço:

“Olha na época, eu acho que já tivesse esse recurso na rede pública mas a gente não escutava falar, não era divulgado, até eu mesmo era pouco esclarecido sobre isso, né? Eu me lembro que na época a única pessoa que a gente escutava [...] comentar sobre isso na vida pública era o Pelé, era a única pessoa. Então, eu era pouco informado a respeito disso aí. Quando o meu primo comentou comigo que o primo dele era urologista, que faria essa

cirurgia pra mim, por uma condição bem favorável, aí eu optei por fazer com ele mesmo, sem procurar outros recursos, a rede pública”. (Edson)

Malvino tem 35 anos, casado há 11 anos, possui dois meninos e reside no Fonseca, Niterói, RJ. Ele cursou o ensino médio completo e trabalha como motorista autônomo, e tem uma renda aproximada de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) por mês. A esposa trabalha e possui uma renda mensal em torno de R\$ 2.000,00 (dois mil reais). Malvino conta que a esposa fez tabela e usou pílula. Realizou a vasectomia em 2004, aos 34 anos de idade, na rede pública de saúde de Niterói. Achou oportuno o momento de concessão dessa sua entrevista, pois estava perto de fazer um ano que tinha realizado a vasectomia. Expôs: “tenho dois filhos, não quero mais ter filhos, em hipótese alguma nem que um dia eu venha a me separar ou até mesmo ela [esposa] falecer”. Dizendo-se uma pessoa radical, ao acompanhar-me até a porta, falou – com uma certa indignação – da influência da religião sobre a vida reprodutiva das pessoas: “Se é católico e não pode usar métodos artificiais para evitar filhos, então, manda os filhos para a igreja para o padre criar; o pastor é contra? Manda os filhos para a igreja para o pastor criar”. Malvino deixa bem claro que a decisão foi dele: “a minha decisão foi feita e apoiada por ela [esposa], mas não que foi uma decisão conjunta, foi apoiada por ela”. Nessa fala, podemos acompanhar as transformações que vêm ocorrendo na identidade masculina no que se refere às decisões de contracepção e a afirmação do desejo de controle do tamanho da prole.

José tem 67 anos, casado e possui quatro filhos dos relacionamentos anteriores, mora em Icaraí, Niterói, RJ. Cursou nível superior, trabalha numa universidade e declara receber aproximadamente de R\$ 10.000,00 (dez mil reais). A esposa de José também trabalha. José realizou a vasectomia na década de 70, aos 32 anos de idade, em um consultório particular. “Eu decidi porque eu já tinha tido 4 filhos, [...] e já estava com a preocupação de dar conta de ser pai de 4 filhos”. José se informou a respeito da vasectomia; como tantos outros, estava preocupado com riscos de perda de ereção e de potência. Ouviu do médico outras coisas: o tempo de ereção aumenta, não há nenhum problema quanto à ejaculação e quantidade de esperma. Segundo José: “de passagem diga-se: mais tarde eu comprovei isso na prática”.

Fábio tem 43 anos, divorciado e possui cinco filhos (3 meninas e 2 meninos), mora em Maricá, RJ. É Inspetor de Polícia e também trabalha como autônomo para aumentar a renda e, declarou ter uma renda mensal aproximada de R\$ 4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais). Fábio curso ensino superior. Realizou a vasectomia em 2003, aos 41 anos de idade, em clínica particular. Para ele, a vasectomia era uma decisão tomada há “cerca de cinco anos mais ou menos. [...] Eu achava que já não comportava mais, a minha renda, porque eu queria dar uma

qualidade de vida melhor para os meus filhos [...]”. Fábio quando se refere à decisão pela vasectomia, diz:

“[...] Eu sou um novo homem! [...] é um negócio bom pra caramba! [...] foi de repente a decisão, tanto que a minha companheira, a minha mulher na época, eu não consultei a ela, o que ela achava de eu fazer ou não, porque eu sei que ela ia dar pra trás e nessa dela dar pra trás, uma outra já havia dado pra trás, nasceram dois filhos, não quero mais correr risco nenhum”. (Fábio)

Raul tem 44 anos de idade, possui o ensino médio, trabalha como comerciante e sua renda mensal é em torno de R\$ 800,00 (oitocentos reais). É casado há dezoito anos com Lourdes, que também trabalha e possuem dois meninos. O casal usou como métodos contraceptivos: pílula anticoncepcional, coito interrompido e camisinha masculina; falam dessa experiência, num relato conjunto. Estão morando no Rio de Janeiro há sete anos. Fez a vasectomia pela rede pública de saúde em 2002 aos 41 anos de idade. Sua esposa relata que “desde 95 [1995], quando a gente teve o nosso segundo filho, que aí ele disse, que a gente resolveu ficar só com dois mesmo e aí ele começou a procurar, só que no interior, [...] é muito difícil, sabe. Lá não existia, ainda, hospitais que faziam de graça, tinha que ser paga”. Raul comenta que enquanto aguardava a vasectomia ficou imaginando-a: “fiquei pensando como é que seria, porque uma coisa é a pessoa dizer: ‘Olha, vai dar um cortezinho, puxa aqui e tal’. Mas [...] onde vai ser esse corte? Como é que vai ser o diâmetro do corte? Tudo isso passa pela sua cabeça”.

Notamos que o medo de engravidar atua no campo do prazer, reprimindo o orgasmo. O condom, principal método contraceptivo masculino, favorável à contracepção, nem sempre garante qualidade da vida sexual, considerando a rejeição – masculina e feminina a seu uso e o risco de se corromper durante o ato sexual. Malvino, como outros entrevistados, relata que, após a cirurgia de vasectomia, o desempenho sexual melhora:

“[...] Inicialmente com a tabelinha, você faz as relações naquele período que, normalmente, não é muito, para a mulher, muito assim, agradável. Aí agora [...] você faz naqueles melhores períodos, são os períodos mais férteis, que ela [mulher] sente mais, vamos dizer, sente mais prazer. [...] você pode fazer isso sem se preocupar, a vantagem grande [...] e você não tem mais dia certo, pois você tinha dia certo e tinha aqueles dias livres e agora não, qualquer dia é dia”. (Malvino)

Não teve resistência quanto ao uso do preservativo, mas a esposa reclamava: “Não tenho [resistência a] preservativo nenhum, não tinha problema não, ela mesmo é que reclamava”.

Mas respondendo se verificou diferença na relação sexual com camisinha e sem camisinha, Malvino diz que o sexo em si não, mas a “paradinha” para colocá-la atrapalha:

“Eu acho, pro homem em si não, não! Pro homem não, pra mulher eu não sei, não posso responder, pela mulher eu acho que sim, porque elas, a minha reclamava, né? [...] Acho que a diferença é desagradável, aquilo que você tá no clímax, aí você tem que parar pra poder botar o negócio, isso é que eu acho desagradável, agora a relação em si, não. Eu não sinto, eu não percebi diferença não. A única coisa desagradável é isso, que no meio do caminho você tem que chegar: ‘Calma aí, calma aí, calma aí!’ E [...] você já perde um pouco aquele entusiasmo e tal”. (Malvino)

Malvino declara que o casal fez uso de pílula e preservativo, e quanto ao uso da tabela, não deu tão certo assim, pois a segunda filha veio com o uso da tabela. Indagado se faziam a tabela com orientação médica ou de algum profissional, diz:

“Sabe que eu não sei! É porque esse negócio aí é meio mal informado, as pessoas não sabem direito qual é o dia certo da tabela, a partir de quando você conta. A gente normalmente fazia era basicamente, logo assim que terminava a menstruação, acho que eram os três últimos dias, acho que era mais ou menos isso, basicamente só isso, que inclusive ainda dentro do período fértil, pô, a primeira vez que a gente passou um diazinho, a bichinha veio ué, a segunda”. (Malvino)

Respondendo sobre uso da camisinha e sexo seguro, Thiago informa:

“Na minha opinião.... Porque eu sou daquela geração que a gente não precisava ter camisinha, por causa desse negócio aí, dessa geração nova: AIDS e todas essas coisas e tal. Então, eu sou de uma geração que não se acostumou a usar muito camisinha. Lógico que também a gente usou, de vez em quando, alguma coisa, uma vez ou outra. Mas não era uma preocupação como é hoje: ‘Só faça sexo com camisinha’. Hoje é uma verdade isso. Hoje é uma regra. Você vê em todo lugar, faça sexo com caminha. Então, isso não é uma coisa que eu fui criado assim. Na minha época de garotão, que a gente namorava bastante. As doenças venéreas eram uma coisa simples de serem curadas, entendeu? Se você, no caso, pegasse alguma era uma coisa simples de ser curada, entendeu? Então não era uma coisa... E também não era uma coisa que o ambiente que a gente convivia, as pessoas que a gente convivia eram pessoas sadias e tal. Então não tinha essa preocupação. E hoje em dia, não adianta. Não tem esse negócio de ambiente sadio. Você nunca sabe de nada pode né. Hoje, é uma coisa muito... eu acho que essa garotada que veio aí, eu acho que eles devem sofrer bastante com isso”. (Thiago)

Revelou, também, a resistência à camisinha, confirmando experiências de rejeição, tão comum entre homens e mulheres: “[...] foi... resistência... Se tivesse assim: ‘Esse é o método’.

Tudo bem vai ser o método. Mas por preferência, realmente não... Me incomoda um pouco”. Informa que para a mulher tudo indica, esse uso lhe parece indiferente:

“Pra ela eu acho que não fazia muita diferença não. Eu até fazia... eu até pra ela, acho que até por um motivo de fazer alguma coisa diferente, a gente tipo usar a caminha diferente, de cor diferente, de sabor e tal. Foi onde algumas tentativas assim, mas não era uma coisa muito desejável não”. (Thiago)

O medo de engravidar se reflete na escolha de métodos contraceptivos. Thiago respondendo sobre a partilha de decisões quanto ao uso dos métodos contraceptivos, confirma o uso de pílula pela mulher e acrescenta:

“Ela usou... nós usamos todos os tipos de métodos. Ela usou pílula, depois ela não deveria continuar tomando pílula, até porque o médico falou que não deveria usar pílula indefinidamente. E aí a gente fez: coito interrompido, tabelinha. Tudo que podia fazer a gente fez, mas era sempre um... aquele negócio, entendeu?”. (Thiago)

Confirma o uso dos métodos pelo medo de engravidar de ambos:

“Medo da gravidez, de vir um filho que não tava planejado, não era pra acontecer. Nesse período, entre um filho e outro, já tivemos sustos, tipo assim: ‘Não tá vindo, entendeu? A minha menstruação não tá vindo e tal, será que eu tô grávida, será que eu num tô? Aí aquele, e aí veio: ‘Ah! Puxa!’ Então, passamos alguns momentos assim que: ‘puxa vida, será que a gente pode fazer uma outra coisa e tal’. Aí resolvemos ter outro filho. Mas aí, depois do segundo filho eu não queria mais passar por esses momentos, nem ela”. (Thiago)

E logo depois resolveu fazer a vasectomia: “Pouco tempo depois, não foi logo em seguida não. Foi eu acho que uns três anos ou quatro depois”. Sobre o uso da camisinha, informa: “Não, não, tivemos [essa] experiência, mas não é um método que eu gosto muito não. Eu prefiro sem camisinha, entendeu? Não era um método muito agradável pra mim”.

Edson confirma o uso da pílula anticoncepcional pela mulher como o único método usado pelo casal e acrescenta: “[...] antes da cirurgia foi só mesmo a pílula, após, logo após, durante uns trinta dias usamos a camisinha, porque ainda havia o risco de engravidar [...]. Mas foi só durante trinta dias, depois [...] passamos a usar nunca mais um contraceptivo”.

Fábio avalia o uso do método contraceptivo diante da relação matrimonial “[...] só mesmo o anticoncepcional, a pílula anticoncepcional feminina”. Defende o uso do preservativo “só quando tem assim, relação extraconjugal, em casa eu nunca usei

preservativo, nunca”. O entrevistado expressa a resistência ao preservativo, mesmo tendo consciência da necessidade do mesmo, nos relacionamentos extraconjugais. Sobre a relação sexual com a esposa, indica:

“[...] eu gosto muito da minha mulher, sabe... assim, se eu tenho escolhido uma mulher pra mim, poxa, eu tenho toda liberdade com ela e não tem mulher nenhuma que vai me dar mais liberdade ou vai me dar mais prazer que a minha mulher, sabe. Então, se eu venho a ter uma relação extraconjugal é porque as coisas não vão bem, a minha mulher tá faltando pra mim, aí eu tenho uma rejeição maior, é resistência, mas eu tenho consciência da necessidade”. (Fábio)

Respondendo sobre os métodos contraceptivos usados pelo casal, Raul coloca que:

“Ah! Foram tantos! É, primeiro foi o comprimido anticoncepcional, né? Ela parou, porque devido a problemas de [...] lubrificação. Ela [esposa] tem problema de líquido, de reter líquido, então, quando tomava esse comprimido, já começava a engordar, então, foi mais por isso. Também tinha o coito interrompido que é muito chato, muito ruim de controlar e também, usei também a camisinha por vários anos, esse foi o que eu mais usei, a camisinha”. (Raul)

A camisinha masculina foi o método contraceptivo mais usado por Raul e Lourdes, já a camisinha feminina, segundo Raul: “Ela chegou a experimentar, mas como é uma coisa [...] pra mim é muito incomodo! Então pra ela usar, eu mesmo usava, fica mais fácil”. Lourdes disse que com a camisinha masculina “Eu não sentia nenhum incomodo com a camisinha não, era normal. Tem mulheres que falam, essas coisas assim, mas pra mim nunca foi incomodo”. Agora quanto à feminina, Lourdes reclama da maneira de colocar, para ela: “fica muito ruim pra nós mulheres, nós mesmas colocar. O homem coloca a dele, ele mesmo [...] e a mulher pra colocar a da mulher, é mais complicado. [...] Quando eu experimentei colocando ficava ruim, tinha que ser com ele colocando. [...] a masculina ficava melhor pra nós dois”. Mesmo após a vasectomia Raul relata “até hoje, de vez em quando a gente usa, entendeu?” Lourdes acrescenta: “Quando eu to com algum problema assim..., a gente às vezes [...] tem que tá usando aquele creme [...] porque tá com algum probleminha, aí [...] a gente, então, usa que é pra [...] evitar contaminação, essas coisas assim. A gente usa ainda, de vez em quando”. A paternidade também é exercida pelos homens, cercada de muitas representações. Para Raul representa continuidade de sua geração:

“Olha, eu acho como a mulher, que é sempre no íntimo da mulher ter seu filho né, acho que para o homem a relação dele como homem também de ser pai né, ter uma participação nesse grande lance que é a família no mundo, né? Com relação a isso, nesse ponto, é isso que eu penso: é o envolvimento do ser humano, você ver seu avô, você ver seu pai e você ver a si próprio né, então põxa vida, eu tenho que deixar alguma coisa também no mundo pra levar essa raiz em frente, né?”. Mas antes do casamento, Raul não pensava na questão da paternidade: “Não, antes de casar não. É porque antes de casar, eu já curti muito a vida também antes de casar, né? Antes de casar já, [...] acho que já fiz um bocado de coisas que hoje em dia os homens fazem depois que casam e é por isso que o casamento não dá certo. Então, antes de me casar eu me preparei bastante pra depois casar, parar com tudo e seguir uma vida normal como marido e mulher”. (Raul)

Para Lourdes, sua esposa, a representação da maternidade: “É, a gente sempre depois que a gente casa assim, a gente sempre sonha em ser mãe, ter assim o seu filho, pra você educar, pra ser o seu companheiro, seu amigo; [...] antes de casar, eu não pensava assim em ser mãe, mas depois que eu casei, lodo assim depois de um ano, aí eu comecei a pensar”. E coloca um pouco da experiência dela de maternidade:

“Olha, eu digo a você assim, quanto mais eles crescem, mais difícil é, porque educar é muito difícil. Quando você quer que eles sejam crianças educadas mesmo, bem educadas, você tenta preparar pro mundo, é difícil, porque o próprio filho não entende que você ta preparando ele pro mundo, sabe? Que o mundo não é a gente aqui em casa, em casa eles tão protegidos, mas lá fora não é a mesma coisa”. (Lourdes)

Em relação a partilha de responsabilidades em casa, já que o casal tem dois filhos, trabalham e não possuem empregada, as tarefas domésticas ficam, de acordo com Lourdes: “a gente divide as tarefas, o meu menino ta com quinze anos, ele é um ótimo cozinheiro. Não é porque ele é homem, mas ele cozinha direitinho, faz as coisas sabe, ajuda bastante ele”. Essa fala associa a possibilidade de construção social dos lugares comuns femininos e masculinos, como resultado de habilidades: “não é porque ele é homem, mas ele cozinha direitinho”, quer dizer, tarefas domésticas, em geral femininas, são partilhadas no caso. Raul diz:

“É, sempre faço alguma coisa, né? Lavo um banheiro de vez em quando, varro uma casa, lavo uma roupa também na máquina, porque tem que dividir porque se não dá tempo e vira bagunça, já é uma baguncinha porque a gente não tem tempo suficiente. Então, a gente [...], digamos: tem um dia que eu trabalho a tarde, aí folgo [...], de manhã eu tô em casa até o meio-dia. Então, passo uma roupa na máquina, lavo prato, faço comida também, pra quando ela chegar as coisas estão mais ou menos organizadas, né?” (Raul)

Referindo-se à partilha sobre a divisão de responsabilidades em casa, Thiago informa:

“[...] a gente divide muito tudo. Na verdade, o primeiro filho que nós tivemos eu fui muito mais presente do que ela, eu acho, na criação da nosso filho. [...] a gente era muito novo [...] eu sempre tive que ajudar muito, que intervir muito. E depois eu tive que, eu estava trabalhando fora, eu tive que viajar muito. Aí ela teve que assumir mais. Agora depois o segundo filho [...] apesar de eu estar já com uma situação financeira melhor, podia ter babá e tal. A gente era mais maduro, adulto, foi uma coisa mais tranqüila. Mas, sempre foi bastante assim, dividido, de estar com os filhos, de brincar com os filhos, de ensinar e tal. E a gente sempre foi muito presente na vida deles, participa da escola, de amigos e tal. Sempre fui muito presente”. (Thiago)

No que tange às tarefas domésticas, informa:

“[...] eu não fico muito em casa, [...] a gente sempre teve empregada. E eu sempre trabalhei fora, saía cedo [...] então tarefa doméstica assim só a título de ajudar. Tipo assim: Lavar um prato, às vezes, depois de comer. Ou ajudar a arrumar uma cama. Mas não que eu tivesse alguma coisa que eu fizesse por... assim, tive que fazer compras, ir ao mercado comprar um negócio. Sempre procurei ajudar, mas não que fosse assim, tarefa minha. Mas sempre procurei ajudar, sempre que possível ajudar”. (Thiago)

Lázaro informa sobre a divisão de suas responsabilidades em casa: “Bom, como eu disse, meu filho pra mim é tudo! Então, eu cuido dele com o maior carinho. Acho que sem ele, acho que hoje em dia, sei lá, teria mudado muita coisa se ele não tivesse aí”. Referente a relação de Lázaro com o seu filho: “Meu filho pra mim é tudo!”, e completa dizendo que participa de sua vida: “De tudo, tudo, tudo: colégio e em casa. [...] O dia que eu to em casa, eu tomo conta”. Lázaro trabalha às vezes à noite, depende da escala no serviço mas, “O dia que eu to em casa eu que tomo conta dele. Levo pra escola, pego, dou banho, dou almoço, janta se tiver que dar”. Sobre a sua experiência de ser pai, diz que no início, “eu confesso pra você que eu fugi um pouco disso, mas depois eu vi que não é nada, um bicho de sete cabeças [...] pro teu filho. Enfim, passa a fazer parte do teu dia a dia, né? Não tem explicação!”. No que tange às tarefas domésticas, Lázaro informa: “Geralmente, quando, antes dela sair, ela faz muita coisa e o dia que eu to em casa, nas minhas folgas, eu faço e vice-versa”.

Já na experiência de Malvino, as tarefas domésticas ficam a cargo da mulher, pois ele não gosta muito: “Tem alguém que faz... eu não gosto muito não. A primeira coisa que eu faço de manhã cedo, é lavar o quintal, porque durante..., porque durante o fim de semana a moça que trabalha aqui em casa não vem. O que eu gosto de fazer é lavar quintal, agora dentro de casa, eu também não gosto”. Relata que eles têm uma pessoa para fazer as tarefas

domésticas, ela vai três vezes por semana na casa do casal. “Aí é ela que faz, eu não..., eu tenho horror a esses troços, dentro de casa! A não ser é claro, passar mal, a criança passou mal e vomitou, eu limpo, né? Agora ficar normalmente, passar pano de chão, lavar banheiro, passar pano no chão”. Completa: “Não, lavar a louça eu até ajudo de vez em quando, mas o normal assim, não faço nada. Não tenho preconceito não tá e que eu não gosto mesmo”.

No caso de Edson, as tarefas domésticas são pouco partilhadas: “algumas coisas eu ajudava, em algumas coisas, poucas coisas”. Mas, sobre sua experiência de paternidade e sua relação com seu filho, coloca: “Sempre foi muito paizão, sempre participei da vida dele, inclusive dos estudos dele e até hoje eu dou apoio a ele, embora esteja separado. Ele mora com a mãe, eu vivo já com uma outra pessoa há sete anos e ele está com vinte, mas eu tô sempre participando da vida dele”.

Pinto (2004) em sua pesquisa sobre redes sociais e direitos reprodutivos – desenvolvida a partir de observações das salas de planejamento familiar do HUAP, com início em 2004 – vem discutindo sobre redes sociais expressas em práticas sociais que regulam a reprodução e a formatação das políticas públicas e os acessos a direitos reprodutivos. Pinto (2004) pôde perceber em sua pesquisa que:

“(...) o que motiva aquelas mulheres a procurarem métodos contraceptivos e de esterilização não é apenas a situação financeira. Desejos vários (...) podem redefinir a maternidade e suas obrigações. Num segundo momento, um fenômeno em particular me chamou a atenção: o número significativo de mulheres que para exercerem a maternidade e outras funções cotidianas recorrem a avós, parentes diversos, comadres, vizinhos, e até mesmo ‘conhecidas’, configurando desta forma redes de ajuda e de convívio”.

Percebemos que essas formas de proteção social sustentam a ausência de serviços públicos como creches e escolas, fazendo com que essa maternidade transferida (COSTA, 2002) contribua para desmonte das políticas públicas do sistema de proteção social brasileiro. Notamos também, que não somente os motivos econômicos levam as mulheres à decisão pela cirurgia de esterilização, mas outros tantos

Os estudos realizados por Lole (2003), Barbosa (2004) e Pinto (2005) com observações nas salas de planejamento familiar do HUAP, confirmam mudanças na esfera da saúde reprodutiva: mulheres que buscam a não maternidade, a precariedade do sistema de proteção social brasileiro, homens que buscam a contracepção, falta de políticas públicas para esse campo, falta de acesso aos serviços de saúde reprodutiva, etc.

2.3 VASECTOMIA: ALGUNS DILEMAS DA ESTERILIZAÇÃO DEFINITIVA

Perguntado sobre a efetivação da vasectomia caso a mulher fizesse a laqueadura, Thiago respondeu: “Olha, eu num sei... Eu não sei te dizer. Talvez eu não fizesse. Se ela tivesse feito, eu não fizesse”. Thiago não concorda com a idéia de que responsabilidades sobre concepção e contracepção pertencem só às mulheres:

“Não, não. Tanto que não era que eu fiz, quando ela não fez. Na oportunidade ela não fez... aí, depois fazer uma cirurgia, que eu hoje até... É mais simples fazer uma cirurgia, a mulher faz pelo umbigo e tal... é uma coisa mais simples. Mas naquela época esse método, eu não sei se já existia, mas era uma coisa muito nova, quer dizer, era uma cirurgia mesmo o que a mulher fazia, entendeu? Cirurgia. E pro homem era um negócio mais simples, era um cortezinho e tal, acabou. É uma coisa simples. [...] Na verdade eu queria um método definitivo, pra poder a gente transar a vontade sem ter grilo. Então, eu queria uma coisa definitiva, ou ela fazia ou eu fazia, mas tinha que ter. Foi essa a decisão”. (Thiago)

Thiago informa sobre o planejamento conjunto das duas gravidezes de sua mulher:

“[...] O primeiro filho veio assim, naquela vontade. Até eu na época [...] achava que era muito cedo ainda. ‘Vamos segurar um pouco e tal’. Mas ela... Aí eu criei uma teoria. A minha teoria é a seguinte: ‘Quando o homem quer e a mulher não quer, não vem. Quando o homem não quer e a mulher quer, vem’. Quem comanda é a mulher. [...] ela tinha naquele momento, mais vontade do que eu. E essa vontade foi assim, pegando em mim [...] Então, vamos deixar rolar e tal, e aí... ela engravidou. O segundo [...] não foi planejado também, não foi. Mas era assim, a gente começou a ter muita dúvida de ter um filho só. Nos primeiros anos não. Eu pelo menos não tinha dúvida nenhuma de que eu queria ter um filho, estava bom. [...] mas aí começou a pintar aquela dúvida na gente. ‘Pô a gente vai ter só um filho mesmo ou não vai?’ E o tempo vai passando e isso começa a ficar muito pesado. Tipo assim, se é pra ter mais um, então, tem que ser logo, porque está defasando, num sei o que [...]. E aí, eu acho que nesse momento a gente começou a relaxar um pouco com os métodos contraceptivos: ‘Se vier veio, vai ser bom’”. (Thiago)

Ao contrário, a condição financeira foi um dos fatores de decisão de Edson pela vasectomia. Em seu relato, a decisão de não engravidar se vincula às condições salariais:

“Também, talvez até principalmente, porque eu acho que na época, eu era já funcionário do Estado, mas era agente penitenciário, o salário não era grandes coisa. E eu achava que [...] um mínimo que se deve dar a um filho, né? Em termos de..., de estudo, enfim, de tudo isso que precisa pra um filho. Eu achava que não ganhava o suficiente pra ter mais um filho. Então, eu

falei [...] eu fiz a opção de ter somente um filho, porque eu queria ser paizão mesmo e fui paizão e sou até hoje. O meu filho faz faculdade e é formado em inglês, é professor de inglês, faz alemão e está no terceiro período de engenharia e o papai tá aqui, sempre aqui do lado ajudando”. (Edson)

Também para Raul os motivos financeiros definiram a decisão de não ter mais filhos:

“o principal foi [...] o lado financeiro, isso pesa, pesa, né? Se eu tivesse uma situação bem melhor, eu teria uns três, três ou mais [...] quatro, mas infelizmente hoje em dia [...] educação, a situação financeira do país... não dá pra gente ter mais que dois [filhos], né? Hoje em dia quase toda família mais ou menos esclarecida, são dois filhos no máximo, porque o resto e a situação do jeito que tá [...]”. (Raul)

Os dois filhos do casal foram planejados, segundo Lourdes:

“Todos dois. Todos dois bem planejados; esse último foi super planejado. Até assim, planejar o mês que ele ia nascer mais ou menos eu planejei, porque eu trabalhava e aí na época eu quis assim: deixar pra o final de ano pra eu pegar o fim de ano mesmo, pra pegar o mês de janeiro todo e ficar mais tempo, o mais tempo que eu pudesse ficar com ele em casa, né? Então, ele foi super planejado, ele nasceu em outubro, né? [...] eu fiquei cinco meses em casa por ter planejado, em vez de ter ficado só os quatro da licença, eu fiquei cinco, porque eu também pequei o mês de janeiro que era o meu mês de férias normal e aí a gente tem direito a mais um mês”. (Lourdes)

Em relação ao primeiro filho, Lourdes fala que também foi planejado:

“Olha, do primeiro a gente tava com quase três anos já de casados. [...] A gente planejou e ele nasceu. Que eu já me sentia meio sozinha na época, eu não trabalhava, só estudava, mas não trabalhava ainda e me sentia um pouco sozinha e ele passando o dia trabalhando, aí eu achei que tava na hora, três anos já de casada, aí tivemos ele. Aí a gente esperou mesmo ele ficar bem grandinho, ficar mais independente, pra poder a gente ter o segundo que a diferença de um pra o outro é de cinco anos”. (Lourdes)

A questão financeira também foi um dos motivos, pelos quais, Fábio procurou a vasectomia. Considerava ter um número grande de filhos e isso lhe da muitas despesas: “É, de filhos, é! [...] Pra mim já passava da conta, sabe”. Continua: “Eu comprometo sessenta por cento da minha renda pras crianças, tranqüilo, é isso aí. E aí eu tenho que me manter e manter também as despesas pra eu poder trabalhar [...]. É duro, não é fácil não”. Nessa conjuntura, complementa a renda para manter os filhos, trabalhando fora: “Então, hoje eu cheguei cedo,

cheguei aqui em casa às três horas da manhã de hoje, saí de casa às cinco e meia pra ir pra esse segundo emprego pra complementar a minha renda, porque senão, não dá”.

Comentando sobre a opção pelo método definitivo, Thiago conta: “A gente teve muita dúvida, como eu te disse, pra ter o segundo. Agora o terceiro era certo que eu não queria ter. Dois eram suficientes. E teria sido melhor se fossem mais juntos. Hoje, eu sou dessa teoria, que inclusive os meus filhos, eles reclamam disso, da diferença de idade. Eles gostariam que fosse mais próximo [...]”. Mas fazendo um balanço final da decisão, Thiago, perguntado sobre o desejo de ter mais filhos, responde:

“Não. Realmente, isso é uma coisa bem definida em mim. Isso é bem decidido. Quer dizer, quando o médico conversou comigo e me colocou aquela opção eu achei até que fosse uma boa opção, até ele colocou alguns fatores, algumas coisas [...], que ninguém sabe o futuro. Tudo bem. Mas eu pensava, mesmo que eu me separasse, que constituísse outra família, eu não queria ter mais filho, entendeu? Já eram duas crianças tão bem vindas, tão perfeitas de saúde, de tudo. Eu achava que eu estava completo, que eu não precisava ter mais filho. Aquilo ali pra mim já era [...] a minha eternização no mundo. Então, estava tudo bem”. (Thiago)

Teve dúvidas, porém quanto a possíveis arrependimentos. Ele havia congelado o sêmem. Mas afirma que nem mesmo diante das crises conjugais sua decisão se viu abalada: “Não, não, não mesmo! Isso é uma coisa que não me passou...que não me passa, não me passou e nem me passa pela cabeça!” Confirma, então, isso na decisão recente de destruição do sêmem:

“[...] foi o ano passado, eu pedi pra destruir. Tem que fazer uma carta, assinar, pedindo pra destruir. [...] já mandaram a resposta. É porque [...] aquilo você só lembra que tem, eu só lembrava que tinha lá, quando chegava anualmente o pagamento. Aí eu falava: ‘Ih, é!’ Aí quando foi ano passado, ou ano retrasado, eu acho que foi ano passado, eu falei: ‘Não quero mais, pra que eu vou ficar pagando isso? Não tem mais sentido isso mesmo’. Aí mandei destruir”. (Thiago)

O entrevistado mostra certeza dessa decisão, mesmo tendo vivido a separação por uns tempos: “[...] A gente se separou durante quase que um ano. [...] E mesmo assim, mesmo que você fique separado, disse: ‘Ah, Puxa! Pode tentar uma outra família’. Mas assim, não me passa e não me passou pela cabeça ter outro filho, não me passa. Isso não é uma vontade minha [...]”. Concluindo:

“A história é o seguinte, são várias pessoas que a gente comenta, às vezes numa roda e tal: ‘É, fiz vasectomia, foi a melhor coisa que eu fiz. Acabou a preocupação e tal.’ ‘Mas e se você se separar rapaz e se você se casar de

novo, quiser ter um filho?’ ‘Eu congelei meu sêmen’. Você pode ter filho a hora que quiser e com quem quiser’. ‘Ah, bom. Então, aí tudo bem, então você foi esperto’. Então, é uma coisa assim, é uma preocupação que vem de imediato. Quando a pessoa é mais nova, agora, hoje em dia eu não sei nem se perguntariam mais isso. Já depois de cinquenta anos de idade, eu não sei se me perguntariam isso. Mas lá quando eu fiz, lá atrás quando eu fiz, as pessoas perguntavam: ‘Mas você pode se separar, pode construir outra família, então como é que vai ser, e se você quiser ter outro filho?’ Eu acho que isso é uma solução, talvez, pra muita gente que não tem medo de fazer a vasectomia, mas tem medo de um dia querer ter filho novamente”. (Thiago)

As certezas de ontem não parecem tão certezas assim. Edson, conforme relatado, vive com uma pessoa há sete anos e ela não tem filhos. Ela “sempre manifestou [...] que não gostaria de ter filhos. [...], já estamos juntos há quase sete anos”. Comenta então a observação feita por alguém cujo nome a esposa não lhe revelou e que “[...] teria dito pra ela o seguinte: ‘Olha, você vai ficar velha, você não vai ter uma filha, um filho pra estar com você’”. Informa que isso a fez penar:

“[...] até na possibilidade de ter um filho. Só que eu falei, ela sabe da minha situação, porque eu sou vasectomizado e eu falei: ‘Ó, a gente vai ter um pouco de dificuldade pra realizar esse desejo aí. Tudo bem, não tem problema nenhum, mas você sabe que pra reverter isso, acho que é até impossível no meu caso!’ Talvez meu primo por ser urologista e ele é, a especialidade dele é reprodução humana, parece que é uma possibilidade de coletar o espermatozóide, fazer uma inseminação, é complicado e a gente resolveu dar um tempo e depois voltar a falar sobre isso mais tarde”. (Edson)

Respondendo se gostaria de ter outro filho, depois desses sete anos de relacionamento, ele teria avaliado essa possibilidade levando em conta a opção pela não maternidade por parte da esposa:

“ela [sempre confirmou] que não tinha interesse em ter filho, porque a gente tem uma vida social bem ativa, a gente sai muito, ela dizia até que não tinha interesse em ter filho, não queria ter filho. Apesar de que eu nunca acreditei cem por cento nisso, porque eu não acredito que ninguém passe por essa vida, sem ter o desejo de..., de procriar, né? Mas, enfim, ela dizia”. (Edson)

Concluindo: “[...] é pouco comum a pessoa pensar assim. [...] agora de repente no final, ela falou: ‘Poxa, de repente, pensando bem, já me falaram isso!’ Eu não sei se foi a mãe dela ou os colegas dela. [...] E ela resolveu pensar no assunto”. No caso de Edson, o médico, na época, não o alertou para o congelamento de sêmen, ou para uma situação como essa de desejar ter filho depois da vasectomia: “Eu nem sei se era uma prática comum naquela época,

eu sei que hoje eu escuto muito falar sobre isso, que a pessoa faz o congelamento de sêmem e agora eu [...], vou fazer cinquenta e um anos no fim do ano, pra mim eu já não esperava mais, só que a [...] minha companheira atual tem trinta e dois anos, né?”

Mas não é pouco comum que as mulheres não queiram ter filhos. Sobre o desejo de não engravidar, Barbosa (2004) em sua pesquisa sobre dessacralização da maternidade tem por finalidade investigar práticas e representações sociais relativas aos processos sociais que têm contribuído com transformações da maternidade na história do tempo presente. Desta forma, Barbosa (2004) vem investigando a “transformação das mentalidades, processos de rupturas e continuidades de longa e curta duração históricas que culminam na redefinição de papéis e valores, e em construções de novas identidades que levam (...) à desmistificação de uma missão social e biológica: a maternidade”.

Um exemplo do desejo da não maternidade é o caso de uma usuária que participou das salas de planejamento familiar do HUAP, ela tinha 37 anos de idade, usava pílula anticoncepcional – que estava tendo efeitos colaterais, mas não conseguiu se adaptar ao uso do condom – e nenhum filho. Relata que desde os 19 anos que decidira pela não maternidade, e vem procurando nos serviços de saúde realizar a laqueadura, mas se queixa dos profissionais que não queriam sua participação nos grupos devido não ter filhos.

2.4 PRÁTICAS PRIVADAS DA ESFERA PÚBLICA

Entrevistas realizadas indicam que a informação sobre a vasectomia não se dá através de serviços públicos, mas de rede estabelecida informalmente entre conhecidos. Permanece um assunto sussurrado; da esfera privada. Raul declara que a experiência de seu amigo foi importante para ele decidir pela vasectomia: “Foi numa conversa de mesa, ele trabalha conosco lá, aí eu nem sabia disso, conversa vai, conversa vem, aí ele falou que tinha feito e eu disse: ‘Ué, você fez? Onde fez?’ Aí ele me deu todo o referencial, que tinha sido em Niterói, no Antônio Pedro [...]”. Pois a partir dessa experiência relatada do amigo, “foi quando eu me empenhei pra descobrir se realmente era isso. Então, eu me deslocuei até o Hospital, aí lá eu procurei o setor, né? Me informei lá com a Leila e pronto, já entrei, já me inscrevi no Programa”. As primeiras informações que Raul e Lourdes tiveram sobre a vasectomia foram através de jornal e de televisão. Raul coloca: “É, foi através de jornal e através de televisão, né? Comecei a me interessar pelo assunto, comecei a ler, a saber de alguma coisa com relação

a isso. Aí tirou um bocado de dúvida que geralmente [...] a pessoa tem, né? Bom, aí fiquei tranqüilo, que era um negócio seguro e bom”.

Já Edson relata que também obteve informações através de livros, jornais e revistas, não tendo relatos de experiência de ninguém: “Não, eu não conhecia ninguém que tivesse realizado, eu lia os livros, jornal, revistas e achei a coisa bem interessante, porque eu já tinha essa, essa mentalidade formada de que a gente não deve ter muitos filhos sem ter recursos financeiros pra isso”. Prossegue: “Não tive ninguém próximo que tivesse realizado essa cirurgia e que [...] servisse de experiência. Nem no trabalho”. Mas a partir de minha experiência, “teve um colega que fez, a partir dos meus comentários, das minhas colocações, ele resolveu e fez”.

Sobre a informação de amigos, diz Thiago: “Eu tinha, [...] tinha um amigo meu [...], que quando eu comecei a falar que eu ia fazer, parece tinha um amigo: ‘Ah, eu já fiz e tal, foi tranqüilo, não teve problema nenhum e tal’”. O amigo só tratou do assunto quando Thiago manifestou a vontade de fazer a cirurgia, incentivando-o a fazê-la: “É, aí falou que era tranqüilo, que era muito bom”.

Perguntado sobre a necessidade de informar-se a respeito de experiências anteriores para ter realmente certeza da vasectomia, Malvino diz: “Eu tava com a intenção mesmo de fazer e fiz, não fui me informar não. Sinceramente eu não pesquisei, também a minha idéia era me esterilizar e pronto”. Mas acrescenta que em conversas com outras pessoas obteve informações referentes á vasectomia:

“[...] A gente foi conversando... eu já tinha ouvido falar, mas nunca veio a idéia, [...]. Conversando com as pessoas, comentaram sobre esse assunto, que amigo tinha um conhecido que tinha feito, não sei o que. Sabia através de informações por alto assim, não foi numa coisa muito concreta. Eu tinha ouvido falar, mas não sobre como seria, o que seria, como era feito, mais ou menos isso”. (Malvino)

Sobre a informação de amigos, Lázaro diz que antes da vasectomia não conhecia ninguém que tivesse feito. Mas que depois que fez a cirurgia já comentou a respeito: “Você comenta e tal: ‘Fiz vasectomia!’ E o pessoal acha que é maluquice fazer vasectomia, ter um filho só. [...] Parentes, amigos, acham que é maluquice”. Pois, pesam que: “‘Ter um filho só!’ ‘Porque quem tem um, não tem nenhum’. Não é pô! Quem sabe sou eu! Eu é que tenho que saber quantos eu posso que ter, não é pelos outros. É muito bonitinho o filho dos outros, mas vai ver se alguém vai te dar, ajudar a cuidar do teu filho, é ruim heim!”. E completam

dizendo: “‘Tá castrado!’ ‘Cê já ta broxa’! Não sei o quê. [...] Diz que você não tá mais com aquela bola toda! Que não ta mais pegando ninguém. Nada a ver!”.

O imaginário social sobre a vasectomia tem seus símbolos. Os pacientes ainda pensam que fazendo a cirurgia correm o risco de perda de potência sexual. Embora a técnica cirúrgica seja divulgada com todos os seus detalhes entre homens de diferentes classes, eles nem sempre conseguem assimilar os procedimentos médicos. Por outro lado, apesar das informações recebidas de alguém vasectomizado, os usuários vêm aos grupos conferirem se a cirurgia não mexe com nada, nem com o desejo, ou com a ereção, o orgasmo, a ejaculação, enfim, com nenhum desses itens de afirmação da sexualidade masculina.

Sobre a experiência da cirurgia, explicam os entrevistados como sentiram a técnica cirúrgica. No caso de Thiago, explica a simplicidade da cirurgia, indicando que “[...] levou um pontinho só. Naquela época foi muito, muito pequenininho”. Sobre o uso de anestésico, informa:

“Foi local [...]. Me sedou pra eu ficar tranqüilo, fez anestesia no local, fez ali. Eu fiquei sedado, mas tava ouvindo tudo, eles conversando, falando e tal. Não senti nada, entendeu? E depois eu ficava procurando o lugar, é tão pequenininho que não dava pra ver. Mas depois, ele falou dos cuidados que tem que ter; tive que ficar de pé pra cima durante aquele dia que foi da cirurgia e tal, e depois não fazer esforço durante aquela semana, vamos dizer assim. E foi tudo muito tranqüilo”. (Thiago)

Primeiro negou e depois confirmou a ansiedade sentida, mesmo sendo bastante informado a respeito da cirurgia: “[...] a gente fica tenso e qualquer coisa que vai cortar a gente, quer dizer, a mim. Vai me cortar, vai tirar alguma coisa e tal. A gente fica tenso, até porque, será que eu vou sentir dor, será como vai ser. Não pelo... eu não tinha assim, medo do resultado, entendeu? Era tão simples, ele me mostrou e provou que era tão simples assim [...]”.

No caso de Malvino, a cirurgia demorou cerca de quarenta minutos, foi realizada no Centro Cirúrgico do Hospital Municipal Orêncio de Freitas e quanto à anestesia: “Foi anestesia local, bastante desagradável por sinal”. Quanto às sensações na hora da cirurgia diz ter ficado “nervoso, não é medo...”, mas acrescenta com certa dúvida: “acho que é nervoso!”. E falando do pós-operatório, situa o espermograma – exame que constata a passagem ou não dos espermatozoides pelos canais deferentes –, e informa que usou camisinha no período indicado pelo médico, que são dez ejaculações e, que depois demorou um pouco para realizar o exame. Neste período, o casal fazia uso da tabela intercalada com o uso do preservativo, até que: “eu não agüentava mais e [...] fui fazer o exame, foi quando eu fiz”.

Edson recorda como foi o procedimento cirúrgico na época, já que realizou a vasectomia na década de 80: “Foi anestesia local, quem foi o assistente do médico foi meu próprio primo que também é médico, ginecologista, não tinha nada a ver com a área mas foi o assistente e meu irmão estava presente também”. O irmão de Edson o acompanhou e acabou assistindo a cirurgia. Quanto aos medos sentidos no momento da cirurgia, Edson informa:

“Eu não senti medo, a coisa foi muito rápida, acho que eu levei no máximo trinta minutos na mesa de cirurgia, mais uns trinta pra eu me recuperar, fui embora pra casa no mesmo instante, no mesmo dia. Só com dois, três primeiros dias é que a região ficou bem dolorida, mas eu tomei os anti-inflamatórios e depois de uma semana, já estava tendo relações sexuais com camisinha, sem complicação”. (Edson)

Quanto ao espermograma: “[...] Me parece que eu cheguei a fazer um depois de trinta dias e somente. Depois nunca mais examinei o que aconteceu, como é que ficou, [...] e eu nunca tive nenhum risco de gravidez, nunca nenhuma pessoa com quem eu me tenha relacionado engravidou”.

José narra a técnica da cirurgia:

“Mas, aí eu marquei, fui lá no consultório e ele explicou como seria a cirurgia. Ele daria anestesia local, daria um cortezinho nos canais deferentes e fez assim. Durou, não passou de 15 min, um pontinho de cada lado e, ele disse assim: agora fica aí durante uns 20 min descansando, e depois pode sair até dirigindo. Como eu não tava dirigindo, melhor ainda, saí de táxi. Perguntei para ele: algum cuidado para tomar, e ele disse: de modo algum. O único cuidado é você esperar para que daqui a 30 dias para ver se tem algum resíduo [espermatozóide], então, você fará um espermograma para constatar que zerou mesmo a sua capacidade de reproduzir. Foi o que eu fiz”. (José)

Raul comenta que enquanto esperava a cirurgia: “fiquei pensando como é que seria, porque uma coisa é a pessoa dizer: ‘Olha, vai dar um cortezinho, puxa aqui e tal’. Mas a pessoa... ‘Pôxa, como vai ser este corte? Aonde vai ser esse corte, né? Como é que vai ser o diâmetro do corte?’ Tudo isso passa pela sua cabeça, né? Mas quando eu cheguei lá e que o médico me tranqüilizou: ‘Ó, fica tranqüilo aí que o negócio é rapidinho e tal’”.

Fábio coloca sem restrições que sentiu medo na hora da cirurgia:

“Rola, rola um medo sim, você dá uma tremida: ‘Caramba, o cara tá mexendo nos meus documentos, vai rasgar a minha identidade!’ ‘Aí! vai jogar tudo fora, meu Deus do céu!’ Pô! deu certo com todo mundo, porque que não vai dar comigo? E o médico falando: ‘Olha você tem que fazer o

espermograma, porque eu tenho amigo, é..., urologista que fez e depois que fez tem mais dois filhos!’ E eu falei: ‘Pô, que isso!’”.

Mesmo com a orientação médica para realizar o espermograma, Fábio não fez e diz: “Saí dando tiro e rezando, ai meu Deus do céu! Por favor meu Jesus Cristinho, ai!” . Justificando porque não fizera o exame, relata o procedimento da cirurgia:

“Não fiz. Sabe porque? Olha só que coisa esquisita: você vê o cara levantando o caninho lá de dentro de você assim, ‘toc’, tira um pedacinho, ‘toc’, tira outro, aí vai amarra um, amarra o outro. Pô, é como [se] o camarada tivesse seccionado uma ligação de água e tampou o cano de um lado e um cano de outro, como é que isso vai voltar a funcionar? Não vai mesmo!” (Fábio)

As representações sobre a vasectomia, apesar das informações que chegam aos homens de diferentes modos não eliminam temores de impotência, sempre muito presente nos questionamentos dos homens que demandam a vasectomia. A orientação nas salas de planejamento familiar no HUAP, deslocara para a esfera pública essas questões da intimidade; nelas os homens eram detalhadamente informados sobre a cirurgia de esterilização e a ausência de problemas com o desejo, o desempenho ou o prazer sexual, enfatizando-se que a vasectomia não significa castração. Alguns entrevistados repisam esse medo de perder a potência sexual.

Thiago perguntado sobre medos de perda de impotência, responde, referindo-se ao médico: “[...] ele me mostrou, me fez tudo, me [trouxe] todas as estatísticas e tal. Me explicou o processo, que não tinha nada a ver com impotência, potência e tal. Entendeu? Então, quanto a isso, lógico que eu pra poder fazer, eu me convenci disso. Fui procurar, saber mais detalhes [...]”. Mas depois, acrescenta:

“É, a gente num primeiro instante a gente fica, todo homem fica, com um certo receio de mexer na potência dele, na potência no caso dele. Então, eu fui procurar saber como é isso. E depois que a gente procurou saber, a gente vê esclarecido do que que é? Como é? Por que que é? Enfim, quando você sabe o que que é, você vê que não tem nada a ver uma coisa com a outra. Aí o medo era só o medo, o receio de cirurgia, de corte e de tal. Eu até pedi a ele que eu não queria anestesia geral. Entendeu? Porque tem gente que faz, que fica muito angustiado”. (Thiago)

Sobre a sua opção de anestesia geral, informou:

“Poderia ter, poderia ter, mas eu falei: ‘Não, eu quero anestesia local e quero...’. Aí eu ficava com medo de como seria a anestesia local: ‘Será que eu vou ficar, levar agulhada no local?’ Ele disse: ‘Não, tem um método. Passa um anestésico...’ E realmente, não senti nada. Nada, nada, nada. Sentia mexendo, sentia pinçando, mas não sentia, absolutamente, dor nenhuma. Nada, nada, nada”. (Thiago)

Sobre o mesmo assunto, Lázaro comenta que: “Até, porque o homem, o homem em si, ele tem medo da vasectomia, tem medo, o problema é esse: tem medo, acha que vai ficar broxa, por aí”. Indagado se teve esse medo diz que não, nem no primeiro instante, pois: “Já sabia, tava informado, me informei primeiro a respeito, também não ia fazer assim. É meio complicado”. Mas, o entrevistado acaba relatando depois que, mesmo com as informações obtidas nas salas de planejamento familiar e do médico no ambulatório, sentiu medo na hora da cirurgia:

“Então, vou fazer a cirurgia, então, só deu medo na hora. [...] É porque na hora, ele... Eles seguram pra dar a anestesia e eu falei: ‘Ai Jesus! Isso não vai dar certo!’ E, aí bate um friozinho na barriga sim. Naquela hora, bateu um frio”. Segundo Lázaro, a anestesia lhe deixou com medo “porque é região sensível pra dar anestesia e tal. Eu fiz [...] do meu lado esquerdo e aí tava mais tranqüilo já”. (Lázaro)

Lázaro tinha certeza da sua opção: “Deu um friozinho na barriga só! E na hora, ele [o médico] falou assim: ‘Você com um filho vai fazer vasectomia? Não sei o quê e tal...’ Não pode fazer, que eu vou fazer. Na hora, ele não queria fazer e era uma coisa que eu queria realmente”.

2.5 A TRANQUILIDADE CONQUISTADA

As experiências narradas confirmam a melhora do desempenho sexual. No caso de Thiago, “realmente é muito bom pela tranqüilidade, né? Quer dizer, quem não quer ter filho é uma tranqüilidade”, reafirmando pra mim, “[...] passa a ser uma tranqüilidade. Fiquei como se tivesse tirado um peso de cima. Tipo: Como é que vai ser? Como é que não vai ser? O que que a gente vai fazer agora? Qual é o método? Que coisa?” Porque a gente não ficava pensando em método”.

As experiências de Malvino, também indicam essa tranquilidade: “Qual vantagem? Você poder fazer as ‘coisas’ e não ter preocupação, a idéia é essa. [...] não precisa se preocupar, tá ótimo, né?”. E quanto ao desempenho sexual:

“Melhorou, melhorou, até agora não tem [...] Inicialmente com a tabelinha, você faz as relações naquele período que, normalmente, não é muito, para a mulher, muito assim, agradável, né? Aí agora você me perguntou se eu não tinha nenhum tipo de preocupação, você faz naqueles melhores períodos, são os períodos mais férteis, que ela sente mais, vamos dizer, sente mais prazer, né? Os períodos férteis, então, você pode fazer isso sem se preocupar, a vantagem grande [...] e você não tem mais dia certo, que você tinha dia certo e tinha aqueles dias livres e agora não, qualquer dia é dia”. (Malvino)

Edson confirma que após a vasectomia, a relação sexual melhora: “Eu também notei isso na época, que a gente passou a não ter mais esse tipo de preocupação. A gente teve a certeza depois de um tempo que ela realmente sem tomar anticoncepcional a gente não tava correndo risco nenhum e a gente passou até ter com mais frequência a relação sexual”. E quanto ao aumento de tempo de ereção, diz: “Olha, na época, eu não percebi não. Eu não percebi isso na época não... Eu sei que hoje eu tenho cinquenta e um anos e tenho um bom tempo de ereção, não sei se em razão da vasectomia, mas eu realmente tenho uma duração de ereção muito grande”.

Raul descreve o que os amigos comentavam com ele a respeito da vasectomia: “Ah sim! Isso é comum, é mais comum: ‘ah! Não vou fazer isso não, que isso aí você fica broxa!’ e disse: ‘Ficar broxa? Tá o contrário, teu pensamento é o contrário!’ É porque depois que eu fiz, eu acho que o desempenho melhorou mais ainda”. Nessa fala, também o desempenho sexual após a cirurgia melhora. Raul repete o sentimento de “tranquilidade de... de saber que não vai engravidar, isso já dá sessenta por cento de tranquilidade, certo? [...] a tranquilidade de saber que tá livre, né? Então, dá mais... Acho que psicologicamente você fica mais à vontade e o seu rendimento aumenta quase cem por cento”. Essa impressão é confirmada na avaliação de sua esposa: “É, concordo que ficou bem melhor sabe. Que ele realmente ficou bem mais tranqüilo, a gente em si, o casal ficou bem mais tranqüilo, sem aquela preocupação, paramos de usar camisinha que de qualquer jeito, tira um pouquinho da sensação, [...] não tem mais nada assim, aí ficou bem melhor, realmente concordo que ficou bem melhor”. Lourdes conta que falou da questão para suas amigas: “É! Eu peguei e falei, porque as minhas amigas, às vezes, perguntam também né, colegas minhas falam que os maridos não fazem por conta do medo de que vão ficar broxa, [...] essas coisas todas. Eu comentei [a] elas que é o contrário: depois da cirurgia nossa relação melhorou muito, ficou muito melhor”. Continua:

“Elas [as amigas] ficam assim, acham engraçado, ficam achando: ‘Pôxa, então que bom, né!’ Mas os maridos nem querem saber da conversa, [...] tem preconceito, né?”.

No caso de Fábio, relata que: “[...] perde um pouco de volume, por conta do espermatozóide que você não produz mais, porque o meio líquido, o esperma, o sêmen, né? [...] é o meio líquido que dá mobilidade pro espermatozóide e você só produz isso o sêmen, o esperma. O espermatozóide propriamente dito é que você deixa de produzir, então, o volume [...]”. E, conclui que a despreocupação de não ter filhos influencia na melhora do desempenho sexual: “é impagável [a vasectomia], sabe?”.

3 POLÍTICA DE SAÚDE REPRODUTIVA PARA QUEM?

Há muito por descobrir dos mistérios da reprodução, especialmente sobre a inserção do sexo masculino no contexto da saúde reprodutiva. O tema é de interesse da avaliação das políticas sociais, considerando que as ações de saúde reprodutiva são referidas a indicadores de saúde das mulheres.

Apesar do fortalecimento da área de avaliação em políticas sociais, a análise de objetivos específicos de programas e projetos continua sendo privilegiada e não a dimensão política da política social (LOBATO, 2004). Lobato também apresenta alguns desafios a serem considerados para uma avaliação política das políticas sociais, tais como, o de considerar o critério de bem-estar, o impacto da política sobre o bem-estar permanente e os seus resultados finais, mas aferindo os indivíduos como sujeitos e não somente como beneficiários ou usuários do programa. Nas palavras da autora: “[...] A avaliação da política social deve necessariamente associar processo e impacto. Isoladas, as avaliações de processo e impacto são ou avaliações de políticas públicas ou avaliações de programas e projetos sociais, mas não de política social” (LOBATO, 2004, p.104). O caso brasileiro tem suas especificidades, principalmente, ao se pensar as políticas sociais na estrutura de proteção social submetida a altos níveis de desigualdade. Se as políticas sociais públicas pressupõem igualdade de oportunidades e de resultados, é necessário que a concepção de avaliação da política de saúde reprodutiva seja apreendida como: “[...] um dos processos indispensáveis na melhoria das decisões e ações no campo social [...]” (CARVALHO, 1999, p.59).

Pensar a saúde como resultado de condições econômicas, políticas, sociais e culturais serve a essa perspectiva de avaliação. Rangel (2004, p.27) destaca que “[...] a cultura, o tempo, a conjuntura e outras questões, nos obrigam a situar a problematização da saúde como um fato histórico e sócio-cultural, que transcende o biologismo que tradicionalmente lhe é reservado como única via”.

No âmbito da saúde reprodutiva, as mulheres ao longo da história, tiveram suas conquistas. No caso brasileiro, o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), nos anos 80, é um marco de superação do Programa Saúde Materno-Infantil, instituído em 1975. O PAISM fez girar conceitos de saúde que pensavam a mulher na sua condição de mãe, de reprodutora. Todavia, a perspectiva assentada no binômio mãe/filho, ainda hoje, compõe o imaginário social sobre “saúde da mulher”. Configurações sociais de programas de saúde, como essas, evidenciam formas culturais pelas quais os direitos são ou não legitimados. Quando criado no início dos anos 80, o PAISM revia a noção de maternidade como condição programática única a ser considerada; mudanças ocorridas no mundo trabalho, na família, nas relações de gênero inventavam um imaginário social sobre as mulheres, com base em novas experiências femininas. Na vida cotidiana, as mulheres passam a optar por ter ou não filhos, por definir o tamanho da prole, pelo direito ao prazer sexual sem risco de gravidez, dentre outras questões. No cotidiano, regras familiares normalizam papéis de mulher-mãe mas, sob tensões e conflitos. Se no processo de divisão sexual do trabalho persistem papéis sociais tradicionalmente reservados às mulheres, também é verdade que as mulheres mudam suas práticas e esses mesmos papéis.

As práticas femininas de aborto e as experiências de contracepção mostram isso na longa duração histórica (MACLAREN, 1997). As narrativas recolhidas das salas de planejamento familiar do HUAP revelam o quanto mulheres e homens buscam alternativas para não terem filhos. Mas ainda que sejam regras sociais, quando transformadas em leis e em procedimentos regulamentados por leis – caso da laqueadura e vasectomia no Brasil –, nem sempre são respeitadas e efetivamente implementadas. As políticas sociais incorporam valores e símbolos em circulação; no caso da saúde reprodutiva, atualiza o imaginário sobre a maternidade. No contexto em que o PAISM foi criado, questões ligadas ao espaço privado se tornaram públicas, ou seja, agora “o pessoal é político” (VARIKAS, 1997).

O PAISM foi uma manifestação, explicitamente feminista, que continha o desejo coletivo de superação de uma política, até então, pautada na maternidade e, por extensão, na indissociação entre reprodução e prazer. A crítica a essa visão organiza o PAISM numa nova concepção de reprodução. O PAISM torna-se, por pressão de mulheres organizadas na conjuntura de redemocratização do país, uma resposta do Estado a questões no campo da saúde reprodutiva. A pesquisa de doutorado de Ana Maria Costa (2004) compara características do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) e o PAISM, destacando “mudanças estratégicas e conceituais propostas pela política do PAISM” (p.28):

Comparação das características do PSMI e PAISM

Caracterização	Programa de Saúde Materno-Infantil	Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher
Estratégia	Vertical	Horizontal
Cobertura	População feminina em idade reprodutiva	Universal
Gestão	Centralizada	Descentralizada
Planejamento	Risco gravídico-puerperal	Epidemiologia: necessidades e demandas
Ações	Pré-natal, parto puerpério	Todas as necessidades e demandas identificadas
Educação em saúde	Recomendada. Abordagem relacionada aos cuidados com a gestação e o conceito	Oferta obrigatória de práticas educativas sobre corpo, autocuidado, sexualidade, direitos e cidadania.
Abrangência da atenção	Rede básica	Todos os níveis de atenção
Participação social	Não referida	Estimulada

Fonte: COSTA, ANA MARIA. *Atenção Integral à Saúde das Mulheres: QUO VADIS? Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil*. 2004. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, 2004.

Fonseca Sobrinho (1993) ao examinar a história do planejamento familiar no Brasil (no período de 1974 a 1983) também reconhece a superação do modelo de assistência materno-infantil alicerçada na identidade de mãe. O desejo de superação desse modelo pautado no binômio mãe/filho, propulsor da criação do PAISM pretende remover da ação programática da saúde a noção que, até então, confunde a identidade das mulheres com sua função de mãe, dando lugar a outra que expressa mulheres como sujeitos da história. As lutas feministas por direitos reprodutivos, nesse período, são as que organizam os princípios programáticos do PAISM. Inaugura-se, por isso, nesse novo tempo, o ideário de integralidade nos diferentes ciclos de vida feminina (infância, adolescência, juventude, maturidade e velhice). Além disso, essa noção ganha novas dimensões e se estende mesmo à concepção de saúde. Segundo Costa, S.G. (2002, p.313):

“[...] Esses movimentos negam o programa materno-infantil e reafirmam o desejo de um novo padrão de maternidade e, certamente, de novas relações entre as mulheres. Corpo, prazer e direitos reprodutivos juntam mulheres em torno da idéia de uma existência feminina não necessariamente destinada à reprodução [...]. A maternidade surge agora como uma questão política.”

O ideário do PAISM nasce concomitantemente às formulações do Ministério da Saúde para implantação do SUS. Na década de 60, num cenário de conflitos políticos e ideológicos e, também, num espaço de discussão em torno do controle da fecundidade, dois blocos de opinião se confrontavam: o de anticontrolistas, representado pela Igreja Católica e por segmentos das Forças Armadas e o de antinatalistas ou neomalthusianos, bastante plurais em sua composição, e que, segundo Fonseca Sobrinho (1993, p.40), incorporava

“[...] a famosa idéia de que o ritmo de crescimento da população, por ser maior que a produção de alimentos, levava, por simples decorrência lógica, à fatalidade de que surgiriam empecilhos constantes ao aumento da população. ‘Essas leis naturais’ seriam, principalmente, a escassez de alimentos, a epidemia, as guerras, todos bloqueando, pelo aumento da mortalidade, os efeitos de um excessivo numero de nascimentos”.

Estes grupos tiveram importante participação na formulação do PAISM, pelo embate travado nas décadas de 60, 70 e 80, levando o governo a discutir novas medidas vinculadas á contracepção, que se concretizariam, porém, vinte anos depois. Fonseca Sobrinho (1993, p.159) relata que: “Até 1975, entre as diversas personagens que, de forma ou de outra, deixaram sua marca, ou pelo menos tentaram influenciar o processo de implantação, no país, do planejamento familiar, uma delas, fundamental nessa história, ainda não havia se manifestado: justamente a mulher [...]”. Contudo, nos anos 70, os direitos reprodutivos alcançados em lutas de mulheres apresentam, segundo Costa, S.G. (2005, p.119), alguns dilemas:

“[...] como de ter relações sexuais com prazer e sem procriar, de decidir sobre a contracepção, seja definindo o tamanho desejado da prole, seja exigindo acessos a informações e a métodos contraceptivos e a procedimentos de esterilização e de aborto diante da gravidez não desejada, em qualquer circunstância, ou ainda de conceber filhos por meio de tecnologias reprodutivas. [...]”.

Quando criado, o PAISM, afirma rupturas com o Programa de Saúde Materno-Infantil, mas também reafirma procedimentos que atribuem às mulheres o controle da reprodução. Assim, mesmo instituído como um repensar do binômio mãe-filho, o PAISM no ato da sua instituição, não introduz condutas que associam os homens às questões da reprodução. A preocupação com as paternidades está ausente dessas novas prescrições. Isso chega aos dias atuais: as avaliações de ações programáticas do PAISM expressam preocupações com graus de cobertura e com impactos na área da contracepção; não foram encontrados registros de

avaliação dos impactos decorrentes da feminilização dessas ações, no campo educativo, um território apartado de homens e mulheres. A educação diferenciada por sexos reafirma-se na história do PAISM, nas formas usuais de informação e de reflexão sobre o planejamento familiar que se assentam, sobretudo, em decisões femininas.

Com a Lei do Planejamento Familiar, em 1996, e sua regulamentação, em 1999, as salas de planejamento familiar do HUAP/UFF (Hospital Universitário Antonio Pedro da Universidade Federal Fluminense), em Niterói, RJ, ao inaugurarem o atendimento a homens, mulheres e casais, trouxeram elementos de avaliação desses impactos: condutas masculinas diante da contracepção e o medo masculino de engravidar sugeriram novas referências para pesquisas e práticas profissionais nos assuntos da reprodução. Nessas salas, práticas e representações sociais evidenciam a reprodução como “coisa de mulher” e organizam o imaginário sobre a vasectomia. A rede informal com que homens traçam a busca pelo acesso à vasectomia, uma prática social que tem impulsionado importantes conquistas nas políticas de acesso a direitos reprodutivos, revela representações sobre virilidade e tradicionais comportamentos masculinos e muito indica sobre os impactos da feminilização do PAISM. Daí, o papel central ocupado pelas representações sociais na dicotomia entre o masculino e o feminino no âmbito da saúde reprodutiva, inscritas num processo de longa duração histórica.

Os estudos de masculinidades ganham crescente densidade nos anos 90. Mas estes estudos, os das relações de gênero e os da sexualidade não têm, necessariamente, servido às referências de avaliação de políticas e de programas sociais quanto à sexualização dos mesmos e à cidadania diferenciada por sexos. Na busca de um novo olhar para a discussão da saúde reprodutiva, localizam-se mudanças de procedimentos profissionais, principalmente, quanto à exigência de um olhar polissêmico na produção de conhecimento sobre a formação de identidades forjadas nessas políticas e nas práticas sociais que lhe são inerentes, com suas dimensões individuais e coletivas (MOORE, 2000).

A associação dos estudos sobre masculinidades aos de saúde reprodutiva leva a pensar significados da participação restrita dos homens no apoio à gravidez, nos cuidados da prole e no uso de métodos contraceptivos, indicadores da feminilização da reprodução e do restrito papel exercido pelos homens nesses assuntos. Essa matéria – inserida na experiência do PAISM – serve para pensar referências concernentes ao processo de avaliação de programas de saúde reprodutiva; os anos 90 as expõem e um novo estado de consciência faz emergir a crítica à apartação do masculino. Já não é cabível a ausência masculina nesse programa, considerando que homens também buscam ações de con(tra)cepção.

Nesses anos, verificam-se mudanças de clássicos padrões comportamentais quanto à divisão de responsabilidades reprodutivas, antes admitidas como obrigações femininas. Os aspectos relacionais da reprodução e a participação masculina no controle contraceptivo reafirmam-se como de especial importância para as pesquisas e os indicadores de avaliação de programas de educação e saúde. O assunto da concepção e contracepção é de homens e de mulheres. Nas orientações de programas de educação em saúde reprodutiva – em que homens e mulheres ficam apartados –, persiste a censura de linguagem, ressaltando a necessidade de elaboração de novos discursos.

Mas esses discursos estão sendo elaborados e isso se verifica através das lutas dos movimentos de mulheres e de homossexuais. Direitos reprodutivos e depois, os sexuais, vem sendo concebidos para além das fronteiras da saúde. Isso não significa que as práticas assistenciais não tenham se centrado na perspectiva biológica, enfocando patologias ou doenças, especialidades médicas e diferenças anatômicas de homens e mulheres, de classes raças/etnias e gerações. Direitos sociais são “[...] invenções humanas que desde a antiguidade constituem elementos fundamentais de regulação da convivência social sendo, portanto, informadores do desenvolvimento e da cultura [...]” (ÁVILA, 1997, p.11). Esta autora, destaca que, em relação aos direitos reprodutivos, a novidade é que estes foram inventados pelas mulheres.

Numa longa trajetória de vivências sociais e lutas políticas, as mulheres construíram o caminho que as trouxe a uma posição de inventoras de valores democráticos. Diferentemente de outras conquistas sociais, os direitos reprodutivos foram embalados por mulheres. Só mais recentemente homens lutam com elas por direitos reprodutivos e sexuais. Isso não acontece por acaso. Os homens estão cada vez mais presentes na esfera privada. Mesmo frente às representações sociais das masculinidades – que os definem como provedores da família, como seres do espaço público, e, ainda permanecem muitas prescrições próprias a um dado modelo de divisão sexual do trabalho – homens e mulheres estão partilhando muitos espaços comuns. Medrado e Lyra (2002, p.24) retratam essa questão:

“[...] A impressão que se tem é que estamos enfim passando de uma visão de que a não-participação masculina na vida doméstica decorreria exclusivamente do ‘machismo’ de cada homem, para uma outra em que é necessário compreender que condições são criadas pela sociedade para facilitar ou dificultar o envolvimento dos homens na vida familiar.”

A luta por direitos reprodutivos, no Brasil, traduz muito dessa nova convivência, faz parte da construção da democracia e aparece na agenda política, ampliando a qualidade dessa democracia: “Os direitos reprodutivos, quando pensados em profundidade, exigem novas formas de relações sociais, reconstrução das representações sobre corpo/sexualidade/reprodução apontando para um novo modelo de civilização” (ÁVILA, 1997, p.15). Essa reconstrução vem acontecendo; ela revela mudanças na concepção da reprodução e de sexualidade, pensadas como campos distintos. Reconhecer a autonomia dessas duas esferas da vida é um dos desafios da atualidade para o reconhecimento dos direitos reprodutivos e sexuais para mulheres e homens. Segundo Ávila (2003, p.466), direitos reprodutivos dizem respeito “[...] à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. O que significa tratar sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e conseqüentemente da vida democrática”. Se o reconhecimento desses direitos ocorre, as políticas públicas estarão direcionadas para a busca de justiça social, e para isso: “[...] elas têm que ser formuladas e executadas levando em conta as desigualdades de gênero, de classe, de raça e de expressão cultural [...]” (ÁVILA, 2003, p.468).

Sonia Corrêa (1999, p.43), porém, constata:

“[...] as políticas de saúde reprodutiva que se implementam, pós-Cairo e Pequim, estão-se desenhando como meras re-interpretações semânticas, ou adequações, das ações convencionais do materno-infantil ou de planificação familiar. Esta orientação minimiza – quando não oculta – a perspectiva dos direitos reprodutivos. **Observa-se, também, no plano das instituições, que os termos ‘saúde’ e ‘reprodutivo’ são mais facilmente aceitos do que ‘direitos’ e ‘sexuais’, que soam mais radicais e impertinentes.**” (sem grifo no original)

Ao mesmo tempo, mesmo com essas ambigüidades, esses direitos revelam uma inovação, porque “[...] insere o pensamento feminista na longa trajetória da discussão sobre regulação da fecundidade e natalidade, que tem sido objeto de debates e deliberações normativas durante todo este século [...]” (DORA, 1998, p.37).

No Brasil, a Constituição de 1988 reconhece o direito de homens e mulheres determinarem o tamanho de sua prole. Daí porque a lei 9.263 de 12/01/1996 regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição sobre o planejamento familiar, estabelecendo-o como “[...] o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (art.2º). As práticas, porém, são outras. A lei do planejamento familiar, porém, não impede desigualdades de

atendimentos de homens e mulheres, privação de direitos a cidadania e limites e impasses dentro da rede pública de saúde em fazer valer, igualmente, o direito as cirurgias de esterilização garantidas por Lei.

Um dos desafios para as políticas de saúde é considerar os direitos sexuais e reprodutivos como parte dos direitos sociais. Uma vez reconhecidos, representará uma conquista política para a democracia. Segundo Ávila (2003, p.468), a cidadania tem sido trabalhada como:

“[...] instrumento de combate à desigualdade social, à conquista de direitos e como um meio de instituir um novo processo democrático assentado sobre o compromisso com a justiça social, com a ética e com uma moral que seja instauradora da dignidade humana, como valor coletivo que promova a superação dos preconceitos e discriminações”.

A epidemia do HIV/AIDS e as mobilizações das mulheres em conferências internacionais mudaram referenciais de discussões de gênero e de sexualidade em muitos e diferentes espaços institucionais no decorrer das décadas de 80 e 90, cada vez mais num contexto globalizado, porque circunstâncias, comportamentos e práticas sociais mudaram também. Margareth Arilha (1998, p.18), ao examinar o Brasil, enuncia os desafios na área da saúde no campo da sexualidade e da reprodução:

“[...] o desafio para o futuro no campo da saúde não mais consiste em tão-somente discutir se o PAISM foi ou não implantado. O desafio, a nosso ver, torna-se compreender de que maneira as transformações das questões estruturais da saúde têm impacto sobre as possibilidades de assistência à saúde e, ao mesmo tempo, refletir de que modo as demandas de saúde reprodutiva são atendidas quer pelo Estado, quer pelo mercado. O foco, portanto, deixa de ser o *locus* do PAISM e passa a ser os comportamentos da sociedade, do estado e do mercado em resposta às necessidades do campo da reprodução e da sexualidade.”

O programa de saúde reprodutiva permanece associado ao planejamento familiar. Dessa tendência não escapou o HUAP. O planejamento familiar deste hospital seguia, até 1999, algumas diretrizes metodológicas propostas pelo PAISM. Mas, a partir de então, a regulamentação da lei da esterilização masculina e feminina propicia a crítica das práticas educativas usuais, quando dá nitidez ao processo de feminilização e à apartação do masculino deste programa e passa a incorporar noções sobre as relações de gênero. A equipe envolvida com ações de planejamento familiar faz as primeiras críticas: a da fragmentação de ações assistenciais em especialidades médicas no campo da reprodução; a apartação dos homens

dessas ações e a percepção de que a linguagem usada nas salas de planejamento familiar, associa fortemente assuntos da reprodução às mulheres³³. A equipe responsável por essas ações de planejamento familiar do HUAP, de então, numa posição crítica às orientações originais do PAISM, adotou novos conceitos, concebendo suas ações como de educação em saúde reprodutiva. Assumiu, desde então, uma posição isolada e corajosa frente à demanda masculina, num momento em que foi a única unidade do município a realizar a cirurgia de esterilização masculina – vasectomia – na rede de saúde da região a partir da data da vigência da Lei.

O programa de planejamento familiar, nestes termos, passa a atingir homens e mulheres, com a sua pluralidade e diversidade, envolvendo temas como sexualidade, concepção/contracepção, prevenção de DST/AIDS. Neste sentido, transcenderam-se os temas usuais do planejamento familiar. A inserção dos homens no programa foi integralmente assegurada. As salas de pré-consulta em planejamento familiar do HUAP ampliaram a discussão teórica sobre prazer e medo da concepção, mudando conceitos e conteúdos de discursos sobre saúde reprodutiva. Inovações pedagógicas e de procedimentos assistenciais centradas nessa perspectiva levou a avaliar o alcance de direitos e da cidadania. A simples convivência de homens e mulheres na mesma sala exigiu a redefinição de objetivos comuns aos dois sexos: não somente informações sobre métodos contraceptivos, mas também a abordagem de questões diversas sobre sexualidade e prazer associados ao sexo seguro – riscos e prevenção das DST/AIDS – à prevenção de câncer de colo de útero, de mama, de próstata e de pênis, partindo das experiências de cada usuário/a.

O trato da sexualidade de maneira livre favoreceu a trocas de vivências. O programa dirigido a homens e mulheres ampliou, pouco a pouco, discussões sobre a partilha de responsabilidades do casal em relação à saúde reprodutiva. Diante de preconceitos no trato do prazer e da relação sexual, a prática adotada foi de propiciar uma reflexão com o objetivo de desvendar valores e crenças que os revelem. Uma das preocupações em assegurar a participação masculina dos assuntos relacionados com a saúde reprodutiva é consolidar a equidade de gênero na proposta. Todavia, essa experiência se distancia dos modos usuais de trato da questão reprodutiva. Além disso, se confronta com a insuficiente cobertura assistencial de demandas por esterilização da vasta rede de serviços de saúde, como a da

³³ Em 1999, compõe essa equipe na área de Planejamento Familiar: Professor Carlos Jardim (urologista); Dr.Maurílio Alves Pereira (ginecologista) Professora Suely Gomes Costa (Assistente Social), Assistente Social Leila Maria Campos Guidoreni e as seguintes estagiárias de Serviço Social: Luciana Adrielle do Nascimento, Claudia Ferreira da Silva, Alexandra Santos de Figueiredo e Adriana Fonseca Marotti.

Região Metropolitana do Rio de Janeiro, revelando o quanto há por repensar a efetivação dos direitos reprodutivos.

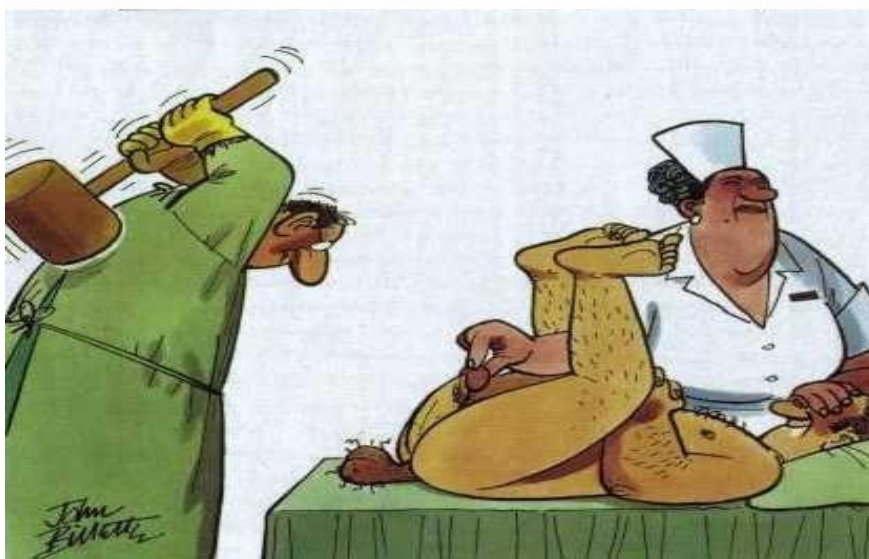
3.1 LIMITES DA CIDADANIA

Nos rumos do capitalismo contemporâneo, a cidadania se move por regras de mercado, única coisa universal. E é dentro dessa lógica que a política de saúde reprodutiva se define como um lugar de muitas invisibilidades. O cerceamento de acesso de homens e mulheres a direitos e a serviços de saúde pública garantidos por lei acontece de forma silenciosa. A vasectomia, na prática, se expande numa rede informal formada por homens para acesso a tal serviço, reforçando a lógica do mercado, como verifiquei no decorrer da pesquisa³⁴. São trocas, muitas das vezes, tímidas e silenciosas, mas que favorecem o processo de tomada de decisão. Ao narrarem como haviam conseguido efetuar a esterilização (vasectomia), os homens registram que obtiveram informações e acesso à vasectomia através de “conhecidos”. Os caminhos percorridos por homens em busca desse acesso demonstram muito das interações que se formam nessas redes. Acompanhar esses percursos é, conforme Carla Almeida (2004b, p.3), “[...] ao mesmo tempo identificar as lógicas que excluem e incluem as pessoas aos serviços públicos de saúde, de tal modo que este acesso está longe de ser universal”. No caso, as redes são formadas como um modo de resposta frente às deliberações do Estado. Criadas em “[...] espaços informais, as redes são iniciadas a partir da tomada de consciência de uma comunidade de interesses e/ou valores entre seus participantes. [...] Independentemente das questões que se busca resolver, muitas vezes a participação em redes sociais envolve direitos, responsabilidades e vários níveis de tomada de decisões” (MARTELETO, 2001, p.73). A política de saúde reprodutiva, conforme expressa Carla Almeida (2004b, p.3), “[...] experimentou nos últimos 20 anos, aqui no Brasil, mas não só, uma intensa mobilização no sentido da ampliação dos direitos sociais e culturais na saúde”. Contudo, as práticas sociais e institucionais revelam a necessidade de superação dos modelos costumeiros.

³⁴ Com esse sentido, vamos utilizar a noção de rede social que Bott subscreeve de John Barnes: “Cada pessoa está, por assim dizer, em contato com um número de pessoas, algumas das quais estão diretamente em contato com cada uma das outras e algumas das quais não estão... Acho conveniente falar de um campo social deste tipo como uma ‘rede’ (*network*). A imagem que possui é a de um conjunto de pontos, alguns dos quais ligados por linhas. Os pontos da imagem são as pessoas, ou às vezes os grupos, e as linhas indicam que pessoas interagem com as outras” (BARNES, 1954, p.43 apud BOTT, 1976, p.107).

Homens são apartados dos serviços de saúde reprodutiva, profissionais de saúde reforçam a lógica pela qual reprodução é “coisa de mulher”, médicos criam critérios diferenciados de elegibilidade para a realização das cirurgias de esterilização masculina e feminina, gestores de políticas não criam mecanismos para efetivação da Lei do Planejamento Familiar, e assim por diante. Os embargos à efetivação dos direitos no campo da saúde reprodutiva colocam em cena as políticas privadas de saúde – reforçando o “mercado” de vasectomias e laqueaduras, apresentando as várias faces do sistema de proteção social e a urgência de políticas voltadas para homens e mulheres. Como se vê na figura abaixo, coletada na Internet, há uma tentativa de desqualificação da rede pública de saúde para preservar interesses privados de um mercado médico altamente vantajoso.

Vasectomia no SUS



Fonte: www.bluebahiaocio.net/26/humor/vasectomia.jpg

Um mercado protegido e altamente lucrativo de vasectomias é favorecido pelo descumprimento da Lei. Segundo informes colhidos nas salas de planejamento familiar do HUAP, o preço da esterilização masculina tem variado de R\$ 900,00 (novecentos reais) a R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) e a feminina entre R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) a R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais). Isso se confirma em entrevista com um urologista, quando indagado sobre o preço cobrado para a realização da vasectomia:

“Oscila muito. Oscila muito dependendo de onde você faz, [o valor] vai de quinhentos reais até mil e quinhentos reais por aí. Depende, se ele [o homem] fizer em uma clínica, tem as taxas da clínica, então, ele paga mais um pouco; se ele fizer num ambulatório é mais simples, ele gasta menos. Então, depende do local onde ele faz”.

Antes da regulamentação da lei de esterilização, a prática usual era a realização da vasectomia em clínicas particulares, mediante pagamento. Quando se restringem as vasectomias a umas poucas unidades de atendimento diante das demandas existentes, força-se a busca de soluções privadas e, assim, burla-se o que determina a lei do planejamento familiar posta pelo Ministério da Saúde. Isso revela um pouco das invisibilidades nas quais se escondem a negação de direitos reprodutivos e a cidadania.

Há mais problemas a enfrentar. As unidades de saúde não recebem insumos (métodos contraceptivos) em quantidade suficiente para o atendimento da demanda, de certa forma, contribuindo a favor de decisões por esterilizações. Atrelado a esse mercado, vem se expandindo o clientelismo eleitoral – mulheres obtêm a cirurgia de esterilização e, são levadas a votarem no referido candidato. E hoje podemos admitir que também, os homens tentam conseguir a vasectomia por este caminho, pois num depoimento, um entrevistado, quando indagado de que forma pode fazer a vasectomia, falou de uma de suas tentativas: “[...] eu tenho um primo que é político, eu conversei com ele para ver se conseguia encaminhar através dele³⁵”. Um dos modos de favorecer as vasectomias – trata-se de registro de uma reunião – está na oferta que algumas empresas fazem dessa cirurgia a seus empregados de graça. Essas condutas reforçam o mercado privado de esterilizações.

Um dos impasses vividos pelas ações de planejamento familiar na região no dá-se com a suspensão da realização de cirurgias de vasectomia pela direção HUAP em dezembro de 2002. Oficialmente, essa suspensão foi atribuída ao não credenciamento do HUAP no Ministério da Saúde para realizar tal cirurgia, mantido, até então, por referir-se a um outro código de procedimento médico coberto pelo convênio com o SUS. Desde janeiro de 2003, as vasectomias estão suspensas, redefinindo-se responsabilidades dessas ações: o município de Niterói referenciou o Hospital Municipal Orêncio de Freitas, no Barreto, para atender às demandas de vasectomia e o CPN (Centro Previdenciário de Niterói), ao lado do HUAP, para as de laqueadura. Mesmo assim, os homens são atendidos pelo programa de saúde reprodutiva/planejamento familiar do HUAP: agendados para participarem das reuniões que antecedem a intervenção cirúrgica, são encaminhados do hospital para essas unidades da rede

³⁵ Fala de Malvino, 35 anos, classe média, realizou a vasectomia em 2004. (ver perfil anexo 4)

municipal de saúde para sua realização. Embora, direito de homens e mulheres, a esterilização vem sendo negada por procedimentos assistenciais que estabelecem limites de acesso ao mesmo. O HUAP, ao promover esse acesso, ficara em posição isolada frente a todas as tensões que cercam essa questão. A negação e a restrição de direitos a homens e mulheres fazem com que a vasectomia e a laqueadura, por conta própria, constituam-se em mecanismos de transgressão a esses limites.

3.2 VASECTOMIA, RELAÇÕES DE GÊNERO E SILÊNCIOS QUE ENVOLVEM O MEDO MASCULINO DE ENGRAVIDAR

A vasectomia consolida o efetivo exercício de direitos sexuais e reprodutivos para homens e mulheres, expressa decisões enunciadas nas relações de gênero e na intimidade das relações sexuais. Para os dois sexos, significa a certeza de prazer, traduzida em tranqüilidade em relação ao medo comum de engravidar – sempre justificado pelo risco de rompimento da camisinha; o fim das preocupações com mais herdeiros; e maior liberdade nas relações sexuais com parceiros/as diversos/as sem risco de gravidezes. Thiago³⁶ avalia a relação com a parceira após a vasectomia: “[...] foi uma beleza, porque você pode transar a hora que você quiser, o dia que você quiser, sem ficar pensando em fazer alguma coisa com método e tal, é uma tranqüilidade. [...] A gente pensava em como fazer para não ter filho. E depois, nós não tivemos que pensar mais nisso, foi a maior tranqüilidade”. Aparece, também, a preocupação com as condições financeiras, conforme relata Lourdes, esposa de Raul³⁷: “[...] é uma decisão que tem que ser tomada; é melhor do que chegar e colocar um filho no mundo pra passar fome ou outras necessidades”.

A vasectomia, porém, abre riscos quanto ao sexo seguro, pois, para muitos, elimina a necessidade de uso da camisinha masculina, que, com frequência, se faz com muita insatisfação: “eu pra ser sincero não me agrada muito não, não me agrada não. Quando, as poucas vezes que eu me aventuro numa relação extraconjugal, eu uso até pra evitar essas doenças que andam por aí. Mas fora isso, eu não gosto de usar”³⁸. Lourdes esposa de Raul, confirma: “Paramos de usar camisinha que de qualquer jeito, tira um pouquinho da sensação, [...] não tem mais nada assim, aí ficou bem melhor, realmente concordo que ficou bem melhor”. Isso também é observado por Flavia Ribeiro Manhoso (2002) em entrevistas com

³⁶ Thiago, 51 anos, classe média alta, realizou a vasectomia na década de 90. (Ver perfil Anexo 4)

³⁷ Raul, 44 anos, de segmento da camada popular, realizou a vasectomia em 2002. (ver perfil Anexo 4)

³⁸ Edson, 50 anos, classe média, realizou a vasectomia na década de 80. (ver perfil Anexo 4)

homens de baixa renda entre 25 e 45 anos que passaram por reuniões de planejamento familiar em um posto de saúde de Interlagos (Zona Sul de São Paulo): “Os homens entrevistados também não relacionam o uso de camisinha com a prevenção de DSTs, passando a dispensá-la depois da vasectomia”³⁹.

À insatisfação masculina associam-se queixas das mulheres que permanecem fazendo uso de métodos contraceptivos, sobretudo orais, com sintomas de adoecimento indicados (e reclamados) com muita frequência. Há outros problemas, como mostra Arilha (1999b, p.33): “[...] um dos aspectos que vem sendo crescentemente apontado como uma das dificuldades concretas que os homens sentem para usar os preservativos estaria associado à questão do medo de perder a ereção no momento da colocação do preservativo [...]”.

Alguns indícios nos levam a afirmar que os homens hoje partilham do mesmo medo que as mulheres têm de engravidar. Desemprego e pobreza, certamente acentuam demandas por esterilização. Mas, sob novas condições sociais de existência, dentre elas, a de provedoras, crescentemente assumida pelas mulheres, dá-se um deslocamento de responsabilidades e de posição nas relações domésticas: homens partilham tarefas antes tidas como femininas, enquanto as mulheres dirigem-se ao mercado de trabalho. A participação masculina nos assuntos relacionados à contracepção se amplia cada vez mais. O desejo de não engravidar, sempre mais visível nas mulheres, surge para elas como um modo de reduzir um fardo, como algo que desfavorece uma melhor qualidade de existência. É usual que o expressem dizendo: “Chega!” ou “Basta!” para falar de um verdadeiro pavor de engravidar, o que leva a pensar a crescente dessacralização da maternidade. Barbosa (2004) em sua pesquisa sobre dessacralização da maternidade⁴⁰, coloca que:

“A busca incessante destas mulheres por informações sobre métodos contraceptivos e esterilizações [...] demarca tendências de comportamentos coletivos que vem desconstruindo a profética predestinação biológica. Há uma transformação de valores e papéis em marcha. O que fica claro hoje e bem definido é que muitas mulheres possuem expectativas que não se satisfazem através da maternidade. Essas expectativas, outrora ocultas nos séculos passados, estão visíveis no novo milênio e agora passam a ser executadas”.

A demanda por vasectomia de homens de diferentes faixas etárias localiza a partilha masculina no desejo, na decisão e na responsabilidade de não procriar. Sugere, ainda, o desejo

³⁹ MANHOSO, Flávia Ribeiro. *A experiência de homens que se submeteram à vasectomia em um serviço público de saúde*. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), USP, São Paulo, 2002.

⁴⁰ BARBOSA, Daguimar de Oliveira. *Dessacralização da maternidade. Projeto de pesquisa de Iniciação Científica*. Departamento de Serviço Social, UFF. Niterói: UFF, 2004.

de eliminar quaisquer riscos quanto à gravidez em diferentes relacionamentos sexuais. Por sua vez, identifica a resistência de algumas mulheres quanto à vasectomia por temor do uso da maior liberdade usufruída pelos homens quanto a novos relacionamentos sexuais (LOLE, 2003).

Os estudos sobre masculinidades, embora ampliados nos anos 90, silenciam sobre esse assunto. O movimento masculino pela esterilização é pouco conhecido e avaliado. Para muitos homens, a vasectomia implica em: impotência, castração, deformação da bolsa escrotal por acúmulo de espermatozóides, perda da capacidade de ejacular (LOLE, 2003). Essas são as questões mais observadas. A idéia de esterilização parece vincular-se a de castração, noção sempre ligada à virilidade, à capacidade de ser macho; por isso, o temor dos homens. Por mais que saibam, que conversem com médicos, que conheçam a técnica através de álbum seriado, parecem nunca saber o que os esperam na mesa de cirurgia. Os candidatos à vasectomia, apesar das informações recebidas pela rede de homens que a realizaram, pensam que fazendo a cirurgia correm esse risco. A busca de confirmação da integridade do desempenho sexual masculino aparece, com frequência, nas entrevistas realizadas. Fábio por exemplo, ao ser indagado se conhecia outras experiências antes de decidir pela vasectomia, disse:

“Sim, eu procurei me informar. Eu tenho vários amigos vasectomizados e todos eles me aconselharam [...] porque você fica com receio de ter abalado ou fragilizado o seu desempenho sexual, porque é até mesmo uma coisa de vaidade do homem. E, quer ver. A informação que eu recebi de todos esses se confirmou por conta do resultado da cirurgia que eu fiz. Então, eu não tenho problema algum”⁴¹.

Não despreza ainda a confirmação das mulheres sobre o desempenho sexual dos vasectomizados: “quando eu resolvi fazer essa cirurgia, eu já tinha falado com vários amigos que haviam feito e com esposas de amigos que haviam feito a vasectomia. E, elas comentaram comigo: ‘Não, Fábio, é a mesma coisa, não muda nada’. E aí fiz”.

Os problemas da saúde reprodutiva são tratados com sigilo, como são, em geral, os relacionados à intimidade. Homens vasectomizados preferem nada comentar a respeito. O silêncio instaurado revela a dificuldade e o medo de serem vistos como sujeitos à perda de virilidade e potência.

O medo masculino de engravidar e a busca por vasectomia e/ou métodos contraceptivos também indicam uma nova concepção da paternidade. Vale para os homens o

⁴¹ Fábio, 43 anos, classe média, realizou a vasectomia em 2003. (Ver perfil Anexo 4)

que Marotti (2001, p.11), informa para as mulheres sobre manifestação do desejo de não procriar, “uma nova representação do valor da maternidade , como também indicaria pistas de transgressões que as mulheres têm cometido na busca pelo controle de sua própria fecundidade [...]”.

A reprodução tem se mantido como assunto de âmbito privado, exclusivo, até então, às mulheres que dele souberam fazer “[...] também um espaço político e de exercício do poder” (MAROTTI, 2001, p.15); os homens, aos poucos, superando os preconceitos, se associam a elas na mesma luta. A procura por métodos contraceptivos (camisinha masculina e vasectomia) e a mudança de papéis na família demonstram a preocupação masculina em modificar padrões comportamentais dominantes. Há, também, o inesperado nessa experiência nova, recolocando antigos dilemas das relações de gênero.

As mulheres têm transgredido, de diversos modos, regras que a definem exclusivamente como mães; as práticas de esterilização e de aborto sugerem como indicado por um historiador um “movimento feminista informal” (PERROT, 2001). Em diversos países do mundo o direito ao aborto é alcançado nos anos 70. No Brasil, é diante de muita luta que o Ministério da Saúde regulamenta a Lei que concede a mulheres e homens o direito de decidirem o tamanho de sua prole, mas também de pleno desfrute do prazer sexual, como indicado. Eliminar o medo de engravidar significa adquirir um direito sexual para homens e mulheres, mas quanto a isso, nenhuma reivindicação pública se manifesta.

Os segredos que cercam a esterilização masculina começam a ser descortinados; vislumbra-se um novo senso comum sobre a vasectomia. Por outro lado, nos programas de educação e saúde, a relação de confiança entre profissionais de saúde e usuários é fundamental para a construção desse novo senso comum. Petitat⁴² (1998, apud MARQUES, 2003, p.17) define a confiança como “uma espécie de *doação* feita de ‘olhos fechados’ ou, à primeira vista, uma espécie de crédito de alto risco concedido sob palavra, com garantias legais e/ou, a partir de uma avaliação objetiva. Sem essa *doação* e esse *crédito inicial* não existe troca possível”. Isso significa necessidades de mudanças de práticas de educação em saúde reprodutiva ou de programas de “orientação sexual”.

Para um profissional de saúde, tratar de “coisas” da sexualidade e intimidade, é uma tarefa difícil. Na experiência do HUAP, foi possível verificar que só um trabalho pautado no trato dessas “coisas” com muito respeito favorece a conquista de confiança dos usuários. Estabelecida essa relação, não significa, porém, que todos os obstáculos estejam removidos. A

⁴² PETITAT, André. *Secret et formes sociales*. Paris: PUF, 1998.

dificuldade de revelar o mundo íntimo está em cada um de nós, independente do sexo. Muitos assuntos, ainda são mantidos em segredo, como garantia de preservação da intimidade. Ocultações e segredos e mesmo deformações da “verdade” não podem simplesmente ser condenadas, pois de acordo com Petitat⁴³ (1998, apud MARQUES, 2003, p.114-115): “[...] Faz-se necessário considerar que nenhuma vida social seria possível sem a ‘mentira’ tolerada, que aliás, nós não categorizamos como mentira, mas como um hiato ou um afastamento normal e aceitável entre o nosso ser público e o ser privado”.

3.3 ENTRE APLICAÇÃO DA LEI E PRÁTICAS PROFISSIONAIS.

O acesso ao direito de esterilização tem suas regras. O controle social na aplicação da Lei acontece de diversas formas. A realização de ligadura de trompas e vasectomia condiciona o estabelecimento de saúde às seguintes exigências: é preciso que a unidade de saúde esteja cadastrada no Ministério da Saúde; que tenha uma equipe preparada e treinada para a realização cirúrgica; que entre a decisão do casal e o procedimento decorram 60 dias e que esse procedimento seja notificado ao Ministério da Saúde.

A legislação sobre planejamento familiar (Lei nº 9.263 de 12/01/1996) impõe, como condição para a realização dos procedimentos de esterilização, o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado (anexo 8), após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversível existentes. A legislação estabelece, também, que, em vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges – trata-se de uma medida de cautela quanto às decisões médicas de realização de cirurgias não desejadas, mas que colocam muitas questões sobre o direito individual de homens e mulheres decidirem sobre seu desejo de ter ou não ter filhos. Na prática, o procedimento médico da vasectomia na rede pública de saúde – não exige essa restrição, como relatado por Raul⁴⁴: “Não, eu não tô lembrado não. [...] Se eu assinei algum documento pra deixar no Hospital. [...] Eu acho que não”, e quanto à assinatura da esposa, “Não, chamou não!” Apesar de informações prestadas pela equipe nas salas de planejamento familiar, fica a critério médico a seleção das situações de “prioridade” na aplicação da lei.

⁴³ PETITAT, André. *Secret et formes sociales*. Paris: PUF, 1998.

⁴⁴ Raul, 44 anos, de segmento da camada popular, realizou a vasectomia em 2002. (ver perfil Anexo 4)

No caso do HUAP, Dr. Maurílio Alves Pereira⁴⁵ declarou, em palestra feita no Seminário “Masculino, Feminino, Singular, Plural”⁴⁶, que nunca realizou qualquer trabalho de estímulo à laqueadura. Mesmo nos casos da mulher com 25 anos, com pleno direito à ligadura tubária, informa fazer todo o possível para postergar essa ligadura. Já o professor Dr. Carlos Jardim⁴⁷, que atendia à esterilização masculina, afirma, em entrevista, que nunca teve problema com a esterilização precoce. Quando aparece alguém, preocupa-se em analisar o conjunto da situação social, a estabilidade da relação conjugal e mesmo a afinidade do casal. No caso, explica a dificuldade da reversão e indica a importância da espera de um tempo. Embora essa não seja uma exigência para realização da vasectomia, esse profissional estabelece um critério a ser observado na esterilização masculina: o da situação de homens com 30 anos e 2 filhos e uma relação conjugal estável. Declara que o programa não prevê prevenção de filhos e sim o tamanho da prole, “por isso, não tendo filhos, não realizo a cirurgia”.

No caso da rede municipal de saúde de Niterói, o Dr. Helder Machado⁴⁸ “procura fazer naqueles indivíduos que têm mais de dois filhos e com vinte e cinco, acima de vinte e cinco anos de idade”. Quando questionado, lembrando-lhe que pela Lei, a vasectomia está autorizada para homens e mulheres de vinte e cinco anos ou dois filhos, aí ele disse: “Pela Lei pode. Então, você vai conversar, vai ver e vai reafirmar para o paciente e se ele, realmente, quiser é um direito dele e vai fazer”.

Na rede privada de saúde, os critérios são outros. Os mesmos médicos que atendem na rede pública de saúde atendem em consultórios particulares. Cada qual tem seus critérios de elegibilidade. Um dos urologistas entrevistados nos informou: “como eu estou determinando e eu tenho que fazer e não tem que me provar, normalmente, eu só faço naqueles que têm mais de dois filhos”. As pessoas que o procuram estão numa faixa etária média de 30 a 40 anos. Sobre a faixa de preço, diz: “Não existe, isso é contato mesmo com o paciente e tal e vai ver as tuas condições, não tem um valor fixo para isso não”.

Outro urologista, a respeito de critérios para a realização da vasectomia em seu consultório, informa: “No consultório, os critérios são um pouco mais maleáveis. Mais maleáveis do que no serviço público; lá, por exemplo, você tem um paciente um pouco mais

⁴⁵ Médico ginecologista/obstetra do HUAP, atende as usuárias do programa de Saúde Coletiva/Planejamento Familiar.

⁴⁶ Seminário “Masculino, Feminino, Singular, Plural”, foi realizado no HUAP em 06/08/2002, organizado pela equipe de Saúde Reprodutiva/Planejamento Familiar.

⁴⁷ Médico urologista do HUAP, atende os usuários que desejam realizar a vasectomia.

⁴⁸ Médico urologista, responsável pelas vasectomias no município, atende no Hospital Municipal Orêncio de Freitas. Entrevista concedida em 16.06.2005.

jovem. Como é que vai fazer isso? Então, numa clínica privada, você é mais maleável com relação à idade..., com a questão da idade, mas você tem que usar o bom senso”.

Um outro urologista que atende somente na rede privada de saúde disse que faz vasectomia “(...) em pessoas maduras, certas daquilo, já com a família constituída. Principal: família constituída, pessoas maduras e psicologicamente equilibradas. Porque se você fizer numa pessoa que não seja psicologicamente equilibrada, o que vai acontecer? Ela já pode ter o problema sexual anterior e vai atribuir aquilo a cirurgia”. Continuando: “Eu faço tudo para não fazer, dou todos os prós, aliás, os contras dele fazer. Aí, se, realmente, ele tiver decidido, se ele for uma pessoa madura, com a família já planejada direitinho, aí tudo bem!”. Quando indagado sobre os preços da vasectomia, afirma: “Não. Não posso dizer. É antiético”. Após uma conversa sobre a variação de preços diz: “Quinhentos reais deve ser feito em consultório médico, que não tem despesa hospitalar”.

As salas de planejamento familiar do HUAP permitiram registrar algumas representações sobre o “dever feminino” de controle da procriação. Alguns participantes de um grupo enfatizaram a ‘responsabilidade’ da mulher em não engravidar, já que o filho é gerado nela, não apresentando a visão de ‘parceria’ e ‘co-responsabilidade’. Fortalecendo esta determinação, argumentam ‘caber realmente à mulher a busca e responsabilidade do uso de métodos contraceptivos’. Como observa Arilha (1999b, p.37): “Independentemente do sentido que atribui à paternidade, porém, os homens dizem que, no campo das decisões sobre a vida reprodutiva, a responsabilidade é da mulher, por serem elas efetivamente as que ‘coordenam os processos reprodutivos’ [...]”.

Novas condutas correspondem a mudanças sociais, aspectos novos da dinâmica social. O advento da AIDS trouxe muitas mudanças comportamentais. Daí a redefinição de papéis e funções, bem como busca de respostas em novas condutas pessoais e profissionais. Apesar dos deslocamentos de papéis de homens e mulheres, ainda é difícil tornar comum territórios apartados sexualmente, que reduzem possibilidades de homens e mulheres terem suas escolhas reconhecidas como sujeitos de práticas de concepção e de contracepção.

Não temos no país, até hoje, avaliação sobre a vasectomia. Os estudos de masculinidades chegam ao PAISM tardiamente. Nas bibliografias sobre saúde reprodutiva encontramos somente trabalhos sobre avaliação da esterilização feminina, demonstrando mais uma vez que, a reprodução é “coisa de mulher”. A feminilização dessas práticas ocultou e oculta as experiências masculinas neste campo.

3.4 CONSTRUÇÃO PROGRAMÁTICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA E AUSÊNCIA MASCULINA

Os programas de saúde reprodutiva nem sempre asseguram acessos de homens aos lugares da reprodução, ainda femininos. A diferenciação de acesso à maternidade e à paternidade partilhada, ao acompanhamento no parto, ao pré-natal e à licença paternidade é culturalmente construída.

As políticas públicas de saúde reprodutiva quase nunca incluem os homens como protagonistas e sim como coadjuvantes das ações da reprodução. Sua ausência se assenta em hábitos territorializados, naquilo que se convencionou definir como lugares de homens e de mulheres. Mudar isso exige que se pense a saúde reprodutiva como “estratégia para ampliar a agenda das políticas de população para além do planejamento familiar e controle de fecundidade” (CORRÊA, s/d, p.6). A esterilização masculina obriga a adoção de novos olhares críticos e de novas práticas profissionais no campo da saúde reprodutiva. Experiências de campo – como a das salas de planejamento familiar do HUAP – porque começam a incorporar os homens, conduzem a repensar práticas anteriores, consolidadas desde os anos 80; igualmente, a Lei do Planejamento Familiar, no final dos anos 90, está exigindo um campo novo de debates.

A implementação da política de saúde reprodutiva nos serviços de saúde revela essa ausência masculina, como uma construção programática, seja no acompanhamento das mulheres nos cursos de pré-natal, seja no parto e no puerpério, na visitação aos bebês, seja nas salas de planejamento familiar. Os homens aparecem nos serviços, só que não são vistos com partes deles.

O serviço produz essa ausência, essa invisibilidade. Profissionais de atendimento direto e gestores revelam dificuldade de interlocução com os sujeitos que são destinatários de tais serviços. Isso aparece de várias maneiras, inclusive na dificuldade do acesso. As entrevistas com os homens vasectomizados afirmam que é pela rede informal que chegam a conhecer e a fazer a vasectomia, nítida expressão de como estas pessoas estão tendo acesso a um direito, e como esse acesso está sendo negligenciado. Isso está também nas dificuldades de credenciamento dos hospitais para realizarem a vasectomia – podemos citar o caso do HUAP, descredenciado depois de uma experiência bem qualificada. A resistência dos profissionais e dos gestores em ter homens, enquanto sujeitos, nos programas de saúde reprodutiva é reafirmada, sob a presunção de constrangimentos de tratar assuntos da sexualidade diante da presença conjunta de homens e mulheres. Desconsideram as

possibilidades de aproximação com a realidade de usuários/as. Os desafios são muitos: criar novos conceitos e práticas; adotar discurso conveniente ao trato das questões da sexualidade e da contracepção em salas mistas; repensar dinâmicas de grupos que favoreçam uma nova visão da reprodução. Para os profissionais o desafio central é repensar homens e mulheres como sujeitos e não a “mulher”, uma genérica protagonista na reprodução. Destacamos aqui o processo de criação de linguagem desenvolvida e utilizada pela equipe do HUAP nas salas de planejamento familiar: uma linguagem lúdica tornou-se emblemática desse atendimento, uma invenção, em grande parte derivada da performance libertária da coordenadora do programa de saúde reprodutiva, a Assistente Social Leila Maria Campos Guidoreni.

Na prática cotidiana, essa apartação masculina acontece de várias maneiras, em diferentes serviços; só quem a vivencia pode ter clareza e buscar alternativas. Vale sinalizar que a participação dos homens nesses serviços não tem se generalizado, embora tenhamos encontrado discursos que valorizam essa participação. Essa construção é ainda por vezes partilhada pelas próprias usuárias, como mostra Carla Almeida (2004a), em sua pesquisa: mulheres se queixam de serem responsáveis únicas pelas práticas anticonceptivas, mas, no momento seguinte, falam com orgulho do fato delas terem decidido fazer o aborto sem o parceiro saber. Essa ambigüidade deixa claro, em muitos momentos, a existência de uma permanente contradição entre o discurso e a prática – dos próprios sujeitos e dos profissionais da saúde.

Tudo isso nos leva a perguntar que política é essa e a quem se destina?

3.5 SAÚDE REPRODUTIVA: UM DESAFIO PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE

A saúde reprodutiva é uma parte da atenção à saúde geral. Mas, alguns desafios diferenciam-na desta atenção. Os profissionais que com ela trabalham nem sempre direcionam seu olhar para a saúde e sim para a doença, perdendo a perspectiva de que a promoção e a prevenção da saúde são componentes importantes da saúde reprodutiva.

Os desafios são de melhorar a qualidade dos serviços já existentes, mas respondendo a novas exigências conceituais diante de problemas epidemiológicos, como a HIV/AIDS, o aborto, a violência de gênero e o abuso sexual, superando a tradição e as barreiras sociais; e, atender a novos usuários, lembrando que o sistema é desafiado a alcançar e a atender aos homens adultos e adolescentes (COOK et al, 2004). Os homens são sujeitos das ações de contracepção. Mas a inserção dos homens nos grupos de saúde reprodutiva/planejamento

familiar encontra resistências de profissionais que estão no senso comum. Essas resistências se mantêm quando a reprodução se reafirma como “coisa de mulher”, lembrando que as equipes do PAISM são marcadamente femininas, que as ações de saúde reprodutiva são referidas a indicadores de saúde das mulheres, que fenômenos reprodutivos se assentam todos sobre o corpo feminino, ocorrendo uma ausência de indicadores masculinos; mudar isso depende também de processos culturais mais amplos, como adverte ARILHA (1999a, p.456):

“[...] a transformação nos indicadores de saúde das mulheres só poderia ser concretizada na medida em que a população masculina – jovem e adulta – também modificasse seus padrões de comportamento, por exemplo, em relação à transmissão das doenças sexualmente transmissíveis – em especial a AIDS – e ao uso de contraceptivo”.

Conhecer a extensão desses dilemas depende também de referências e processo avaliativos dos programas de saúde. Um dos grandes problemas do processo de avaliação é que o mesmo se dá sem considerar o cenário no qual o programa foi implementado. Segundo RAPOSO (1999, p.81), a avaliação: “[...] não tem sentido ou valor se estiver desconectada, do cenário original que produziu o projeto, que provocou a ação, tampouco pode ser consideradas sem contemplar os fatores que geram a demanda por avaliação [...]”. Quer dizer, não é possível que a avaliação aconteça sem a contextualização do fenômeno que examina.

Desde a Conferência de População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994, muitos progressos foram feitos na área da saúde reprodutiva, mas ainda temos muito que avançar. Os programas de planejamento familiar não abordam a questão da prevenção e promoção da saúde, em grande parte, discutem os métodos contraceptivos. A Conferência colocou, também, em questão:

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

A desconstrução das condutas acerca da participação masculina nas ações de contracepção depende da plena incorporação pelos profissionais de saúde de um novo conceito: o de que reprodução é assunto de homens e mulheres. Apesar de serem as mulheres que geram e de serem a maioria dos métodos contraceptivos a elas destinados, os homens

fazem parte, como coadjuvantes no uso dos métodos, como sujeitos da realização da vasectomia e do uso de preservativos. O direito à paternidade e à não-paternidade são escolhas, em decisões que podem ser ou não partilhadas; há direitos individuais a serem preservados.

A saúde nos remete ao campo dos direitos, levando a pensar na cidadania, lembrando que na Constituição de 1988, os direitos são universais. FLEURY (1994, p.130), discutindo cidadania, lembra que ela é “[...] a contraparte da construção do Estado, isto é, como processo simultâneo e correlato à dinâmica da consolidação de uma autoridade central (...)”. Isso entendido, prossegue: “(...) pode-se fugir de um modelo tradicional de análise das políticas no qual elas são tomadas como respostas passivas do Estado aos *inputs* do ambiente externo, ou mesmo como *outputs* de um processo decisório e administrativo que impacta o meio circundante”.

O Brasil, avançou no campo da saúde incorporando as noções instituídas pelo SUS. No entanto, esse processo, implementado, revelou debilidades, localizadas no modelo privatista em que vem se sustentando, apesar da ampla presença da sociedade civil organizada, e de inúmeros mecanismos de controle social. O princípio da universalidade se vê ameaçado por uma noção de cidadania diferenciada que se espraia em direção a minorias de todos os tipos, que justifica qualidades diferentes de acessos a serviços e de direitos à saúde, num momento em que “[...] el reclamo de derechos grupales toma la forma de una demanda de representación especial en los procesos de decisión política del conjunto de la sociedad [...]” (KYMLICKA E NORMAN, 1997, p.32).

A noção de cidadania, historicamente, se construiu como sinônimo de universalidade (“igualdade, liberdade e fraternidade”). A noção de “cidadania para todos”, entretanto, diante das desigualdades colocadas pela sociedade de classes, vem traduzindo dilemas de longa duração na construção de um sistema universal de proteção social⁴⁹. As diferenças de cobertura e de qualidade de atendimento, tão patentes na rede pública e privada de saúde, desmontam o conceito de universalidade preconizado pelo SUS. Desta forma, programas com base nas diferenças tendem a ampliar desigualdades ou, até mesmo, a discriminação por

⁴⁹ Conforme Costa, S.G. (1995, p.99), proteção social é uma “[...] regularidade histórica de longa duração, de diferentes formações sociais, tempos e lugares diversos. Isto quer dizer, uma noção na qual se entenda a proteção social além dos fenômenos do protecionismo persistentes nos séculos XIX e XX sob o liberalismo e o neoliberalismo, portanto, não como uma invenção do capitalismo. O Estado-providência, nessa ótica, é um caso particular da proteção social. Tal orientação permite verificar que diferentes grupos humanos, dentro de suas especificidades culturais, manifestam, nos modos os mais variados de vida, mecanismos de defesa grupal de seus membros, diante da ameaça de perda eventual ou permanente autonomia quanto à sobrevivência”.

classes, gêneros, raças/etnias e gerações. A noção de diferença faz com que diferentes grupos em suas lutas específicas, acabem se distanciando do conceito de cidadania universal.

Na Constituição de 1988, a cidadania está assegurada a todos os brasileiros, mas, na prática, ela só funciona para alguns. As prescrições neoliberais sobre o estado mínimo apresentam as instituições e as leis, em geral, como um mero instrumento de controle do tamanho e dos gastos do Estado ou de manipulação de poder; não como garantia de liberdade ou acesso aos direitos de cidadania. Nela, a tão sonhada política democrática de saúde – para todos – via Estado, torna-se uma impossibilidade. Essas contradições são vividas pelos movimentos políticos e sociais em lutas para consolidação de direitos e de políticas públicas. Saúde reprodutiva, dentre outras áreas, submetidas a esse modelo, longe está de assegurar direitos previstos constitucionalmente para todos, ou seja, universais, com equidade e integralidade.

Essa experiência vem mostrando que o principal obstáculo para a implementação de uma política de saúde eficaz e que atenda a todos, vem sendo, segundo ARILHA (1998, p.18): “[...] a tensão entre o constitucional direito à saúde para todos e a maneira como o governo federal compreende o papel do estado e vem dirigindo sua ação nesse campo [...]”. O dilema está em continuar implementando a política de saúde estratificada em condições injustas e desiguais: para a população mais pobre uma saúde pública reconhecidamente insuficiente, para a dispõe de planos e seguros de saúde do setor privado, aquela que pode pagar. Esse dilema modela e restringe os direitos reprodutivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cabe refletir sobre a trajetória percorrida e fazer um balanço dos conhecimentos alcançados e seus limites. No programa de saúde reprodutiva do HUAP, fiz observações que me levaram ao mundo oculto dos homens em busca pela vasectomia, uma demanda de serviços de saúde cercada de silêncio. Na pesquisa de mestrado, desvendi um pouco mais sobre o desejo comum e os deslocamentos de papéis de homens e mulheres na partilha de responsabilidades de controle da reprodução e a orientação de programas de saúde, pensados e organizados em ações que os sexualizam ou generificam. Toda pesquisa possui limitações inerentes ao processo de investigação, mas, neste caso, a precariedades de fontes secundárias foram muito grandes: as informações sobre esse campo são incipientes entre nós e os estudos sobre masculinidades tratam pouco do assunto. A experiência em conjunto sugere a necessidade de ampliar estas pesquisas, importantes, principalmente, para a avaliação das práticas educativas em saúde reprodutiva, submetidas á diferenciação por sexo.

Parte dessas dificuldades foi vencida com a sistemática observação de dilemas cotidianos e questões da “bioética do cotidiano” referentes ao controle da reprodução, aparentemente enfrentados só por mulheres, mas ai revelados como também por homens. A resistência de profissionais ao trabalho com grupos mistos coloca em questão problemas da esfera deontológica, isto é, problemas de ética profissional. Confundem-se sexualidade com pornografia; é comum que profissionais da área contra indiquem a presença de homens nessas salas pressupondo-as um constrangimento impingido às mulheres. A censura de linguagem é parte dessas dificuldades que atualizam orientações de programas apartados por homens e mulheres, sustentados em preceitos de cidadania diferenciada em matéria de cidadania universal.

Na experiência do HUAP, a orientação seguida foi outra e os membros da equipe empenharam-se em evitar mal estares no trato dessas questões. O problema, acredito, está na dificuldade dos profissionais em geral de falarem de assuntos como sexualidade, prazer, corpo

masculino e feminino e não tão somente de métodos contraceptivos e fisiologia humana, numa exposição impessoal. As salas mistas de planejamento familiar do HUAP têm sido um lugar de exercício crítico e de revisões de orientações teóricas tradicionais, responsáveis por práticas discriminatórias no âmbito da saúde reprodutiva. Historicamente, são as mulheres que aparecem buscando o aborto, a laqueadura de trompas e métodos para o controle do tamanho da prole. As salas mostraram que, em muitos casos, homens e mulheres estão juntos nas decisões de esterilização; também, em tantos outros, efetivem o direito individual de decidirem sobre sua capacidade reprodutiva, sem conhecimento do/da parceiro/a, em opções solitárias, individuais, quanto á esterilização definitiva.

As formas de busca da vasectomia revelam muito desse lugar escondido na presença redes informais, como modo acesso às informações sobre a contracepção masculina e indicam e a timidez dos serviços de saúde sobre o assunto. Na pesquisa, encontramos homens vasectomizados desde os anos 70, indicando que essa história está sendo construída há muito tempo, atuando, silenciosamente, mas sem que uma ampla pesquisa a respeito, avalie seus impactos sobre os indicadores populacionais do país. A implementação da lei de esterilização se faz lentamente, mantendo sob o arbítrio médico o exercício do direito de decisão sobre a concepção e contracepção, assunto de homens e de mulheres. Nessa orientação, limita direitos sexuais e reprodutivos e coloca em cena um novo campo de luta.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean-Claude. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998. p. 27-38.

ALMEIDA, Carla. “Fechando com Chave de Ouro”: o significado da paternidade e da maternidade na experiência das classes populares no Rio de Janeiro. Tese (Doutorado). Campinas, Unicamp, 2004a.

ALMEIDA, Carla. Itinerários da anticoncepção: o papel das redes sociais e das farmácias. *Projeto de pesquisa/FAPERJ*. Rio de Janeiro: UERJ, 2004b.

ALMEIDA, Marlise Miriam de Matos. Masculinidades: uma discussão conceitual preliminar. In: MURARO, R. M.; PUPPIN, A. B. (orgs.) *Mulher, Gênero e Sociedade*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ, 2001. p.21-38.

ARILHA, Margareth. Homens, Saúde Reprodutiva e Gênero: o desafio da inclusão, In: GIFFIN, Karen; HAWKER, Sarah (orgs.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999a. p.455-467.

ARILHA, Margareth. Políticas Públicas de Saúde e Direitos Reprodutivos no Brasil: Um olhar para o Futuro. In: ARILHA, Margareth; CITELI, M^a Tereza (orgs.). *Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva*. São Paulo: Ed. 34: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1998. p.11-23.

ARILHA, Margareth. Reprodução e responsabilidade: tensões e perspectivas. In: SILVA, Dayse de Paula Marques da (org.) *Novos contornos no espaço social: gênero, geração e etnia*. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 1999b. p.31-55.

ARRUDA, Angela. Feminismo, gênero e representações sociais. *Textos de História*. Revista do programa de Pós-Graduação em História da UnB. Brasília: Unb, v.8, n.1/2, p.113-138, 2000.

AVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2003, v.19 supl.2 [citado 31 Março 2004], p.465-469.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos reprodutivos: uma invenção das mulheres reconcebendo a cidadania. *Mandrágora*, NETMAL/UMESP, São Paulo, 1997, n.4, p. 11-16, 1997.

BADINTER, Elisabeth. *Sobre a identidade masculina*. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

BADINTER, Elisabeth. *Um é o outro: relações entre homens e mulheres*. 5 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

BARBOSA, Dagumir de Oliveira. Dessacralização da maternidade. *Projeto de pesquisa de Iniciação Científica/CNPq/PIBIC*. Departamento de Serviço Social, UFF. Niterói: UFF, 2004.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade*. 11 ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1985.

BERQUÓ, Elza. Brasil, um caso exemplar - anticoncepção e parto cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro: UFRJ, 1993, v.1, n. 2, p. 366-81, 1993.

BOTT, Elizabeth. *Família e rede social*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1976.

BOURDIEU, Pierre. *A Dominação Masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BOURDIEU, Pierre. Compreender. In: _____. *A miséria do mundo*. 3 ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1997. p.693-713.

BOURDIEU, Pierre. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BRASIL. [Constituição (1998)] Constituição da República Federativa do Brasil/organizado por Cláudio Brandão de Oliveira. 10 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. 352p.

BRASIL. [Lei do Planejamento Familiar (1996)] Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996) /Brasília/DF: Diário Oficial, 15/01/1996.

BRASIL. [Portaria nº 41 (1999)] Portaria nº 41 de 11 de fevereiro de 1999/ Brasília/DF: Diário Oficial, 11/02/1999.

CARRIGAN, T.; CONNELL, B.; LEE, J. Toward a new sociology of Masculinity. In: *The Making of Masculinities: The new men's studies*. New York, London: Routledge; H. Brod ed., 1992.p.63-100.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Avaliação de projetos sociais. In: ÁVILA, Célia M. de (coord.). *Gestão de projetos sociais*. São Paulo: AAPCS, 1999. p. 57-78 (Coleção Gestores Sociais).

CASTRO, Marcos P. Pellicciari de. *Vasectomia*. São Paulo: Livraria Roca Ltda, 1983.

CHARTIER, Roger. *A História Cultural: entre práticas e representações*. Coleção Memória e sociedade. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1985.

CONNELL, R. W. La organización social de la masculinidad. In: VALDÉS, Teresa y OLAVARIA, José, eds. *Masculinidad/es. Poder e crisis*. Santiago, Chile: Ediciones de las Mujeres. n. 24, 1997. (p.31-48)

- COOK, et al. *Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito*. Trad. de Andréa Romani, Renata Perrone e equipe. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004. 608 p.
- CORRÊA, Sonia. Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva. I Curso Regionalizado de Introdução à Metodologia de Pesquisa sobre Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva. (Aula de abertura). Salvador. S/d.
- CORRÊA, Sonia. Saúde Reprodutiva, Gênero e Sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, Karen; HAWKER, Sarah (orgs.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p.39-49.
- CORRÊA, Sonia. PAISM: uma história sem fim. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Campinas, 1993, v. 10, n. 1/ 2, p. 3-12, jan/dez 1993.
- COSTA, Ana Maria. *Atenção Integral à Saúde das Mulheres: QUO VADIS? Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil*. 2004. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, 2004.
- COSTA, Rosely Gomes. *Concepção de filhos, concepções de pai: algumas reflexões sobre reprodução e gênero*. 2001. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - IFCH, UNICAMP, 2001.
- COSTA, Suely Gomes. Bioética, cidadania e direitos reprodutivos. *Serviço Social e Sociedade*, ano XXVI, n.84, São Paulo. 2005, p.118-139.
- COSTA, Suely Gomes. Gênero e História. In: Abreu, M. e Soihet, R (orgs.) *Ensino de história: conceitos, temáticas e metodologia*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2003. p.187-208.
- COSTA, Suely Gomes. Estranhamentos de Ina Von Binzer - Household e dimensões políticas das relações domésticas. *Saúde, Sexo & Educação*, ano XIII, n.36, Rio de Janeiro: O Instituto, 2004, p.49-55.
- COSTA, Suely Gomes. Gênero e História. In: ABREU, Martha; SOIHET, Rachel (orgs.) *Ensino da história: conceitos, temáticas e metodologia*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2003. p.187-208.
- COSTA, Suely Gomes. Saúde reprodutiva e cidadania. *Projeto de Pesquisa*. CNPq, 2001a.
- COSTA, Suely Gomes. Proteção Social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. *Estudos Feministas*, Florianópolis/SC: CFH/CCE/EFSC, 2002, v. 10, n. 2/2002, p.301-24.
- COSTA, Suely Gomes. Repensando o PAIMSCA. *Em Pauta* - Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, Rio de Janeiro: UERJ, 1999, n.1, p. 109-22, nov.1999.
- COSTA, Suely Gomes. Saúde, gênero e representações sociais. In: PUPPIN, Andréa Brandão; MURARO, Rose Marie (orgs.) *Mulher, gênero e sociedade*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ, 2001b. p.112-23.
- COSTA, Suely Gomes. Um (ainda) Obscuro Signo da Cultura Profissional: a Proteção Social. In: COSTA, Suely Gomes. *Signos em Transformação: a dialética de uma cultura profissional*. São Paulo: Cortez, 1995. p.95 – 131.

- DORA, Denise Dourado. Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e Direitos Humanos: Conceitos em Movimento. In: ARILHA, Margareth; CITELI, M^a Tereza (orgs.). *Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva*. São Paulo: Ed. 34: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1998. (p.69-80)
- FALCON, Francisco J. Calazans. Histórica e representação. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; MALERBA, Jurandir. (orgs.) *Representações: contribuição a um debate transdisciplinar*. Campinas, SP: Papyrus, 2000. p.41-79.
- FLEURY, Sônia. *Estado sem Cidadãos: Seguridade Social na América Latina*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1994.
- FONSECA SOBRINHO, Délcio da. *Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: FNUAP, 1993.
- FULLER, Norma. *Identidades Masculinas. Varones de classe media en el Perú*. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, 1997.
- GARCIA, Sandra Maria. Conhecer os homens a partir do gênero. In: ARILHA, Margareth et al, (org.). *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: ECOS/Ed.34, 1998, p.31-50.
- GUIMARÃES, Kátia. Nas Raízes do Silêncio: A Representação Cultural da Sexualidade Feminina e a Prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane (orgs). *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará:ABIA: IMS/UERJ, 1996. p.89-113.
- GUTTERMAN, David S. 1994. Postmodernism and the interrogation of Masculinity. In: H. Brod; M. Kaufman, eds. *Theorizing Masculinities*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications. p 219-38.
- HAMAWI, R. Que querem os homens? In: NOLASCO, S. (org) *A desconstrução do masculino*. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.
- IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2001*/IBGE, Departamento de Empregos e Rendimentos, Rio e Janeiro: IBGE, 2002. 205p. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhorendimento/pnad2001/sintese2001.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2003.
- JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.17-44.
- KYMLICKA, Will; NORMAN, Wayne. El retorno Del ciudadano. Una revisión de la producción reciente en teoría de la ciudadanía. *Agora*, n. 7, p.5-42, 1997.
- LEVI, Giovanni. Sobre a micro-história. In: BURKE, Peter. *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: UNESP, 1992. p.133-61.
- LOBATO, Lenaura V. C. Avaliação de políticas sociais: notas sobre alguns limites e possíveis desafios. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 2, n.1, 2004, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2004, p. 95-106.

- LOLE, Ana Elizabeth. O Masculino e as Práticas Contraceptivas. *Projeto de pesquisa de Iniciação Científica/CNPq/PIBIC*. Departamento de Serviço Social, UFF. Niterói: UFF, 2001.
- LOLE, Ana Elizabeth. O masculino, a sexualidade e a contracepção. *Projeto de pesquisa de Mestrado*. Departamento de Serviço Social, UFF. Niterói: UFF, 2003.
- LOLE, Ana Elizabeth. *O medo de engravidar também é masculino*. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, UFF, Niterói. 2003.
- LOURO, Guacira Lopes. Teoria queer - uma política pós-identitária para a educação. *Revista Estudos Feministas*, v.9; n.2; 2001, p.541-53.
- LOURO, Guacira Lopes. *Um corpo estranho* - ensaios sobre sexualidade e teoria queer. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. 96p.
- LOYOLA, Maria Andréa. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: HEILBORN, Maria Luiza (org.) *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.
- LUBELL, Ira. Contracepção cirúrgica voluntária. In: CARVALHO, Waldemar Diniz Pereira de; NETTO JUNIOR, Nelson Rodrigues (Orgs.). *Esterilidade e Planejamento Familiar*. São Paulo: Livraria Roca Ltda, 1982. p.123-29
- MANHOSO, Flávia Ribeiro. *A experiência de homens que se submeteram à vasectomia em um serviço público de saúde*. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), USP, São Paulo, 2002.
- MAROTTI, Adriana Fonseca. *Transgressões femininas e o direito à laqueadura de trompas: a face oculta de uma luta*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Escola e Serviço Social, UFF, Niterói. 2001.
- MARQUES, Rita de Cássia. *É preciso ser piedoso: a imagem social do médico de senhoras. Belo Horizonte 1907-1939*. Niterói, 2003. Tese (Doutorado em História), Programa de Pós Graduação em História, UFF, Niterói. 2003.
- MARTELETO, Regina Maria. Análise de redes sociais - aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ci. Inf.* v.30, n.1, abr. 2001.p.71-81.
- McLAREN, Angus. *História da contracepção: da antiguidade à actualidade*. Lisboa: Terramar, 1997.
- MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. O homem no processo de ter filhos. *Dossiê Humanização do Parto/Rede Nacional Feminista de Saúde*, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. São Paulo, 2002.
- MINAYO, M^a Cecília de Souza. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, Antenor; MOREIRA, M^a Cecília G. B. (Orgs.). *Saúde, trabalho e formação profissional*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- MOORE, Henrieta. Fantasias de poder e fantasias de identidade: gênero, raça e violência. *Cadernos PAGU*, v.? n.14, 2000, 13-44.

- NASCIMENTO, Luciana Adrielle do. *Saúde e Gênero: reflexões sobre o masculino no campo da saúde reprodutiva*. 2000. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, UFF, Niterói. 2000.
- NAVARRO-SWAIN, Tania. Para além do binário: os queers e o heterogênero. *Gênero*, Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero - NUTEG, Niterói: EdUFF, 2001, v.2, n. 1, p. 87-97, 2 sem. 2001.
- NETTO JUNIOR, Nelson Rodrigues. Contracepção cirúrgica masculina - vasectomia. In: CARVALHO, Waldemar Diniz Pereira de; NETTO JUNIOR, Nelson Rodrigues (Orgs.). *Esterilidade e Planejamento Familiar*. São Paulo: Livraria Roca Ltda, 1982. p.131-37
- NOLASCO, Sócrates. *De Tarzan a Homer Simpson: banalização e violência masculina em sociedades contemporâneas ocidentais*. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Pautas técnicas y de gestión para servicios de vasectomía. Ginebra, 1988.
- PERROT, Michelle, et al. A história das mulheres. Cultura e poder das mulheres: ensaio de historiografia. *Gênero*, Niterói: EdUFF, 2001, v. 2, n. 1, p. 7-30, 2001.
- PINTO, Camila Fernandes. Redes sociais e direitos reprodutivos. *Projeto de pesquisa de Iniciação Científica/CNPq/PIBIC*. Departamento de Serviço Social, UFF. Niterói: UFF, 2004.
- RANGEL, Ana Paula D. *Mulheres e Proteção Social: [Re(des)]cobrindo interseções - um estudo com base na experiência do HUAP em saúde reprodutiva*. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, UFF, Niterói, 2004.
- RAPOSO, Rebecca. Avaliação de ações sociais - uma abordagem estratégica. In: ÁVILA, Célia M. de (coord.). *Gestão de projetos sociais*. São Paulo: AAPCS, 1999. p. 79-90 (Coleção Gestores Sociais)
- RÉMOND, René. Algumas questões de alcance geral à guisa de introdução. In: FERREIRA, Marieta de Moraes e AMADO, Janaina (orgs.). *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: Ed. da Fundação Getúlio Vargas, 2001. p.203-9.
- REVEL, Jacques (Org.). *Jogos de escalas: a experiência da microanálise*. Rio de Janeiro: FGV, 1998.
- ROHDEN, Fabíola. *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.
- SAWAIA, Bader Burihan. Representação e ideologia - o encontro desfeticizador. In: SPINK, Mary Jane (Org.). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 73-84.
- SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*. Porto Alegre: Faculdade de educação/UFRGS, v.6, n.2, jul/dez, 1990.

SILVA, Cláudia Fonseca da. *Reflexões sobre práticas educativas em saúde reprodutiva*. 2000. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, UFF, Niterói. 2000.

THOMPSON, E. P. *Costumes em comum*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. Cap. 3 p.86-149.

VALE DE ALMEIDA, Miguel. *Senhores de Si: uma interpretação antropológica da masculinidade*. Lisboa: Fim de Século Edições Ltda, 1995.

VARIKAS, Eleni. “O pessoal é político”: desventuras de uma promessa subversiva. *Tempo*, Rio de Janeiro, 1997, vol. 2, n. 3, p.59-80, 1997.

VILLELLA, W. V.; BARBOSA, R. M. Repensando as relações entre gênero e sexualidade. In: PAKER, R.; BARBOSA, R. M (Orgs) - *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996.

WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.) *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p.35-82.

ANEXOS

ANEXO 1 – FOTOS DAS SALAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DO HUAP







Diário Oficial

IMPrensa NACIONAL

BRASÍLIA – DF

SEGUNDA-FEIRA, 15 DE JANEIRO DE 1996

LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal que trata do planejamento familiar estabelece penalidades e dá outras providências

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

CAPÍTULO I

DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Art. 1º- O planejamento familiar é direito de todo cidadão observado o disposto desta lei.

Art. 2º- Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único – É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3º- O planejamento familiar 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.

Parágrafo único – As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que diz respeito a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde em todos os seus ciclos vitais que inicia, como atividades básicas entre outras:

- I- a assistência à concepção e contracepção;
- II- o atendimento pré-natal;
- III- a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;
- IV- o controle das doenças sexualmente transmissíveis;
- V- o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Art. 4º- O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º- É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º- As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas filantrópicas estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único – Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais do planejamento familiar.

Art. 7º- É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º- A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9º- Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único – A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10º- Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I- em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado a pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II- risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização, o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto, nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência do álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada a histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

Art. 11º- Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

Art. 12º- É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13º- É vedada a exigência de atestado de esterilização ou teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14º- Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único – Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos contraceptivos reversíveis.

CAPÍTULO II

DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Art. 15º- Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10º desta lei

Pena – reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime reais grave.

Parágrafo único – A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I- durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10º desta lei;

II- com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III- através de histerectomia e ooforectomia;

IV- em pessoa absolutamente incapazes, sem autorização judicial;

V- através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização.

Art. 16º- Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena – Detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 17º- Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena – Reclusão, de uma a dois anos.

Parágrafo único – Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956.

Art. 18º- Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena – Reclusão, de um a dois anos, e multa.

Art. 19º- Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permeiam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no caput e nos §§ 1º e 2º do Art. 29 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal.

Art. 20º- As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:

I- se particular a instituição:

a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II- se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis, dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Art. 21º- Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam, ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei, observados, neste caso, o disposto nos Arts. 159, 1.518 e 1.521, e seu parágrafo único do Código Civil, combinados com o Art. 63 do Código de Processo Penal.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22º- Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e em especial os seus Arts. 29, caput e §§ 1º e 2º; 43, caput e incisos I, II e III; 44, caput e incisos I, II e III e parágrafo único; 45, caput e inciso I e II; 46, caput e parágrafo único; 47, caput e incisos I, II e III; 48, caput e parágrafo único; 49, caput e §§ 1º e 2º; 50, caput § 1º e alíneas e § 2º; 51, caput e §§ 1º e 2º; 52; 56; 129, caput e § 1º, incisos I, II e III, § 2º incisos I, III e IV, e § 3º.

Art. 23º- O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24º- Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25º- Revogam-se as disposições em contrário

Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Adib Jalene

ANEXO 3 – PORTARIA Nº 48, de 11 de fevereiro de 1999

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PORTARIA Nº 48, DE 11 DE FEVEREIRO DE 1999

DO 31, de 17/2/99

Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando o disposto no artigo 6º e Parágrafo Único e Artigo 10 da Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, publicada no Diário Oficial nº 010, de 15 de janeiro de 1996 e Diário Oficial nº 159, de 20 de agosto de 1997, que regula o parágrafo 7º da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências, e

Considerando a necessidade de estabelecer normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização para execução dessas ações pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art.1º - Incluir nos Grupos de Procedimentos de Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS os seguintes códigos de procedimentos:

1 - no Grupo de Procedimentos Cirurgia Obstétrica III - código 35.100.03-6 o procedimento 35.082.01.1 - Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores/Risco de Vida.

2 - no Grupo de Procedimentos Cirurgia Obstétrica V - código 35.100.05-2 o procedimento 35.083.01.8 - Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores/Risco de Vida com Atendimento RN na Sala de Parto.

3 - no Grupo de Procedimentos Cirurgia Obstétrica VII – código 35.100.07-9 o procedimento 35.084.01.04 – Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores/Risco de Vida em Hospitais Amigo da Criança.

4 - no Grupo de Procedimentos Cirurgia Obstétrica IX – código 35.100.09-5 o procedimento 35.085.01.0 – Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores em gestantes de alto risco.

Art. 2º - Manter, no Grupo de Procedimentos Cirurgia de Trompas II – código 34.104.02.0 da Tabela SIH/SUS, o procedimento: 34.022.04.0 – Laqueadura Tubária

Art. 3º - Manter, no Grupo de Procedimentos Cirurgia do Cordão Espermiático III – código 31.109.03-9, da Tabela do SIH/SUS, o procedimento vasectomia parcial ou completa – código 31.005.09-8

Art. 4º - De acordo com o disposto no Artigo 10 da Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o parágrafo 7º da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências: somente é permitida a esterilização voluntária sob as seguintes condições:

I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado, a pessoa interessada, acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce.

II – em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

III – a esterilização cirúrgica como método contraceptivo será executada por laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada por meio de histerectomia e ooforectomia.

IV – será obrigatório constar no prontuário médico o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

Parágrafo Único – É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante períodos de parto, aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde. Neste caso, a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos.

Art.5º - Cabe aos gestores estaduais e municipais de saúde, em condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (NOB-96), procederem ao credenciamento das unidades de saúde para a realização dos procedimentos de Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores/Risco de Vida, Laqueadura Tubária e Vasectomia, conforme modelo em anexo.

Parágrafo Único – No âmbito do Sistema Único de Saúde somente poderão realizar esterilização cirúrgica as instituições que atende aos seguintes critérios:

I – estar autorizada pelo gestor estadual ou municipal;

II – oferecer todas as opções de meios e métodos contraceptivos reversíveis, e

III – comprovar a existência de médico capacitado para realização do ato.

Art. 6º - Os gestores estaduais e municipais de saúde deverão encaminhar ao Departamento de Análise da Produção dos Serviços de Saúde / DAPS / SAS, cópia da portaria de credenciamento das unidades no prazo de 05 dias a contar da publicação em Diário Oficial, para cumprimento dos efeitos desta Portaria, permanecendo a ficha em poder do gestor.

Art.º 7 - Na cobrança destes procedimentos por meio da AIH, deverá ser obrigatoriamente utilizado o código Z30.2 esterilização, da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10ª Revisão.

Art. 8º - É obrigatório o preenchimento da ficha de registro individual de notificação de esterilização, modelo em anexo, quando da realização dos procedimentos Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores / Risco de Vida, Laqueadura Tubária e Vasectomia, devendo a mesma ser arquivada ao prontuário do paciente.

Art. 9º - A Secretaria de Assistência à Saúde/SAS normatizará, em portaria específica, o preenchimento da AIH, nos casos dos procedimentos relativos aos artigos 1º e 2º, bem como as formas de operacionalização.

Art. 10 – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Portaria GS/SAS/MS nº 144, de 20 de novembro de 1997, publicada no DO nº 227, de 24 de novembro de 1997.

RENILSON REHEM DE SOUZA

ANEXO 4 – PERFIL DOS ENTREVISTADOS

PERFIL DOS HOMENS E DO CASAL DA PESQUISA

Homens entrevistados

José tem 66 anos, casado e possui quatro filhos dos relacionamentos anteriores, mora em Icaraí, Niterói, RJ. cursou nível superior, trabalha numa universidade e declara receber aproximadamente de R\$ 10.000,00 (dez mil reais). A esposa de José também trabalha. José realizou a vasectomia em 1972, aos 32 anos de idade, em clínica particular.

Edson tem 50 anos, seu estado civil é casado, só que vive com outra pessoa cerca de 7 anos. Do primeiro relacionamento possui um filho. É morador de Nova Iguaçu, cidade situada na Baixada Fluminense do Rio de Janeiro. Iniciou três cursos universitários, mas não chegou a concluir nenhum, pois não conseguiu conciliar com o trabalho. Edson trabalha como Inspetor de Polícia e sua renda mensal é em torno de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais). A Companhia de Edson tem 32 anos, trabalha e recebe aproximadamente R\$ 700,00 (setecentos reais) por mês. Edson relata, ainda, que não usam nenhum método contraceptivo. Realizou a vasectomia em 1985, aos 31 anos de idade, em uma clínica particular em Santa Tereza no Rio de Janeiro.

Thiago tem 51 anos, casado, possui dois filhos, mora em Icaraí, Niterói, RJ. cursou o ensino superior e trabalha como Superintendente Comercial, declara uma renda mensal em torno de R\$ 10.000,00 (dez mil reais). Sua esposa também trabalha. Thiago relata que usaram vários métodos contraceptivos como: pílula, coito interrompido, camisinha e tabela. Realizou a vasectomia em 1994, aos 40 anos de idade, em clínica particular.

Lázaro tem 32 anos, casado há 8 anos e possui uma filha. Mora no bairro Baldeador, Niterói, RJ. Possui o ensino médio completo, trabalha como vigilante e relata receber pelo seu trabalho R\$ 700,00 (setecentos reais). A esposa de Lázaro trabalha. Como método contraceptivo usaram o preservativo masculino e pílula anticoncepcional. Lázaro realizou a vasectomia em 2002, aos 29 anos de idade, no HUAP.

Fábio tem 43 anos, divorciado e possui cinco filhos (3 meninas e 2 meninos), mora em Marica, RJ. É Inspetor de Polícia e também trabalha como autônomo para aumentar a renda e, declarou ter uma renda mensal aproximada de R\$ 4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais). Fábio curso ensino superior. Realizou a vasectomia em 2003, aos 41 anos de idade, em clínica particular.

Malvino tem 35 anos, casado há 11 anos, possui dois meninos e reside em Fonseca, Niterói, RJ. Malvino conta que a esposa fez tabela e usou pílula. Ele cursou o ensino médio completo e trabalha como motorista autônomo, e tem uma renda aproximada de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) por mês. A esposa trabalha e possui uma renda mensal em torno de R\$ 2.000,00 (dois mil reais). Realizou a vasectomia em 2004, aos 34 anos de idade, na rede pública de saúde de Niterói.

Casal entrevistado

Raul e Lourdes são casados há 18 anos, possuem dois meninos. Eles moram em Madureira, RJ. Ambos são católicos e freqüentam a Igreja, que fica próxima a casa. O casal usou como métodos contraceptivos: pílula anticoncepcional, coito interrompido e camisinha masculina.

Raul tem 44 anos, possui o ensino médio, trabalha como comerciante e sua renda mensal é em torno de R\$ 800,00 (oitocentos reais). Fez a vasectomia em 2002, aos 41 anos de idade, no HUAP.

Lourdes tem 40 anos, possui ensino superior e trabalha como professora no município do Rio de Janeiro e ganha em torno de R\$ 800,00 (oitocentos reais) por mês.

ANEXO 5 – ROTEIRO DE ENTREVISA

DATA: ____/____/____

Entrevistador: _____

Roteiro de entrevista

PERFIL:

Nome: _____

Idade: _____

Data Nasc.: _____

Estado Civil: _____

Nº de Filhos: _____

Idade dos Filhos: _____

Cor: _____ (autoclassificação)

_____ (Classific. do entrevistador: branco, moreno, negro)

Escolaridade: _____

Tel: _____

Endereço: _____

Profissão: _____

Trabalha? _____ (sim/não)

Ocupação: _____

Renda: _____

Há quanto tempo vive com sua esposa? _____

Idade da esposa: _____

Profissão: _____

Trabalha? _____ (sim/não)

Ocupação: _____

Renda: _____

Origem: _____ (dele)

_____ (esposa)

Método contraceptivo usado: _____

Data que realizou a vasectomia: _____

Idade que realizou a vasectomia: _____

Religião: _____

PERGUNTAS ABERTAS:

1- Como é seu cotidiano? (em casa, no trabalho, com os filhos, quem faz o quê na sua casa)

2- Você poderia me falar quais os métodos que já utilizou? (e os métodos que conhece)

3- Com relação aos filhos, todos foram planejados?

4- Você tem problemas em usar algum método? Tem algum que você não goste? Por que? (mencionar a camisinha)

5- Como você avalia a relação sexual com e sem camisinha?

6- Com quem você conversa a respeito de seus problemas sexuais/de sua sexualidade? (amigos, família, esposa/companheira,...)

7- Como você obteve informações sobre a vasectomia?

8- Como você chegou ao serviço de Planejamento Familiar? (Explorar a trajetória até a realização da vasectomia, as dificuldades ao acesso a Política de Planejamento Familiar, se já buscou a vasectomia em outras Instituições públicas, se teve alguma experiência conhecida)

que o animaram a decidir pela vasectomia, o que aconteceu nos grupos – quais assuntos foram trabalhados)

9- O que te levou procurar a vasectomia? (explorar os motivos que o levou a fazer a vasectomia)

10- De que modo as responsabilidades com a paternidade foram importantes para a sua decisão?

11- Como se sentiu diante da cirurgia? (pensar a questão do ritual da cirurgia)

12- Que vantagens espera da vasectomia? (expectativas em relação ao medo de engravidar)

13- A princípio, o que você achou da vasectomia? E depois, qual a sua avaliação? (explorar a questão da virilidade)

14- Você acha que tem alguma diferença o sexo para o homem que realizou a vasectomia e para o homem que não realizou a vasectomia? Por que?

OBSERVAÇÕES GERAIS:

Contexto em que se deu a entrevista, reações e expressões diversas do entrevistado e entrevistador, aceitação/recusa, tempo da entrevista, entre outras.

(Esposa assinou o Documento, qual o tempo de espera pela cirurgia)

ANEXO 6 – CONSENTIMENTO INFORMADO



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL

CONSENTIMENTO INFORMADO

Meu nome é Ana Elizabeth Lole dos Santos, sou mestranda do Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social da Escola de Serviço Social/UFF. Estou realizando uma pesquisa sobre a participação dos homens na saúde reprodutiva, cujo título é: **“O Masculino, a Sexualidade e a Contracepção”**.

Esta pesquisa visa examinar a introdução da presença masculina nos assuntos da saúde reprodutiva e as inovações daí decorrentes, considerando processos culturais e avanços de pesquisa na promoção da saúde e da qualidade de vida.

Nesse momento, estou convidando-o para participar da pesquisa que subsidia a dissertação. Para isto, gostaria de fazer uma entrevista. Vou fazer uma série de perguntas pedindo para você contar a sua vida, seus relacionamentos, casamentos, filhos, contracepção, sexualidade, etc. Às vezes, as perguntas poderão ser íntimas. A entrevista será gravada, mas será totalmente confidencial. Seu nome não será divulgado sem a sua permissão.

Sua participação nesta pesquisa é inteiramente voluntária. Se você não quiser, não precisa responder todas as perguntas. Você também pode desistir de continuar a entrevista em qualquer momento. Trata-se de uma entrevista longa, que poderá levar cerca de duas horas e, caso a conversa não termine nesse tempo, gostaria de encontrá-lo(a) outra vez.

Esta pesquisa inclui apenas perguntas e respostas e avaliamos que não apresenta nenhum tipo de risco aos participantes. Acreditamos que, sabendo mais sobre sexualidade e reprodução, podemos auxiliar os programas de educação em saúde. Se você tiver qualquer dúvida, por favor, pergunte que tentarei esclarecer.

Declaro que li o texto acima e entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa **“O Masculino, a Sexualidade e a Contracepção”** e aceito dela participar, de forma livre e esclarecida.

Niterói/RJ, _____ de _____ de 2005.

Nome do(a) entrevistado(a): _____

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Assinatura da pesquisadora

Campus Universitário do Gragoatá
Praça Leoni Ramos, s/nº, Bloco E, 3º andar, CEP 24210-006

**ANEXO 7 - FOLDER DO PROGRAMA DE SAÚDE REPRODUTIVA/
PLANEJAMENTO FAMILIAR DO HUAP**

**ANEXO 8 – FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO DE
ESTERILIZAÇÃO**