

## Dados Pessoais

Aluna: Mônica dos Santos Bezerra

D.N: 01/02/1972

Endereço: Rua Adolfo Bezerra de Menezes, 918.Alvaro Weyne.Fortaleza-Ceará.

Dissertação: Representações Sociais de Homens sobre a Decisão Contraceptiva.

Data da defesa: 03/03/2010

CPF:537619523-68

## RESUMO

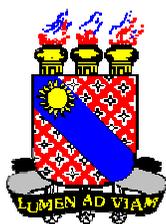
O estudo objetivou apreender as representações sociais de homens sobre a decisão contraceptiva, enfocando o planejamento familiar, vasectomia e a participação do enfermeiro no processo, considerando a temática gênero no campo das ciências sociais. A pesquisa foi norteada pela Teoria das Representações Sociais, baseada nos princípios de Moscovici e Jodelet, com uso de multimétodos. Realizou-se em um hospital público municipal de Fortaleza, por meio de entrevista, observação e técnica de associação livre de palavras. Contextualizou-se 109 homens que participaram da técnica de associação livre de palavras. Na entrevista participaram treze homens que se encontravam no pré-operatório de vasectomia, no período de junho a setembro de 2009. As entrevistas foram analisadas pela técnica de conteúdo de Bardin, e os achados coletados através da técnica de associação de palavras foram processados no *Software Tri-deux-Mots*, sendo interpretados a partir da análise fatorial de correspondência. As categorias que brotaram foram: Representações sociais de homens sobre o planejamento familiar; Representações sociais de homens sobre a vasectomia, Representações sociais de homens sobre motivos da opção pela vasectomia e sentimentos vivenciados no pré-operatório. O conceito de planejamento familiar para os homens agrupou-se em duas abordagens: como um espaço para decisão de ter ou não filhos e a outra com enfoque dessa decisão está associada ao fator financeiro. O serviço não foi colocado pelos homens como local de discussão de outros assuntos como sexualidade e que eles também fossem autores na saúde sexual e reprodutiva. A vasectomia envolveu três subcategorias: procedimento técnico com locais de cirurgia diversificados, procedimento desconhecido, decisão de vida saudável e prejudicial. O conhecimento do local do corpo onde a cirurgia seria realizada foi abordado por diferentes locais, como também foi expresso desconhecimento de onde fisicamente a cirurgia seria realizada. A justificativa da cirurgia foi atribuída ao caráter financeiro e por proteção à esposa, o homem assume a postura de tomada de decisão por amor à parceira, sendo a saúde dela um motivo importante. Os sentimentos vivenciados nessa fase foram medo e tranquilidade. A tranquilidade esteve associada ao fato de alguém próximo ter passado por tal experiência sem nenhum prejuízo, principalmente no que diz respeito à questão sexual. Os homens que iriam se submeter à vasectomia participaram de uma atividade educativa com o serviço social do hospital, caracterizada como satisfatória, significativa e inclusive identificaram o assistente social como facilitador. O enfermeiro não se integrou em nenhuma etapa vivenciada pelo homem, fato agravante, tornando-se evidente a importância da participação do enfermeiro no serviço de planejamento familiar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Homem. Vasectomia. Representações. Planejamento Familiar.

## ABSTRACT

The study aimed to apprehend men's social representations on contraceptive decision, focusing on family planning, vasectomy and nurses participation in the process, considering the thematic in social sciences field. The research was guided by the Theory of Social Representations, based on the principles of Moscovici and Jodelet, using multi-methods. It was carried out at a municipal public hospital of Fortaleza, through interview, observation and words association technique. 109 men that participated of words association technique were contextualized. Thirteen men in vasectomy preoperative participated in the interview, from June to September 2009. The interviews were analyzed through Bardin's content technique, and the discoveries collected through words association technique were processed in the Software Tri-deux-Mots and interpreted based on correspondence factorial analysis. The categories identified were: Men's social representations on family planning; Men's social representations on vasectomy; Men's social representations on reasons for choosing vasectomy; and Feelings experienced in preoperative. The concept of family planning for men was grouped in two approaches: as a space for decision of having or not children and the other based on this decision is associated to the financial factor. The service was not seen by men as place for discussion of other subjects, like sexuality and that they are also authors in sexual and reproductive health. Vasectomy involved three subcategories: technical procedure with surgery diversified places; unknown procedure; and decision of healthy and harmful life. Knowing the body area where the surgery would happen was approached by different places; it was also expressed disinformation on where the surgery would be physically accomplished. The justification of surgery was attributed to financial factor and wife's protection; men make this decision for loving their partners, having her health as important reason. The feelings experienced in this phase were fear and tranquility. Tranquility was associated to the fact that somebody close had gone through such experience without any damage, especially concerning sexual matter. Men that would undergo to vasectomy participated of an educational activity with the social service of the hospital, characterized as satisfactory, significant and they also identified the social worker as supporter. Nurses didn't took part in any stage lived by men, that is an aggravating fact, becoming evident the importance of nurses participation in the service of family planning.

**KEYWORDS:** Men. Vasectomy. Representations. Family Planning (Public Health).



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

**MÔNICA DOS SANTOS BEZERRA**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS  
SOBRE A DECISÃO CONTRACEPTIVA**

**FORTALEZA – CEARÁ**

**2010**

MÔNICA DOS SANTOS BEZERRA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS  
SOBRE A DECISÃO CONTRACEPTIVA

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Dafne Paiva Rodrigues

Fortaleza – Ceará

2010  
MÔNICA DOS SANTOS BEZERRA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS  
SOBRE A DECISÃO CONTRACEPTIVA

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem.

Data da Defesa: 03/03/2010  
Aprovada

Conceito:

BANCA EXAMINADORA

---

Profª. Dra. Dafne Paiva Rodrigues (Orientadora)  
Universidade Estadual do Ceará

---

Profª. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira (Membro Efetivo)  
Universidade Estadual do Ceará

---

Profª. Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira (Membro Efetivo)  
Universidade Estadual do Ceará

---

Profª. Dra. Régia Cristina Moura Barbosa (Membro Suplente)  
Faculdade Metropolitana de Fortaleza



A Deus, por me acompanhar em toda essa trajetória e me possibilitar concluí-la com saúde, paz e sabedoria.

Aos meus familiares, por me apoiarem nos momentos difíceis e compartilharem comigo essa caminhada.

Ao meu esposo, pela paciência, companheirismo e amor, evidenciados na nossa união.

À minha orientadora, por toda tranquilidade e sensibilidade, fatores que embasaram meu estudo.

Às minhas amigas, Léa, Mirna, Juliana e Linicarla, por contribuírem no meu estudo com opiniões construtivas e qualificadas.



## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

À Universidade Estadual do Ceará e ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, Área de Concentração: Enfermagem.

À Instituição Hospitalar, nas pessoas do Diretor Geral, Diretoria Técnica e Coordenadora de Enfermagem, pelo acesso ao campo e aos sujeitos da pesquisa.

À Professora Escolástica por quem tenho profunda admiração, por sua competência e inteligência, acompanhando-me até a conclusão da dissertação.

Aos homens que fizeram parte do meu estudo com muita disponibilidade e leveza, contribuindo significativamente para a construção da dissertação.

## RESUMO

O estudo objetivou apreender as representações sociais de homens sobre a decisão contraceptiva, enfocando o planejamento familiar, vasectomia e a participação do enfermeiro no processo, considerando a temática gênero no campo das ciências sociais. A pesquisa foi norteadada pela Teoria das Representações Sociais, baseada nos princípios de Moscovici e Jodelet, com uso de multimétodos. Realizou-se em um hospital público municipal de Fortaleza, por meio de entrevista, observação e técnica de associação livre de palavras. Contextualizou-se 109 homens que participaram da técnica de associação livre de palavras. Na entrevista participaram treze homens que se encontravam no pré-operatório de vasectomia, no período de junho a setembro de 2009. As entrevistas foram analisadas pela técnica de conteúdo de Bardin, e os achados coletados através da técnica de associação de palavras foram processados no *Software Tri-deux-Mots*, sendo interpretados a partir da análise fatorial de correspondência. As categorias que brotaram foram: Representações sociais de homens sobre o planejamento familiar; Representações sociais de homens sobre a vasectomia, Representações sociais de homens sobre motivos da opção pela vasectomia e sentimentos vivenciados no pré-operatório. O conceito de planejamento familiar para os homens agrupou-se em duas abordagens: como um espaço para decisão de ter ou não filhos e a outra com enfoque dessa decisão está associada ao fator financeiro. O serviço não foi colocado pelos homens como local de discussão de outros assuntos como sexualidade e que eles também fossem autores na saúde sexual e reprodutiva. A vasectomia envolveu três subcategorias: procedimento técnico com locais de cirurgia diversificados, procedimento desconhecido, decisão de vida saudável e prejudicial. O conhecimento do local do corpo onde a cirurgia seria realizada foi abordado por diferentes locais, como também foi expresso desconhecimento de onde fisicamente a cirurgia seria realizada. A justificativa da cirurgia foi atribuída ao caráter financeiro e por proteção à esposa, o homem assume a postura de tomada de decisão por amor à parceira, sendo a saúde dela um motivo importante. Os sentimentos vivenciados nessa fase foram medo e tranquilidade. A tranquilidade esteve associada ao fato de alguém próximo ter passado por tal experiência sem nenhum prejuízo, principalmente no que diz respeito à questão sexual. Os homens que iriam se submeter à vasectomia participaram de uma atividade educativa com o serviço social do hospital, caracterizada como satisfatória, significativa e inclusive identificaram o assistente social como facilitador. O enfermeiro não se integrou em nenhuma etapa vivenciada pelo homem, fato agravante, tornando-se evidente a importância da participação do enfermeiro no serviço de planejamento familiar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Homem. Vasectomia. Representações. Planejamento Familiar.

## ABSTRACT

The study aimed to apprehend men's social representations on contraceptive decision, focusing on family planning, vasectomy and nurses participation in the process, considering the thematic in social sciences field. The research was guided by the Theory of Social Representations, based on the principles of Moscovici and Jodelet, using multi-methods. It was carried out at a municipal public hospital of Fortaleza, through interview, observation and words association technique. 109 men that participated of words association technique were contextualized. Thirteen men in vasectomy preoperative participated in the interview, from June to September 2009. The interviews were analyzed through Bardin's content technique, and the discoveries collected through words association technique were processed in the Software Tri-deux-Mots and interpreted based on correspondence factorial analysis. The categories identified were: Men's social representations on family planning; Men's social representations on vasectomy; Men's social representations on reasons for choosing vasectomy; and Feelings experienced in preoperative. The concept of family planning for men was grouped in two approaches: as a space for decision of having or not children and the other based on this decision is associated to the financial factor. The service was not seen by men as place for discussion of other subjects, like sexuality and that they are also authors in sexual and reproductive health. Vasectomy involved three subcategories: technical procedure with surgery diversified places; unknown procedure; and decision of healthy and harmful life. Knowing the body area where the surgery would happen was approached by different places; it was also expressed disinformation on where the surgery would be physically accomplished. The justification of surgery was attributed to financial factor and wife's protection; men make this decision for loving their partners, having her health as important reason. The feelings experienced in this phase were fear and tranquility. Tranquility was associated to the fact that somebody close had gone through such experience without any damage, especially concerning sexual matter. Men that would undergo to vasectomy participated of an educational activity with the social service of the hospital, characterized as satisfactory, significant and they also identified the social worker as supporter. Nurses didn't took part in any stage lived by men, that is an aggravating fact, becoming evident the importance of nurses participation in the service of family planning.

**KEYWORDS:** Men. Vasectomy. Representations. Family Planning (Public Health).



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Panorama das cirurgias contraceptivas de um hospital público municipal de Fortaleza, localizado na Secretaria Executiva Regional I..	38
Quadro 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas dos homens do pré-operatório de vasectomia, participantes do estudo. Fortaleza-CE, 2009.....	48
Figura 1 – Representações sociais de homens sobre o planejamento familiar...	54
Figura 2 – Representações sociais de homens sobre a vasectomia.....	59
Figura 3 – Representações sociais de homens sobre a decisão contraceptiva. Fortaleza-CE, 2009.....	67

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AFC	- Análise Fatorial da Correspondência
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ONU	- Organização das Nações Unidas
RHEG	- Rede de Homens pela Equidade de Gênero
SUS	- Sistema Único de Saúde
TALP	- Técnica de Associação Livre de Palavras
TDM	- <i>Tri-Deux-Mots</i>
TRS	- Teoria das Representações Sociais
UNFPA	- Fundo de População das Nações Unidas

# SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>6</b>
<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....</b>	<b>7</b>
<b>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....</b>	<b>8</b>
<b>1 A BUSCA PELO OBJETO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
2.1 A VASECTOMIA COMO MÉTODO CONTRACEPTIVO E A PARTICIPAÇÃO DO HOMEM NESSE CONTEXTO.....	19
2.2 HOMEM: construções biológicas e culturais.....	27
2.3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	32
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>36</b>
3.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO.....	36
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	37
<b>3.2.1 Panorama das cirurgias contraceptivas do hospital.....</b>	<b>38</b>
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	39
3.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	40
<b>3.4.1 Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP).....</b>	<b>41</b>
<b>3.4.2 Entrevista semiestruturada.....</b>	<b>43</b>
<b>3.4.3 Observação livre.....</b>	<b>43</b>
3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	44
3.6 ASPECTOS ÉTICOS NA PESQUISA.....	46
<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
4.1 DADOS SOCIODEMÓGRAFICOS DOS HOMENS DA PESQUISA.....	47
4.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	50
<b>4.2.1 O Planejamento familiar como espaço para decisão de ter ou não filhos.....</b>	<b>51</b>
<b>4.2.2 Planejamento familiar atribuído ao fator financeiro.....</b>	<b>52</b>
4.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS SOBRE VASECTOMIA.....	55
<b>4.3.1 A vasectomia como procedimento técnico em local diversificado.....</b>	<b>55</b>
<b>4.3.2 Vasectomia como procedimento desconhecido.....</b>	<b>57</b>
<b>4.3.3 Vasectomia como decisão de vida saudável e prejudicial.....</b>	<b>57</b>
4.4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS SOBRE O MOTIVO DA VASECTOMIA.....	60
<b>4.4.1 Por motivos financeiros.....</b>	<b>60</b>
<b>4.4.2 Por proteção à esposa.....</b>	<b>61</b>
4.5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS HOMENS SOBRE SENTIMENTOS VIVENCIADOS NO PRÉ-OPERATÓRIO DE VASECTOMIA.....	61
<b>4.5.1 Medo da cirurgia.....</b>	<b>62</b>
<b>4.5.2. Tranquilidade no pré-operatório.....</b>	<b>63</b>

<b>5</b>	<b>TRAJETÓRIA DO HOMEM PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA E A PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NESSE CONTEXTO.....</b>	<b>64</b>
<b>6</b>	<b>ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA: evocações emitidas pelos homens.....</b>	<b>66</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>70</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>72</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>82</b>
	APÊNDICE A – TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS.....	83
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	84
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	85
	APÊNDICE D – BANCO DE DADOS.....	86
	APÊNDICE E – DICIONÁRIO DE PALAVRAS.....	95
	APÊNDICE F – FREQUÊNCIA DE APARECIMENTO DOS ESTÍMULOS.....	99
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>101</b>
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	102
	ANEXO B – DECLARAÇÃO DE REVISÃO GRAMATICAL E ORTOGRÁFICA.....	103

# 1 A BUSCA PELO OBJETO

A decisão contraceptiva constitui fato marcante na vida do ser humano e representa um momento que pode envolver significativas mudanças sociais, culturais e psíquicas no indivíduo. Ela integra um dos passos da saúde sexual e reprodutiva e do planejamento familiar.

Gama (2006) refere que a saúde sexual e reprodutiva suscita as mais variadas discussões ligadas à religião, à geração, ao gênero, ao estado marital, à classe social, à situação econômica, à psíquica, cultural, entre tantas outras que compõem a natureza humana. No mundo contemporâneo, saúde sexual e reprodutiva significa vida sexual prazerosa e segura para os indivíduos, e a liberdade para eles decidirem se desejam ter filhos, quando e com que frequência.

No sentido de proporcionar ao cliente bem-estar sexual e reprodutivo, o Planejamento Familiar surge como uma rede de acontecimentos, envolvendo orientações, procedimentos técnicos, apresentação dos métodos conceptivos e contraceptivos, encaminhamentos, enfim, um dinamismo de ações multiprofissionais que culminam com a promoção e qualidade de vida.

Costa, Ferraz e Morris (2000) afirmam que o planejamento familiar é considerado parte integrante dos direitos sexuais e reprodutivos. Ao permitir a limitação do número de filhos e o espaçamento entre seus nascimentos, contribui para elevar o grau de autonomia das mulheres e possibilita que mulheres, homens e adolescentes tenham maior controle de suas vidas. É, em última análise, elemento fundamental para o desenvolvimento social e para o exercício da cidadania, que reforça a liberdade de expressão e o conhecimento sobre direitos e deveres, dentre eles, direito à liberdade sobre seu corpo, relações pessoais, direito à informação e o exercício à reprodução de forma esclarecida e saudável.

Para Ramos (2008, p. 12):

O Planejamento Familiar constitui um aspecto importante da assistência à saúde: é um tema que transcende as fronteiras da vida individual e faz parte das agendas de políticas públicas, de organizações não governamentais, do movimento social feminista e da mídia.

O tema busca a cada dia interpretar e divulgar novas formas de concepção e contracepção, caracterizando métodos e condutas que visam possibilitar ao casal a decisão de ter filhos ou não, de forma consciente e esclarecida. A escolha de não ter mais filhos por um método anticoncepcional necessita ser permeada por orientações de profissionais de saúde, a fim de que as informações sejam verdadeiras e expostas de forma saudável.

A contracepção consiste no ato de não ter filhos, utilizando métodos cirúrgicos e não cirúrgicos, sendo o ideal a decisão de forma compartilhada e saudável. Ela é definida por Gomes e Leitão (2005) como método e maneiras que um casal utiliza para prevenir a gravidez. Os métodos, para esta finalidade, variam, e a escolha de um deles depende de cada casal, de peculiaridades e das características de cada método.

Para Ricci (2008), os casais precisam decidir qual é o método mais adequado para eles, de modo que satisfaça a necessidade de contracepção e de vida, que é diferente ao longo da evolução. No caso dos métodos anticoncepcionais cirúrgicos, destacam-se a laqueadura tubária e a vasectomia, métodos fornecidos pelo sistema de saúde pública e com alguns critérios para realização.

De acordo com Smeltzer e Bare (2005, p. 1472), depois da abstinência, a esterilização por oclusão tubária bilateral ou vasectomia é o meio mais efetivo de contracepção. Ambos os procedimentos devem ser considerados permanentes, porque nenhum deles é facilmente reversível.

Gama (2006) define vasectomia como uma pequena cirurgia, realizada nos canais deferentes, com o objetivo de impedir que os espermatozoides produzidos nos testículos saiam no líquido expelido durante a ejaculação. É um procedimento médico ambulatorial simples e rápido, sem necessidades de internação; a anestesia é local na região do saco escrotal.

Os métodos anticoncepcionais femininos são sempre fontes maiores de divulgação e exposição, e a própria função de escolha do método sempre esteve ligada à mulher. Percebe-se na sociedade que assuntos e decisões relacionados à contracepção e à concepção de maneira geral, estão diretamente ligados e responsabilizados ao sexo feminino, assim como as ações do setor saúde que colaboram para esta realidade. A presença do homem é notória, mas ainda não é satisfatória.

O conceito de saúde reprodutiva é relativamente recente, pois tradicionalmente o tema era considerado saúde da mulher. Ramos (2008) refere que, em princípio, o atendimento à saúde reprodutiva dirige-se ao homem e à mulher. No entanto, tendo em vista a flagrante diferença de papéis biológicos entre homens e mulheres no processo da reprodução, é sobre estas últimas que recai o foco do atendimento. As estratégias e atendimentos envolvendo planejamento familiar, saúde sexual e reprodutiva são em maioria direcionadas à mulher.

Discutir sobre a decisão contraceptiva masculina é mais abrangente do que definir vasectomia ou usar o condom, pois exige uma abordagem das relações de gênero, em que os homens também expressam sentimentos, opiniões, cultura, religião e emoções. As relações de gênero fazem parte dessa discussão em virtude da sua relação com o objetivo da pesquisa.

Andrade e Therrien (2004) afirmam que o gênero identifica as características socialmente construídas em determinados contextos. O homem deve estar sempre pronto para o sexo, levando à construção de uma sexualidade em torno da articulação de parceiras. O distanciamento emocional, o espírito de aventura, frieza e sedução são considerados fundamentais no comportamento sexual masculino.

O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), da Rede de Homens pela Equidade de Gênero (RHEG), do Instituto PAPAI (2007) relata que infelizmente, em sociedades conservadoras, homens e mulheres são educados, desde muito cedo, para responder a modelos predeterminados e cultivados e mutuamente excludentes do que é ser homem e do que é ser mulher. Embora os modelos variem ao longo do tempo e de cultura para cultura, os processos de sociabilização tendem a orientar-se pelo olhar da diferença – “ser homem é diferente de ser mulher” – e pela perspectiva da desigualdade - “ser homem é melhor que ser mulher”.

E, ainda, segundo Jolly e Cornwall (2008), os homens são estimulados a serem machistas e a assumirem riscos em relação ao sexo, o que pode levar a problemas de saúde sexual para eles próprios e para os parceiros (as) e, conseqüentemente, sua participação diante de uma resolução seja artificial e sem postura crítica.

É importante ressaltar que diante de uma decisão, é sempre interessante que o agente da ação sinta-se e perceba-se como sujeito, que está exercendo sua cidadania e participante de atitudes que gerem bem-estar social, físico e psíquico, e não funcione como mero objeto. A cidadania permite ao homem o desenvolvimento de seu senso crítico, com direitos e deveres entrelaçados na sua execução.

Tal caminho permite ao indivíduo uma definição e sensibilização do que é saúde e do quanto ele é responsável por este cuidado. Um cuidado tão pouco evidenciado na classe masculina e distante de condições ideais. Para Boff (2000), o cuidado faz parte da essência humana e não é apenas um ato pontual e biológico, mas uma atitude de respeito, preocupação e responsabilização para com o próximo. Para Luz (2004), o cuidado representa o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social.

De acordo com Acioli (2006), o cuidado surge como uma prática que ganha sentido de acordo com os interesses e necessidades dos sujeitos envolvidos, sendo entendido como prática que articula saúde, doença,

necessidades e também o contexto socioeconômico e cultural em que se inserem esses sujeitos. Visualizam-se também as instituições públicas estimulando esse acontecimento no sentido de não oferecer serviços que favoreçam a participação do homem como agente permeador de sua saúde. Tais locais realizam atividades quase totalmente direcionadas à mulher e isso é um agravante.

O papel do homem na sociedade diante de seu cuidado continua tendo forte influência da característica de poder e soberania, tais fatos podem interferir na relação saúde-doença. Sugere-se uma discussão da posição do homem como sujeito que tem direito à saúde, assim como a mulher, e de que significados ocorrem nessa trajetória.

As relações de gênero que acontecem e são transmitidas na sociedade de geração a geração, em que o homem é um ser forte, protetor, responsável pela renda e a mulher é o sexo frágil, a cuidadora e responsável pelos afazeres domésticos, contribuem para diminuir a percepção do homem como merecedor de cuidados e acabam por sobrecarregar a mulher dessa função. Consequentemente, tem-se um modelo de homem que se encontra em uma posição de superioridade, mas, ao mesmo tempo, de inferioridade quando se considera o autocuidado. Esse cuidado não é importante para ele e talvez só passe a ser em uma situação que envolva riscos.

Uma das inquietações que redundou na temática escolhida, que consiste nas representações sociais de homens sobre a decisão contraceptiva, foi a observação da pesquisadora e sua vivência no campo de trabalho, em que a pesquisa foi realizada, em relação a pontuais diferenças de cuidado entre o cliente homem e mulher na realização de cirurgias esterilizadoras vasectomia e ligadura tubária. Tal visão fez perceber que é preciso assumir a responsabilidade de oferecer assistência de enfermagem na saúde sexual e reprodutiva para homens e mulheres, fazendo com que ambos sintam-se importantes e com direitos à informação e ao atendimento igualmente respeitados.

Leopardi (2006) define enfermagem como uma atividade de cuidado aos seres humanos e, como processo de trabalho, tem um objetivo e uma direção. Tem uma finalidade de trabalho, que ao ser caracterizado, define a tendência de sua ação, implementação e avaliação. Tais afirmativas significam que a prática de enfermagem revela mais do que apenas um fazer técnico, revela a origem e a consequência deste fazer. Cuidar do ser humano implica em oferecer ao mesmo uma assistência de qualidade, livre de preconceitos e discriminação.

O objetivo do estudo foi apreender as representações sociais de homens sobre a decisão contraceptiva. Diante deste propósito surgiram as seguintes indagações: que conhecimentos eles têm acerca do planejamento familiar e da vasectomia? O que levou o mesmo a tomar a decisão da vasectomia? Quais os sentimentos diante da realização da vasectomia? Como percebeu a participação da equipe multiprofissional no contexto da decisão contraceptiva? Como foi sua trajetória para a tomada de decisão? Participou de alguma atividade educativa diante da decisão e consegue identificar o profissional que realizou tal atividade? Que palavras seriam mais evocadas na técnica de associação de palavras, de acordo com os estímulos: Planejamento Familiar, Vasectomia, Homem e Enfermeiro?

A saúde reprodutiva pode ser compreendida como um espaço, no qual homens e mulheres sejam acolhidos de forma igualitária e com acesso a informações de forma qualificada e prazerosa. E que ambos sintam-se sujeitos significantes nas práticas de saúde, apesar das diferenças de gênero, sociais, políticas e biológicas.

Pesquisar sobre a temática consiste em um desafio, pela própria escassez de literatura existente e pela criação recente dos princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral à saúde dos homens. Datado de maio de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens entende a importância da inclusão do homem nas políticas públicas, destacando a necessidade de sua presença, participação e assistência no serviço de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), um dos principais objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro, é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população.

Vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (COURTENAY, 2000; LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2005; LUCK; BAMFORD; WILLIAMSON, 2000; NARDI; GLINA; FAVORITO, 2007). Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica. Consequentemente, acabam desinformados e susceptíveis a informações errôneas (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et al., 2002).

Diante das considerações aqui introduzidas, tem-se a responsabilidade de contribuir para a pesquisa, reforçando o cuidado clínico como um elo de fortalecimento da relação entre cliente e enfermeiro, valorizando não somente aspectos biológicos, mas psíquicos e sociais, enfocando a assistência com um olhar baseado na integralidade e equidade. No sentido de proporcionar essa abordagem, o enfermeiro é um dos profissionais com presença incontestável pela capacidade de abordagem, conhecimento e interação que ele possui.

Portella et al. (2004, p. 9) relatam que concordam que a produção científica deve ser criteriosa, rigorosa, e, ao mesmo tempo, estar a serviço da transformação social. Assim, é importante compreender esta produção como processo que favorece a produção de alternativas conceituais e metodológicas

para realização de pesquisas e/ou intervenção social na área de gênero, saúde, sexualidade e reprodução.

Pretende-se desenvolver este trabalho, apoiando-se na Teoria das Representações Sociais, proposta por Moscovici e Jodelet, acreditando que a mesma subsidiará a compreensão dos significados dos homens sobre a opção pela vasectomia. Lane (1993, p.61), entretanto, explicita como estas devem ser estudadas, citando Jodelet:

[...] as Representações Sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais e sociais e integrando ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre as quais elas vão intervir.

As respostas encontradas subsidiarão a defesa da relevância de que os homens também integram políticas públicas, como sujeitos formadores e realizadores de opiniões e merecedores de cuidado e atenção pelos profissionais de saúde, no campo do planejamento familiar.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo foi realizada contextualização sobre o planejamento familiar e a vasectomia, conhecendo sua história e características. Enfocam-se a participação masculina no serviço de saúde sexual e reprodutiva e a importância da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Finalizamos descrevendo a Teoria das Representações Sociais e o seu valor na pesquisa.

### 2.1 A VASECTOMIA COMO MÉTODO CONTRACEPTIVO E A PARTICIPAÇÃO DO HOMEM NESSE CONTEXTO

A decisão contraceptiva constitui um dos temas abordados na saúde reprodutiva, que representa um espaço onde homens e mulheres discutem sobre assuntos relacionados à concepção, contracepção, sexualidade e às relações de gênero, compartilhados com uma equipe de saúde. Diante de um cenário tão importante de informações e onde a vasectomia surgiu, é necessário conhecer sua história e definição e como sua importância se dá no contexto de vida do ser humano, principalmente o masculino.

Nos anos de 1980, surgiu o conceito de saúde reprodutiva, muito mais amplo que ganhou destaque a partir das conferências de Cairo e Beijing, em 1995 (ALCALÁ, 1995; ALVARENGA; SCHOR, 1988). Villela (2004), Corrêa, Jannuzzi e Alves (2004) referem que o Brasil é signatário dos documentos de consenso destas conferências, que conclamam os países a assegurar a todas as pessoas o direito de atingir o mais alto e completo nível de saúde reprodutiva e sexual.

Segundo Vieira (2002), as políticas públicas de saúde para o planejamento e execução de ações quanto à concepção e anticoncepção, historicamente, sempre foram vinculadas à capacidade reprodutiva da mulher e, em muitos momentos, foram articuladas de forma a controlar a natalidade e cercear os desejos e práticas sexuais. A década de 1960 marca o interesse na

redução do crescimento populacional no Brasil, voltados para o controle da natalidade, com o desenvolvimento de pesquisas sobre anticoncepcionais financiados por agências internacionais.

No sentido de se atingir a saúde sexual e reprodutiva, surge então o Planejamento Familiar. Em 1996, é aprovada a lei do Planejamento Familiar, com base no parágrafo 7, do art. 226, da Constituição Federal, que protege a saúde da mulher, fundamentada nos princípios da dignidade humana (BRASIL, 1988).

O Planejamento Familiar é considerado um direito humano básico, declarado e reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1968. Entretanto, no Brasil, somente em 12 de janeiro de 1996 aprova-se a lei número 9.263/96, sobre planejamento familiar, que no Capítulo 1, art. 2 declara:

Entende-se Planejamento Familiar como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, homem ou pelo casal". Em seu artigo 9, a mesma lei assegura que para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos de concepção e contracepção aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (BRASIL, 1988).

Dentro desse contexto, o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, ocorrido em Nova York, em 2000, conceitua Saúde Reprodutiva como sendo: um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença e enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo e que tal decisão possa promover tranquilidade, prazer e bem-estar psíquico e social.

Ventura (2002) relata que a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, a atual concepção dos direitos reprodutivos não se limita à simples proteção da reprodução e não somente a uso de métodos anticoncepcionais, mas defende um conjunto de direitos individuais e sociais, que devem interagir em busca do pleno exercício da sexualidade e reprodução humana. Essa nova concepção tem como ponto de partida uma perspectiva de igualdade, integralidade e equidade nas relações pessoais e sociais e a ampliação das obrigações do estado na promoção, efetivação e implementação desses direitos.

Percebe-se a discussão mais abrangente, não se limitando apenas ao oferecimento de método e sim a todo um leque de informações e atitudes que objetivam promover a vida sexual, social e psíquica do indivíduo.

Segundo Santana (2004), o objetivo primordial do programa é a busca da assistência integral para melhor qualidade de vida da mulher. Porém, a autora levanta duas ressalvas: o programa teria ignorado a participação e o direito à informação do homem no processo de métodos contraceptivos que, em sua grande maioria, ficavam restritos aos métodos hormonais e à ligadura tubária, que tecnicamente não requerem a participação e interferência masculina.

O homem na trajetória do planejamento familiar aparece como coadjuvante da mulher, porém ela também foi impossibilitada durante anos e anos de demonstrar e expor suas competências, habilidades e capacidades.

Apesar desse processo histórico e das diretrizes políticas do programa definirem as ações como fortemente direcionadas ao contexto feminino, a participação do homem como foco importante na saúde reprodutiva vem sendo alvo de debates e discussões recentes, sendo a introdução de uma política de saúde masculina defendidas em lutas femininas e de políticas públicas criadas para mulher.

O silêncio em torno do lugar dos homens no contexto da sexualidade e reprodução, a partir do olhar de gênero, começou a ser rompido de forma mais explícita com a IV Conferência Internacional sobre

População e Desenvolvimento, realizada em 1994, no Cairo, bem como com a IV Conferência Mundial sobre a mulher, em Beijing, 1995, promovidas pela Organização das Nações Unidas, nas quais foi reconhecida a necessidade de promover maior participação dos homens nas decisões acerca da saúde sexual e reprodutiva. Passou-se, a partir daí, a um questionamento sistemático sobre a possibilidade de eficácia de políticas públicas voltadas às questões citadas poderem estar vinculadas a maior participação masculina. Isso significou o reconhecimento de que questões como planejamento familiar, contracepção e prevenção a doenças sexualmente transmissíveis deveriam ser tratadas como sendo também de responsabilidade masculina (PORTELLA et al., 2004).

Marchi e Alvarenga (2003) enfatizam que, tradicionalmente, a preocupação em regular a fecundidade esteve centrada na perspectiva de controlar a natalidade via fecundidade feminina. Esse conceito passou a conviver, a partir da década de 1970, com o de planejamento familiar, que procurava enfatizar os benefícios, ações e princípios dessa prática para saúde das mulheres, das famílias e sociedade em geral.

Os programas e as plataformas de ação, propostos na IV Conferência Mundial sobre a mulher enfatizam a necessidade de promover e fortalecer a igualdade entre homem e mulher, com requisito essencial para a conquista de melhores condições de saúde e de qualidade de vida, e de promover-se, de igual modo, o efetivo envolvimento e coresponsabilidade dos homens nas questões referentes à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2005).

A lacuna existente nesta área, não contemplando o homem de forma igualitária, acaba por aumentar a responsabilidade feminina nesta esfera e afastar o homem de noções importantes acerca do seu cuidado enquanto ser humano. A decisão contraceptiva não se refere a uma simples responsabilidade de não permitir a concepção, mas de ter direitos à informação e educação que possam contribuir para a promoção da saúde.

Marchi e Alvarenga (2003) ressaltam que o homem deve ser inserido nas discussões em torno de seu direito sexual e reprodutivo, como também de

sua parceira, e ser um coresponsável nas atividades relacionadas às questões de saúde reprodutiva. Para propiciar essa participação, não basta a oferta de preservativos e vasectomia, é necessário proporcionar-lhes um processo educativo mais abrangente, interativo e envolvente, voltado para orientação em contracepção, que discuta com esse público-alvo as relações de gênero envolvidas nas decisões reprodutivas e o esclarecimento de suas dúvidas e preconceitos que possam ter quanto à sua participação na anticoncepção.

Na lei do planejamento familiar, é evidente que o homem deve ter acesso universal e igualitário, porém, na prática do contexto abordado, há deficiência no acolhimento do homem. A tarefa de fazer com que ele se perceba sujeito, participando, conscientemente, de forma valorizada nas decisões contraceptivas ainda é um tema que sugere questionamentos.

Moreira et al. (2008) salientam a atenção fundamental que deve ser oferecida aos homens nos serviços de planejamento familiar, pois, raramente, evidenciam-se homens participando de consultas, orientações e/ou palestras sobre anticoncepção, a não ser quando estão acompanhados ou acompanhando suas companheiras.

Essa contextualização sugere o seguimento dessa leitura enfocando a vasectomia, que surgiu nesse processo histórico, sendo um método contraceptivo cirúrgico masculino com repercussões no campo da saúde sexual e reprodutiva e que a cada dia exige dos profissionais de saúde envolvidos nesse contexto novas indagações e condutas de atuação.

A técnica cirúrgica para esterilização masculina, conhecida como vasectomia, não é recente. Em 1775, Hunter (apud HACKETT; WATERHOUSE, 1973), observou a oclusão de ductos deferentes quando realizou dissecação em cadáveres humanos. No entanto, os estudos experimentais relacionados à vasectomia iniciaram-se apenas por volta de 1927 com as pesquisas de Steinach, que na época, defendeu a vasectomia como terapia para impotência sexual e retardamento do processo de envelhecimento.

O assunto é considerado intrigante e curioso, pois se observa ainda hoje homens com receio da cirurgia em virtude do medo de comprometimento da sexualidade. A história mostra controvérsias quando, a partir de 1960, a popularidade da vasectomia aumentou, sendo realizada no mundo aproximadamente 50 milhões de cirurgias (LINNET, 1983). Segundo Castro (1988) e Flicknger et al. (1991), a vasectomia tornou-se um método contraceptivo popular devido à simplicidade, baixo custo e eficácia da operação.

Observa-se na literatura divergências e lacunas quanto à vasectomia e, principalmente, quando de acordo com pesquisas se vê um número no passado tão grande do procedimento.

Foi somente em 1997 que o Ministério da Saúde estabeleceu as regras para a realização da esterilização cirúrgica como método anticoncepcional no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº.144/97, que regulamentou os parágrafos correspondentes à esterilização na Lei nº. 9.263 (BRASIL, 1997).

A Lei nº 9.263/96 estabelece que o acesso a esse tipo de cirurgia é realizado por meio do serviço público de saúde, somente em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos ou com, pelo menos, dois filhos vivos (BRASIL, 1996).

Ricci (2008, p. 66) relata:

o procedimento consiste em uma pequena incisão no escroto e um corte dos ductos deferentes, que transportam os espermatozoides dos testículos ao pênis. Após a vasectomia, o sêmen não contém mais espermatozoides.

No entanto, essa falta de espermatozoides não se dá imediatamente, sendo necessário o entendimento e compreensão do homem quanto às condutas pós-cirurgia e o homem tem de fazer espermogramas até

que dois desses exames constatem a ausência de espermatozóides (MURRAY; MCKINNEY, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), a técnica recomendada é de identificação e apreensão com os dedos do canal deferente direito, anestesia local, apreensão do deferente com a pinça em anel, punção com a pinça afilada, divulsão, exteriorização do deferente, ligadura, eletrocoagulação com um eletrodo de agulha pontiaguda, feita em cada direção; repete-se o procedimento para o outro lado; curativo sem sutura. E, Gama (2006) complementa que vasectomia é uma pequena cirurgia, realizada nos canais deferentes, com o objetivo de impedir que os espermatozóides produzidos nos testículos saiam no líquido expelido durante a ejaculação.

Por ser uma cirurgia com difícil e talvez impossível capacidade de reversão, é necessário que o homem esteja juntamente com sua parceira cientes sobre o procedimento e seus cuidados pós-operatórios. Torna-se difícil argumentar sobre esse ponto quando se percebe na rede pública uma assistência ao homem de forma fragmentada e não atraente.

A escolha de um método depende de informações oferecidas com qualidade, necessitando realmente de implementações de ações de saúde que correspondam ao nível de assimilação do cliente em questão.

A abordagem de planejamento familiar e sobre a vasectomia para homens requer dos profissionais um olhar para as discussões envolvidas pela temática gênero, pois culturalmente o homem sempre foi afastado dos âmbitos saúde e autocuidado.

A função de chefe familiar acabou fortalecendo a distância entre ele e o contexto saúde. A vasectomia, no momento da escolha, obriga este homem a se questionar sobre seu corpo e seu cuidado e isso, conseqüentemente, pode vir a gerar medo, dúvidas e informações muitas vezes colhidas de forma incorreta por pessoas desinformadas e tão carentes de orientações quanto ele mesmo.

Em maio de 2009, surge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que tem como objetivos proporcionar ações multiprofissionais fortalecidas e apoiadas por lei. Sua literatura permite refletir sobre várias questões, atenção primária, violência, doenças crônicas e deficiências, nas quais eles estão diretamente envolvidos e com um forte impacto nos indicadores de saúde.

A proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009) visa qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. O reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o Sistema Único de Saúde. É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis.

Dentre os princípios da Política, estão a Humanização e a Qualidade. Para que eles aconteçam, é fundamental a capacitação técnica dos profissionais de saúde, pois percebe-se na rede uma fragilidade quanto a essa situação, ponto reforçado nos objetivos específicos.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 31), os objetivos específicos da Política são:

Implantar e/ou estimular nos serviços de saúde, públicos e privados, uma rede de atenção à saúde do homem que garanta linhas de cuidado, na perspectiva da integralidade; Fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde; Formar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem; e Promover ações integradas com outras áreas governamentais.

Sua importância é incontestável na assistência ao homem, principalmente na rede de atenção primária. Quando levamos a análise para o contexto da vasectomia, precisa-se estar clara a necessidade de a rede primária desenvolver habilidades e estratégias para que o homem integre esse meio, sendo orientado quanto aos passos do planejamento familiar de forma clara, e que não chegue ao hospital para realização da cirurgia sem orientação ou com informações errôneas. Como se visualiza, a Política é abrangente e possui estratégias e diretrizes que contextualizam o homem no ambiente de saúde e em todo o processo sociocultural.

A barreira sociocultural é um fator que dificulta seu acesso ao serviço, porém a barreira institucional também é visível e tem um peso acentuado nesse contexto. O homem precisa ser atendido e orientado, assim como os profissionais de saúde precisam ouvi-los. A necessidade em um primeiro momento não seria um encaminhamento para urologia, mas um atendimento com escuta, e nessa trajetória o sistema de referência e contra-referência deveriam funcionar.

Segundo o Ministério da Saúde (2009) muitos agravos poderiam ser diminuídos e evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta a sobrecarga financeira da sociedade e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas. Percebem-se uma falta de estímulo masculino quanto ao autocuidado e despreparado dos profissionais de saúde para assisti-lo. O cuidado também pode ser visualizado diante de definições do que é ser homem na sociedade, exposto no próximo tópico.

## 2.2 HOMEM: construções biológicas e culturais

Ser homem na sociedade implica uma multiplicidade de fatores, que não dizem respeito somente à biologia, mas a elementos sociais, culturais, psíquicos e das próprias relações existentes. Neste plano, convém a exposição sobre a palavra gênero e como ela vem sendo expandida na sociedade.

Para melhor compreensão do tema, torna-se necessário abordar as características e definições construídas e repassadas pela sociedade, do que é ser homem e de como as relações de gênero podem influenciar na sua decisão contraceptiva.

São vários os conceitos surgidos com a temática gênero, cada um caracterizando o objeto de estudo, a realidade, as relações de acordo com seu ponto de vista, seja ele biológico, psicanalítico, filosófico e social. Diante da análise das representações sociais de homens sobre a decisão contraceptiva, acredita-se ser fundamental a sua abordagem diante do conceito das ciências sociais.

Scavone (2003) comenta que o reconhecimento científico da importância da utilização de uma abordagem de gênero na análise dos processos sociais resultou na inclusão de novos conceitos e características nas ciências sociais, especialmente no campo de saúde, que, pelas características de seu objeto, trata de questões que envolvem a relação de homens e mulheres.

Nota-se que a mudança das discussões sobre gênero se acentuou no início dos anos 1980, com debates e aprofundamentos dos estudos feministas, pois utilizavam o conceito de gênero influenciado pelos movimentos de resistência ao regime autoritário vigente no país, de modo que essa abordagem não garantiu utilização da categoria, com tratamento igual nas posições e reconhecimento político; foram necessários, no entanto, alguns anos de debates, pesquisas, palestras, seminário entre outros mecanismos, para que se pudesse romper com a polarização, relativos aos estudos sobre a mulher, e o conceito de gênero assumisse outro estatuto (LOURO, 2002).

De acordo Padilha, Vaghetti e Brodersen (2006, p. 292),

não temos a pretensão de facilmente encontrar o fio condutor dessa trama. Na verdade, pensamos que são várias as tramas teóricas que foram articuladas nesse conceito- afinal, gênero tem sido utilizado por estudiosas/os marxistas, pós-estruturalistas, lacanianas/os, feministas radicais e tantos outros e outras que não pretendem qualquer classificação. Quiçá, exatamente por ser apropriado por estes

diferentes, o conceito tem sido constantemente debatido, o que acaba por representar tanto um fator de desestabilidade, já que aqueles que se dedicam à área movimentam-se sempre num terreno contestado, não fixo), quanto um fator de vitalidade (que estimula e incita a um constante questionamento e autocrítica).

O conceito de gênero é, para este estudo, um ponto de partida fundamental, pelas implicações mencionadas e por estar relacionado às dimensões da sexualidade e da reprodução; gênero, aqui, sendo compreendido como base das relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, bem como um modo de dar significado às relações de poder e controle (SCOTT, 1990).

Segundo Lopes (1996), a noção de gênero, introduzida nos meios acadêmicos brasileiros, depois de sua difusão no mundo anglo-saxão, é assim definida por Scott (1996, p. 79-80): “Gênero é uma noção que postula que o sexo é o produto de uma construção social permanente que dá forma, no interior de todas as sociedades humanas, à organização das relações sociais entre homens e mulheres”. Esta noção surgiu da necessidade de insistir no caráter fundamentalmente social das diferenças fundadas no sexo. O gênero é o elemento constitutivo dessas relações sociais fundadas nas diferenças perceptíveis entre os sexos, e é um primeiro modo para dar significado às relações de poder.

Heilborn (2003) define gênero como um conceito das ciências sociais que se refere à construção social do sexo. Neste sentido, a cultura tem um enorme peso entre as diferenças entre homem e mulher na sociedade e nas transformações que irão ocorrer ao longo do tempo.

Nessa linha de raciocínio, a busca pelo conhecimento do homem acerca do planejamento familiar e da vasectomia, seus sentimentos em relação a sua decisão podem ir ao encontro dos papéis impostos e reproduzidos pela civilização.

Desde cedo os papéis são definidos pela sociedade, caracterizando o homem e a mulher. Percebe-se em relação ao masculino o poder, a objetividade, precisão e frieza como marcas predominantes.

De acordo com Crizóstomo, Sobra e Nery (2004), ao nascer, o ser humano é simplesmente macho e fêmea da espécie humana, e pelas relações de gênero é transformado em homem e mulher, ou seja, o sexo anatomicamente configurado sugere a transformação dos seres humanos em mulheres e homens. O tornar-se mulher e o tornar-se homem constituem obras de gênero e estas, por sua vez, se constroem e se expressam nas relações sociais e culturais que cada ser humano está envolvido.

Batista (2003) pergunta: mas, o que é ser homem? Provavelmente, homem e mulher, ao responderem essa pergunta, irão se referir ao caráter biológico, ao papel masculino e a construção social do homem. Outros dirão que ser homem é ser viril, forte, trabalhador, poderoso, chefe da família, agressivo, firme, honesto, responsável, inteligente, competitivo e de uma sexualidade incontável. Essa é a construção social prevalente sobre o que é ser masculino na sociedade.

De acordo Padilha, Vaghetti e Brodersen (2006, p. 294):

Os estereótipos sexistas ocorrem desde a infância e estendem-se ao longo da vida, com uma série de comportamentos predefinidos que obrigam, tanto a mulher quanto o homem, a uma luta constante pela libertação. Os meios de comunicação veiculam constantemente esses estereótipos sexistas, colocando a mulher como a estrela do lar, em posições subalternas ou objeto de prazer, enquanto o homem aparece ocupando papéis importantes no trabalho e no corpo social.

Diante de toda essa cultura, evidencia-se o homem em uma posição de soberania em relação à mulher, vista como submissa, frágil e responsável pelo lar. Essa formação contribui para que as relações de poder estabeleçam as formas de viver de ambos.

Segundo Gomes e Freire (2005), desde cedo aprendemos a realizar atos, assumir condutas, exercer ações, a nos comportar de forma apropriada,

enfim, a representar os papéis atribuídos aos gêneros, o que influenciará na construção da identidade de gênero, na formação do comportamento e da forma de vivermos.

A representação de chefe na família coloca a ideia de igualdade de direitos e deveres distante do ideal. Nesta perspectiva, o homem e mulher vão sendo modelados.

De acordo com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2006, p. 81), construindo a sociedade do conhecimento através da igualdade e equidade de gênero:

as novas tecnologias não devem reproduzir antigas desigualdades – mulheres e homens devem ser parceiros iguais no desenho e na produção da sociedade do conhecimento e devem ter igualdade de acesso aos seus usos e benefícios.

Bourdieu (1999) destaca que o ser dominador, que por estar culturalmente investido de sua capacidade, estímulo de dominar e subjugar os outros, pode se expor mais aos riscos, fazendo cenário da lógica de dominação masculina, as vítimas não sejam apenas as mulheres. Nele, os homens também podem ser aprisionados, sem que se percebam como vítimas dessa lógica. Assim, o que é tido como masculino também pode ser uma cilada, fazendo com que o ser masculino, em tensão e contenção permanentes, seja a todo momento testado e cobrado.

É bem notório tal fato quando observamos a participação masculina na saúde, percebe-se uma postura ausente ou diminuída a nível de clientela. É interessante frisar que as políticas públicas estão mais direcionadas à mulher, estando ela mais presente nas instituições de saúde. Sem sombra de dúvida ela vem tentando conquistar um espaço que durante anos foi negado, tal postura é consequência de inúmeros movimentos e lutas sociais, realizados por elas e pelo movimento feminista.

Assim, é de fundamental importância considerar que a história política e acadêmica acerca da mulher e dos homossexuais tem uma influência direta na forma como as ideias sobre masculinidade se constituíram, ao longo das últimas décadas, na definição do conceito contemporâneo de masculinidade e no incentivo aos estudos e às políticas sobre a condição masculina (MEDRADO, 1997).

O homem não se vê na sociedade como sujeito que tem que se cuidar e identificar seus problemas de saúde. Ir a uma unidade de saúde em busca de orientações, informações sobre seu corpo, seu bem-estar é uma atividade que não faz parte de sua rotina.

Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade e medo, que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável e infalível, o que acaba por contribuir para que cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (BOZON, 2004; KEIJZER, 2003; SABO, 2002; SCHRAIBER, 2005).

Como potencializador dessa conduta, os serviços de saúde, mantêm o homem distante das discussões do processo saúde-doença e os profissionais em algumas situações por fragilidade do sistema ou por inexperiência contribuem para essa ocorrência.

As discussões nas unidades de saúde direcionadas para o homem estão na maioria das vezes vinculadas às questões de doenças sexualmente transmissíveis, câncer de próstata e de pênis, disfunção erétil, vasectomia e uso do preservativo. Os profissionais de saúde referem não estarem preparados para atendimento dessa clientela, necessitando de encaminhamentos para especialista.

Portella et al. (2004, p. 21) referem que “na área de saúde sexual e reprodutiva, constitui-se um novo sujeito: o homem”. Com ele, esboça-se um

novo discurso que, assim como o feminista, é múltiplo e diverso e se constrói na tentativa de compreender e explicar a nova condição de um sujeito, que por ter sempre estado em situação de poder, raramente foi colocado na posição de objeto de reflexão e problematização, tal como o foram as mulheres.

Discutir saúde masculina não requer a presença de um especialista, mas de um profissional que perceba a abrangência do termo, não somente com atividades dos temas acima descritos, mas como um espaço que permita o desenvolvimento do senso-crítico, de promoção de bem-estar, de sujeito nas decisões que possibilitem qualidade de vida e sensação de satisfação. Tais questões já eram indagadas em 1995, o homem e sua participação na saúde já eram comentários presentes nas literaturas antigas.

Percebe-se uma forte relação do estudo com a temática abordada, porém acredita-se que gênero não é algo estático e não sujeito a transformações, assim como as relações entre homem e mulher ou homem-homem e mulher-mulher não possam evoluir ao longo dos anos.

Na trajetória da realização da vasectomia, evidencia-se o homem que decide pela contracepção e que não é um cliente habitual assistido pelos profissionais de saúde em um serviço de planejamento familiar. Neste cenário, o enfermeiro como um dos profissionais habilitados e capacitados tem a responsabilidade de intervenção, observando, interagindo e acompanhando esse ser nas suas dúvidas, percepções, sentimentos e expectativas.

## 2.3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Percebe-se como enriquecedor em uma pesquisa a utilização de um referencial teórico para validar e estruturar o estudo. Neste, em questão, a Teoria das Representações Sociais (TRS) será utilizada como subsídio de possibilidades de construção de um trabalho consistente e representativo. Desta forma, utilizá-la como ferramenta, significa buscar nos sujeitos da pesquisa o significado do objeto em escolha e compreender as suas representações, baseado nos princípios de Moscovici e Jodelet. Sua aproximação com o objeto somente consolidou sua aplicabilidade. Urge, então,

conhecer a história, seus processos de formação e as funções da teoria para uma compreensão melhor de sua aplicabilidade.

Os estudos sobre a TRS foram iniciados durante a era moderna, marcada firmemente com o estudo realizado por Moscovici, em 1961, intitulado *La Psycanalyse: son image et son public*. Tem sido considerado como uma continuidade do estudo das representações coletivas de Durkheim, que tem Weber como um seu antecessor teórico. Descreve, caracteriza ou identifica, uma categoria coletiva que deve ser explicada a um nível inferior, ou seja, em nível da psicologia social (FARR, 1995; JODELET, 1989; MOSCOVICI, 1978).

Farr (2002) refere que embora a TRS tenha visto à luz do dia primeiramente durante a era moderna, ela pertence, em termos de ancestralidade, ao solo intelectual de toda tradição ocidental.

Minayo (1993, p. 158) conceitua representação social como um termo filosófico que significa “a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento”. E, ainda, em relação à teoria das representações sociais, Moscovici (1994) cita: “esses conjuntos de conceitos, afirmações e explicações”, que são as representações sociais, devem ser considerados como verdadeiras “teorias do senso comum”, ciência coletiva, “pelos quais se procede à interpretação e mesmo à construção das realidades sociais”. Enquanto uma modalidade de conhecimento particular, a representação social tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos, considerando a indissociabilidade entre a experiência subjetiva e a inserção social dos sujeitos (MOSCOVICI, 1978).

Jovchelovitch (2002) refere que as representações sociais são uma estratégia desenvolvida por atores sociais para enfrentar a diversidade e a mobilidade de um mundo que, embora pertença a todos, transcende a cada um individualmente.

Buscar na teoria o embasamento para a pesquisa foi uma decisão pontuada no fato de ela consistir em identificar significados que podem ou não ser repassados, reproduzidos pela sociedade de geração a geração e,

consequentemente, implicar no estilo e modo de viver e perceber o mundo ao seu redor.

Moscovici (1978) tenta romper com a teoria de Durkeim, no que diz respeito à dissociação entre o individual e o coletivo, acreditando que as representações sociais seriam mais adequadas ao mundo moderno e se tornaram uma das contribuições teóricas amplamente difundidas no mundo. Assim, as representações sociais aparecem como um conhecimento que não se caracteriza por uma contraposição ao saber científico, mas aparece como uma forma de saber de senso comum tida como objeto de estudo tão legítimo quanto o do conhecimento científico devido a sua importância na vida social. É uma forma de conhecimento socialmente elaborado, transmitido e compartilhado com um objetivo prático e que se diferencia de outros, pelos modos de elaboração e funções a que se destina (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 1978; 2003; NÓBREGA, 2003).

Abric (2000) refere-se à representação não como um simples reflexo da realidade, mas como uma organização significativa, que funciona como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social e determina seus comportamentos, medos e práticas.

De acordo com Marques e Santos (2005), a teoria das representações sociais é entendida como sendo uma forma de conhecimento elaborado cotidianamente pelo indivíduo e que tem, ao mesmo tempo, origem e consequência na produção de comportamentos, expectativas e na comunicação entre indivíduos.

Goulão (2005) relata que uma representação, social ou individual, cumpre determinada função. Esta contribui para os processos formadores e de orientação entre os sujeitos e que pode repercutir em um comportamento na sociedade. Permite também a formação e orientação dos comportamentos sociais.

O estudo se propõe a desvendar as representações sociais de homens sobre a decisão contraceptiva, que remete a um fato importante na vida de qualquer ser humano, seja homem ou mulher e que não corresponde a um

simples ato, mas pode estar permeado por sentimentos, valores, preconceitos, enfim, várias simbologias.

Minayo (2002) relata que as representações sociais se manifestam em palavras, sentimentos e condutas, e se institucionalizam. Portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Sua mediação privilegiada, porém é a linguagem.

Trindade (2003) corrobora a relevância de estudar o conhecimento das representações e das práticas sociais relacionadas à saúde reprodutiva, por se tratar da área de saúde mais permeada de crenças e simbologias, de afeto e sofrimento, de valores, de abordagens de assuntos relativos à sexualidade e pressões sociais.

Um ponto relevante, ao se trabalhar com representação social, é quanto ao processo de formação e elaboração das representações. Este processo de elaboração envolve dois processos fundamentais, segundo Jodelet (2001), Moscovici (1978, 2003), Nóbrega (2003) e Sá (1996), a saber: objetivação e ancoragem. De acordo com esses processos, o ser humano observa e forma um pensamento em relação ao objeto e tal pensamento pode ser transmitido pela cultura e o meio social, no qual o indivíduo faz parte. De acordo com Jovchelovitch (2002, p. 81):

a objetivação e a ancoragem são formas específicas em que as representações sociais estabelecem mediações, trazendo para um nível quase material a produção simbólica de uma comunidade e dando conta da concreticidade das representações sociais na vida social.

Assim, para uma boa compreensão da teoria das representações sociais, é indispensável o entendimento dos mecanismos supracitados, uma vez que esses são responsáveis pela geração da representação de elementos novos, e de acordo com Moscovici (2003), ambos os mecanismos transformam o não familiar em familiar, primeiramente transferindo esse elemento “não familiar” a nossa própria esfera particular, para que então, sejamos capazes de

compará-lo e interpretá-lo, para depois reproduzi-lo em conjunto com as coisas que podemos ver e tocar e, conseqüentemente, controlar.

De acordo com Wagner (2002, p. 149),

o conceito de representação social é multifacetado. De um lado, a representação social é concebida como um processo social que envolve comunicação e discurso, ao longo do qual significados e objetos sociais são construídos e elaborados. Por outro lado, principalmente no que se relaciona ao conteúdo de pesquisas orientadas empiricamente, as representações sociais são operacionalizadas como atributos individuais- como estruturas individuais de conhecimento, símbolos e afetos distribuídos entre as pessoas em grupos ou sociedades.

O estudo irá buscar o simbolismo da vasectomia e dos fatores envolvidos como a enfermagem, o planejamento familiar e o ambiente por uma relação de comunicação e diálogo com os homens.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO**

A pesquisa tem como abordagem multimétodos, norteadada pelo eixo teórico da Teoria das Representações Sociais, baseado nos princípios de Jodelet (2001) e Moscovici (1978, 2003). Tem a finalidade de apreender as representações sociais de homens sobre a opção pela vasectomia, enfocando o planejamento familiar e a vasectomia, o motivo da decisão e sua percepção diante do exposto, as relações de gênero na sociedade e a saúde do homem diante das políticas públicas.

A abordagem multimétodos valoriza os dados quantitativos e qualitativos de forma que ambos complementam e enriqueçam o trabalho.

Polit, Beck e Hungler (2004, p. 210) referem que “os dados qualitativos e quantitativos são complementares, representando palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana”. Os pesquisadores abordam seus problemas com métodos falíveis, mas os pontos fortes e os fracos dos dados qualitativos e quantitativos se complementam. Usando métodos múltiplos, o pesquisador permite que cada método desempenhe o seu papel, evitando, possivelmente, as limitações da abordagem única.

Creswell (2007, p. 35) relata que:

Técnica de métodos mistos é aquela em que o pesquisador tende a basear as alegações de conhecimento em elementos pragmáticos (por exemplo, orientado para consequência, centrado no problema e pluralista). Essa técnica emprega estratégias de investigação que envolvem coleta de dados simultânea ou seqüencial para melhor entender os problemas de pesquisa. A coleta de dados também envolve a obtenção tanto de informações numéricas (por exemplo, em instrumentos) quanto de informações de texto (por exemplo, em entrevistas), de forma que o banco de dados final represente tanto informações quantitativas e qualitativas.

Esse tipo de estudo pode possibilitar nesta pesquisa esclarecimentos, análise e interpretações dos resultados de forma abrangente e significativa por meio de dados numéricos e falas, caracterizando melhor o objeto e os sujeitos de estudo em questão.

Coutinho, Nóbrega e Catão (2003, p. 54) sugerem que a abordagem multimétodo é indicada também quando se investiga objetos sociais, que suscita nos indivíduos dificuldades de expressão simbólica. Nesses casos, as dificuldades de comunicação, reveladas na sua livre expressão, e veiculadas por meio de conversação formais, verbalizam o que é aceito pelas normas da sociedade, ou seja, dimensões periféricas das representações sociais, que são mais sensíveis aos fatores sociais e as opiniões ideológicas dominantes, sem que o indivíduo faça qualquer representação psíquica dos elementos alojados na esfera mais inconsciente.

Polit, Beck e Hungler (2004) afirmam que a pesquisa multimétodo é usada, frequentemente, para desenvolver uma compreensão completa do constructo, ou para validar suas dimensões. Essa pesquisa pode ser realizada quando se avalia que um fenômeno pouco conhecido merece maior escrutínio, quando forem identificadas lacunas em uma série de pesquisas já realizadas, ou quando surgem dúvidas a respeito da conceituação prevalente.

Diante dessa contextualização, torna-se clara a indicação dessa abordagem no estudo das representações sociais de homens que optaram pela vasectomia.

### 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um hospital público municipal de Fortaleza, Ceará, que realiza atendimento primário e secundário à população e integra a Secretaria Executiva Regional I (SER I).

O hospital é constituído por emergência, clínica médica composta de quinze leitos, dos quais cinco masculinos, cinco femininos e cinco pediátricos, além de clínica obstétrica e ginecológica, centro cirúrgico, berçário e centro de material e esterilização. As cirurgias realizadas no referido local são: vasectomias, postectomias, histerectomias, partos abdominais e curetagens. Os ambulatórios apresentam atendimentos de pré-natal e prevenção de câncer ginecológico e mamário, e realizam atendimento a homens com condiloma acuminado, cujo tratamento é realizado no local. A pesquisadora observou os respectivos atendimentos no local e percebeu a importância de tal conduta para enriquecimento do estudo.

Tal fato é corroborado por Praça e Silva (2003), quando explicitam a necessidade do pesquisador despender o tempo que for suficiente para sua inserção no campo de estudos, antes de apreender os dados daquela realidade, o que pode evitar a geração de ideias distorcidas e artificiais no cenário, oferecendo maior visibilidade para o pesquisador sobre a verdadeira expressão da realidade descoberta.

### 3.2.1 Panorama das cirurgias contraceptivas do hospital

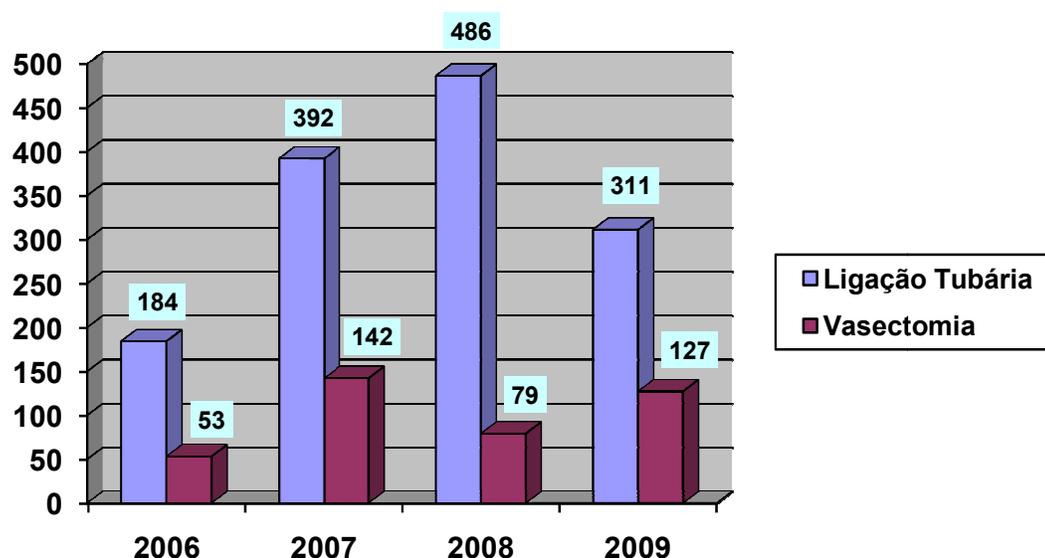


Gráfico 1 – Panorama das cirurgias contraceptivas de um hospital público municipal de Fortaleza, localizado na Secretaria Executiva Regional I.

As cirurgias contraceptivas foram crescentes no ano de 2006 e 2007, porém quando comparamos o número de vasectomias em relação à ligadura tubária eles são menores em todos os anos. É interessante relatar que a ligadura tubária é realizada no local por um número maior de médicos especialistas, todos os dias da semana, enquanto a vasectomia é realizada apenas por um médico, somente aos sábados, isso talvez seja um reflexo de um número menor de tais cirurgias, porém não podemos afirmar se realmente uma das causas seja tal ocorrência. Em 2008, a diferença entre as cirurgias foi de grande porcentagem, o número de vasectomias foi menor nos anos de 2006 e 2008. Para a realização de ambas as cirurgias, além das questões legais e de exames laboratoriais o cliente deve assistir uma atividade educativa e uma entrevista realizada pelo assistente social da instituição.

A oferta conjunta dos procedimentos de esterilização, tanto feminina quanto masculina, pelo sistema público, representa uma novidade e consequência de grandes discussões em termos de serviços de contracepção no Brasil, já que vinham sendo oferecidos por especialistas e eram

frequentemente pagos. Além disso, a esterilização, principalmente a feminina, é bastante prevalente no país (VIEIRA et al., 2005).

São observados obstáculos na realização de cirurgias contraceptivas, podendo-se apontar entre eles a falta de insumos adequados, estrutura física e humana satisfatória, consultas prévias e pós-cirurgia para exame físico, informações mais claras sobre o método escolhido, avaliação de pós operatório, clientelismo eleitoral, resistência dos profissionais de saúde em aceitarem os critérios legais, especialmente a idade mínima, considerada muito jovem e de risco para o arrependimento pós-esterilização.

### 3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A população do estudo foi constituída de 109 homens, divididos em dois grupos de homens nas seguintes situações: o primeiro grupo constituído de homens que se encontravam no pré-operatório de vasectomia e o segundo grupo composto de homens que se encontravam no hospital, que não estavam no contexto da vasectomia, e faziam parte de alguma atividade no hospital como cliente realizando exames, consultas ou internados na clínica médica ou como acompanhante de algum cliente no referido período da coleta de dados.

Os critérios de inclusão, além dos descritos acima, foi composto por: estar na faixa etária acima de 25 anos, integrar o atendimento nos meses da coleta de dados e ter aceito participar da pesquisa.

As técnicas de coleta de dados utilizadas na pesquisa foram a observação livre, a entrevista semiestruturada e a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), porém é importante ressaltar a clientela utilizada para cada instrumento em virtude de uma compreensão melhor da pesquisa.

A observação livre foi aplicada a todos os homens do grupo um e dois descritos acima. A TALP foi utilizada com todos os homens nas situações definidas acima, tanto no pré-operatório de vasectomia como os que não estavam nessa situação, totalizando 109 homens. Fizeram parte da entrevista apenas o grupo de homens do pré-operatório da vasectomia composto por 13 homens.

Para Polit, Beck e Hungler (2004), a amostragem é o processo de seleção de uma porção da população para representar toda a população. Uma amostra, então, é um subconjunto dessa população. As entidades que formam as amostras e as populações são os elementos. Na pesquisa de enfermagem, os elementos geralmente são seres humanos. O tamanho da amostra será determinado pela necessidade de informações.

A escolha do tamanho da amostra na entrevista não foi definida por números, pois estar relacionada ao fato de repetição de falas e à saturação dos dados. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004, p. 237), “um princípio orientador na amostragem é a saturação dos dados, isto é, amostrar até o ponto em que não é obtida nenhuma informação nova e é atingida a redundância”.

Esse critério de saturação dos dados é confirmado por Beck, Gonzáles, Leopardi (2001), quando consideram sua ocorrência a partir da repetição dos dados narrativos, significando que entrevistar uma maior quantidade de sujeitos pouco acrescentaria em termos de significado ao conteúdo da representação.

### 3.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada de julho a agosto de 2009 em um hospital municipal de Fortaleza-CE. As técnicas utilizadas para apreender as representações sociais de homens sobre a decisão contraceptiva foram: a observação livre, o teste de associação de palavras e a entrevista semiestruturada. Segundo Creswell (2007, p. 189), “os comentários sobre o papel do pesquisador preparam o terreno para a discussão das questões envolvidas na coleta de dados”. Os passos da coleta de dados incluem estabelecer as fronteiras para o estudo, coletar informações pelas observações e entrevistas desestruturadas (ou semi-estruturadas), documentos e materiais visuais, bem como estabelecer o protocolo para registrar informações.

#### **3.4.1 Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)**

O teste de associação livre de palavras é caracterizado por ser uma técnica projetiva que favorece os indivíduos a revelarem o conteúdo latente da memória em relação a um objeto determinado implícito, muitas vezes, em seus depoimentos (RODRIGUES, 2005).

É um instrumento adaptado ao campo da psicologia social, enunciado por Coutinho, Nóbrega e Catão (2003), Nóbrega (2003), Sá (1998) e Souza Filho (1995), dentre outros autores, que até então, vêm enriquecendo as pesquisas sobre representações sociais. Conforme descrevem os autores citados, o Teste de Associação Livre de Palavras aplica-se ao tipo de investigação aberta, o qual permite evidenciar universos semânticos; ao mesmo tempo, destaca os universos comuns de palavras face aos diferentes estímulos e sujeitos. Este instrumento consiste na evocação de ideias por estímulos indutores, a partir de palavras enunciadas.

A associação livre de palavras desenvolvida por Jung ancora-se nos aportes psicanalíticos com finalidade de estudo e análise do diagnóstico psicológico (RAPAPORT et al., 1965). É uma técnica projetiva, elaborada para trazer à consciência elementos inconscientes por meio das manifestações de condutas de reações, evocações, ou seja, a estrutura da personalidade do sujeito.

O uso da técnica no trabalho com representações sociais é de extrema importância, pois pode favorecer aos homens, sujeitos da pesquisa, a através das falas emitirem significados, sentidos ao objeto em questão de forma simples, rápida, porém significativa.

Segundo Coutinho et al. (2003, p. 52),

as técnicas projetivas fornecem representações daquilo que, no indivíduo e para o outro, é desconhecido por outros meios. Constituem uma forma de linguagem e, por isso mesmo, um tipo de leitura sobre

o ser humano, acerca das representações que as pessoas fazem do mundo, de si mesmas e de suas experiências de vida.

Ainda, segundo Coutinho (2001), permite apreender as representações sociais de diferentes formas, abordando por meio das falas dos sujeitos (elementos mais conscientes), atitudes, valores e opiniões (elementos mais inconscientes) que, muitas vezes, estão em desacordo com as normas contextuais, com as quais os sujeitos convivem.

A técnica deve ser realizada em ambiente calmo, agradável e de forma a ser transmitida com clareza para os participantes. Eles serão convidados a falar ou escrever significados de estímulos que serão pronunciados, relacionados com o tema em questão. O teste pode ser constituído de um ou vários estímulos escolhidos de acordo com os critérios de saliência e coerência com os objetivos da pesquisa (DE ROSA, 2003).

A associação livre de palavras permite restringir as dificuldades e os limites das expressões discursivas, habitualmente utilizados nas pesquisas de representações, a despeito de ser também baseado numa produção verbal e possibilitar a apreensão das projeções mentais de maneira descontraída e espontânea, revelando, inclusive, os conteúdos implícitos ou latentes que podem ser mascarados nas produções discursivas (RODRIGUES; CRUZ, 2008).

Em relação às representações sociais de homens sobre a opção pela vasectomia foram enfocadas as seguintes palavras indutoras: planejamento familiar; vasectomia; homem e enfermeiro. As palavras expressas no teste foram transcritas para um banco de dados e processadas com ajuda do Software *Tri-Deux-Mots*.

### **3.4.2 Entrevista semiestruturada**

A entrevista constitui um passo primordial na etapa da coleta de dados e precisa ser bem transmitida e coerente com o assunto abordado. Constitui uma técnica que permite interação e segurança entre pesquisador e pesquisado. Diante do objetivo proposto, esta foi eleita como subsídio por permitir maior possibilidade de acessibilidade às informações pretendidas na pesquisa. Acredita-se ser de extrema importância sua aplicabilidade.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p. 252):

As entrevistas enfocadas (ou semi-estruturadas) são usadas quando o pesquisador tem uma lista de tópicos que devem ser cobertos. O entrevistador se utiliza de um guia de tópicos escritos para garantir que todas as áreas das questões sejam cobertas. A função do entrevistador é encorajar os participantes a falar livremente sobre os tópicos constantes no guia.

As entrevistas foram realizadas a partir do consentimento e da permissão verbal e por escrito dos sujeitos da pesquisa. É importante ressaltar que as entrevistas foram realizadas em um ambiente do hospital, tranquilo, seguro e confortável para ambos. A fase de coleta de dados na entrevista foi encerrada com a saturação das informações obtidas. As respostas foram gravadas e transcritas.

As entrevistas têm as seguintes vantagens: útil quando os participantes não podem ser observados diretamente, os participantes podem fornecer informações históricas e permitem ao pesquisador controlar a linha de questionamento (CRESWELL, 2007).

### **3.4.3 Observação livre**

As observações do local, dos participantes e dos seus comportamentos são registradas e são pontos complementares na análise dos resultados. É interessante que tal método seja usado para reunir informações pertinentes ao objetivo proposto.

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004, p. 265),

na pesquisa de enfermagem, os métodos de observação têm ampla aplicação, principalmente nas investigações clínicas. As enfermeiras estão em posição vantajosa para observar, relativamente sem obstruir, os comportamentos e as atividades dos pacientes, suas famílias, bem como da equipe de atendimento de saúde.

Polit, Beck e Hungler (2004) relatam que na observação livre, o papel do observador no grupo social em estudo é importante, porque sua posição determina o que eles provavelmente verão. Isto é, os comportamentos que provavelmente estarão disponíveis para observação dependem da posição do observador na rede de relações.

Talvez seja proveitoso que o pesquisador durante a observação em algumas situações iniciais coloque-se apenas como expectador para que, em seguida, ele possa evoluir no curso da entrevista.

Negreiros et al. (2008) referem que a observação destaca-se como um dos principais instrumentos para identificar os problemas dos clientes. Dessa forma, não basta saber utilizar a observação, mas utilizá-la de maneira consciente e coerente para atender aos objetivos desejados.

### 3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A organização dos dados para análise em uma pesquisa é uma das fases que necessita do pesquisador coerência, conhecimento e reflexão e não se constitui uma etapa única, pois depende das anteriores. Segundo Rossman e Rallis (1998, p. 194), “a análise dos dados é um processo constante, envolvendo refletir continuamente sobre os dados, fazer perguntas analíticas e redigir memorandos durante todo o estudo”. Isso não é nitidamente separado de outras atividades no processo, como coleta de dados ou formulação de questões de pesquisa.

Neste estudo, os dados quantitativos foram processados e organizados a partir do *software Tri-Deux-Mots* e organizados em gráficos e quadros. Os dados narrativos, oriundos das entrevistas, foram subcategorizados com base na análise de conteúdo proposta por Bardin. As fases da análise de conteúdo corresponderam à pré-análise, à exploração do material e ao tratamento dos resultados, à inferência e à interpretação.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por grande disparidade de formas (BARDIN, 2008).

A técnica selecionada para a aplicação do método de análise de conteúdo foi a análise temática, que segundo Bardin (1977) e Rodrigues e Leopardi (1999), parte de um título genérico e reúne grupos de elementos, cujo agrupamento é efetuado em razão dos caracteres comuns de seus elementos.

Os resultados obtidos foram transcritos e organizados em subcategorias e categorias, por sucessivas leituras das falas e anotações, posteriormente classificadas e contextualizadas com foco no objeto de estudo, embasado pela Teoria das Representações Sociais.

Uma categoria é pertinente quando está adaptada ao material de análise escolhido e ao quadro teórico definido. O sistema de categorias deve, também, refletir as intenções da investigação, as questões do analista e/ ou corresponder às características das mensagens (FRANCO, 2005).

Segundo Franco (2005, p. 57), “a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação seguida de um reagrupamento baseado em analogias, a partir de critérios definidos”.

Para Bardin (2008, p. 39), “é o método das categorias, espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem”.

No entendimento de Bardin (2008), a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimento relativo às condições de produção e de recepção das mensagens, inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).

Franco (2005) refere que inferência é o procedimento intermediário que vai permitir a passagem, explícita e controlada, da descrição à interpretação. Pretende-se, dessa forma, tornar a análise de conteúdo deste estudo a mais rica possível em informações, possibilitando dados relevantes para os leitores da pesquisa.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS NA PESQUISA

O projeto da pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual do Ceará, baseado na resolução de número 196, de 10 de outubro de 1996 e número 251, de 07 de agosto de 1997, que delimita diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). A entrada no local da pesquisa foi realizada após a emissão de parecer favorável do comitê com número de protocolo 08352627-7.

Para Creswell (2007), as questões éticas não terminam com a coleta e análise de dados; elas também se estendem para a redação e divulgação do relatório final da pesquisa.

Vislumbrou-se no referido estudo a valorização dos aspectos éticos que permeiam toda a pesquisa com seres humanos, desde o levantamento de dados à elaboração do relatório final com uma relação de respeito, confiança e de preservação entre pesquisador e pesquisados.

## 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos resultados foi processada seguindo diversas etapas, cada uma integrante da outra e permitindo a compreensão da leitura de forma mais clara e enriquecedora. Para enriquecimento do contexto, os homens foram caracterizados pelo perfil sociodemográfico, pela entrevista e pela técnica de associação de palavras.

### 4.1 DADOS SOCIODEMÓGRAFICOS DOS HOMENS DA PESQUISA

Os dados sociodemográficos dos homens foram caracterizados por idade, naturalidade, estado civil, tempo de união, escolaridade, profissão, número de filhos, religião e renda familiar. É necessário explicitar que esses homens eram clientes que se encontravam no pré-operatório de vasectomia e homens que não estavam nessa situação, mas se encontravam no hospital realizando qualquer atividade seja como paciente, seja como acompanhante no referido período da pesquisa. Os participantes foram informados da importância dessas características na pesquisa, contribuindo, também, para a literatura atual, permitindo aos leitores comparações com pesquisas anteriores, que, por ventura, também apresentassem a ênfase dos dados sociodemográficos.

Os entrevistados encontram-se em maior número na faixa etária de 25-35 anos. Todos os homens que se encontravam no pré-operatório da vasectomia estavam na faixa etária de 25-35 anos, idade caracterizada por fertilidade e capacidade reprodutiva satisfatória. Percebeu-se nas respostas que serão apresentadas posteriormente na entrevista um desejo de restrição na prole em uma fase jovem e a preocupação masculina em regular sua vida reprodutiva, pela utilização de um método anticoncepcional, que ainda é visto na sociedade como comprometedor da sexualidade, principalmente nas idades visualizadas. Todo e qualquer indivíduo tem o direito de decidir quando a interrupção da geração de filhos deve ocorrer, porém torna-se imprescindível que todas as informações nesse contexto sejam abordadas e discutidas com os envolvidos.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Nº</b>	<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Nº</b>
<b>Idade</b>		<b>Escolaridade</b>	
25 – 35 anos	60	Analfabeto	02
36 – 45 anos	23	Fundamental	47
46 – 55 anos	18	Ensino Médio	51
56 – 65 anos	02	Superior	09
66 – 75 anos	06		
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>TOTAL</b>	<b>109</b>
<b>Estado Civil</b>		<b>Tempo de união</b>	
Casado	64	< 1 ano	03
União Consensual	25	1 ano-2 anos	13
Solteiro	17	3 anos-4 anos	13
Desquitado	03	De 5 a 14 anos	42
		15 anos ou mais	21
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>TOTAL</b>	<b>109</b>
<b>Profissão/Ocupação</b>		<b>Número de filhos vivos</b>	
Desempregado	05	1 filho	22
Vendedor	14	2 filhos	46
Porteiro	09	3 filhos	16
Pedreiro	08	4 filhos-9filhos	10
Motorista	07	Sem filho	15
Cobrador	07		
Vigilante	07	<b>TOTAL</b>	<b>109</b>
Funcionário Público	05	<b>Renda Familiar</b>	
Taxista	05	01 salário mínimo	37
Serviços Gerais	05	01 salário e meio	19
Gerente	04	02 salários-06 salários	47
Outros	33	07salarios-09 salários	02
		10 salários mínimos ou mais	02
		Sem renda	02
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>TOTAL</b>	<b>109</b>
<b>Naturalidade</b>		<b>Religião/ Crença</b>	
Fortaleza	71	Católico	73
Caucaia	08	Evangélico	30
Rio de Janeiro	03	Ateu	03
Itapajé	03	Umbandista	01
Sobral	03	Espiritismo	01
São Paulo	02	Sem religião	01
Uruburetama	02		
Cascavel	02		
Paraíba	02		
Outros	13		
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>TOTAL</b>	<b>109</b>

Quadro 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas dos homens do pré-operatório de vasectomia, participantes do estudo. Fortaleza-CE, 2009.

De acordo com Slotter et al. (2006), Kidd, Eskenazi e Wyrobek (2001) com relação ao fator idade, estudos demonstram que a qualidade seminal piora após os 40 anos de idade. Estas alterações podem variar desde diminuição na concentração de espermatozoides até diminuição na motilidade, parâmetros de cinética da movimentação até piora na morfologia espermática.

De acordo com o Fundo de População das Nações Unidas (2007), a saúde reprodutiva implica, portanto, que o indivíduo possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, com capacidade de reproduzir a liberdade de decidir sobre quando, como e quantas vezes deve realizá-la. Ter o direito de informação e acesso a métodos eficientes, seguros e financeiramente compatíveis de planejamento familiar e que corresponda às expectativas do cliente.

Com relação ao estado civil o maior número correspondeu a homens casados e com uniões consensuais. Dados do censo de 2000, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostram que existe a tendência ao longo dos anos de um declínio das uniões legais e aumento das uniões consensuais, principalmente pelas pessoas jovens. O tempo de união dos entrevistados foi marcado, consideravelmente, de 5-15 anos, demonstrando durabilidade nos relacionamentos.

O nível de escolaridade dos entrevistados foi, em grande maioria, do ensino médio e fundamental, fato positivo dentro de um país cuja educação ainda não é acessível para todos e tem papel fundamental nas decisões e na maturidade do indivíduo.

Ao longo dos anos, os governos vêm investindo em políticas públicas para incentivar e permitir que pessoas ingressem nas escolas e concluam seus estudos, são exemplos o Bolsa Família, ProJovem, Prouni e cotas para negros nas universidades (IBGE, 2000).

A população brasileira alcançou uma importante melhoria no seu perfil educacional nos últimos anos, detectado com os resultados do Censo Demográfico 2000. As taxas de alfabetização apresentadas para as pessoas de 15 anos ou mais de idade merecem destaque quanto a seu crescimento. Em 1991, representavam 80,6% e, em 2000, alcançou 87,1%, portanto com um aumento de 8,1% ao longo do período intercensitário de 1991/2000 (IBGE, 2000).

Diante da profissão, observa-se o contexto do desemprego na realidade de uma minoria de participantes. Tal situação, apesar de não ser o

quantitativo, pode ter influências na decisão de realização da vasectomia, pois a criação de filhos está diretamente ligada ao aspecto financeiro. Observa-se a presença de profissões que no passado eram estritamente femininas e hoje são assumidas pelos homens entre elas modelista de confecção, cozinheiro, cabeleireiro e técnico de enfermagem.

O Brasil continua sendo mais católico apostólico romano. Entretanto, com um ritmo de crescimento pequeno; e a segunda maior proporção de pessoas religiosas correspondem aos evangélicos, com marcante crescimento dos pentecostais.

A diversidade religiosa brasileira tem crescido muito nas últimas décadas, e as informações censitárias permitiram identificar a maior pluralidade religiosa no Brasil. As grandes tendências dentre outros aspectos, estão na grande variedade de religiões concentradas na área urbana do País, que é crescente; que as mulheres são maioria na declaração das religiões e o excedente de homens foi encontrado de forma acentuada no grupo dos sem religião (IBGE, 2000).

A seguir teremos então as representações sociais dos homens entrevistados sobre a opção pela vasectomia, bem como sobre o planejamento familiar e os sentimentos que permearam a decisão.

#### 4.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR

Das entrevistas com os 13 homens, emergiram falas que permitiram a construção de subcategorias e categorias, que foram analisadas e interpretadas, contribuindo para a formação e apresentação das representações sociais.

O Planejamento Familiar é um evento complexo de inúmeras abordagens e atividades, que tem como objetivo promover ao cliente acessibilidade a informações quanto à saúde sexual e reprodutiva, preocupando-se, no entanto, com reduzida participação de homens no serviço.

A preocupação com o pouco envolvimento masculino nas atividades de contracepção e do planejamento familiar está vinculada a outras questões relevantes na área de Saúde Reprodutiva, como o aumento da incidência de mulheres infectadas pelo HIV ou outras doenças sexualmente transmitidas, o que poderia ser minimizado com o uso do condom, e ainda o aumento do número de gestações não planejadas, com repercussões na qualidade de vida das mulheres (CARVALHO; PIROTTA; SCHOR, 2000).

Diante da investigação com os homens sobre sua compreensão sobre planejamento familiar, encontram-se as seguintes categorias.

#### **4.2.1 O Planejamento Familiar como espaço para decisão de ter ou não filhos**

O pensamento do homem diante da pergunta: “o que você sabe sobre planejamento familiar?”, teve um conhecimento limitado. A compreensão dos homens foi consideravelmente marcada pelo ato de planejar quantos filhos desejam-se ter ou não. As seguintes falas ilustram esse fato:

*É uma decisão de quantos filhos você quer ter (M6).*

*É o planejar para ter filhos de forma pensada (M7).*

*E uma área de trabalho que fala sobre filhos (M10).*

As expressões conduzem à reflexão de que eles não se reconhecem como membro de discussão no serviço caracterizado como um leque de programações que não dizem respeito somente a ter ou não filhos. É bem verdade que as respostas condizem com um dos objetivos do programa, porém a abordagem é muito mais complexa e envolve outros temas para discussão como: sexualidade, métodos contraceptivos e não contraceptivos, cidadania, qualidade de vida, relações de gênero e saúde.

Marcelino (2006) refere que o planejamento familiar, assim, faz parte de um contexto em que o ser humano assume, voluntária e conscientemente, o comando de seu destino e a responsabilidade por ele, de maneira que as decisões sejam satisfatórias e adequadas para o casal, isso porque os discursos que surgem nas atividades de planejamento familiar podem permitir

que homens e mulheres falem sobre sua vida, seus desejos e angústias diante da maternidade, paternidade e até mesmo da sexualidade.

Integrar o homem no serviço de saúde é um desafio pelo contexto das relações de gênero existentes e pelo serviço de saúde que necessita ser implementado para o atendimento masculino, envolvendo treinamento e reciclagens para a equipe de saúde responsável pela assistência.

É imprescindível a realização de condutas que estimulem os homens a participarem de atividades no serviço e que eles compreendam uma forma mais ampla de definição do serviço, promovendo conhecimentos novos. Que a linguagem do homem vá além da visão de planejamento de filhos, como tal fala exposta abaixo:

*É uma forma organizada de se ter uma família, é uma prevenção de filhos e doenças sexuais (M12).*

A presença do homem hoje já é notória no serviço de saúde sexual e reprodutiva e de uma certa forma se ainda não há uma estrutura profissional para atendê-los, torna-se claro a necessidade de preparo do ambiente, seja ele primário, secundário e terciário. Obviamente não se fala de nenhum ser diferenciado, mas de um ser que foi tratado durante muito tempo dessa forma.

Nessa perspectiva, o serviço de planejamento familiar deve funcionar não somente dentro de uma visão de oferecimento de métodos. Entretanto, parece-nos fundamental frisar que, mesmo que o Ministério da Saúde consiga enviar os insumos contraceptivos aos municípios com regularidade e em quantidades adequadas, isso não garantirá que a atenção ao planejamento familiar alcance a qualidade e a eficácia desejadas para permitir aos cidadãos brasileiros exercerem o direito de decidir quando e quantos filhos querem ter. Isso é necessário, porém não suficiente, a menos que os municípios tratem as ações em planejamento familiar, de fato, como parte da atenção básica. É preciso que o processo de humanização da atenção também alcance o planejamento familiar, no que se refere à incorporação de princípios relativos aos direitos humanos e à bioética na atenção brindada à população (OSIS et al., 2006).

#### **4.2.2 Planejamento familiar atribuído ao fator financeiro**

Para o grupo de homens entrevistados, além de relatarem o conhecimento sobre planejamento familiar atribuído a filhos, o aspecto financeiro foi evidenciado fazendo parte desse percurso. O aspecto financeiro é importante e estará presente nos mais variados assuntos, evidenciando uma concepção coerente do planejamento de uma família em virtude da renda.

Os princípios do planejamento familiar vão ao encontro dessa afirmação, pois eles reforçam a necessidade de idealizações saudáveis. Apesar do exposto, a assistência ao PF tem passado por descontinuidade ao longo dos anos, negando o que há de mais fundamental que é a promoção da saúde sexual e reprodutiva de homens, mulheres e/ou casais, levando-se em conta aspectos culturais, psíquicos e socioeconômicos (MOURA; SILVA, 2004).

As frases relatam o descrito:

*É você financeiramente ter uma família para viver (M3).*

*É um ato de planejar seu futuro, quantos filhos você quer ter, de acordo com a renda (M4).*

Construir uma família requer condições econômicas favoráveis para mantê-la dentro de um padrão de qualidade que permita satisfação entre todos.

Segundo Silva et al. (2008, 2009), apesar de todas as mudanças ocorridas na sociedade, a família ainda é a unidade mãe da sociedade, na qual os indivíduos crescem e se desenvolvem. Sendo um ambiente importante e necessário para a promoção da saúde e a prevenção das doenças dos indivíduos, membros desta família.

Para que esse ambiente se desenvolva, o recurso financeiro é um fato de influência marcante, pois como proporcionar saúde e educação em um país de tantas desigualdades sociais como é o Brasil.

A lei brasileira hoje reconhece que uma família não é apenas aquela formada por um homem, uma mulher e seus filhos e filhas. Hoje, a família é um espaço onde as pessoas não estão unidas apenas por laços de sangue, nem

por regras que obrigam as mulheres a cuidar sozinhas dos filhos e filhas, enquanto os homens seriam os guardiões da honra, soberania e da ordem no lar. Isso mudou! Hoje, a família é considerada um grupo de pessoas unidas por laços de afeto e de cuidado mútuo (UNFPA, 2007).

Esses homens, então, se mostram bastante preocupados em oferecer para seus filhos um lar digno, porém diante de situação financeira digna. A renda é um fato concreto na promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e também tem uma influência direta na qualidade de vida das pessoas.

As representações sociais dos homens sobre o planejamento familiar ficaram caracterizadas pelos dois eixos apresentados, de acordo com a Figura 1.

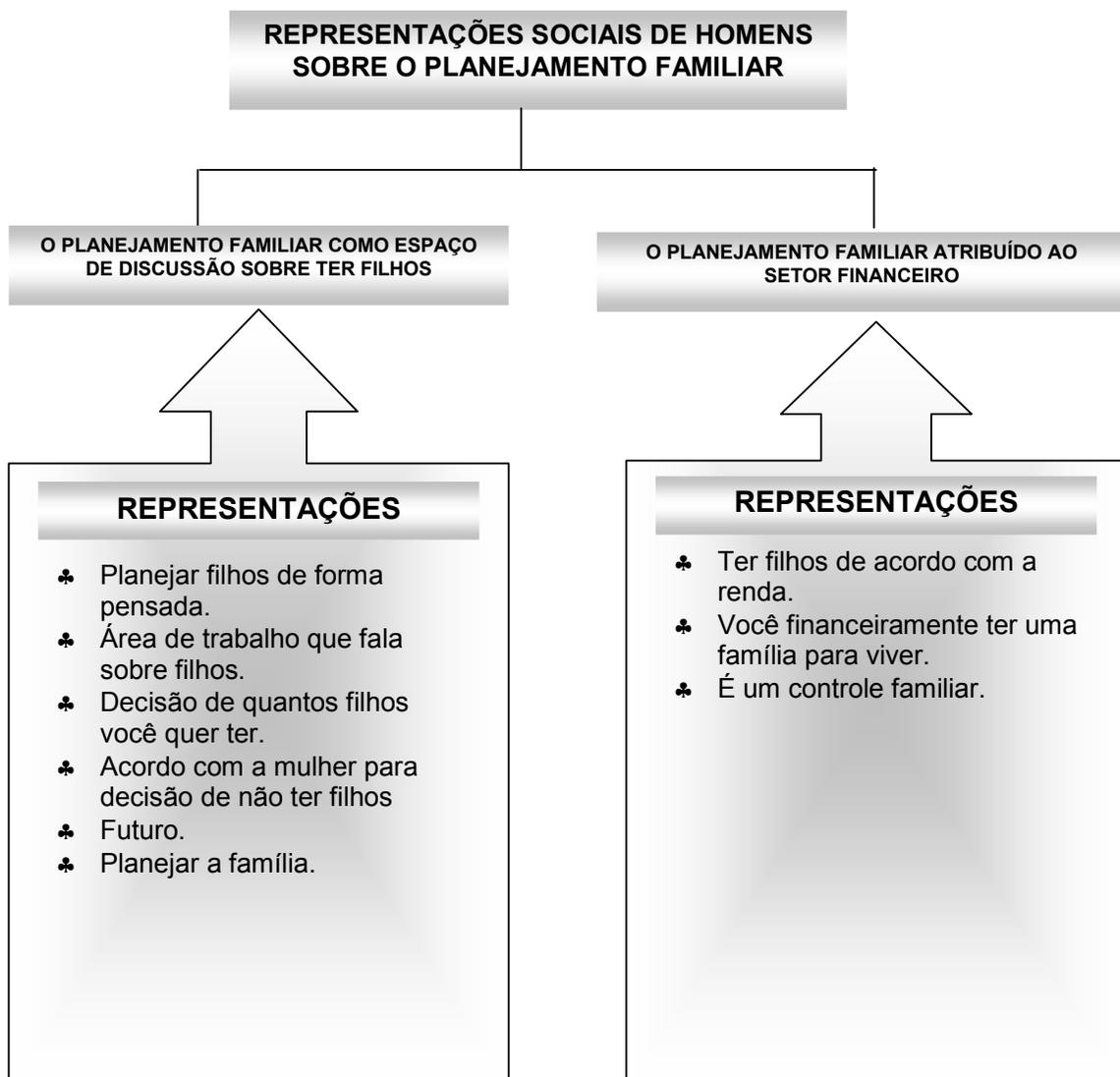


Figura 1 – Representações sociais de homens sobre o planejamento familiar.

Fonte: Adaptado de Rodrigues (2005).

### 4.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS SOBRE VASECTOMIA

Essa categoria contempla as definições dos homens sobre vasectomia, uma vez que eles se encontravam prestes a realizar tal procedimento. Emergiram as seguintes subcategorias, a saber:

- a) A vasectomia como procedimento técnico em local diversificado;
- b) A vasectomia como procedimento desconhecido;
- c) A vasectomia como decisão de vida saudável e prejudicial.

#### 4.3.1 A vasectomia como procedimento técnico em local diversificado

A vasectomia corresponde a um método anticoncepcional cirúrgico, caracterizado pelo corte no canal deferente, impossibilitando a passagem de espermatozóides e, conseqüentemente, seu encontro com o óvulo.

De acordo com o Ministério da Saúde (2002, p. 120),

a vasectomia consiste, no homem, em impedir a presença dos espermatozóides no ejaculado, por meio da obstrução dos canais deferentes. A eficácia da vasectomia é alta, utilizando-se a técnica mais moderna sem bisturi, a taxa de falha é de 0,1 a 0,15%.

Do ponto de vista técnico, a esterilização masculina e feminina podem ser consideradas como a evolução da castração (a extirpação cirúrgica das gônadas), embora elas sejam diferentes em sua origem e uso através da história. A castração masculina era um procedimento tradicional usado muito cedo, na história da humanidade. Diferentes sociedades a utilizaram em escravos, guardas e como forma de punição. Sir Astley Cooper, em 1830, realizou o primeiro trabalho de vasectomia experimental em cães. Ele demonstrou que era possível preservar os testículos saudáveis quando ocorria a ligadura dos canais deferentes (MORRIS; ARTHURE, 2002).

Assuntos relacionados à prática têm evoluído com o passar dos anos, pelas várias pesquisas, porém é de fundamental importância que o homem que irá realizá-la esteja consciente do método, dos cuidados a serem postos em prática e de como atuar diante das intercorrências.

As falas demonstraram nessa subcategoria que a cirurgia apresentava diversidade dos locais da incisão.

*Cirurgia realizada no testículo para cortar a passagem do espermatozóide (M2).*

*É uma cirurgia rápida, para evitar filhos. Um corte no pênis para evitar a passagem dos espermatozoides (M3).*

*É um corte na lateral dos testículos. É um caminho sem volta (M5).*

*É um corte abaixo do pênis para não fazer menino (M8).*

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2007, p. 183),

a vasectomia é realizada através de uma punctura ou pequena incisão no escroto, o profissional localiza cada um dos 2 tubos por onde o esperma é transportado até o pênis (vaso deferente) e corta e bloqueia o mesmo, cortando e amarrando-o de modo a fechá-lo ou aplicando calor ou eletricidade (cautério).

Evidenciou-se nas falas informações não corretas quanto ao local da cirurgia, o que sinaliza falhas no sistema de informação para esse cliente que pode ter relação com a falta de abordagem sobre todo o procedimento, envolvendo técnicas ou estratégias que abordem a vasectomia, e o aparelho genital masculino, suas funções, a importância da higiene e questões de

sexualidade. Todo paciente tem o direito de ser informado sobre o que será submetido, principalmente quando o assunto em questão é uma cirurgia que, apesar da literatura descrever a vasectomia como procedimento simples, a sua repercussão como fator psicológico, social e cultural tem grandes repercussões, em virtude da possibilidade de irreversibilidade na concepção de um filho. Dessa forma, a decisão deve estar clara e coerente.

#### **4.3.2 Vasectomia como procedimento desconhecido**

Essa categoria emergiu dos discursos dos homens referirem não saber onde a vasectomia era realizada, mas definindo-a como um procedimento simples. Tal fato é grave, pois o cliente deve estar consciente do procedimento.

*Não sei onde é feito a vasectomia, mas é um procedimento simples com anestesia local (M7).*

*É um procedimento simples, nenhum prejuízo ao homem, não vai ter mais esperma para gerar filhos, porém não sei o local que é feito (M6).*

O aconselhamento adequado oferece ao paciente as instruções sobre o que será realizado e ainda permite a ele identificar possíveis complicações e cuidados que deverão ser seguidos. Esses homens antes da cirurgia passam por uma atividade educativa realizada somente pela assistente social, que aborda o contexto; a atividade é realizada também com a presença de mulheres que desejam a realização de ligadura tubária.

Considera-se fundamental a presença de toda a equipe de saúde, ou seja, médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, pois cada um tem suas atribuições e diante de uma assistência, elas se fundem e se complementam, podendo repercutir de forma satisfatória na abordagem ao homem no campo do planejamento familiar.

E isso é perceptível nas falas dos sujeitos quando evidenciam dificuldades dos homens em saber ou não o local da realização da cirurgia. Freire (2002) relata que a prática educativa deve permitir a construção e reconstrução de saberes entre a equipe de saúde, usuários do serviço e grupos comunitários, por meio de um processo de ensino-aprendizagem participativo, dialógico e problematizador, em que o enfermeiro poderá possibilitar a formação e desenvolvimento dos estágios dessa prática.

#### **4.3.3 Vasectomia como decisão de vida saudável e prejudicial**

No planejamento familiar é essencial que as decisões tomadas pelo casal, possam trazer bem-estar e satisfação. A escolha de um método deve ser feita de forma benéfica e espera-se que não comprometa a saúde. Esse depoimento reforça tal fato: *É um corte simples perto da virilha, não afeta a saúde, nem no desenvolvimento, pode ter uma vida normal (M10).*

Percebe-se que a vasectomia é vista como um método que pode comprometer a sexualidade e causar doenças ao homem e, conseqüentemente, à sua saúde mental. Essas questões devem ser trabalhadas no serviço, desmitificando informações errôneas e que podem estimular condutas insatisfatórias e socialmente ter sérias repercussões, como mostra a seguinte resposta:

*É uma cirurgia simples, vulnerável a câncer de próstata e testículo, sendo um corte no saco escrotal para não deixar o esperma passar (M11).*

Ramos (2008, p.12) afirma que “no campo da saúde sexual e reprodutiva, em especial no que se refere à contracepção, às necessidades, desejos e escolhas bem-informadas das pessoas deveriam ser o aspecto central da atenção”.

E, a Organização Mundial de Saúde (2007, p.189) relata que:

[...] ao conversar com um aconselhador amistoso que escute as preocupações do homem, que responda às suas dúvidas e lhe forneça informações claras e práticas sobre o procedimento,

particularmente quanto ao caráter permanente ajudará o homem a tomar uma decisão esclarecida e a ser um usuário bem sucedido e satisfeito com o método, sem que haja arrependimento posterior.

O cliente deve ser estimulado a discutir sobre os sentimentos e dúvidas que rodeiam seu pensamento e esclarecer seus pensamentos.

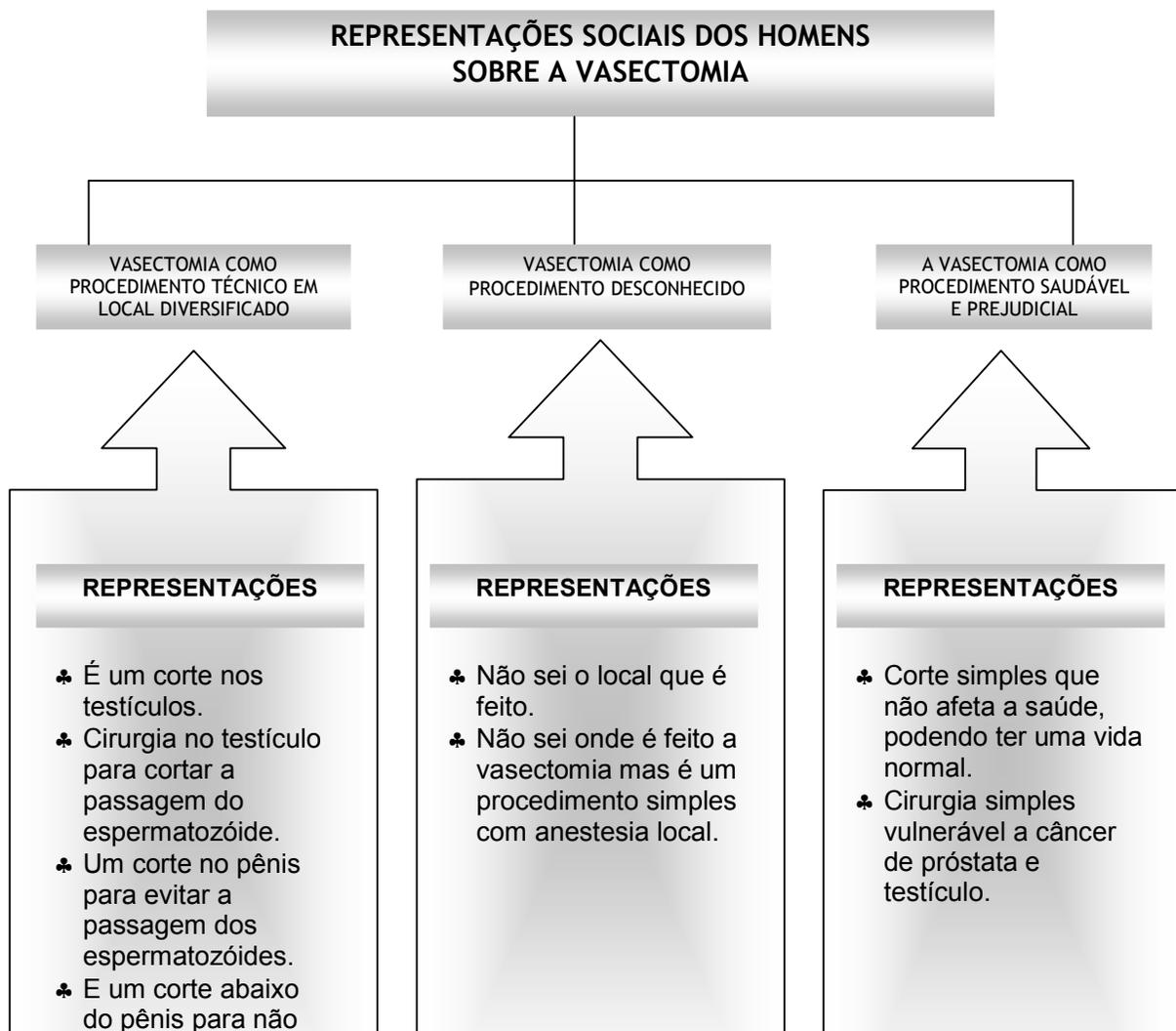


Figura 2 – Representações sociais de homens sobre a vasectomia.

Fonte: Adaptado de Rodrigues (2005)

#### 4.4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS SOBRE O MOTIVO DA VASECTOMIA

Nesta categoria, foi investigado o motivo da tomada de decisão da vasectomia. Diversos aspectos foram frisados e agrupamos em subcategorias, as quais surgiram:

##### **4.4.1 Por motivos financeiros**

Independente da situação da vasectomia, o dinheiro estará sempre presente na vida do ser humano como um dos itens fundamentais para qualidade de vida. Criar filhos, educá-los e promover saúde requerem instrumentos e condutas em que o dinheiro fará parte de projetos. Esse pensamento é reforçado na fala dos entrevistados.

*Não quero ter mais filhos, por questões financeiras (M3, M10).*

*Já tenho dois filhos e assumo financeiramente outra família, os filhos dos irmãos (M2).*

*Por questões financeiras, quantos mais filhos, mais difícil educar (M7).*

A decisão sobre algo requer um planejamento onde recursos financeiros podem fazer parte do processo e podem influenciar de forma substancial na satisfação do ser humano. O homem demonstra essa preocupação diante das falas.

O melhor nível econômico leva a uma percepção mais apurada das necessidades pessoais e profissionais, com reflexos na saúde e na vida social, possibilitando arcar com custos, entre eles a criação de um filho.

#### **4.4.2 Por proteção à esposa**

O homem desde cedo assumiu na sociedade a função de protetor, aspecto reforçada nas respostas dos entrevistados.

*O procedimento era mais complicado na mulher, pois na gestação ela teve dor de cabeça por causa da anestesia (M1).*

*Porque a minha esposa não toma comprimido e não gosta de preservativo (M6).*

*Porque acredito que fazendo a vasectomia você vai amar a sua esposa e protegê-la, ela não precisaria mais tomar comprimido, preservaria a saúde dela (M8).*

*Eu queria que ela engravidasse e fizesse a ligação de uma vez só, como ela não quis, eu decidi fazer (M9).*

O motivo da cirurgia está direcionado à mulher e surgem indagações sobre quem é esse homem prestes a realizar a vasectomia. É um coadjuvante nesse processo, que tem que entrar em ação quando as mulheres esgotaram suas tentativas e usos de método? Percebe-se que os participantes em nenhum momento relataram que a decisão era proveniente do casal, mas da preocupação constante com a parceira e com a saúde dela.

Os direitos sexuais e reprodutivos devem ser pensados em uma relação de gênero, portanto precisam ir além da discussão sobre a saúde da mulher. A participação do homem nesse processo é fundamental, seja na perspectiva de obtenção de informações, capazes de apoiar a saúde da mulher, seja como um sujeito com necessidades, e, conseqüentemente, com direitos sexuais e reprodutivos (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Evidenciou-se a palavra cobrança para realização da cirurgia e informações errôneas que podem no futuro ter sérias conseqüências.

*A recuperação da cirurgia era mais difícil nela, no homem a cirurgia é reversível e na mulher é definitiva, a recuperação nela também seria mais longa e eu resolvi ter essa responsabilidade de passar por isso. Havia cobrança da minha esposa (M12).*

Ricci (2008) relata que a esterilização deve ser considerada permanente para a fertilidade, porque a reversão cirúrgica é difícil, de alto custo e pouco sucesso e não é fornecida na rede pública.

Vale ressaltar que a decisão deve ser feita de forma tranquila e com contentamento para ambos, uma cobrança nesse sentido pode repercutir negativamente no futuro e comprometer a relação do casal.

#### 4.5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS HOMENS SOBRE SENTIMENTOS VIVENCIADOS NO PRÉ-OPERATÓRIO DE VASECTOMIA

O pré-operatório de uma cirurgia é sempre um momento de aflição, medo e incertezas, por mais simples que o procedimento seja. Quando esse cliente é um homem existem duas realidades a se deparar, uma é que esse paciente não é um usuário em evidência na instituição de saúde, que atende planejamento familiar, grande parte do público é feminino e a outra é o fator gênero presente nos comportamentos observados. Diante disto, surgiram as seguintes subcategorias ao se perguntar como os homens estavam se sentindo prestes a realizar a cirurgia.

##### **4.5.1 Medo da cirurgia**

Alguns homens passaram grande parte de sua vida na sociedade tendo que esconder sentimentos nas situações conflitantes e, por diversas vezes, ouve-se a seguinte frase: “homem não chora e homem não sente medo”, porém nas respostas dos sujeitos comprovamos os sentimentos de medo, ansiedade e nervosismo.

*Ansioso para encerrar a cirurgia e envergonhado (M1).*

*Um pouco de nervosismo por não saber como é o procedimento (M6).*

*Com fome e com medo (M7).*

Carrara et al. (2009) relatam que o modo como homens e mulheres se comportam em sociedade corresponde a um intenso aprendizado sociocultural que nos ensina a agir conforme as prescrições de cada gênero. Há uma expectativa social em relação à maneira como homens e mulheres devem andar, falar, sentar, mostrar seu corpo, brincar, dançar, namorar, cuidar do outro, amar, dentre outros, etc. Conforme o gênero, também há modos específicos de trabalhar, gerenciar outras pessoas, ensinar, dirigir o carro, gastar o dinheiro, ingerir bebidas, dentre outras atividades.

Essas representações vão se multiplicando na sociedade, mas não são mais tão representativas como alguns anos atrás, os comportamentos vem se modificando lentamente, não obedecendo a padrões estabelecidos, há uma necessidade de expressão de sentimentos como se percebeu nas falas acima, nas quais homens mostram-se com medo e até mesmo envergonhado diante da condição.

#### **4.5.2 Tranquilidade no pré-operatório**

A tranquilidade também foi contemplada pelos homens no pré-operatório. Esse sentimento foi revelado pela experiência de ter pessoas próximas que realizaram a cirurgia e não apresentaram nenhuma intercorrência e também pela participação na atividade educativa que foi marcada por ser esclarecedora e capaz de proporcionar clareza nas dúvidas.

*Calmo, assisti a palestra, tenho amigos que já realizaram a cirurgia (M2).*

*Tranquilo, pois a palestra foi importante para tirar dúvidas e a minha esposa estar presente para me dar segurança (M3).*

*Não tenho medo, pois na família tenho primo que já fez a cirurgia (M10).*

*Tranquilo, pois já fiz cirurgia de hérnia e retirada de sinal (M4).*

A atividade educativa realizada no hospital aos clientes da pesquisa foi caracterizada pelos mesmos como proveitosa. De todos os homens entrevistados apenas um não tinha assistido à atividade educativa e durante a entrevista se mostrou aflito e com medo. A tranquilidade também esteve direcionada à participação familiar e dos amigos, sendo eles referência no repasse do saber.

De acordo com D'Ávila e Gonçalves (2003), as pessoas possuem um saber dito "popular", adquirido pela troca de informações e de experiências entre os seus pares, no meio social onde se encontram.

## 5 TRAJETÓRIA DO HOMEM PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA E A PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NESSE CONTEXTO

Como a unidade de saúde constitui-se na porta de entrada do paciente, é necessário que todo o conjunto desde a trajetória até o momento de permanência no hospital possa oferecer a ele segurança, conforto e receptividade significativa. O hospital em questão deveria estar preparado para a recepção do cliente.

Observaram-se durante o pré-operatório dificuldades de acolhimento quanto ao espaço, eles não apresentavam um lugar reservado e confortável para a espera da cirurgia, apesar de ser um simples procedimento. A troca de roupa do pré-operatório era realizada no próprio centro cirúrgico.

Ao serem entrevistados, solicitando a opinião quanto à trajetória, os homens não referiram incômodos quanto aos problemas citados acima, o relato foi proveniente da observação da entrevistadora. Eles referiram que todo o percurso ocorreu sem grandes dificuldades, não havendo empecilhos na realização de exames sanguíneos do pré-operatório, nem na participação da atividade educativa. A dificuldade relatada foi quanto à espera no dia da cirurgia.

Quatro entrevistados referiram realizar o procedimento com base nas informações dadas pelos próprios funcionários do hospital.

*Através do médico clínico do hospital que conhecia minha esposa e me informou que o hospital fazia (M4).*

*Minha irmã trabalha no hospital e falou para mim da cirurgia e disse que não tinha dificuldades (M2).*

*Foi a enfermeira do hospital que fez as orientações e disse que a cirurgia era feita no hospital (M7).*

Na mesma proporção outros homens citaram que a informação foi fornecida por amigos que tinham realizado a operação no referido hospital. Os demais foram informados pelas esposas que tiveram parto normal e receberam as orientações durante a internação hospitalar.

Na área da saúde, até recentemente, os estudos concentravam-se em usuárias de serviços públicos de saúde, focalizando mulheres, em geral adultas, e desconsiderando os papéis dos parceiros ou obtendo estas informações com base nas próprias mulheres. O pouco conhecimento sobre o papel masculino na negociação e/ou adoção de práticas preventivas na experimentação sexual e na reprodução convivia com mensagens veiculadas no campo da saúde pública sobre a responsabilidade mútua quanto à dupla proteção ou ao sexo seguro (MARINHO; AQUINO; ALMEIDA, 2009).

Observou-se a contribuição de diversos profissionais do hospital na divulgação de informações acerca da vasectomia, dentre eles médicos, auxiliares de enfermagem e recepcionistas. Os homens em nenhum momento foram assistidos pelo enfermeiro, porém torna-se importante pronunciar que aos sábados, quando as cirurgias são realizadas, há apenas quatro enfermeiros no local, sendo um responsável pelo berçário, outro pela emergência, um pela clínica médica e, por último, um responsável pela clínica obstétrica, ginecológica e centro cirúrgico. A assistência de enfermagem fica comprometida e assistir homens no serviço de planejamento familiar não é uma prioridade da casa.

O enfermeiro no serviço de planejamento familiar tem como função promover, estimular e desenvolver o senso crítico e a consciência de homens e mulheres na saúde sexual e reprodutiva. Diante de tantas responsabilidades, torna-se fundamental a presença desse profissional, identificando, conhecendo e assistindo esse paciente. Leopardi (2006) define enfermagem como uma prática humana que promove a facilitação do bem-estar e da qualidade de vida, com base em conhecimentos desenvolvidos internamente ou por aplicação de conteúdos de outras disciplinas às situações de enfermagem. Valoriza a relação de cuidado, sendo uma presença verdadeira para a pessoa que precisa de ajuda, em um processo engajado eticamente.

O cuidado, de acordo com Rodrigues (2005), constitui a essência do trabalho da enfermagem, estando centrado na integralidade do ser humano, de acompanhá-lo em suas necessidades biopsicossociais, visando à promoção, proteção e à prevenção de doenças e complicações.

Oliveira (2004) relata que a comunicação enfermeiro/paciente é denominada comunicação terapêutica, porque tem a finalidade de identificar e atender às necessidades de saúde do paciente, ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nos pacientes um sentimento de confiança, tranquilidade permitindo que eles se sintam satisfeitos, felizes e seguros.

## **6 ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA: evocações emitidas pelos homens**

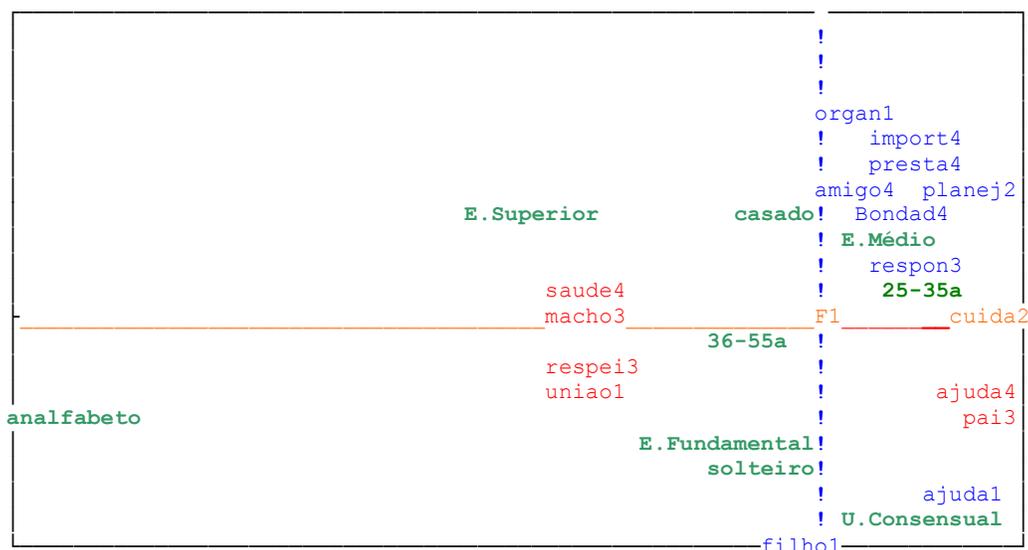
O estudo teve a técnica de associação de palavras como enriquecedora na busca da interpretação das representações sociais dos homens sobre a decisão contraceptiva. Os estímulos indutores foram: planejamento familiar, vasectomia, homem e enfermeiro, sendo as palavras processadas no *Tri-Deux-Mots* (TDM) e interpretadas pela Análise Fatorial da Correspondência (AFC). Como variáveis fixas, teve-se a idade, o estado civil e o nível de escolaridade e as variáveis de opinião foram representadas através das variáveis fixas.

Na Figura 3, encontra-se representado um gráfico com dois eixos, eixo F1 e eixo F2. O Fator 1 (F1) encontra-se representado pela cor vermelha e o Fator 2 (F2) pela cor azul.

Os sujeitos que participaram da técnica foram em número de 109, sendo homens do pré-operatório da vasectomia, homens que se encontravam no hospital internados ou presentes no local para realização de exames, consultas ou avaliação médica por alguma outra causa que não fosse a vasectomia e acompanhando algum cliente que necessitava de algum atendimento no período que ocorreu a coleta de dados.

A técnica de associação livre de palavras resultou em 465 palavras, de acordo com os quatro estímulos descritos. A seguir, a figura e sua interpretação.

Figura 3 – Representações sociais de homens sobre a decisão contraceptiva.  
Fortaleza-CE, 2009



### LEGENDA

Plano Fatorial		Variáveis de Opinião
Fator 1 (F1) em vermelho, localiza-se no eixo horizontal.		Estímulos indutores
Fator 2 (F2) em azul, localiza-se no eixo vertical.		1-Planejamento Familiar
		2-Vasectomia
		3- Homem
		4- Enfermeiro
Variável Fixa	Variável Fixa	Variável Fixa
Idade	Estado Civil	Escolaridade
25 – 35 anos-----1	Casado-----1	Analfabeto-----1
36 – 55 anos-----2	Solteiro-----2	Fundamental -----2

56 – 75 anos-----3	União Consensual--3 Desquitado-----4	Ensino Médio -----3 Superior-----4
--------------------	---	---------------------------------------

Observa-se que no Fator 1, eixo horizontal, de cor vermelha tem-se a palavra *união* correspondendo ao estímulo (1): planejamento familiar, *cuidado* relacionado ao estímulo (2): vasectomia, as palavras *macho*, *respeitador* e *pai* evidenciados pelo estímulo (3): homem, e por último as palavras *saúde* e *ajuda* ligadas ao estímulo (4): enfermeiro. No Fator 2, eixo vertical, de cor azul o estímulo (1) foi representado *por organização, filho e ajuda*. O estímulo (2) por *planejamento*, o estímulo (3) foi atribuído à evocação de *responsabilidade* e o estímulo (4) foi caracterizado pelas palavras *importante, prestativo, amigo e que atua com bondade*.

Percebe-se no eixo 1, lado esquerdo, homens de 36-55 anos, solteiros e com ensino fundamental considerando planejamento familiar um serviço que discute sobre *união*. Em contrapartida no eixo 2, parte superior, temos homens de 25-35 anos, de ensino médio, casados que relataram que planejamento familiar é uma forma de *organização*, possibilitando *ajuda* para decisão de ter ou não *filhos*. Reflexão coerente com o que o planejamento familiar define como um dos princípios, sendo um serviço de orientações envolvendo assuntos de maternidade e paternidade. Filho não é apenas assunto de mulher, representa um desejo de ambos os sexos e o homem também tem sua importância no que diz respeito ao acompanhamento de todo crescimento e desenvolvimento de um ser humano que ele também possibilitou nascer.

Na gravidez, o homem e a mulher deixam de ser apenas filho e filha para se tornarem pai e mãe, ambos vivenciando essa transição com expectativas, anseios e temores. O homem também sofre o impacto da mudança de papéis (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007).

Nas entrevistas, observa-se uma afinidade com as evocações do eixo 2, quando para os homens entrevistados planejamento familiar foi representado por um espaço para decisão de ter ou não filhos.

Para os homens de união consensual, localizados no Fator 1, lado direito à vasectomia representou uma forma de *cuidado*, que quando relacionado às falas nas entrevistas se remete à proteção à esposa e não a ele mesmo. As relações de gênero repassadas na nossa cultura colocam o homem na posição de responsável e protetor da mulher e dos filhos. O cuidado exposto na técnica reflete toda a postura do homem no serviço como coadjuvante da mulher. Para os homens casados, no Fator 2, eixo vertical à direita no gráfico, a vasectomia foi associada ao *planejamento*.

O gráfico também revela no Fator 1, eixo horizontal, lado esquerdo que o estímulo homem tem como elaborações as palavras *macho* e *respeitador*, espelhos de padrões de comportamento de gênero.

Fonseca e Coutinho (2005) relatam que há alguns anos, o comportamento socialmente esperado de uma mulher estava mais ligado a valores como introversão e a ponderação, associados aos aspectos familiares, sentimentais e até mesmo da vida profissional, contrariamente à característica elucidada pelos homens. O que se verifica é que mesmo diante de tanta evolução nas relações entre homens e mulheres, a visão de poder masculino foi percebida no teste com o estímulo homem.

Ainda no Fator 1, eixo horizontal, lado direito, para os participantes de união consensual ser homem é *ser pai*. Assumir a postura de pai na sociedade é muito mais do que uma simples companhia e autoridade, representa atitudes de responsabilidade, carinho e dedicação. Compreende um espaço que pode permitir maturidade e qualidade na relação consigo e com os outros.

A crise da masculinidade tem conduzido, desde a década de 1970, um coletivo de homens a refletir sobre sua própria experiência no patriarcado e seu papel no cenário doméstico e nas relações familiares (GIFFIN, 2005).

Apesar das entrevistas constatarem a ausência de enfermeiro no serviço de planejamento familiar do local da pesquisa, as evocações representaram boas qualidades com o estímulo enfermeiro, sendo um profissional de saúde responsável pela *ajuda*. No Fator 2, eixo vertical e superior, ele significa um profissional *importante, prestativo, amigo* e com atitudes de *bondade*.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação buscou apreender as representações sociais de homens sobre a decisão contraceptiva, enfatizando também o conhecimento dos mesmos sobre planejamento familiar, vasectomia, seus sentimentos, justificativa quanto à decisão contraceptiva e a participação do enfermeiro no processo. O estudo envolveu 109 homens, todos participaram da técnica de associação de palavras e observação livre, sendo que somente 13 se encontravam no pré-operatório da vasectomia participaram da entrevista. As representações sociais sobre planejamento e vasectomia foram expressas através de subcategorias e categorias.

O Planejamento Familiar agrupou-se em duas abordagens: o serviço como um espaço para discussão sobre quantos filhos se quer ter ou não e o outro que reforça a importância dos recursos financeiros para o planejamento de filhos. As expressões acerca do planejamento familiar, apesar de coerentes, foram limitadas, com falas curtas e objetivas, sem percepção do espaço como algo complexo e que também fosse palco de outras discussões e não somente referente aos filhos. O homem ainda não se vê nesse plano como ator fundamental e não mais coadjuvante.

A vasectomia foi representada como procedimento desconhecido, errôneo quanto ao local da incisão, técnica da cirurgia e cuidados no pós-operatório. A tomada de decisão foi justificada por questões financeiras e principalmente por proteção à esposa, reforçando-se o pensamento de que o método no homem seria mais fácil, menos doloroso e com menos efeitos colaterais. Os sentimentos evidenciados foram medo e tranquilidade.

Foi percebida nesta pesquisa a importância de reconhecer o profissional que contribui no processo, pois os homens reconheceram o assistente social como condutor de informações imperiosas e imprescindíveis, através da atividade educativa oferecida pelo serviço e realizada pelo próprio profissional. O enfermeiro, membro de uma equipe de saúde e indispensável em um serviço de saúde sexual e reprodutiva, ficou ausente, apesar de estar presente em

outras atividades e setores como emergência, clínica médica, centro cirúrgico e obstétrico.

A técnica de associação de palavras foi aplicada com os estímulos: planejamento familiar, vasectomia, homem e enfermeiro. O planejamento familiar foi simbolizado por uma organização que busca através da união a possibilidade de ter ou não filhos. O que precisa ser reforçado e é o que se discute principalmente em nível de Política Nacional de Atenção à Saúde dos Homens é possibilitar aos mesmos um espaço para discussões e ações que promovam o cuidado e autocuidado, em que os profissionais de saúde evitem discriminação e despreparo para abordagem de assuntos relativos à sexualidade, gênero e masculinidades, como o tema sugere.

A vasectomia revelou-se por meio de duas evocações: cuidado e planejamento, porém esse cuidado esteve relacionado nas entrevistas à mulher e não ao próprio sujeito. A inclusão do homem como cliente no serviço de saúde precisa ser estabelecida e ações devem ser instituídas no sentido de estimular a presença do mesmo. As evocações relatadas permitiram validar os depoimentos dos homens, assim como o dicionário de palavras permitiu a visualização de outras expressões interessantes no assunto. A palavra cuidado apareceu nos estímulos planejamento, vasectomia e enfermeiro, demonstrando sua importância no assunto que envolve bem-estar.

No dicionário evidenciaram-se no estímulo homem as palavras: descuidado, frágil e difícil, vocábulos que merecem uma abordagem pelo enfermeiro em uma consulta ou atividade com homens, desmitificando tabus, preconceitos e comportamentos transmitidos ao longo dos anos e que podem contribuir para uma condição de vida com maiores possibilidades de aquisição de doenças, como câncer de próstata e de pênis.

Espera-se que este estudo possa contribuir no sentido de reconhecer o homem como um protagonista merecedor de cuidado e capaz de promover o autocuidado, produzido e fortalecido pelos profissionais de saúde e pelas instituições de saúde que fazem parte. As mudanças nos paradigmas podem produzir nos profissionais de saúde, e especificamente no enfermeiro,

um olhar clínico baseado na integralidade e equidade para homens e mulheres, aumentando suas expectativas de vida e reduzindo índices de morbimortalidade.

## REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A da S. P.; OLIVEIRA, D. C. de. **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.

ACIOLI, S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006. p. 194.

ALCALÁ, M. J. (Org.). **Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos: marcos de acción**. New York: Family Care Internacional, 1995.

ALVARENGA, A. T.; SCHOR, N. Contracepção feminina e política pública no Brasil: Pontos e contrapontos da proposta oficial. **Saúde e Sociedade**, n. 7, p. 87-110, 1988.

ANDRADE, L. S.; THERRIEN, S. M. N. Um olhar sobre a sexualidade: construção histórica e social. In: JORGE, M. S. B.; SAMPAIO, H. A. C.; SILVA, M. G. C. **Teias teóricas e metodológicas da saúde coletiva: saberes e práticas**. Fortaleza: EdUECE, 2004. p. 107.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Editora Gráfica, 2008. p. 39.

\_\_\_\_\_. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Persona, 1977.

BATISTA, L. E. Entre o biológico e o social: homens, masculinidade e saúde reprodutiva. In: GOLDENBERG P.; MARSIGLIA R. M. G.; GOMES M. H. A. **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 211.

BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B.; LEOPARDI, M. T. Detalhamento da metodologia. In: LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. cap. 7, p. 187-209.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano- compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BOZON M. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do Homem**. Brasília, maio 2009. p. 3, 5, 21.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Pensando gênero e ciência**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. 104 p. (Encontro Nacional de Núcleos e Grupos de Pesquisas- 2005, 2006).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos**. Uma prioridade do governo. Brasília, 2005. (Série A: Normas e Manuais Técnicos, Série Direitos Sexuais e Reprodutivos-caderno n.1).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília, 2002. p. 120-121.

\_\_\_\_\_. Portaria nº.144, de 20 de novembro de 1997. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 nov. 1997.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9263 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. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 jan. 1996.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Encyclopédia Britânica do Brasil, 1988.

CARRARA, S.; HEILBORN, M. L.; ARAÚJO, L.; ROHDEN, F.; BARRETO, A.; PEREIRA, M. E. (Orgs.). **Gênero e diversidade na escola**. Formação de professoras/es em gênero, sexualidade, orientação sexual e relações étnico-raciais. Brasília: SPM, 2009. v. 1, p. 40.

CARVALHO, M. L. O.; PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Apoio: a forma predominante de participação masculina na regulação da fecundidade do casal. **Saúde Soc.**, v. 9, n. 1-2, p. 61-76, 2000.

CASTRO, M. P. P. **Vasectomia**. Rio de Janeiro: Roca, 1988. p. 31-71.

CORRÊA, S.; JANNUZZI, P. M.; ALVES, J. E. D. I. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual. Sistema de indicadores. In: \_\_\_\_\_.

**Saúde no Brasil:** conceitos, programas e indicadores da ABEP, IBGE, UNFPA. [S.l.]: ABEP, IBGE, UNFPA, 2004. 1 CD-ROOM.

COSTA, N.; FERRAZ, E. A.; MORRIS, L. Uso da anticoncepção no Brasil segundo a pesquisa nacional sobre demografia e saúde. In: ANDRADE, R. P.; POLI, M.; PETRACCO, A.; MORAIS, C. A. F. **Contracepção:** promoção da saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 45.

COURTENAY, W. H. Constructions of Masculinity and their Influence on Men's well-being: a theory of gender and health. **Soc. Sci. Med.**, v. 50, p. 1385-1401, 2000.

COUTINHO, M. P. L. **Uso de técnicas projetivas na apreensão de representações sociais da sintomatologia da depressão infantil.** 2001. Tese (Doutorado)–Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

COUTINHO, M. P. L.; LIMA, A. S.; FORTUNATO, M. L.; OLIVEIRA, F. B. **Representações sociais:** abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2003. p. 52-54.

COUTINHO, M. P. L.; NÓBREGA, S. M.; CATÃO, M. F. F. M. Contribuições teórica-metodológica acerca dos instrumentos projetivos no campo das representações sociais. In: COUTINHO, M. P. L.; LIMA, A. S.; FORTUNATO, M. L.; OLIVEIRA, F. B. **Representações sociais:** abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2003. p. 54.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 35-191.

CRIZÓSTOMO, C. D.; SOBRA, C. S. J.; NERY, I. S. Saúde reprodutiva: as relações de gênero no planejamento familiar. **Rev. Enf. Esc. Anna Nery**, 2004.

D'ÁVILA, C. G. C.; GONÇALVES, R. O conhecimento de puérperas quanto ao cuidado com o coto umbilical: considerações sobre a assistência de enfermagem. **Rev. Paul. Enf.**, v. 22, n. 1, p. 22-30, jan./abr. 2003.

DE ROSA, A. S. Lê <<reseau d associations>>: une technique pour detecter la structure, lês contenus, lês índices de polarité, de neutralité, et de stereotypie du champ sémantique liés aux representations sociales. In ABRIC, J.-C. (Dir.). **Methodes d etudes des representations sociales.** Ramonvielle Saint-Agne: Editions Eres, 2003. p. 81-117.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais.** 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 31.

\_\_\_\_\_. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. 324 p.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n. 10, p. 105-92, 2005.

FLICKINGER, C. J. et al. Factors that influence fertility after vasovasostomy in rat. **Fertility and Sterility**, v. 56, n. 3, p. 555-562, 1991.

FONSECA, A. A.; COUTINHO, M. P. L. Depressão em adultos jovens: representações sociais dos estudantes de Psicologia. In: COUTINHO, M. P. L.; SALDANHA, A. A. W. **Representação social e práticas de pesquisa**. João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB, 2005. p. 94.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília: Líber Livro, 2005. p. 26-65.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança, um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

FREITAS, W. M. F.; COELHO, E. A. C.; SILVA, A. T. M. C. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 137-45, 2007.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). Instituto PAPAI. **Homens também cuidam!** Diálogos sobre direitos, saúde sexual e reprodutiva, paternidade e relações de cuidado. Recife: UNFPA; Instituto PAPAI, 2007. p. 5-8.

GAMA, I. C. C. Saúde sexual e reprodutiva. In: BRETAS, A. C. P.; GAMBA M. A. **Enfermagem e saúde do adulto**. Barueri, SP: Manole, 2006. p. 67-75.

GIFFIN, K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 47-7, 2005.

GOMES, M. E. A.; LEITÃO G. C. M. Programa de planejamento familiar: opção de prática sexual da usuária de condom, quando não dispõe mais do preservativo recebido. In: ALMEIDA M. I.; THERRIEM S. M. N. (Orgs.). **Temas em saúde da família: práticas e pesquisas**. Fortaleza: Ed UECE, 2005. p. 75.

GOMES, N. P.; FREIRE, N. M. Vivência de violência familiar: homens que violentam suas companheiras. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 2, p. 176-179, 2005.

GOULÃO, M. F. Representações sociais: contributo desta teoria para o repensar da actividade docente em ensino à distância. In: JORNADA

INTERNACIONAL DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 4.; CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 2., 2005, João Pessoa. **Teoria e abordagens metodológicas**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2005. p. 92.

HACKETT, R. E.; WATERHOUSE, K. Vasectomy reviewed. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, n. 116, p. 438-55, 1973.

HEILBORN, M. L. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 201-202.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**. Características gerais da população. Resultados da amostra. Rio de Janeiro, 2000. p. 1-178.

JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

\_\_\_\_\_. **Folies et representations sociales**. Paris: Univ. de France, 1989.

\_\_\_\_\_. Notes towards a description of social representations. **European Journal of Social Psychology**, Paris, v. 18, p. 211-250, 1988.

JOLLY, S.; CORNWALL, A. **Questões de sexualidade-ensaios transculturais**. Rio de Janeiro: ABIA, 2008. p. 37.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 81.

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: CÁCERES, C. F. et al. **La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina**. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003. p. 137-52.

KIDD, S. A.; ESKENAZI, B.; WYROBEK, A. J. Effects of male age on semen quality and fertility: a review of the literature. **Fertil Steril.**, v. 75, n. 2, p. 237-48, 2001.

LANE, S. T. M. Usos e abusos do conceito de representação social. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 69.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n. 10, p. 35-46, 2005.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006. p. 149-166.

\_\_\_\_\_. Alguns aspectos da investigação qualitativa. In: \_\_\_\_\_. **Metodologia da pesquisa em saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001. cap. 8, p. 210-222.

LINNET, L. Clinical Immunology of vasectomy and vasovasostomy. **Urology**, v. 22, n. 2, p.101-114, 1983.

LOPES, M. J. M. et al. **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LOURO, G. L. Gênero: questões para educação. In: BRUSCHINI, C.; UNBEHAUM, S. G. (Orgs.). **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: FCC, Ed. 34, 2002.

LUCK, M.; BAMFORD, M.; WILLIAMSON, P. **Men's health: perspectives, diversity and paradox**. London: Blackwell Sciences, 2000.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2004. p. 7-19.

MARCELINO, E. H. A anticoncepção como instrumento do planejamento familiar e da saúde. **Scientia Médica**, Porto Alegre, v. 16, n. 4, 2006.

MARCHI, N. M.; ALVARENGA A. T. Opção pela vasectomia e relações de gênero. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 1017-1027, jul./ago. 2003.

MARINHO; L. F. B.; AQUINO, E. M. L.; ALMEIDA, C. M. D. A. C. de. Práticas contraceptivas e iniciação sexual entre jovens de três capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, p. s227-s39, 2009. Suplemento 2.

MARQUES, A. A.; SANTOS, M. S. O alcoolismo parece que é coisa do diabo: um estudo sobre representações sociais de alcoolistas. In: IV JORNADA INTERNACIONAL DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 4.; CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 2., 2005, João Pessoa. **Teoria e abordagens metodológicas**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2005. p. 283.

MEDRADO, B. **O masculino na mídia**. Repertórios sobre masculinidade na propaganda televisa brasileira. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, PUC São Paulo, 1997.

MINAYO, M. C. de S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 108.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. cap. 3, p. 158-164, 221-223, 236.

MOREIRA, K. A. P.; COSTA, A. A. R.; ARAUJO, M. A. M.; QUEIROZ, M. V. O. Causas e características da resistência à vasectomia em homens. **Rev. Rene.**, v. 9, n. 2, p. 82-89, abr./jun. 2008.

MORRIS, N.; ARTHURE, H. Sterilization as means of birth control in men and women. Londres: Peter Owen, 1976. In: VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 63.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. Prefácio. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 9.

\_\_\_\_\_. **A representação social da psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1023-1032, 2004.

MURRAY, S. S.; MCKINNEY, E. S. **Foundations of maternal-new-born nursing**. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 2006.

NARDI, A.; GLINA, S.; FAVORITO, L. A. Primeiro estudo epidemiológico sobre câncer de pênis no Brasil. **International Braz. J. Urol.**, v. 33, p. 1-7, 2007.

NEGREIROS, R. V.; SILVA, K. L.; NÓBREGA, M. M. L.; FONTES, W. D. Observação: instrumento básico do processo de cuidar em enfermagem. In: NÓBREGA, M. M. S.; SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009. p. 141.

NÓBREGA, S. M. da. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. **Representações sociais**: teoria e prática. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2003. p. 51-80.

OLIVEIRA, V. M. Repercussões da hanseníase no cotidiano de pessoas de seus familiares. 2004. Monografia (Especialização)–Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Planejamento familiar**: um manual global para prestadores de serviços de saúde. Baltimore: CPC; Genebra: OMS, 2007. p. 183.

OSIS, M. J. D.; FAÚNDES, A.; MAKUCH, M. H.; MELLO, M. B.; SOUSA, M. H.; ARAÚJO, M. J. O. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2488, 2006.

PADILHA, M. I. C. S.; VAGHETTI, H. H.; BRODERSEN, G. Gênero e Enfermagem: uma análise reflexiva. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 14, n. 2, p. 292-294, 2006.

PINHEIRO, R. S.; VIACAÇA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n. 7, p. 687-7070, 2002.

POLIT, D. F.; BECK C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 210-266.

PORTELLA, A. P.; MEDRADO, B.; SOUZA, C. M.; NASCIMENTO, P.; DINIZ, S. **Homens: sexualidade, direitos e construção da pessoa**. Recife: SOS CORPO-Gênero e Cidadania: Instituto PAPAI, 2004. p. 9-21.

PRAÇA, N. de S.; SILVA, I. A. Rigor na pesquisa qualitativa em enfermagem. In: MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. de S. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, cap. 2, p. 5-13.

RAMOS, F. I. S. Análise histórica das políticas de planejamento familiar no Brasil. Tese (Doutorado)–Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2008.

RAPAPORT, D. et al. **Tests de diagnostico psicológico**. Buenos Aires: Paidós, 1965.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Tradução Maria de Fátima Azevedo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 4-66.

RODRIGUES, D. P. **Representação social de puérperas sobre o cuidado de enfermagem recebido no ciclo-gravídico puerperal**. 2005. 175 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

RODRIGUES, G. R. S.; CRUZ, E. A. da. Estrutura das representações sociais do ajustamento de indivíduos revascularizados do miocárdio. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, n. 2, 2008.

RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

ROSSMAN, G. B.; RALLIS, S. F. **Learning in the field**: an introduction to qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.

SÁ, C. P. de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

\_\_\_\_\_. O campo de estudos das representações sociais. In: \_\_\_\_\_. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996. cap. 1, p. 29-50.

SABO, D. O estudo crítico das masculinidades. In: ADELMAN, M.; SILVESTREIN, C. B. (Orgs.). **Coletânea gênero plural**. Curitiba: Editora UFPR, 2002. p. 33-46.

SANTANA, T. C. F. F. Ações e concepções de planejamento familiar em um sistema local de saúde. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2004. Disponível em: <[www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume2-n2](http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume2-n2)>. Acesso em: 9 mar. 2008.

SCAVONE, L. Das diferenças às desigualdades: reflexão sobre o conceito de saúde reprodutiva nas ciências sociais. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES M. H. A. **O clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 187.

SCHRAIBER, L. B. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs.). **Gênero e saúde**: Programa Saúde da Família em questão. São Paulo: ABRASCO, UNFPA, 2005.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

SCOTT, R. P. O homem na matrifocalidade: gênero, percepção e experiências do domínio doméstico. **Cadernos de Pesquisa**, n. 73, p. 38-47, 1990.

SILVA, K. L. et al. Observação: instrumento básico do processo de cuidar em enfermagem. In: NÓBREGA, M. M. S.; SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: ABen, 2008/2009. p. 122.

SLOTTER, E. et al. Quantitative effects of male age on sperm motion. **Hum Reprod.**, v. 21, n. 11, p. 2868-2875, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Tradução de Brunner & Suddarth. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 1472.

SOUZA FILHO, E. A. de Análise de representações sociais. In: SPINK, M. J. **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995. cap. 6, p. 109-145.

STEINACH, E. Biological method against the process of old age. **Medical Journal Research**, n. 125, p. 77, 1927.

TRINDADE, Z. A. Representações e práticas sociais no campo da saúde reprodutiva. In: ALMEIDA, A. M.; SANTOS, M. de F. de S.; TRINDADE, Z. A. **Sobre representações e práticas sociais**. Disponível em <<http://www.ufba.br/~conpsi/conpsi1999/M008.html>>. Acesso em: 6 set. 2003.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. São Paulo: M. Ventura, 2002.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

VIEIRA, E. M. et al. Características dos candidatos à esterilização cirúrgica e os fatores associados ao tipo de procedimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1785-91, 2005.

VILLELA, W. O. Monitoramento da plataforma da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Brasil. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, n. 26, 2004.

WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 149.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Anos Completos:

Naturalidade:

Condição de União:

Tempo de União:

Profissão:

Número de Filhos:

Nível Instrucional:

Religião:

Renda Familiar:

Quando eu falo a palavra Planejamento Familiar, quais palavras lhe vêm à mente?

---

Quando eu falo a palavra Vasectomia, quais palavras lhe vêm à mente?

---

Quando eu falo a palavra Homem, quais palavras lhe vêm à mente?

---

Quando eu falo a palavra Enfermeiro, quais palavras lhe vêm à mente?

---

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

---

### 1. DADOS GERAIS

Nome (Iniciais):

Anos Completos:

Naturalidade:

Condição de União:

Tempo de União:

Profissão:

Número de Filhos:

Nível Instrucional:

Religião:

Renda Familiar

### 2. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS QUE OPTARAM PELA VASECTOMIA

2.1. O que você sabe sobre planejamento familiar?

2.2. O que você sabe sobre vasectomia?

2.3. O que o levou a tomar a decisão da realização da vasectomia?

2.4. Como se sente prestes a realizar a vasectomia?

2.5. Como percebe a participação do enfermeiro nessa trajetória?

2.6. Como foi a trajetória para chegar até o hospital para a realização da vasectomia?

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr.,

Sou enfermeira e estou desenvolvendo neste hospital um projeto de pesquisa, que investiga a opinião dos homens sobre a vasectomia e o planejamento familiar. Assim, o senhor está sendo convidado para participar dta pesquisa, que tem como título: “Representações sociais de homens sobre a opção pela vasectomia”. Sua participação será importante para o desenvolvimento do serviço de saúde sexual e reprodutiva a homens.

Neste estudo, pretendo apreender as representações sociais de homens sobre a opção pela vasectomia, onde será investigado o conhecimento de homens sobre a vasectomia, planejamento familiar e de como percebe o enfermeiro nesse contexto. Para isso, preciso de sua autorização para realizar este trabalho, que inclui uma entrevista. Caso o Sr. aceite, conversaremos sobre essa experiência e peço-lhe autorização para gravar nossa conversa. Desde já, dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão apenas para realização do trabalho e que o Sr. terá acesso às informações sobre o estudo, inclusive se as dúvidas ocorrerem. O sigilo de sua identidade será mantido, não será usado seu nome verdadeiro. Ressalto que este termo será elaborado em duas vias, sendo uma para o participante da pesquisa e outra para o arquivo da pesquisadora. Os dados serão apresentados ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde e área de concentração em enfermagem. Caso precise entrar em contato, informo-lhe meu nome e endereço:

Mônica dos Santos Bezerra

Endereço: Adolfo Bezerra de Menezes, 918. Alvaro Weyne. Fortaleza-CE.

Fones: 3452-2386, 8885-0102.

E-mail: monicameac@yahoo.com.br

---

ASSINATURA DA PESQUISADORA

---

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Tendo sido adequadamente informado sobre a pesquisa: “Representações Sociais de homens sobre a opção pela vasectomia”, realizada sob responsabilidade da pesquisadora Mônica dos Santos Bezerra, concordo em participar da mesma. Estou ciente de que meu nome não será divulgado e que a pesquisadora estará disponível para tirar qualquer dúvida que venha a surgir sobre a pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

---

ASSINATURA DO PESQUISADOR

---

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

APÊNDICE D – BANCO DE DADOS

**LEGENDA**

Plano Fatorial	Variáveis de Opinião	
Fator 1 (F1) em vermelho, localiza-se no eixo horizontal. Fator 2 (F2) em azul, localiza-se no eixo vertical.	Estímulos indutores 1- Planejamento Familiar 2- Vasectomia 3- Homem 4- Enfermeiro	
Variável Fixa	Variável Fixa	Variável Fixa
Idade 25 – 35 anos-----1 36 – 55 anos-----2 56 – 75 anos-----3	Estado Civil Casado-----1 Solteiro-----2 União Consensual-----3 Desquitado-----4	Nível de Escolaridade Analfabeto----- -1 Fundamental ----- -2 Ensino Médio ----- 3 Superior----- -4

VARIAVÉIS FIXAS

A. IDADE

25 – 35 anos 1

36 – 55 anos 2

56 – 75 anos 3

B. ESTADO CIVIL

Casado 1

Solteiro 2

União Consensual 3

Desquitado 4

### C. NÍVEL DE ESCOLARIDADE

Analfabeto	1
Fundamental	2
Ensino Médio	3
Superior	4

### TESTE DE ASSOCIAÇÃO DE PALAVRAS: ESTÍMULOS

PLANEJAMENTO FAMILIAR - 1

VASECTOMIA - 2

HOMEM - 3

ENFERMEIRO - 4

132econom1 cautel2 esforç3 ajuda4\*  
114gasto1 atenção2 dedica3 hospit4\*  
232casame1 medo2 autori3 emerge4\*  
124plano1 hospit2 trabal3 faculd4\*  
212empreg1 cirurg2 trabal3 cirurg4\*  
212dinhei1 medico2 grande3 empreg4\*  
133filho1 operaç2 pai3 cuidar4\*  
122ajuda1 jamais2 deus3 branco4\*  
113organi1 cortar2 força3 voces4\*  
212bom1 jamais2 jesus3 mulher4\*  
313novida1 não2 eu3 ajuda4\*  
112uniao1 hospit2 mulher3 medico4\*  
212filho1 hospit2 casame3 cirurg4\*  
133renda1 cirurg2 uniao3 hospit4\*  
113casa1 dor2 trabal3 profis4\*  
133bom1 jamais2 famili3 cuidar4\*  
113depend1 não2 ele3 hospit4\*  
113faz1 pensa2 jesus3 bondad4\*  
123concor1 corage2 força3 cuidar4\*  
132ajuda1 famili2 trabal3 bom4\*  
212renda1 operaç2 força3 bonito4\*  
212pensa1 planej2 sabedo3 genero4\*  
213conhec1 cirurg2 autori3 ajuda4\*  
123precis1 intere2 trabal3 doença4\*  
212faz1 queria2 força3 hospit4\*  
132trabal1 dor2 corag3 sabedo4\*  
212filho1 não2 eu3 medico4\*  
132ajuda1 não2 força3 cuidad4\*  
313descon1 operaç2 pai3 bom4\*  
122legal1 cirurg2 amigo3 bom4\*  
133amor1 cuidad2 heroi3 ajuda4\*  
232cuidad1 prote2 bom3 amigo4\*  
213respon1 descon2 egoist3 presta4\*  
212import1 filho2 trabal3 educa4\*  
212não1 operaç2 força3 cuidar4\*

112filho1 operaç2 eu3 bondad4\*  
112preven1 cuidad2 força3 bondad4\*  
123filho1 esposa1 cirurg2 eu3 doença4\*  
133sim1 cuidad2 respei3 capaci4\*  
243existi1 corret2 desemp3 util4\*  
113legal1 não2 bom3 presta4\*  
213cuidad1 medico2 forte3 respon4\*  
312contro1 descon2 trabal3 saude4\*  
113descon1 medo2 honest3 import4\*  
232filho1 antigo2 honest3 salvad4\*  
132filho1 boa2 inteli3 ajuda4\*  
133sonho1 decis2 certez2 pai3 famili3 respon3 seried3 auxili4\*  
113organ1 cuidad2 respon3 import4\*  
113organ1 contro2 fragil3 determ4\*  
113import1 necess2 descui3 import4\*  
113futuro1 soluça2 import3 cuidad4\*  
113planej1 planej2 pai3 amigo4\*  
132segura1 certez2 pai3 zeloso4\*  
233necess1 preven2 respon3 anjo4\*  
112famili1 segura2 tranqu3 segura3 segura4\*  
111carinh1 proteç2 pacifi3 frio4 distan4\*  
113educa1 amor1 qualid2 vida2 contro2 chefe3 ferro3 discip3 amigo4 respei4\*  
212uniao1 preven2 difici3 bonito4\*  
113organ1 preven2 ser3 saude4\*  
144planej1 liberd2 respon3 amigo4\*  
222filho1 boa2 eu3 doença4\*  
113opera1 norma2 manut3 humild4\*  
312novid1 nao2 tudo3 santo4\*  
122bom1 homem2 pai3 voces4\*  
112vida1 macho2 tudo3 curar4\*  
213organ1 vontad2 todos3 bondad4\*  
213cirurg1 cirurg2 força3 bonito4\*  
123fazer1 medo2 homem3 hospit4\*  
222segur1 benef2 respon3 alivio4\*  
232filho1 neutro2 cidad3 doutor4\*  
123respon1 cirurg2 amo3 respon4\*  
112compet1 legal2 respon3 presta4\*  
233plano1 mental2 arroga3 bonita4\*  
211uniao1 nao2 respei3 saude4\*  
113respon1 corte2 eu3 cuidad4\*  
214custo1 penis2 macho3 branco4\*  
312feliz1 castra2 respon3 doente4\*  
122uniao1 medo2 mulher3 profis4\*  
223bom1 descon2 bom3 boa4\*  
314consul1 machi2 safado3 contri3 orient4\*  
113bom1 descon2 gentil3 atenci3 presta4\*  
233cuida1 castra2 poder3 ajuda4\*  
113ajuda1 incis2 respon3 medico4\*  
124fora1 não2 fora3 saude4\*  
213organ1 planej2 organ3 verda4\*

112cuidar1 ordem2 fragi3 condut4\*  
133não1 bom2 homem3 medic4\*  
113organ1 plane2 ordem3 ajuda4\*  
244gasto1 nenhum2 eu3 serven4\*  
233menin1 castra2 eu3 ajuda4\*  
212orient1 bom2 macho3 saude4\*  
223renda1 opera2 jesus3 carid4\*  
313organ1 ajuda2 força3 bonda4\*  
133ajuda1 boa2 deus3 ajuda4\*  
232filho1 antic2 macho3 salva4\*  
113essenc1 instru2 posit2 comprom3 respon3 import4\*  
113estru1 alivi2 amor2 cumpli3 humani4\*  
223distan1 preven2 adora3 carism4\*  
212bom1 louvav1 preven2 carat3 respeit3 import4 trabal4\*  
112cuida1 medo2 compet3 exempl4\*  
312não1 dor2 gargan2 macho3 cuida4\*  
213preven1 sabedo2 respon3 dom4\*  
212estru1 educa1 salut2 import2 digno3 sincer3 amor4 dedic4\*  
214base1 rejeiç2 machis3 dedic4\*  
124organ1 impot2 respei3 respon4\*  
112uniao1 medo2 bondad3 medo4\*  
133futur1 filho2 traba3 profis4\*  
232consc1 não2 desnec2 direit3 trabal3 respon4\*  
112projet1 metod2 antico2 sofred3 auxili4\*

**TRI-DEUX Version 2.2**

Analyse des ,cartes ... l'ind,pendance - mars 1995  
Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V  
12 rue Cujas - 75005 PARIS  
Programme ANECAR

Le nombre total de lignes du tableau est de 31  
Le nombre total de colonnes du tableau est de 11  
Le nombre de lignes suppl,mentaires est de 0  
Le nombre de colonnes suppl,mentaires est de 0  
Le nombre de lignes actives est de 31  
Le nombre de colonnes actives est de 11

M,moire disponible avant dimensionnement 499622  
M,moire restante aprŠs dim. fichiers secondaires 497908  
M,moire restante aprŠs dim. fichier principal 496532

AFC : Analyse des correspondances  
\*\*\*\*\*

Le phi-deux est de : 0.449096

Pr,cision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 4

Facteur 1

Valeur propre = 0.106974  
Pourcentage du total = 23.8

Facteur 2

Valeur propre = 0.083537  
Pourcentage du total = 18.6

Facteur 3

Valeur propre = 0.063495  
Pourcentage du total = 14.1

Facteur 4

Valeur propre = 0.062747  
Pourcentage du total = 14.0

Coordonn,es factorielles (F= ) et contributions pour le facteur (CPF)

Lignes du tableau

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	F=4	CPF	
ajud	480	57	-508	82	265	29	180	14	ajuda1
aju2	453	91	-178	18	-93	6	72	4	ajuda4
amil	55	1	386	38	-233	18	1036	362	amigo4
bom1	37	1	-181	17	-58	2	-150	15	bom1
bon1	65	1	400	51	56	1	-262	29	bondad4
bon2	-258	13	-34	0	-554	102	-364	45	bonito4
cir1	116	5	-65	2	109	7	-133	10	cirurg2
cui1	592	69	-16	0	264	23	108	4	cuida2
cui2	332	38	-166	12	106	7	20	0	cuida4
des1	-70	1	281	20	-112	4	-306	32	descon2
doen	-47	0	-256	17	227	17	-136	6	doença4
eu3	-144	8	138	10	-251	42	343	79	eu3
filh	-26	0	-602	229	-241	48	-79	5	filho1
for2	-75	3	106	7	-136	15	-276	64	força3
hos1	103	3	150	7	159	10	203	17	hospit4
imp3	228	13	498	78	189	15	-218	20	import4
mac2	-734	133	26	0	-628	164	184	14	macho3
med3	114	4	-241	22	235	28	-79	3	medo2
não1	3	0	-51	2	-89	7	15	0	não1
ope2	-40	0	46	1	-170	12	-234	23	operaç2
orga	138	8	566	183	142	15	-55	2	organ1
pai3	490	71	-174	11	221	24	111	6	pai3
plal	24	0	434	48	-66	1	-318	34	planej2
pre1	175	6	459	53	140	7	-237	19	presta4
pre3	-123	4	-55	1	-300	37	-277	32	preven2
resp	-840	140	-156	6	602	121	333	37	respei3
res3	89	4	230	34	-92	7	310	81	respon3
res4	-138	4	-199	10	-19	0	260	23	respon4
saud	-853	180	108	4	459	88	88	3	saude4
tra2	-131	7	-223	25	-78	4	34	1	trabal3
unia	-739	135	-204	13	571	136	-178	13	uniaol

\* \* \*1000\* \*1000\* \*1000\* \*1000\*

Modalit,s en colonne

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	F=4	CPF
0151	248	104	20	1	264	200	100	29
0152	-342	135	-68	7	-359	250	-143	40
0153	-99	3	173	10	-131	8	-19	0
0161	-117	25	301	214	-1	0	-154	75
0162	-141	10	-385	97	253	55	2	0
0163	406	117	-567	292	-126	19	243	71
0164	0	0	870	48	-762	48	2247	426
0171	-2478	304	-291	5	2158	388	323	9
0172	-149	29	-334	184	-81	14	-99	21
0173	300	143	244	121	25	2	-52	7
0174	-812	130	288	21	-217	16	976	322

\* \* \*1000\* \*1000\* \*1000\* \*1000\*

Fin normale du programme

**TRI-DEUX Version 2.2**

IMPOrtation des MOTs d'un fichier de questions ouvertes  
ou de mots associ,s ... un stimulus - janvier 1995  
Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V  
12 rue Cujas - 75005 PARIS  
Programme IMPMOT

Le fichier de sortie mots courts tri,s est m "nica.DAT  
et servira d'entr,e pour TABMOT

Le fichier de position en sortie sera m "nica.POS  
et servira d'entr,e pour TABMOT

Le fichier d'impression est m "nica.IMP  
Position de fin des caract,ristiques 3  
Nombre de lignes maximum par individu 2

Le stimulus est en fin de mot et sera report,  
en fin de caract,ristiques ... la position 4  
il sera laiss, en fin de mot

Nombre de lignes lues en entr,e 109  
Nombre de mots ,crits en sortie 465  
Nombre de mots de longueur sup,rieure ... 10 = 0  
seuls les 10 premiers sont ,t, imprim,s  
D,coupage en mots termin,  
Tri termin,

Les mots sont mis en 4 caractSres  
Impression de la liste des mots

adora3	ador	1 ajuda1	ajud	5 ajuda2	aju1	1 ajuda4	aju2	9
alivi2	aliv	1 alivio4	alil	1 amigo3	amig	1 amigo4	amil	4
amo3	amo3	1 amor1	amol	2 amor2	amo2	1 amor4	amo3	1
anjo4	anjo	1 antic2	anti	1 antico2	ant1	2 arroga3	arro	1
atenci3	aten	1 atenca2	atel	1 autori3	auto	2 auxili4	auxi	2
basel	base	1 benef2	bene	1 boa2	boa2	3 boa4	boal	1
bom1	bom1	6 bom2	bom1	2 bom3	bom2	3 bom4	bom3	3
bondad3	bond	1 bondad4	bon1	5 bonito4	bon2	4 branco4	bran	2
capaci4	capa	1 carat3	cara	1 carid4	car1	1 carinh1	car2	1
carism4	car3	1 casa1	casa	1 casamel	cas1	1 casame3	cas2	1
castra2	cas3	3 cautel2	caut	1 certez2	cert	2 chefe3	chef	1
cidade3	cida	1 cirurg1	ciru	1 cirurg2	cir1	7 cirurg4	cir2	2
compet1	comp	1 compet3	com1	1 comprom3	com2	1 concor1	conc	1
condut4	con1	1 conhec1	con2	1 conscl	con3	1 consull	con4	1
contri3	con5	1 control	con6	1 contro2	con7	2 corag3	cora	1
corage2	cor1	1 corret2	cor2	1 cortar2	cor3	1 corte2	cor4	1
cuidal	cuid	3 cuida2	cui1	4 cuida4	cui2	7 cuidad1	cui3	1
cuidad4	cui4	1 cuidar1	cui5	1 cumpli3	cump	1 curar4	cura	1
custol	cust	1 decis2	deci	1 dedic4	dedi	2 dedica3	ded1	1
depend1	depe	1 descon1	desc	2 descon2	des1	4 descui3	des2	1
desemp3	des3	1 desnec2	des4	1 determ4	dete	1 deus3	deus	2
difici3	difi	1 digno3	dign	1 dinheil	dinh	1 direit3	dire	1
discip3	disc	1 distan1	dis1	1 distan4	dis2	1 doenca4	doen	4
dom4	dom4	1 dor2	dor2	3 doutor4	dout	1 econom1	econ	1
educal	educ	2 educa4	edul	1 egoist3	egoi	1 ele3	ele3	1
emerge4	emer	1 empreg1	empr	1 empreg4	empl	1 esforç3	esfo	1

esposal	espo	1	essenc1	esse	1	estrul	estr	2	eu3	eu3	8
exempl4	exem	1	existi1	exis	1	faculd4	facu	1	famili1	fami	1
famili2	faml	1	famili3	fam2	2	faz1	faz1	2	fazer1	faz1	1
feliz1	feli	1	ferro3	ferr	1	filho1	filh	10	filho2	fill	2
foral	fora	1	fora3	for1	1	força3	for2	10	fragil3	frag	2
frio4	frio	1	futur1	futu	1	futuro1	fut1	1	gargan2	garg	1
gastol	gast	1	genero4	gene	1	gentil3	gen1	1	gostol	gost	1
grande3	gran	1	heroi3	hero	1	homem2	home	1	homem3	hom1	2
honest3	hone	2	hospit2	hosp	3	hospit4	hos1	5	humani4	huma	1
humild4	hum1	1	import1	impo	2	import2	imp1	1	import3	imp2	1
import4	imp3	5	impot2	imp4	1	incis2	inci	1	instru2	inst	1
inteli3	inte	1	intere2	intl	1	jamaiz2	jama	3	jesus3	jesu	3
legall	lega	2	legal2	leg1	1	liberd2	libe	1	louvav1	lou	1
machi2	mach	1	macho2	mac1	1	macho3	mac2	5	manut3	manu	1
medic4	medi	1	medico2	med1	2	medico4	med2	3	medo2	med3	6
medo4	med4	1	menin1	meni	1	mental2	men1	1	metod2	meto	1
mulher3	mulh	2	mulher4	mull	1	nao2	nao2	2	necess1	nece	1
necess2	necl	1	nenhum2	nenh	1	neutro2	neut	1	norma2	norm	1
novidal	novi	2	não1	não1	3	não2	não1	7	opera2	oper	1
operaç1	opel	1	operaç2	ope2	5	ordem2	orde	1	ordem3	ord1	1
organ1	orga	9	organ3	org1	1	orient1	orie	1	orient4	oril	1
pacifi3	paci	1	pai3	pai3	6	penis2	peni	1	pensal	pen1	1
pensa2	pen2	1	planej1	plan	2	planej2	plal	4	plano1	pla2	2
poder3	pode	1	posit2	posi	1	precis1	prec	1	presta4	prel	4
preven1	pre2	2	preven2	pre3	5	profis4	prof	3	projet1	prol	1
prote2	pro2	2	qualid2	qual	1	queria2	quer	1	rejeiç2	reje	1
rendal	rend	3	respei3	resp	4	respei4	res1	1	respon1	res2	3
respon3	res3	10	respon4	res4	4	sabedo2	sabe	1	sabedo3	sabl	1
sabedo4	sab2	1	safado3	safa	1	salut2	salu	1	salvad4	sall	2
santo4	sant	1	saude4	saud	5	segur1	segu	1	segural	segl	1
segura2	seg2	1	segura3	seg3	1	segura4	seg4	1	ser3	ser3	1
series3	ser1	1	serven4	ser2	1	sim1	sim1	1	sincer3	sinc	1
sofred3	sofr	1	soluça2	solu	1	sonho1	sonh	1	todos3	todo	1
traba3	trab	1	trabal1	tral	1	trabal3	tra2	8	trabal4	tra3	1
tranqu3	tra4	1	tudo3	tudo	2	uniaol	unia	5	uniaol3	unil	1
util4	util	1	verda4	verd	1	vidal	vida	1	vida2	vid1	1
voces4	voce	2	vontad2	vont	1	zeloso4	zelo	1			

Nombre de mots entr,s 465

Nombre de mots diff,rents 251

Impression des tris ... plat

Question 015 Position 15 Code-max. 3

Tot. 1 2 3

465 258 173 34

100 55.5 37.2 7.3

Question 016 Position 16 Code-max. 4

Tot. 1 2 3 4

465 278 69 106 12

100 59.8 14.8 22.8 2.6

Question 017 Position 17 Code-max. 4

Tot.	1	2	3	4
465	9	196	223	37
100	1.9	42.2	48.0	8.0

## APÊNDICE E – DICIONÁRIO DE PALAVRAS

### Estímulo 1: Planejamento Familiar

Amor	Amor	Esposa
Ajuda	Ajuda	Ajuda
Ajuda	Ajuda	Base
Bom	Bom	Bom
Bom	Bom	Bom
Consciência	Casamento	Casa
Concorda	Conhece	Cuidado
Cuidado	Cuidado	Cuidado
Controle	Carinho	Cirurgia
Competência	Custo	Consulta
Cuidar	Dinheiro	Depende
Desconhecido	Desconhecido	Distancia
Estrutura	Estrutura	Economizar
Emprego	Essencial	Existir
Educação	Educação	Filho
Filho	Filho	Filho
Filho	Filho	Filho
Filho	Filho	Filho
Gasto	Gasto	Faz
Faz	Futuro	Família
Fazer	Feliz	Fora
Importante	Importante	Legal
Legal	Menino	Novidade
Novidade	Não	Não
Não	Necessário	Organização
Organização	Organização	Organização
Organização	Organização	Organização
Organização	Organização	Orientação
Operação	Plano	Plano
Preciso	Prevenção	Prevenção
Planejamento	Planejamento	Pensa
Projeto	Renda	Renda
Renda	Responsabilidade	Responsabilidade
Responsabilidade	Sonho	Sim
Segurança	Segurança	Trabalho
União	União	União
União	União	Vida
Louvável	Casamento	

## Estímulo 2: Vasectomia

Atenção	Anticoncepcional	Anticoncepcional
Anticoncepcional	Amor	Cirurgia
Ajuda	Alívio	Boa
Boa	Boa	Bom
Bom	Benefício	Cirurgia
Cirurgia	Cirurgia	Cirurgia
Cirurgia	Cirurgia	Cortar
Coragem	Cuidado	Cuidado
Cuidado	Cuidado	Correto
Certeza	Certeza	Controle
Cautela	Corte	Castração
Dor	Dor	Dor
Desconheço	Desconheço	Desconheço
Desconheço	Decisão	Desnecessário
Esposa	Família	Filho
Filho	Garganta	Hospital
Hospital	Hospital	Homem
Interessante	Impotência	Incisão
Instrução	Importante	Jamais
Jamais	Jamais	Liberdade
Legal	Medo	Medo
Medo	Medico	Medico
Machismo	Machismo	Mentalidade
Método	Necessário	Normal
Neutro	Nenhum	Ordem
Planejar	Planejar	Planejar
Planejar	Proteção	Proteção
Penis	Positivo	Pensa
Querida	Qualidade	Rejeição
Segurança	Sabedoria	Salutar
Solução	Vontade	Vida
Castração	Castração	Medo
Medo	Medo	Operação
Prevenção	Prevenção	Prevenção
Prevenção	Prevenção	Operação
Operação	Operação	Operação
Operação	Não	Não
Não	Não	Não
Não	Não	Não
Não		

### Estímulo 3: Homem

Autoritário	Autoritário	Amigo
Amoroso	Arrogante	Atencioso
Adorável	Bom	Bom
Bom	Bondade	Caráter
Competência	Casamento	Coragem
Chefe	Cidadão	Contribuição
Cumplicidade	Compromisso	Dedicação
Deus	Deus	Desempenho
Digno	Descuidado	Disciplinador
Difícil	Direito	Esforço
Manter	Eu	Eu
Eu	Eu	Eu
Eu	Eu	Ele
Eu	Respeitador	Força
Egoísta	Força	Força
Força	Força	Força
Força	Força	Força
Família	Família	Forte
Frágil	Frágil	Ferro
Respeitador	Fora	Grande
Gentil	Homem	Homem
Herói	Honesto	Honesto
Importante	Inteligente	Jesus
Jesus	Jesus	Mulherengo
Mulherengo	Macho	Macho
Macho	Macho	Machismo
Respeitador	Ordem	Organização
Pai	Pai	Pai
Pai	Pai	Pai
Pacífico	Poder	Responsabilidade
Responsabilidade	Responsabilidade	Responsabilidade
Responsabilidade	Responsabilidade	Responsabilidade
Responsabilidade	Responsabilidade	Responsabilidade
Respeitador	Sabedoria	Safado
Sincero	Seriedade	Segurança
Ser	Sofredor	Tudo
Todos	Tranquilidade	Trabalhador
Trabalhador	Trabalhador	Trabalhador
Trabalhador	Trabalhador	Trabalhador
Trabalhador	Trabalhador	Tudo
União		

### Estímulo 4: Enfermeiro

Ajuda	Ajuda	Ajuda
Ajuda	Ajuda	Ajuda
Ajuda	Ajuda	Ajuda
Amigo	Amigo	Amigo
Auxilio	Auxilio	Anjo
Amigo	Alivio	Amor
Branco	Bondade	Bondade
Bondade	Bondade	Bondade
Bom	Bom	Bom
Bonito	Bonito	Bonito
Branco	Bonito	Boa
Cirurgia	Cirurgia	Cuidador
Cuidador	Cuidador	Cuidador
Cuidado	Cuidado	Cuidado
Cuidado	Capacidade	Curar
Conduta	Caridade	Carismático
Doença	Determinado	Doente
Dedicação	Dedicação	Distante
Doença	Doutor	Doença
Dom	Emergência	Emprego
Educado	Exemplo	Faculdade
Generoso	Hospital	Hospital
Hospital	Hospital	Hospital
Humilde	Humanidade	Importante
Importante	Importante	Importante
Importante	Medo	Mulher
Medico	Medico	Medico
Medico	Orientação	Salvador
Profissão	Profissão	Prestativo
Prestativo	Prestativo	Prestativo
Responsabilidade	Responsabilidade	Responsabilidade
Responsabilidade	Respeitador	Sabedoria
Salvador	Saúde	Segurança
Saúde	Saúde	Saúde
Saúde	Santo	Serventia
Trabalhador	Útil	Verdadeiro
Vocês	Vocês	Zeloso
Frio	Profissão	

APÊNDICE F – FREQUÊNCIA DE APARECIMENTO DOS ESTÍMULOS

Quadro 1. Frequência de aparecimento dos estímulos Planejamento Familiar, Vasectomia, Homem e Enfermeiro. Fortaleza-CE, 2009.

PLANEJAMENTO FAMILIAR	Nº	VASECTOMIA	Nº	HOMEM	Nº	ENFERMEIRO	Nº
Filhos	10	Não	09	Responsabilidade	10	Ajuda	09
Organização	09	Cirurgia	07	Trabalhador	09	Bondade	05
Bom	06	Operação	06	Força	08	Importante	05
União	05	Medo	06	Eu	08	Hospital	05
Ajuda	05	Prevenção	05	pai	06	Saúde	05
Cuidado	04	Cuidado	04	Macho	04	Cuidado	04
Renda	03	Planejar	04	respeitador	04	Responsabilidade	04
Não	03	Desconhecido	04	Jesus	03	Cuidador	04
Responsabilidade	03	Anticoncepcional	03	Bom	03	Bonito	04
Prevenção	02	Jamais	03	Deus	02	Prestativo	04
Desconhecido	02	Castração	03	Família	02	Médico	04
Importante	02	Hospital	03	Frágil	02	Amigo	04
Estrutura	02	boa	03	autoritário	02	Bom	03
Segurança	02	dor	03	Tudo	02	Doença	03
Educação	02	Proteção	02	Honesto	02	Auxilio	02
Faz	02	Médico	02	Homem	02	Cirurgia	02
Amor	02	Bom	02	mulherengo	02	Dedicação	02
Novidade	02	Machismo	02	Casamento	01	Vocês	02
Planejamento	02	Filho	02	Cumplicidade	01	Profissão	03
Orientação	01	Certeza	02	Adorável	01	Branco	02
Gasto	02	Positivo	01	Competência	01	Humanidade	01
Legal	02	Vontade	01	Digno	01	Serventia	01
Plano	02	Amor	01	Sofredor	01	Medo	01
Casamento	02	Controle	01	Descuidado	01	Determinado	01
Projeto	01	Pênis	01	Importante	01	Conduta	01
Economizar	01	Mentalidade	01	Tranquilidade	01	Orientação	01
Sim	01	Legal	01	Segurança	01	Amor	01
Família	01	Neutro	01	Organização	01	Mulher	01
Base	01	Benefício	01	Ordem	01	Carismático	01
Feliz	01	Homem	01	Safado	01	Trabalhador	01
Sonho	01	Normal	01	Contribuição	01	Dom	01
Carinho	01	Correto	01	Gentil	01	Exemplo	01
Consulta	01	Liberdade	01	Atencioso	01	Salvador	01
Preciso	01	Interessante	01	Arrogância	01	Caridade	01
Competência	01	Cortar	01	Amor	01	Zeloso	01
Cirurgia	01	Pensa	01	Cidadão	01	Anjo	01
Vida	01	queria	01	Manter	01	Segurança	01
Existir	01	Família	01	Desempenho	01	Faculdade	01
Distancia	01	Esposa	01	Pacifico	01	Distante	01
Controle	01	Coragem	01	Difícil	01	Salvador	01
Cuidar	01	Atenção	01	Ser	01	Sabedoria	01
Emprego	01	Cautela	01	Inteligente	01	Santo	01
Depende	01	Alívio	01	Egoísta	01	Emergência	01
Concorda	01	Garganta	01	Herói	01	Capacidade	01

Pensa	01	Sabedoria	01	Amigo	01	Útil	01
Conhece	01	Importante	01	Dedicação	01	Educado	01
Trabalho	01	Rejeição	01	forte	01	Emprego	01
Essencial	01	Impotência	01	Sabedoria	01	Generoso	01
Fora	01	Desnecessário	01	Coragem	01	alívio	01
Custo	01	Decisão	01	Caráter	01	Boa	01
Operação	01	Necessário	01	Esforço	01	Respeitador	01
Consciencia	01	Ajuda	01	Grande	01	Curar	01
Menino	01	Ordem	01	União	01	Humilde	01
Necessário	01	Solução	01	Ele	01	Verdadeiro	01
Dinheiro	01	Segurança	01	direito	01	Doutor	01
Fazer	01	Qualidade	01	machismo	01	Doente	01
Esposa	01	Vida	01	seriedade	01	Frio	01
Louvável	01	Corte	01	chefe	01		
Futuro	01	Incisão	01	ferro	01		
Casa	01	Nenhum	01	disciplinador	01		
		Instrução	01	todos	01		
		Salutar	01	força	01		
		Método	01	fora	01		
				bondade	01		
				poder	01		
				compromisso	01		
				Sincero	01		

## **ANEXOS**

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE REVISÃO GRAMATICAL E ORTOGRÁFICA

**D E C L A R A Ç Ã O**

Declaramos para os devidos fins que a dissertação intitulada **Representações sociais de homens sobre a decisão contraceptiva** foi submetida à revisão dos fundamentos gramaticais, além da revisão da norma padrão da língua e dos aspectos textuais: coesão e coerência.

Fortaleza, 03 de abril de 2010.



Prof<sup>a</sup>. Luana Monteiro do Nascimento  
Graduada em Letras pela Universidade Federal do Ceará (UFC).  
Especialista em linguística aplicada ao ensino da língua materna  
(UFC).