

Vasectomia no sistema público de saúde: Características dos candidatos e variáveis associadas

Vasectomy in the public health system: Characteristics of candidates and associated variables

Fábio Castilho Navarro¹, Fábio Firmbach Pasqualotto², Edson Borges Jr³

¹ Urologista, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia e pós-graduado lato-sensu pelo Instituto Sapientiae - Centro de Estudo e Pesquisa em Reprodução Humana Assistida.

² Universidade de Caxias do Sul, RS, Brasil, Pesquisador do CNPq, Diretor da CONCEPTION, Centro de Reprodução Humana, Caxias, RS, Pesquisador Colaborador do The Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, EUA

³ Fertility - Centro de Fertilização Assistida e Instituto Sapientiae - Ensino e Pesquisa em Reprodução Assistida. Doutor em Urologia pela Universidade Estadual de São Paulo. Doutor em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia pela Faculdade de Medicina de Botucatu

Trabalho executado no Hospital Municipal de Araçatuba "Hospital da Mulher" - Araçatuba - SP
Apoiado pela Prefeitura Municipal de Araçatuba-SP

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Associação Instituto *Sapientiae* - Centro de Estudo e Pesquisa para obtenção do título de Especialista em Reprodução Humana Assistida - Módulo Clínico.

RESUMO

Objetivo: Este estudo objetivou caracterizar os pacientes submetidos à vasectomia no sistema público de saúde de Araçatuba-SP e estudar as variáveis associadas.

Métodos: Foram pesquisados 300 prontuários de pacientes vasectomizados e contatados por telefone para avaliação de diversas características. As variáveis verificadas para o estudo foram: idade, estado marital, escolaridade, religião, renda mensal familiar e per capita, número de filhos vivos, motivo da procura pelo método, o uso de contraceptivos, qualidade do relacionamento conjugal, tempo de decisão (data de intenção até a realização do procedimento) e a causa da não realização do procedimento. Os dados foram agrupados para análise dos resultados.

Resultados: A idade dos homens variou de 23 a 65 anos (média de 36,86 anos) e média de filhos vivos de 2,56. A renda familiar média mensal era de R\$ 1079,15, com renda per capita média de R\$ 249,07. A anticoncepção do casal antes do procedimento ficava por conta da mulher que utilizava de medicação anti-concepcional oral (84%). O índice de complicações com o método girou em torno de 6,04%, sendo a maior complicação a deiscência (77,7% dos casos de complicações), sendo estes principalmente nos 100 primeiros casos.

Conclusão: A vasectomia é um método contraceptivo bastante eficaz, com baixo índice de complicações e baixo custo, devendo ser estimulado pelo sistema público de saúde como forma de política de planejamento familiar. Palavras-chave: Vasectomia, anticoncepção, esterilização reprodutiva, planejamento familiar

ABSTRACT

Objective: This study aimed to characterize candidates undergo vasectomy in the public health system, Araçatuba-SP and to study related variables.

Methods: We surveyed 300 medical patients and vasectomized contacted by telephone to assess several characteristics. The variables analyzed for the study were age, marital status, education, religion, monthly family

income and per capita, number of living children, reason for seeking treatment method, contraceptive use, marital relationship quality, decision time (date of intent to perform the procedure) and not because of the procedure. Data were pooled for the analysis of results.

Results: The age of the candidates ranged from 23 to 65 years (mean 36.86 years) and average 2.56 living sons. The average monthly family income was R\$ 1.079,15, with average per capita income of R\$ 249,07. The couple's contraception before the procedure was on account of the woman who used oral anti-conception (84%). The complication rate with the method was around 6.04%, the biggest complication was dehiscence (77.7% of cases of complications), these being mainly during the first 100 cases.

Conclusion: Vasectomy is a very effective contraceptive method, with low complication rate and low cost, should be encouraged by the public health system as a means of family planning policy.

Keywords: vasectomy, contraception, reproductive sterilization, family planning

INTRODUÇÃO

O planejamento familiar, o controle da natalidade e o acesso aos métodos contraceptivos são um grande problema de saúde pública (Trollip, 2009; Eisenberg, 2009). A vasectomia é um dos mais simples e efetivos métodos de esterilização cirúrgica e vem sendo há mais de um século (Chen, 2004). Apresenta baixo custo, rápida recuperação quando comparada a laqueadura tubária feminina, porém alguns homens associam a castração, disfunção erétil, além do medo do procedimento (Li, 1991; Liu, 1993; Lara, 1997).

Em março de 2008 foi iniciado um programa de controle de natalidade na cidade de Araçatuba-SP, até então inédito, ofertando o procedimento através do SUS (Sistema Único de Saúde), com incentivo do Governo Federal (Portaria 1945/2009) e da Prefeitura Municipal de Araçatuba, em conformidade com a Lei do Planejamento Familiar No. 9263, proporcionando acesso aos homens com

menor poder aquisitivo para o procedimento. Embora esteja claro na Constituição Federal de 1988 que o Estado deva ofertar a possibilidade do indivíduo de decidir pelo Controle de Natalidade (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988), são poucos os municípios ou serviços que a oferecem gratuitamente; talvez por falta de estímulo governamental ou remuneração inadequada (Vieira, 2001).

Devido à possibilidade de arrependimento do paciente, o que ocorre entre 11% e 15% (Minella, 1998; Vieira, 1997), a oferta de procedimentos gratuitos pode aumentar essas taxas; daí então a conscientização da vasectomia, já que a reversão apesar de plausível, é onerosa, difícil e com resultados ao redor de 50% (Robb, 2009). Considerando a resolução CFM No. 1901/2009, publicado no DOU de 21 de Julho de 2009, Seção I, p 96, que estabelece normas éticas para esterilização masculina, é importante transcrever o art 4º:

Art 4º. O médico que se propõe a realizar procedimento de esterilização masculina deve estar habilitado para proceder a sua reversão.

Portanto, deve ser realizado por urologista capaz de reverter o procedimento, ou seja, que seja qualificado para tanto. Acontece que muitos pacientes procuram os consultórios médicos de especialistas para realização do procedimento, portanto tendo que arcar com os seus custos.

Mesmo no caso de mulheres que gostariam de se submeter à laqueadura, o que ocorre e que frequentemente estas têm que pagar (Vieira, 1995) ou devem favores políticos (Caetano, 2000), seja numa cirurgia eletiva ou no momento de uma cesárea.

Este estudo objetivou caracterizar os homens submetidos a vasectomia no sistema público de saúde de Araçatuba-SP e estudar as variáveis associadas.

MATERIAL E MÉTODOS

Os pacientes interessados na inclusão do programa de esterilização cirúrgica procuravam uma UBS (Unidade Básica de Saúde) e passavam por avaliação com urologista para saber se o indivíduo se encaixava nos critérios da Lei do Planejamento Familiar e, caso afirmativo, era encaminhado para psicólogo e assistente social, no intuito de se efetuar o desencorajamento da esterilização precoce. Caso o paciente desejasse realmente a realização do procedimento, após 60 (sessenta) dias da indicação, entrava em uma lista única e era submetido a vasectomia.

Os procedimentos foram todos realizados no Hospital Municipal de Araçatuba no período de Março de 2008 a Março de 2010.

As variáveis verificadas para o estudo foram: idade, estado marital, escolaridade, religião, renda mensal familiar e per capita, número de filhos vivos, motivo da procura pelo método, o uso de contraceptivos, qualidade do relacionamento conjugal, tempo de decisão (data de intenção até a realização do procedimento) e a causa da não realização do procedimento.

Além disso, foram avaliados tempo cirúrgico, complicações pós-operatórias, uso ou não de medicação no pós-operatório, arrependimento e grau de satisfação com o procedimento.

Os pacientes eram submetidos à **cirurgia ambulatorial** e recebiam atestado por um período de 03 (três) dias de repouso (CID – Z30.2) e eram orientados aos cuidados de higiene local, bem como colocação de gelo local por 20 (vinte) minutos de 8/8 horas no período de repouso. Eram prescritos antibiótico (cefalexina) e anti-inflamatório (diclofenaco) por um período de 07 (sete) dias, sendo retirados na UBS gratuitamente, devido ao risco de

infecção aumentada pelo baixo nível sócio-econômico e a dificuldade de higiene local.

Além disso, um pedido de espermograma era fornecido para ser realizado 60(sessenta) dias após o procedimento, tendo no mínimo 12 (doze) ejaculações. O espermograma de controle era trazido ao hospital, sendo que quando demonstrava azoospermia, o paciente era liberado para relação sexual sem métodos anticoncepcionais.

Todos os pacientes foram submetidos à **cirurgia ambulatorial** pelo mesmo cirurgião e reavaliados 07 (sete) dias após o procedimento. Aqueles que não retornavam eram automaticamente excluídos do estudo.

Os pacientes foram informados pelo cirurgião sobre os riscos, dificuldade da reversão e da esterilização permanentemente. Assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e Registro de Expressa Manifestação de vontade.

Técnica Operatória

Realizado isolamento do ducto deferente com a técnica dos três dedos, procedia a bloqueio local com lidocaína 2%, com volume de 3 ml e abertura da pele e fâscias com bisturi lamina 15. Utilizava-se uma pinça de apreensão de deferente e o mesmo era dissecado com pinça de Kelly curva.

Quando totalmente isolado o ducto era seccionado com bisturi. Os cotos deferenciais eram ligados com fio inabsorvível (nylon 3.0). Após revisão da hemostasia, a pele era fechada com catgut 3.0 simples. Procedimento semelhante era realizado no ducto deferente contra-lateral e finalizado com curativo com micropore.

Avaliação per-operatória

O tempo foi contado a partir do bloqueio anestésico até o curativo. O tamanho da incisão foi em média menor que 1 cm e em muitas vezes puntiforme, sendo suturadas. Em nenhum paciente foi necessária a ampliação da incisão.

Avaliação pós-operatória

A avaliação pós-operatória foi realizada após sete dias do procedimento no Hospital Municipal de Araçatuba, sendo avaliados presença de hematoma, infecção, orquiepididimites, dor e/ou incômodo e deiscência. Foram avaliados uso de analgésicos e tempo de repouso. Os pacientes que não retornaram em sete dias foram excluídos do estudo. Os pacientes foram orientados a não realizar o exame antes de pelo menos 60 (sessenta) dias e no mínimo 12 ejaculações.

Os dados foram coletados em Julho de 2010 pelo pesquisador através de questionário realizado via telefone e levantamento dos prontuários dos pacientes pela enfermeira (anexo 1). Os pacientes tinham em média 480 dias de operados (123-832 dias).

Os pacientes que apresentaram espermograma positivo (presença de espermatozoides vivos) foram submetidos à nova análise seminal e os que permaneceram férteis na segunda amostra foram submetidos à nova vasectomia. A causa da falha não foi avaliada.

RESULTADOS

Dos 300 pacientes avaliados, em 2 (0,6%) não foi possível realizar o procedimento, um por apresentar escroto plano e obesidade e em outro por apresentar criptorquidia unilateral (inguinal alta), sendo, portanto, excluídos do estudo devido às dificuldades técnicas. Duzentos e noventa e oito pacientes foram avaliados.

Características gerais

A idade dos homens variou de 23 a 65 anos, sendo a idade média 36,86 anos; 72,66% eram casados, 24,66% viviam em união consensual e o 2,68% eram solteiros. Quanto ao número de casamento/relacionamento estável, 88% estavam no 1º, 10% no 2º, e 2% no 3º relacionamento / casamento. Em relação à escolaridade, 69,66% tinham o primeiro grau, 27% o segundo grau completo.

Nenhum paciente estava cursando ou já tinha terminado o grau superior. A renda familiar média mensal calculada foi de R\$ 1079,15, sendo a mínima de R\$ 430,00 e a máxima R\$ 3.500,00 mensais. A renda familiar *per capita* média mensal calculada foi de R\$ 249,07, sendo a mínima R\$ 85,00 e a máxima, R\$ 1183,00. O número médio de filhos vivos foi 2,56, variando de 1 a 6. Em relação à religião, a maioria (70%) identificou-se como católica.

Contraceção

O uso anterior de anticoncepcional oral pela esposa foi relatado por 84% dos homens e 13% referiram o uso do preservativo masculino. Dos homens restantes, 2% utilizavam anticoncepcional injetável e 1% coito interrompido.

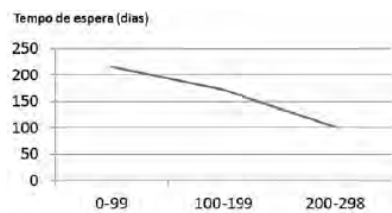
Motivo da procura do método cirúrgico

Dos homens que procuraram os métodos cirúrgicos, 93% o fizeram por estarem satisfeitos com o número de filhos que tinham; 6% pelas esposas terem problemas de saúde; 1% revelou não querer mais filhos por dificuldades financeiras. Todos os casais candidatos referiram ter bom relacionamento conjugal.

Aconselhamento

O tempo médio entre a intenção e a realização do procedimento foi 148,04 dias. Excluindo-se este, o tempo mais curto entre a manifestação da vontade e o procedimento foi 61 dias, e o mais longo, 421 dias. Todos os pacientes passaram com o assistente social e o psicólogo antes da realização do procedimento. O tempo médio vem apresentando queda, sendo de 81 dias nos últimos 50 casos, como demonstrado no **Gráfico 1**.

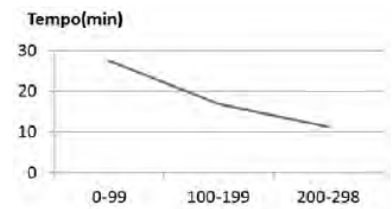
GRÁFICO 1 – Tempo médio de espera entre o aconselhamento (dias) e a realização do procedimento (No. de casos).



Procedimentos realizados

O tempo cirúrgico médio nos 298 casos foi de 13,8 minutos (7-42), porém tem apresentado queda, como demonstrado no **Gráfico 2**.

GRÁFICO 2 – Avaliação do tempo cirúrgico da vasectomia (minutos) pelo número de casos.



Apenas 12 pacientes (4%) referiram dor ou desconforto no pós-operatório. O índice de complicações foi de 6,04%; destes 77,7% era deiscência, 11,15% hematoma

e 11,15% infecção local; nenhum paciente necessitou de intervenção cirúrgica para correção de complicações. 72,3% das complicações ocorreram nos primeiros 100 casos, vindo a apresentar decréscimo. Noventa e sete por cento dos pacientes utilizaram a medicação prescrita no pós-operatório. O grau de satisfação foi de 29% muito contente, 71% contente, 1 paciente insatisfeito e nenhum desapontado. Nenhum paciente se arrependeu do procedimento.

Espermograma pós-operatório

Quarenta e nove por cento dos pacientes não fizeram o espermograma de controle, sendo orientados a fazê-lo e fornecido novo pedido. Destes, apenas 3% retornaram com o espermograma para reavaliação. O índice de falha do procedimento foi de 0,78%, sendo todos estes pacientes reoperados com sucesso. Houve 1 caso com gestação que o paciente não fez o espermograma de controle;

Associações entre variáveis

As variáveis: idade, escolaridade, estado marital, renda *per capita*, número de filhos, religião, histórico de aborto e qualidade do relacionamento foram selecionadas como possíveis fatores de influência na decisão do casal para a escolha do método cirúrgico.

• Idade

Apenas três homens abaixo de 25 anos foram esterilizados, por apresentar número adequado de filhos (2), em conformidade com a lei; 45,63% dos homens tinham até 35 anos (sendo 5,88% destes com até 25 anos), 26,47% de 26 a 30 anos e os demais entre 31 e 35 anos.

• Idade X número de filhos

A média de idade dos pacientes com 1 filho submetidos a vasectomia foi de 40,86 anos (28-49 anos) – total de 24 pacientes; a com 4 filhos 41,23 anos – total de 22 pacientes; a com 5 filhos 39,8 anos – 9 pacientes e a com 6 filhos 36,8 anos – 2 pacientes. Os pacientes com 2 e 3 filhos tinham idade semelhante a média geral.

• Tempo da cirurgia até a realização do espermograma
Onze pacientes fizeram o espermograma antes de ao menos 12 ejaculações e 60 dias, todos demonstrando azoospermia, sendo 1 com 45 dias, 1 com 37 dias e 1 com 27 dias e 8 homens após 50 dias.

• Número de filhos X renda familiar e per capita

Os pacientes com 1 filho totalizavam 24 casos, com 4 filhos 22 casos, com 5 filhos 9 casos e com 6 filhos 2 casos. A renda familiar média mensal calculada foi, subsequentemente, de R\$ 1287,50, R\$ 997,72, R\$ 1037,77 e R\$ 1075,00. A renda familiar *per capita* média mensal calculada foi, subsequentemente, de R\$ 429,16, R\$ 166,28, R\$ 148,25 e R\$ 134,37.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que a maioria dos homens a esterilização são casais estáveis, de baixa renda e escolaridade, que apresentaram como motivos principais para encerrar a carreira reprodutiva a satisfação com o número de filhos e problemas de saúde. A maioria já havia tentado limitar a prole fazendo uso de métodos anticoncepcionais reversíveis. A oferta de métodos cirúrgicos veio atender ao direito constitucional de limitar o número de filhos, contemplando os indivíduos que têm problemas para tê-los, ou não querem mais reproduzir, bem como aqueles que não poderiam pagar para ter acesso ao procedimento. Apesar disso, a vasectomia é pouco frequente no Brasil: apenas 2,6% dos homens se submetem à cirurgia (Vieira, 2002).

A mulher é a principal responsável pela anticoncepção no casal, através do uso de anticoncepcional oral, talvez pela maior facilidade de obtenção dos medicamentos de

forma gratuita em Unidade Básica de Saúde ou pelo baixo custo. Pesquisas recentes tentam descobrir uma droga anticoncepcional masculina (pílula masculina), tentando dessa forma minimizar a chance de procedimento cirúrgico no homem (Page, 2008), já que 3 a 5% dos homens com vasectomia, eventualmente, vão solicitar a reversão, geralmente devido a um novo casamento (Awsare, 2005; Schwingl, 2000). Reversão de Vasectomia, ou vasovasotomia, tem o potencial para restaurar a fertilidade, no entanto, as taxas de gravidez variam de 30-60% (Myers, 1997). Os fatores relacionados incluem a técnica microcirúrgica utilizada e o intervalo de tempo entre a vasectomia e a cirurgia de reversão (Myers, 1997). De fato, 20-40% de todos os casais permanecem inférteis após a reversão da vasectomia, apesar de restaurada a permeabilidade dos vasos (como documentado por técnicas de imagem), possivelmente devido a presença de anticorpos anti-espermatozoide (Kay, 1993). Em resumo, por essas razões, a vasectomia não pode ser considerada realmente um método reversível de contracepção masculina, sendo mais apropriado para os homens que não querem mais ter filhos.

O aconselhamento oferecido é uma forma de desestimular o paciente da realização do procedimento, como previsto na Lei n. 9263, porém todos os pacientes que procuraram o serviço de psicologia e assistência social estavam seguros da realização do mesmo, não havendo desistência. O tempo de espera que era em média de 148 dias vem caindo progressivamente (atualmente é de 81 dias), o que denota eficiência do processo, mesmo se tratando de serviço público e com grande volume. Estudos recentes na região de Campinas demonstram que o acesso ao serviço público de saúde para realização de vasectomia vem melhorando, apresentando diminuição do tempo de espera (no máximo de 6 meses) (Carvalho, 2007; Marchi, 2010).

A taxa de complicações da vasectomia no estudo é similar aos outros (6,04%) (Adams, 2009), sendo a deiscência parcial a maior dela (mais de 70%), devido ao fio utilizado ser absorvível, sendo que a maior parte dos casos ocorreu nos 100 primeiros procedimentos, devido ao melhor aprendizado no decorrer do tempo. A segurança do procedimento favorece o seu emprego em larga escala, não havendo complicações graves que necessitem intervenção, sendo altamente eficaz, com taxa de falha menor que 1% (Awsare, 2005). A vasectomia parece ser segura em relação à saúde do sexo masculino em geral, não correlacionando com risco de doença cardiovascular ou câncer de próstata (Adams, 2009; Awsare, 2005). As dificuldades para a vasectomia são ocasionalmente um atraso no início da azoospermia de até vários meses e a falta completa de reversibilidade. A dor aguda, perda de sangue e infecções de sítio cirúrgico são muito raras, bem como a orquialgia crônica (Page, 2008; Awsare, 2005; Schwingl, 2000). A maior parte dos pacientes conseguiu retornar às suas atividades em menos de uma semana, sendo o retorno à atividade sexual no mesmo período.

No momento da coleta dos dados do prontuário e via entrevista por telefone, havia uma média de 480 dias de pós-operatório, sendo que nenhum paciente se arrependeu do procedimento. Porém o homem que deseja a restauração da fertilidade após a vasectomia tem duas principais opções de tratamento: a reversão ou a extração de esperma, com posterior fertilização in vitro com injeção intracitoplasmática de espermatozoide (Pasqualotto, 2004). Os resultados de ambos são variados porque existem muitos fatores que alteram a chance de sucesso (Nagler, 2009), o que provoca maior preocupação das autoridades públicas na aplicação da lei para seleção dos

pacientes, pois o aumento do acesso ao método pode provocar um maior número de arrependimentos, obrigando o sistema público de saúde a absorvê-los.

Nesta era de consciência de custos e contenção, é imperativo analisar não apenas os resultados do tratamento, mas também o custo destes tratamentos. Com a melhoria no resultado da fertilização in vitro e desenvolvimento contínuo de métodos menos invasivos de recuperação de espermatozoides, os médicos e os casais devem examinar todas as opções disponíveis após a esterilização cirúrgica. A reversão da vasectomia continua a ser o padrão ouro de tratamento, no entanto, algumas situações podem estar presentes nos quais a aquisição de espermatozoides / fertilização in vitro pode ser uma opção melhor (Robb, 2009; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2008). A responsabilidade do médico é apresentar todas as opções com os prós e contras de cada um, incluindo o custo, para ajudar a chegar a uma decisão informada. De acordo com esse estudo, 45,63% dos pacientes tinham até 35 anos, sendo 5,88% abaixo de 25 anos e 24 pacientes (6,03%) tinham apenas 1 filho, o que pode levar a arrependimento, já que quanto menor a idade e menor o número de filhos, maior a chance de ocorrer.

Apenas 1 paciente relatou filho após vasectomia, porém este não realizou espermograma de controle, não podendo inferir se houve falha ou reversão espontânea no caso. A falha ocorre quando feita a cirurgia e não há azoospermia no espermograma de controle e a reversão espontânea, quando há azoospermia e o espermograma volta a apresentar espermatozoides depois de algum tempo, sendo a chance em torno de 0,2% (Lucon, 2006). Talvez um período de observação maior possa denotar um maior número de reversão no estudo.

Chama a atenção o descaso dos pacientes em relação a certeza do resultado da azoospermia no espermograma, já que pouco mais da metade (51%) dos pacientes o fizeram. Isso mesmo após orientar, reforçar a necessidade e a importância do exame e fornecer o pedido para exame de realização gratuita. Não foi possível determinar a causa da não realização do procedimento, já que todas as variáveis analisadas não apresentaram diferença estatisticamente significativa. Basta apenas reforçar a orientação junto a psicólogo e assistente social da importância. Daqueles que colheram, em 3 pacientes foram notados azoospermia com menos de 50 dias, sendo evidente que não há parâmetro fidedigno até o momento quando se compara tempo e número de ejaculações para a obtenção de ausência de espermatozoides no ejaculado, com alguns estudos sugerindo métodos de obtenção mais precoce (Singh, 2010). Evidentemente, são necessários estudos adicionais.

Programas de planejamento familiar com esterilização voluntária em larga escala no Brasil devem ser discutidos, apesar da forte oposição da Igreja Católica e do preconceito do brasileiro em relação ao efeito da vasectomia sobre a função sexual e virilidade. A vasectomia apresenta baixo custo, segurança e deve ser utilizada como forma de planejamento familiar e controle de natalidade.

AGRADECIMENTOS

A Andresa Pace, pelo esforço e empenho no levantamento de dados.

Endereço para correspondência:

Fabio Castilho Navarro
Av da Saudade, 999 – AP 52 – CEP 16020-070
Fone/Fax (18) 3621-4500 – Araçatuba - SP
e-mail: Fabio_navarro@uol.com.br

Referências Bibliográficas

- Adams CE, Wald M. Risks and complications of vasectomy. *Urol Clin North Am.* 2009 Aug;36(3):331-6.
- Alderman PM, Morrison GE. Standard incision or no-scalpel vasectomy? *J Fam Pract.* 1999; 48(9):719-21.
- Alyea EP. Vaso-ligation a preventive of epididymitis before and after prostatectomy. *J Urol.* 1928; 19:65-80.
- Awsare NS, Krishnan J, Boustead GB, Hanbury DC, McNicholas TA. Complications of vasectomy. *Ann R Coll Surg Engl.* 2005; 87:406-410.
- Brasil, Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*: 7º parágrafo do artigo 126. Disponível em <http://www.providafamilia.org.br>.
- Caetano AJ. Sterilization for votes in the Brazilian Northeast: the case of Pernambuco [PhD Thesis]. Austin: University of Texas; 2000.
- Carvalho LEC. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, antes e após a sua regulamentação. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:63-69.
- Chen K. A novel instrument-independent no-scalpel vasectomy - a comparative study against standard instrument-dependent no-scalpel vasectomy. *Int. J. Androl.* 2004; 27:222-27.
- Drake MJ, Mills IW, Cranston D. On the chequered history of vasectomy. *BJU Int.* 1999; 84(4):475-81.
- Eisenberg ML, Henderson JT, Amory JK, Smith JF, Walsh TJ. Racial differences in vasectomy utilization in the United States: data from the national survey of family growth. *Urology.* 2009 Nov;74(5):1020-4. Epub 2009 Sep 20.
- Kay DJ, Clifton V, Taylor JS, Boettcher B. Anti-sperm antibodies and semen profiles in re-anastomosed men. *Reprod Fertil Dev.* 1993; 5:135-139.
- Lara SA, Barrera JLG, Ono AH, Alcazar OM, Perez JE. no-scalpel vasectomy: review of the first 1,000 cases in a Family Medicine Unit. *Arch. Med. Res.* 1997; 28(4):517-22.
- Li SQ, Goldstein M, Zhu J, Huber D. The no-scalpel vasectomy. *J. Urol.* 1991; 145:341-4.
- Liu X, Li S. Vasa sterilization in China. *Contraception.* 1993; 48:255-65.
- Lucon AM, Pasqualotto FF, Schneider-Monteiro ED, Saldanha LB, Danilovic A, Danilovic A. Spontaneous recanalization after vasectomy. *ScientificWorldJournal.* 2006; Mar 7;6:2366-9.
- Marchi NM, de Alvarenga AT, Osis MJ, de Aguiar Godoy HM, Simões E, Silva Domeni MF, Bahamondes L. *Int Nurs Rev.* 2010 Jun;57(2):254-9.
- Minella LS. A produção científica sobre esterilização feminina no Brasil nos anos 80 e início dos anos 90: um debate em aberto. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais* 1998; 15:3-22.
- Myers SA, Mershon CE, Fuchs EF. Vasectomy reversal for treatment of the post-vasectomy pain syndrome. *J Urol* 1997; 157:518-520.
- Nagler HM, Jung H. Factors predicting successful microsurgical vasectomy reversal. *Urol Clin North Am.* 2009 Aug;36(3):383-90.
- Page ST, Amory JK, Bremner WJ. Advances in male contraception. *Endocr Rev.* 2008 Jun;29(4):465-93. Epub 2008 Apr 24. Review.
- Pasqualotto F, Lucon AM, Arap, S. Rev. Hosp. Clin. vol.59 no.5 São Paulo 2004. The best infertility treatment for vasectomized men: assisted reproduction or vasectomy reversal? *Rev. Hosp. Clin.* 2004; vol.59 no.5.
- Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Vasectomy reversal. *Fertil Steril.* 2008 Nov;90(5 Suppl):S78-82.
- Robb P, Sandlow JI. Cost-effectiveness of vasectomy reversal. *Urol Clin North Am.* 2009 Aug;36(3):391-6. Review.
- Schwinger PJ, Guess HA. Safety and effectiveness of vasectomy.

Fertil Steril 2000 73:923-936.

Singh D, Dasila NS, Vasudeva P, Dalela D, Sankhwar S, Goel A, Singh V, Singh A, Jain A, Singh BP, Ahmed N. Intraoperative distal vasal flushing--does it improve the rate of early azoospermia following no-scalpel vasectomy? A prospective, randomized, controlled study. *Urology.* 2010 Aug;76(2):341-4. Epub 2010 May 7.

Trollip GS, Fisher M, Naidoo A, Theron PD, Heyns CF. Vasectomy under local anaesthesia performed free of charge as a family planning service: complications and results. *S Afr Med J.* 2009 Apr; 99(4): 238-42.

Vieira EM, Ford NJ. The provision of female sterilization in São Paulo, Brazil: a study among low-income women. *Soc Sci Med* 1995; 42:1427-32.

Vieira EM. Arrependimento após a esterilização feminina. *Cad Saúde Pública* 1997; 14 Suppl 1:58-69.

Vieira EM. A implementação da Lei 9.263/planejamento familiar no Município de Ribeirão Preto: a esterilização feminina. Ribeirão Preto: *Departamento de Medicina Social*, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001. (Relatório Final de Pesquisa).

Vieira EM, Badiani R, Fabro AL, Rodrigues Jr. AL. Características da contracepção no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:263-70.

ANEXO 1 - Questionário de Avaliação pós-operatória

Dados adquiridos pelo prontuário pela enfermeira:

Número do prontuário: _____

Iniciais: _____

Idade: _____

Número de filhos vivos: _____

Estado civil: _____

Data da procura pelo serviço: _____

Data da cirurgia: _____

Escolaridade: _____

Religião: _____

Renda Mensal: _____

Renda Per Capita: _____

Dados adquiridos pelo telefone pelo médico cirúrgico:

1. Como o Sr. Classifica a forma de relacionamento com a atual parceira: bom, regular, ruim, conflituoso ou outro ?
2. A realização do procedimento foi devido a problemas de saúde da esposa, número satisfatório de filhos do casal, dificuldade financeira ou outro?
3. Houve alguma complicação no período pós-operatório, como infecção, inchaço local, hematoma, abertura dos pontos ou outra?
4. Qual a forma de evitar filhos que vocês utilizavam antes do procedimento, Anti-concepcional oral, preservativo, Anti-concepcional injetável, Tabela, Coito Interrompido ou outro?
5. O Sr. se arrependeu de ter feito o procedimento? Se sim, qual o motivo ?
6. O Sr. usou a medicação prescrita pelo médico no pós-operatório?
7. Qual o grau de satisfação com o procedimento: muito contente, contente, insatisfeito, desapontado ou outro?