

## Consentimento Informado para Cirurgia Contraceptiva Masculina (Vasectomia)

Eu, \_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_ abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a) \_\_\_\_\_ e/ou seus assistentes a realizarem uma cirurgia contraceptiva masculina (também conhecida por vasectomia), procedimento que bloqueia a passagem dos espermatozoides pelo canal deferente do testículo para a uretra, impedindo de maneira definitiva que eu não mais engravide, ou seja, fique impossibilitado definitivamente de gerar filhos pelos métodos naturais.

Antes do procedimento me foi explicado outras formas de evitar filhos, tanto os relativos especificamente ao homem, quanto os relativos ao casal ou à mulher, como o uso de preservativos (camisinha), DIU, pílulas anticoncepcionais, laqueadura das trompas, tabela. Também me explicaram que a cirurgia contraceptiva masculina é uma operação que se faz com anestesia local (com ou sem sedação associada) e que são feitos um ou dois cortes no escroto, que geralmente são, no final, fechados com pontos. Fui esclarecido também sobre as possíveis complicações dessa cirurgia. Podem ocorrer sangramentos, com ou sem hematoma, manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), infecção, dor temporária ou, mesmo, bastante prolongada (raramente). Relatos médicos mostram que um em cada 2000 homens com azoospermia pós-cirurgia esterilizadora masculina eventualmente ainda pode engravidar mesmo com a confirmação da esterilidade após a cirurgia (segundo os parâmetros das diretrizes das Sociedades de Urologia Brasileira, Americana, Europeia e Canadense: ausência de espermatozoides ou a presença de espermatozoides imóveis em quantidades inferiores a 100.000 mil por mililitro)

Fui informado que após a cirurgia devo continuar a ter os mesmos cuidados para evitar ter filhos nas relações sexuais, até que seja liberado pelo meu médico ou seu assistente mediante a apresentação de um espermograma que constate a esterilização.

Também me foi informado que, caso eu me arrependa de ter optado por esse procedimento, as opções são:

- 1) Submeter-me à uma reversão cirúrgica da vasectomia, mas que esse procedimento pode não ser autorizado pelo meu seguro de saúde, implicando em custos que eu teria que arcar, e que nem sempre se obtém o retorno da fertilidade.
- 2) A fertilização assistida, com técnicas de obtenção de espermatozoides por punção e aspiração de elementos do escroto, pode ser usada para se tentar uma nova gestação, porém sem sucesso garantido.
- 3) O sucesso da reversibilidade é dependente do tempo decorrido entre o ato da vasectomia com o desejo de reversão sendo baixo as chances de fertilidade após 5 anos

4) É possível, antes da cirurgia esterilizadora, coletar e criopreservar (congelar) os espermatozoides, que poderiam ser usados num procedimento de fertilização assistida no futuro, mas que isso pode gerar custos extras e não são cobertos pelos planos de saúde e nem pelo SUS.

Outros aspectos a serem ressaltados:

- 1) A cirurgia esterilizadora masculina não protege contra infecções sexualmente transmissíveis.
- 2) Complicação pouco frequente após a cirurgia esterilizadora masculina é a dor crônica escrotal, variando de 1 a 14% dos pacientes. Embora a dor seja usualmente leve e temporária, algumas vezes pode se tornar crônica e prolongada, requerendo tratamento medicamentoso ou, mesmo, uma cirurgia para sua resolução.
- 3) Diante do que a ciência diz, a cirurgia esterilizadora masculina não tem quaisquer correlações com outras doenças, como: câncer de próstata, hipertensão, câncer de testículo, demência, diabete, obesidade, disfunção erétil (impotência sexual) ou perda de libido.
- 4) Embora bastante rara, existe a probabilidade de reversão espontânea da vasectomia, eventualmente até com a possibilidade de ocorrer gravidez.

Por fim, fui informado que existe no Brasil a Lei 14.443 de 2022 que normatiza a operação cirúrgica contraceptiva. Por esta lei não é necessário que eu comunique à minha esposa ou parceira sobre minha decisão de ser submetido a esta cirurgia, que a decisão de fazer ou não essa comunicação cabe exclusivamente a mim. Entretanto, pode ser aconselhável que exista essa conversa entre as partes. Outrossim, eximo o meu médico e sua equipe de qualquer responsabilidade sobre minha decisão pessoal a respeito disso.

Ainda segundo a legislação vigente, é necessário que haja um intervalo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a assinatura deste documento e a realização da cirurgia esterilizadora masculina, período em que eu posso refletir melhor sobre a minha decisão de realizar o procedimento.

Eu \_\_\_\_\_, com \_\_\_\_\_ filhos, RG \_\_\_\_\_, idade \_\_\_\_\_ anos, estou ciente dos esclarecimentos acima e manifesto que desejo ser submetido à cirurgia contraceptiva masculina por minha livre e espontânea vontade.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Hora: \_\_\_\_\_.

Assinatura do paciente:

---

Certifico que este documento me foi explicado detalhadamente e que o li ou que ele foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

NOTA: A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes. A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.