

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

CLÁUDIA DE PAULA GUIMARÃES

**LAQUEADURA TUBÁRIA
– UMA OPÇÃO NEM SEMPRE CONSCIENTE**

**Goiânia
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo à Universidade Federal de Goiás – UFG a disponibilizar gratuitamente através da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações – BDTD/UFG, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor(a):	Cláudia de Paula Guimarães					
RG:	1.424.754	CPF:	307748831-87	E-mail:	enfguimaraes@yahoo.com.br	
Afiliação:	Honestino Guimarães Rosa e Coracy de Paula Rosa					
Título:	Laqueadura tubária- uma opção nem sempre consciente					
Palavras-chave:	Planejamento familiar, esterilização feminina, reversão tubária					
Título em outra língua:	Tubal ligation – an option not always conscious					
Palavras-chave em outra língua:	Family planning, feminine sterilization, tubal reversion					
Área de concentração:	Cuidado em Enfermagem					
Número de páginas:	97	Data defesa:	18 de dezembro de 2007			
Programa de Pós-Graduação:	Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás					
Orientador(a):	Maria Alves Barbosa					
CPF:	082774431-53	E-mail:	maria.malves@gmail.com			
Co-orientador(a):						
CPF:		E-mail:				
Agência de fomento:					Sigla:	
País:		UF:		CNPJ:		

3. Informações de acesso ao documento:

Liberação para publicação?¹ total parcial

Em caso de publicação parcial, assinale as permissões:

Capítulos. Especifique: _____

Outras restrições: _____

Havendo concordância com a publicação eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF desbloqueado da tese ou dissertação, o qual será bloqueado antes de ser inserido na Biblioteca Digital.

O Sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos conteúdo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua publicação serão bloqueados através dos procedimentos de segurança (criptografia e para não permitir cópia e extração de conteúdo) usando o padrão do Acrobat Writer.

Data: 10/03/2008

Assinatura do(a) autor(a)

¹ Em caso de restrição, esta poderá ser mantida por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Todo resumo e metadados ficarão sempre disponibilizados.

CLÁUDIA DE PAULA GUIMARÃES

LAQUEADURA TUBÁRIA
– UMA OPÇÃO NEM SEMPRE CONSCIENTE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Alves Barbosa.

Goiânia
2007

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho,
por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo
e pesquisa, desde que citada a fonte.

Baseado no Guia para Apresentação de Trabalhos Acadêmicos na Universidade
Federal de Goiás

Guimarães, Cláudia de Paula.
G963l Laqueadura tubária – uma opção nem sempre consciente.
Cláudia de Paula Guimarães – Goiânia, 2007.
97f.
Referências: f.82-91.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Enfermagem, 2007.

1. Planejamento familiar. 2. Esterilização feminina. I. Barbosa,
Maria Alves. II. Universidade Federal de Goiás, Faculdade de
Enfermagem. III. Título.

CDU: 314 -336

CDU: 618 -177

FOLHA DE APROVAÇÃO

CLAUDIA DE PAULA GUIMARÃES

LAQUEADURA TUBÁRIA – UMA OPÇÃO NEM SEMPRE CONSCIENTE

Dissertação apresentada à Faculdade de
Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em 18 de dezembro de 2007.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Maria Alves Barbosa

Assinatura: _____

Instituição: Universidade Federal de Goiás

Profª Dr. Vardeli Alves de Moraes

Assinatura: _____

Instituição: Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Cleusa Alves Martins

Assinatura: _____

Instituição: Universidade Federal de Goiás

À minha família, em especial, ao meu esposo Carlos e aos meus filhos Ana Carolina e Victor Hugo, com amor, carinho e gratidão pela compreensão da ausência, e apoio ao longo desta caminhada.

AGRADECIMENTOS

À Deus e aos meus pais, pela existência, pela força e fé.

À Prof^a Dr^a Maria Alves Barbosa, pela competência no processo de orientação, pela amizade, atenção, apoio e compreensão durante este estudo.

À Prof^a Dr^a Eleuse Guimarães e Ms. Enf^a Maria Aparecida, pelo incentivo e por acreditarem que este sonho se tornaria realidade.

À equipe de enfermagem da maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás pelo carinho, amizade e incentivo.

À equipe de enfermagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, em especial a Enf^a Alexandrina Maria Nogueira Guerra Adórno pela amizade, e por representar um exemplo em defesa de nossa categoria.

À equipe do Laboratório de Reprodução Humana, em especial a Enf^a Marisa Ramos e a Técnica de Enfermagem Coraci Coelho, pela disponibilidade e atenção.

Ao Prof^o Dr. Vardeli Alves de Moraes, membro da Banca Examinadora, pelo seu conhecimento e sabedoria, exemplo que sempre procurarei seguir.

À Prof^a Dr^a Cleusa Alves Martins, membro da Banca Examinadora, pela amizade, disponibilidade e valiosas contribuições prestadas para a construção deste trabalho.

Aos docentes e servidores da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, em especial Enf^a Karine Machado, pelas sugestões na elaboração desta pesquisa. E aos servidores Alberto Batista da Silva e Célia Pereira de Castro pela atenção e ajuda.

Aos meus familiares e amigos que sempre rezaram e torceram para que este trabalho fosse concluído com sucesso.

*“Não perdôo os meus inimigos.
Porque não os tenho”.*

Gandhi

RESUMO

Guimarães, C. P. **Laqueadura tubária** – uma opção nem sempre consciente. 2007. 97p. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás. 2007.

Esterilização cirúrgica, também chamada de laqueadura tubária, embora seja um método contraceptivo seguro e eficaz tem a finalidade de evitar, em caráter definitivo, a gestação. O estudo teve como objetivo geral analisar a experiência de mulheres submetidas à esterilização cirúrgica, que solicitam a reversão do procedimento. Pesquisa de natureza descritiva-exploratória com abordagem qualitativa, realizada no município de Goiânia-GO. A população do estudo constituiu-se de 25 mulheres esterilizadas, que procuraram o Laboratório de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás para realizar a reversão da laqueadura tubária. Os resultados das entrevistas possibilitaram descrever o perfil das mulheres esterilizadas e identificar os fatores determinantes que levaram mulheres a se submeterem à esterilização cirúrgica e posteriormente solicitarem a reversão do procedimento. Os fatores determinantes pela escolha da esterilização cirúrgica identificados foram os problemas conjugais, a falta e conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, o tamanho da prole e a oferta e facilidade da laqueadura tubária. O fator determinante para a reversão da esterilização foi a nova situação conjugal das mulheres entrevistadas que se revelou como sentimento de arrependimento, como forma de querer voltar atrás, de querer outro filho, especialmente após constituírem outra união. Recomenda-se a realização de estudos semelhantes, em outros contextos, que possam ampliar o debate e contribuir para a implementação de políticas públicas de saúde na promoção do planejamento familiar, para melhorar o processo de orientação e aconselhamento, referente à opção por métodos contraceptivos reversíveis e eficazes.

Palavras-chave: planejamento familiar, esterilização feminina, reversão tubária.

ABSTRACT

SUMMARY: Surgical sterilization, also call of tubal ligation, although it is a safe and effective contraceptive method, has the purpose of avoiding, in definitive character, the gestation. The study had as general objective to analyze the women's experience submitted to the surgical sterilization, which requested the reversion of the procedure. Research of descriptive-exploratory nature with qualitative approach accomplish in the district of Goiânia-GO. The population of the study was constituted of 25 sterilized women, which sought the Laboratory of Human Reproduction of the Hospital of the Clinics of the Federal University of Goiás to accomplish the reversion of the tubal ligation. The results of the interviews made possible to describe the sterilized women's profile and to identify the decisive factors that took women submit to the surgical sterilization and later they request the reversion of the procedure. The decisive factors for the choice of the surgical sterilization identified they were the matrimonial problems, the lack of knowledge concerning the contraceptive methods, the size of the offspring and the offer and easiness of the tubal ligation. The decisive factor for the reversion of the sterilization was the interviewed women's new matrimonial situation that was revealed as regret feeling, as form of wanting to return behind, of wanting another son, especially after they constitute another union. The accomplishment of similar studies is recommended, in other contexts, that can enlarge the debate and to contribute for the implementation of public politics of health in the promotion of the family planning, to improve the orientation process and advice, regarding the option for reversible and effective contraceptive methods.

Key Word: family planning, feminine sterilization, tubal reversion.

RESUMEN

Esterilización quirúrgica, también llamada de ligadura de trompas, aunque sea un método contraceptivo seguro eficaz, tiene el propósito de evitar, en carácter definitivo, la gestación. El estudio tuvo como objetivo general analizar la experiencia de las mujeres sometida a la esterilización quirúrgica que pedieron la reversión del procedimiento. Investigación de naturaleza descriptivo-exploratoria con abordaje cualitativo logrado en el distrito de Goiânia-GO. La población del estudio se constituyó de 25 mujeres esterilizadas que buscaron el Laboratorio de Reproducción Humana del Hospital de las Clínicas de la Universidad Federal de Goiás para lograr la reversión de la ligadura de trompas. Los resultados de las entrevistas hicieron posible describir el perfil de las mujeres esterilizadas e identificar los factores determinantes que levaran las mujeres a se someter a la esterilización quirúrgica y después solicitaran la reversión del procedimiento. Los factores determinantes por la opción de la esterilización quirúrgica identificada fueran los problemas matrimoniales, la falta de conocimiento acerca de los métodos anticoncepcionales, el tamaño de la descendencia y la oferta y comodidad del ligadura de trompas. El factor determinante para la reversión de la esterilización fue la nueva situación matrimonial de las mujeres entrevistadas que se reveló como sentimiento de pesar, como forma de querer volver detrás, de querer a otro hijo, sobre todo después de que ellas constituyeron otra unión. Recomienda se la realización de estudios similares, en otros contextos, que puedan agrandar el debate y contribuir para la aplicación de políticas públicas de salud en la promoción de la planificación familiar, mejorar el proceso de la orientación y aconselhamento, con respecto a la opción para los métodos anticoncepcionales reversibles y eficaces.

PalabrasClave: planificación familiar, esterilización femenina, reversión trompas.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	12
1. INTRODUÇÃO	13
OBJETIVOS	18
Objetivo Geral	18
Objetivos Específicos	18
CAPÍTULO II	19
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1 QUESTÕES DE GÊNERO	20
2.2 HISTÓRIA DA LAQUEADURA TUBÁRIA	24
2.3 ESTERILIZAÇÃO NO CONTEXTO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR	32
CAPÍTULO III	38
3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	39
CAPÍTULO IV	44
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
FATORES DETERMINANTES PARA A REALIZAÇÃO DA ESTERILIZAÇÃO DEFINITIVA	47
FATOR DETERMINANTE PARA A REVERSÃO DO PROCEDIMENTO	70
CAPÍTULO V	78
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXO	92
APÊNDICES	94

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Desde a graduação em Enfermagem, o aprimoramento tem sido uma busca constante na atualização do meu conhecimento enquanto profissional de saúde. Tenho a certeza de que, esta busca incessante por soluções e, mudanças é parte integrante da atuação do enfermeiro, que, respeitando a individualidade de cada um, procura aprimorar a assistência de enfermagem.

O estudo e a observação contínuos da realidade permitem a compreensão dos fatos e das situações que vivenciamos contribuindo assim para atuar com a competência que a profissão exige. Neste entendimento, norteiei minha prática.

No início de 1994, ingressei como enfermeira no Serviço Público, em um hospital de ensino em Goiânia – GO, no qual atuei na maternidade, por vários anos. Neste período, aprofundei meus conhecimentos teórico-práticos na área de saúde da mulher, de onde emergiram também alguns questionamentos que me inquietavam como profissional da clínica de obstetrícia.

Ao longo do tempo observei no Laboratório de Reprodução Humana a demanda de mulheres esterilizadas, que aguardavam a realização do exame de ultra-sonografia e histero-salpingografia, para investigar a possibilidade de engravidarem novamente. Este fato despertou o meu interesse em refletir sobre os motivos que levam as mulheres em um determinado momento de sua vida, optarem pela laqueadura tubária como método para evitar a gestação, dentre os vários métodos contraceptivos existentes atualmente.

A verdade é que pouco se conhece acerca das mulheres que optam pela esterilização definitiva e da motivação que as levam, quando vivenciam outra condição conjugal em sua vida, a procurar a reversão deste procedimento na tentativa de engravidar novamente.

A investigação dos motivos que levam as mulheres a realizarem a esterilização definitiva se faz relevante ao considerar as discussões geradas sobre o tema “contracepção”, um dos vários aspectos da saúde reprodutiva.

A contracepção feminina permite que a mulher escolha, livre de preconceitos, o melhor momento para gestar ou optar por não ter mais filhos, assumindo a responsabilidade pela sua opção.

A importância desta escolha refletirá em sua trajetória de vida, tornando-se imprescindível que ela seja orientada e aconselhada sobre as conseqüências a curto, médio e longos prazos decorrentes desta opção.

A mulher recorre à laqueadura tubária por vários motivos, mas dados apresentados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) apontam que 20% das mulheres que fizeram laqueadura tubária se arrependeram.

Costa apud Moura e Silva (2004, p. 1024) refere que “estudos dedicados ao arrependimento pós-laqueadura estabelecem uma relação direta entre este sentimento e a desinformação sobre outros métodos”.

Para Villela e Barbosa (1996, p. 453) “a alta prevalência da esterilização” mobilizou membros da sociedade civil a promoverem debates nas perspectivas: dos direitos reprodutivos; da responsabilidade das unidades de saúde que se apresentam como solução uma vez que segundo elas estão “atendendo desejos e

necessidades das mulheres”; da segurança do procedimento e da possibilidade de “arrependimento posterior”.

A decisão de ter ou não outros filhos deve ser para as mulheres um momento muito importante em suas vidas, principalmente se optarem pela esterilização como método contraceptivo uma vez que deverão ter conhecimento de sua irreversibilidade e consciência dessa consequência.

Apesar disso, algumas mulheres no desejo de controlar sua capacidade reprodutiva optam pela esterilização definitiva pela segurança do método, para não se preocuparem com o uso de outros meios para se evitar uma gravidez indesejada.

Entretanto, em nosso meio parece alta a procura pela reversão do procedimento. Esta realidade foi encontrada em estudo retrospectivo realizado em Ambulatório de Esterilidade Conjugal em Campinas – São Paulo que analisou o seguimento de 147 mulheres que procuraram o serviço para a reversão do procedimento. A maioria tinha idade entre 26 e 35 anos, sendo que 60% delas foram submetidas à esterilização definitiva antes dos 25 anos de idade (FERNANDES et al., 2001).

Estas considerações fizeram surgir os seguintes questionamentos: Quais seriam os motivos apresentados por mulheres para realizar a esterilização cirúrgica? Quais seriam os motivos para desejarem a reversão do procedimento?

Ações educativas são importantes neste processo decisório porque podem oferecer informações, orientações, que promovam a conscientização das mulheres e contribuam para identificar vantagens e desvantagens do método contraceptivo escolhido. Deste modo elas poderão analisar sobre todas as opções disponíveis e

proceder à escolha consciente.

Mulheres em idade reprodutiva têm o direito à informação sobre todos os métodos contraceptivos existentes e à garantia do acesso aos recursos para a sua aquisição para que possam optar consciente e livremente por ter ou não filhos, bem como o número e o espaço de tempo entre uma gestação e outra.

Neste contexto, devem ser considerados os aspectos individuais e situacionais vividos pelas mulheres usuárias de métodos contraceptivos e as características destes métodos quanto à sua eficácia, disponibilidade no Programa de Saúde da Mulher, facilidade do uso e reversibilidade.

Tudo isto se torna eficaz quando se dispõe de uma assistência especializada. Profissionais especializados podem desempenhar um papel importante no processo de decisão da mulher pelo método contraceptivo.

Para Moura e Silva (2005, p. 796):

“(...) a competência profissional no campo da anticoncepção deve incluir os conhecimentos técnicos, científicos e culturais atualizados, direcionados ao atendimento das necessidades de saúde sexual e reprodutiva dos clientes”.

Ainda segundo Moura e Silva (2005), alguns enfermeiros relataram dificuldades em informar sobre todos os métodos contraceptivos, o uso correto e suas contra-indicações. Este despreparo também foi percebido em alguns profissionais médicos.

Camiá, Marin e Barbieri (2000, p. 66), argumentam que “o enfermeiro que atua em serviço de planejamento familiar deverá possuir, além de formação específica, conhecimento considerável para a realização de um trabalho de

qualidade na assistência oferecida às mulheres”.

Apesar da existência de vários trabalhos sobre esterilização cirúrgica, em Goiânia, existem poucos estudos acerca do tema associando-o à reversão do procedimento. Neste sentido, este estudo poderá contribuir para reflexão das ações de enfermagem, nas diversas modalidades de métodos de planejamento familiar.

Torna-se importante investigar os motivos que levam as mulheres submetidas à esterilização cirúrgica solicitar a reversão do procedimento. Esta investigação poderá contribuir com a política de saúde, à medida que possibilita o debate sobre o tema.

Poderá também colaborar para a efetividade na execução dos programas de saúde da mulher; promover reflexões quanto à prática de enfermagem no que se refere ao planejamento familiar, auxiliando o casal quanto à escolha do método contraceptivo.

Para tanto, no Capítulo I, o leitor encontrará a parte introdutória, os questionamentos iniciais, bem como o que pretende estudar.

No Capítulo II serão abordadas as questões de gênero associadas à temática estudada e a esterilização no contexto familiar. A seguir, no Capítulo III, o leitor encontrará a trajetória metodológica percorrida pela pesquisadora.

Os fatores determinantes, tanto para a realização da esterilização como para a reversão do procedimento constituem os dados encontrados neste estudo e estão apresentados no Capítulo IV.

As considerações finais do estudo, bem como as referências utilizadas, anexo e apêndices encontram-se no Capítulo V.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar a experiência de mulheres submetidas à esterilização cirúrgica que solicitam a reversão do procedimento.

Objetivos Específicos

Descrever o perfil de mulheres que se submeteram à esterilização cirúrgica e posteriormente solicitaram a reversão do procedimento.

Identificar os fatores determinantes que levaram mulheres a se submeterem à esterilização cirúrgica e posteriormente solicitaram a reversão do procedimento.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 QUESTÕES DE GÊNERO

Desde a antigüidade as mulheres reivindicam os seus direitos quanto à igualdade social com os homens. Em 1791, Olympe de Gouges redigiu a Declaração dos Direitos da Mulher e da Cidadã, que contestava a exclusão das mulheres dos direitos universais previstos na Revolução Francesa de 1789, a qual traz no seu bojo a proposta de ideais modernos de cidadania. Contudo, estes ideais eram restritos aos homens. Os séculos XVIII e XIX foram marcados por lutas femininas para a conquista de direitos civis e políticos; lutas de reconhecimento das diferenças e afirmação da identidade, sendo que os modelos de dominação eram questionados e transformados, lentamente, em novos modelos considerando a peculiaridade dos homens e das mulheres (SCAVONE, 2004).

No século XIX, as mulheres ampliaram sua luta por direitos fundamentais de cidadania, como direitos políticos representados pelo voto, direito à educação e a condições igualitárias de trabalho. Havia também a preocupação em tornar-se responsável por sua própria fecundidade, fato que persiste nos dias atuais (ÁVILA; CORRÊA, 1999).

No final do século XX, o conceito de gênero emergiu a partir das reivindicações feministas que buscavam uma teoria para explicar as desigualdades existentes entre homens e mulheres (SCAVONE, 2004).

O significado de homem e de mulher é definido por “conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes” denominado gênero. Estes fatores são marcados por diferenças de acordo com a sociedade em que vivem. Esta desigualdade proporciona desequilíbrio nas relações sociais, afetivas, religiosas, políticas e até mesmo na saúde das mulheres. Desse modo, foram incorporadas políticas públicas para diminuir as desigualdades entre homens e mulheres (BRASIL, 2004).

Para atender as demandas femininas, em meados do século XX, serviços na área da saúde da mulher foram ampliados, mas ainda apresentavam-se de forma fragmentada. Após alguns ajustes possibilitaram melhorias relativas à saúde reprodutiva e deste modo as mulheres puderam ser atendidas de acordo com as suas necessidades. Neste sentido, em 1995, durante a Conferência Internacional sobre Mulheres realizada em Pequim, foi definido que:

“saúde reprodutiva é um estado no qual as pessoas estejam aptas a ter uma vida sexual satisfatória e segura, que tenham a capacidade de reproduzir-se e a liberdade de decidir fazê-los se, quando e quantas vezes desejarem, bem como o direito de serem informados e de terem acesso a métodos de planejamento familiar seguros, eficazes e acessíveis” (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004, p. 12).

Segundo Ávila (2003), a sexualidade das mulheres e a reprodução foram historicamente determinadas pelos homens, mas o movimento social feminista promoveu questionamentos sobre direitos sexuais e reprodutivos e a necessidade de políticas públicas voltadas para justiça social, a fim de diminuir a desigualdade de gênero, uma vez que as mulheres enquanto parte integrante deste processo de

mudança podem ser capazes de controlar seu corpo, sua sexualidade e reprodução.

Corroborando, Duarte et al. (2003) relatam que é necessário interesse político visando à promoção de investimentos na educação de homens e mulheres, estimulando a discussão e a reflexão sobre as responsabilidades e os papéis sociais de ambos na sociedade, minimizando deste modo o desequilíbrio nas relações de gênero.

Farah (2004) analisou as políticas públicas relativas à questão de gênero a fim de identificar ações específicas dispensadas às mulheres, bem como fazer o reconhecimento de movimentos feministas que lutavam por programas públicos que visassem diminuir as desigualdades de gênero. A partir desta análise ela considerou que o poder público desenvolveu iniciativas e reconheceu a diversidade do gênero, através de programas e ações que atendem necessidades específicas e diferenciadas das mulheres.

Todavia, para, Costa, Guilhem e Silver (2006), a atenção à saúde prestada às mulheres quanto às informações e tecnologias reprodutivas ainda são insuficientes, comprometendo a escolha autônoma das mesmas relativas à reprodução e ao controle da fertilidade. Desse modo, reforça-se que práticas de educação em saúde e sexualidade podem contribuir para fortalecimento desta autonomia.

Para Pirotta e Schor (1999), o acesso aos meios contraceptivos e ao sistema de saúde ainda são restritos, por isso várias mulheres na idade jovem recorrem ao uso contínuo dos anticoncepcionais orais até a “exaustão” por este método, favorecendo condições para a escolha pela laqueadura tubária. Os autores apontam também que, o alto índice de mulheres esterilizadas no Brasil reflete a fragilidade

vivenciada por elas com temas relacionados à contracepção, a falta da participação masculina no processo decisório do método pretendido e a saúde reprodutiva.

Schor et al. (2000) argumentam que a sociedade e seus dirigentes devem promover ações para consolidar os programas de atenção à saúde da mulher em questões relativas à informação, orientação e ao acesso aos métodos contraceptivos a partir dos princípios dos direitos reprodutivos.

Carvalho e Schor (2005, p. 9) referem que a discussão acerca dos direitos reprodutivos e da contracepção feminina sobrepõe à questão da disponibilidade de métodos e serviços de saúde, uma vez que, estão relacionados à situação socioeconômica e cultural diante da “representação atual da maternidade e a desigual carga entre os gêneros, na responsabilidade reprodutiva do casal”.

Lima e Luz (2004), no âmbito da saúde reprodutiva, consideram importante a atuação de profissionais que possuam conhecimentos para orientar e estimular a contracepção compartilhada pelo casal, não ficando a mulher como única responsável pelo controle de sua fertilidade.

A orientação profissional acerca das questões reprodutivas e o acompanhamento de mulheres relativo às práticas contraceptivas podem minimizar os riscos em relação à saúde dessas mulheres (MINELLA, 1998).

Neste sentido, apesar das desigualdades entre os gêneros, nas últimas décadas as mulheres conquistaram além de direitos sociais e políticos, liberdade sexual, tornando-as conscientes de seu papel enquanto mulher na sociedade. Elas adquirem então, o poder de escolher e determinar a quantidade de filhos que desejam ter. Não obstante, é fundamental o interesse e a participação da sociedade

e dos profissionais de saúde, na discussão dos direitos sexuais e reprodutivos para a implantação de programas de saúde com políticas de planejamento familiar para as mulheres exercerem efetivamente sua cidadania.

2.2 HISTÓRIA DA LAQUEADURA TUBÁRIA

A discussão em torno do aumento populacional não é recente. Em 1798, o economista Thomas Robert Malthus, mostrou preocupação com o crescimento populacional ocorrendo em progressão geométrica e a produção de alimentos de forma aritmética, ao mesmo tempo em que a população tendia a crescer sob o instinto da reprodução. Esta filosofia malthusiana internacional influenciou no interesse pela redução do crescimento populacional. Esta corrente defende a idéia de que, o aumento populacional, impede o desenvolvimento do país, sendo necessário o controle da natalidade (ÁVILA; CORREA, 1999).

Segundo Wentz (1990), até 1850 a população mundial mantinha-se estável, em torno de um bilhão devido o alto índice de mortalidade e baixo índice de reprodução existentes. A partir de 1930 houve queda da mortalidade infantil e do número de óbitos, graças ao diagnóstico e tratamento de algumas doenças, contribuindo assim, para que a população mundial duplicasse para 2 bilhões, número este acrescido de mais um bilhão em 1960.

Nesta progressão, o crescimento demográfico desordenado poderia gerar graves conseqüências tanto no aspecto social quanto no econômico, considerando

que, provavelmente ocasionariam déficits de recursos para atender a demanda da população.

Neste pensamento, profissionais médicos realizaram a primeira intervenção cirúrgica nas trompas com o objetivo de controlar a reprodução, sendo que Van Blundell foi precursor deste método, em Londres, no ano de 1823. Nesta época os conhecimentos científicos escassos, as técnicas operatórias pouco desenvolvidas, a escassez de instrumentais, equipamentos e medicações, contribuíam para elevar o índice de mortalidade no pós-operatório (MOLINA, 1999).

Duharseen, na Alemanha, no ano de 1895, descreveu a laqueadura por meio da via transvaginal, a colpotomia - incisão do fundo-de-saco posterior da vaginal considerando-a como via preferencial por minimizar os riscos decorrentes da cirurgia via abdominal (PINHO NETO; SALES, 2001).

Apesar de vários cirurgiões, em diferentes países, terem desenvolvido técnicas visando minimizar as complicações e aumentar a eficácia cirúrgica, este procedimento só foi difundido no século XX, e ganhou credibilidade a partir da década de 50 (MOLINA, 1999).

Madlener, no ano de 1919, e Pomeroy, em 1930, desenvolveram técnicas que tinham como característica a simplicidade e muito contribuíram para o aperfeiçoamento da laqueadura tubária. Osathananch, no ano de 1973, também descreveu outra técnica cirúrgica para realizar este procedimento, executada por meio de pequena incisão supra-púbica transversa, denominada técnica de mini-laparotomia. Esta técnica passou a ser muito aceita por ser prática, econômica e apresentar pouco risco para a mulher (LEAL, 1987).

Com a evolução e o aperfeiçoamento das técnicas operatórias, a laqueadura tubária foi considerada um procedimento de baixo risco técnico, seguro e eficaz. Este fato contribuiu para que esse método fosse muito aceito por mulheres que não desejavam mais procriar, e assim o fenômeno da reprodução poderia ser controlado individualmente e minimizaria o risco da expansão populacional sem o planejamento social e econômico para atender tal demanda.

Vale destacar a preocupação dos governantes e de alguns membros da sociedade civil com a explosão demográfica desordenada, tanto no campo quanto na cidade, e as conseqüências sociais e econômicas que este aumento populacional traria para o país. (TERRA, 1991; SILVA, 2000)

No Brasil, na década de 60, quando prevalecia a ditadura como regime militar e político, nota-se um “aumento da fecundidade” que parecia ser conseqüência da falta de controle da fecundidade (CAMARANO; ARAÚJO; CARNEIRO, 1999).

Controversamente, na década de 70, aconteceu o I Plano Nacional de Desenvolvimento, 1972-1974, onde representantes do governo discutiram a necessidade de ocupação dos vazios demográficos do país. Assim, o governo brasileiro, por meio de seus representantes, pareciam mostrar-se favoráveis ao aumento da natalidade (SILVA, 2000).

Em 1974, após um memorando secreto emitido pelo secretário de Estado Henry Kissinger, o governo americano destinou milhões de dólares e passaram a fazer uma pressão diplomática em campanhas a favor da esterilização no Brasil. Este documento denominado, National Security Memorandum, homologado quase integralmente pelo presidente Gerald Ford, em 1975, defende o controle da

natalidade em alguns países do Terceiro Mundo. Generalizou-se então, a partir deste documento, a política da esterilização por ligadura das trompas que tinha como principal mérito, o caráter definitivo. Os EUA, neste contexto, elegem o Brasil, país onde tem interesses de cunho político e estratégico a participar desta política de controle de natalidade (TERRA, 1991).

Em Bucareste, no ano de 1974, aconteceu a I Conferência Mundial sobre população, patrocinada pela ONU. Esta Conferência tinha como motivo “a preocupação com o crescente desequilíbrio entre o crescimento populacional dos países menos desenvolvidos e o dos desenvolvidos” (TINÔCO; MODENA, 1996, p. 52).

Nesta Conferência o Brasil, oficializou sua posição sobre a política demográfica no país, enfatizando que a decisão quanto à constituição familiar é uma prerrogativa do casal (BARROSO, 1984).

Segundo Tinoco e Modena (1996), o Brasil, visando cumprir as metas estabelecidas em Bucareste, comprometeu-se em disponibilizar às pessoas de baixa renda, informações e meios relacionados à regulação da fecundidade.

Todavia estas metas não foram atendidas e instituições privadas exerciam o papel de divulgação para as mulheres dos métodos contraceptivos. Uma destas instituições privadas, a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BEMFAM), foi fundada no Rio de Janeiro em 1965 e declarada de utilidade pública em 1971 (TERRA, 1991).

Segundo Silva (2000, p. 4), a BEMFAM:

“(...) foi idealizada por médicos que tinham como objetivo informar

sobre métodos anti-conceptivos para tentar evitar o grande número de abortos provocados no país, que segundo estes médicos, ocorreriam por falta de informações e acesso às práticas anti-conceptivas. Este grupo de médicos contava com o apoio da IPPF – Federação Internacional do Planejamento Familiar – uma entidade que tinha como objetivo financiar clínicas de controle de natalidade em vários Estados do País”.

Em 1984, na II Conferência Mundial sobre População, realizada na cidade do México, o Brasil reafirmou a importância do controle da fecundidade para o desenvolvimento econômico do país e assumiu o compromisso de implantar programas públicos de planejamento familiar voltados para esta finalidade. O governo assumiu o compromisso de fornecer meios de informações às famílias, para efetuarem livremente a forma de planejar sua família - ação incorporada entre as atividades de assistência à saúde da mulher (TINÔCO; MODENA, 1996, p. 52).

Apesar dos esforços para a implementação e efetivação das ações voltadas para a assistência à saúde da mulher, dados da BEMFAM apontam que em 1986, 27% das mulheres em união estável e na faixa etária entre 15 e 44 anos foram esterilizadas e que 60% das mulheres submetidas à ligadura tubária apresentam algum grau de arrependimento. Estes dados também demonstram que, nos últimos dez anos, a idade média para esterilização foi reduzida de 31,4 em 1986 para 28,9 em 1996 (PINHO NETO; SALES, 2001).

Vale dizer que no país, até 1997, os médicos não tinham autorização legal para realizar a esterilização cirúrgica. O Código Penal Brasileiro de 1994 (BRASIL, 1994) não proíbe a realização da esterilização cirúrgica, contudo, de acordo com interpretação jurídica, o ato de extrair as trompas de falópio, acarretaria a perda ou inutilização de membro, sentido ou função, causando a mutilação física (SILVA,

2000).

Embora a autorização da laqueadura tubária não estivesse claramente explicitada na legislação, segundo vários autores, dentre eles Berquó e Cavenaghi (2003), os profissionais médicos realizavam a esterilização cirúrgica nos hospitais particulares e públicos durante a cesariana e, muitas vezes, registravam este procedimento com outro termo cirúrgico, elevando assim a sua ocorrência, fazendo com que se tornasse um método anti-conceptivo muito utilizado por mulheres como controle de fecundidade.

Vários hospitais públicos e particulares, como não obtinham autorização legal para a prática da esterilização cirúrgica passaram a realizar parto-cirúrgicos (cesariana), com a condescendência de profissionais médicos, recebendo um pouco mais do que o parto normal (TERRA, 1991).

Diante da impossibilidade de realizar o procedimento cirúrgico, em virtude de sua ilegalidade no aspecto ético e jurídico, profissionais médicos fizeram consultas junto ao Conselho Federal de Medicina (CFM) no intuito de conseguir autorização para sua realização. No entanto, os pareceres médicos emitidos pelos Conselheiros daquele órgão, cuja função precípua trata da regulamentação e fiscalização de atos e procedimentos realizados pelos médicos, condenavam a prática do procedimento.

Segundo o Código de Ética Médica é vedado ao médico realizar algumas condutas, conforme pode ser observado em seu Artigo 42 - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País, também no Artigo 43 – Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgão ou tecidos, aborto ou esterilização, e no Artigo 67 – Descumprir o direito do paciente de decidir

livremente sobre método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método contraceptivo (BRASIL, 1996).

O Conselho Federal de Medicina emitiu pareceres sobre esse assunto, para os profissionais médicos. O Parecer de nº. 35/86, aprovado em 10 de dezembro de 1986, “condena a prática da anticoncepção cirúrgica por ser um método proibido pela legislação brasileira”; e o Parecer de nº. 03/88, aprovado em 03/02/88 “nega autorização para realizar esterilização sem indicação terapêutica” (BRASIL, 1986; BRASIL, 1988a).

Após várias tentativas frustradas para conseguir a autorização legal, para realizar a esterilização cirúrgica, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988b) foi promulgada e no seu texto, no capítulo destinado à família, assegura além de outros direitos, o direito ao planejamento familiar, retomando desta forma a discussão sobre os diversos organismos da sociedade.

De acordo com a Constituição Federal de 1988 no título VIII Da Ordem Social, Capítulo VII – Da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso, Artigo 226 – A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado, § 7º:

“Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”. (BRASIL, 1988b),

Esse direito constitucional foi regulamentado pela Lei de nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (BRASIL, 1997), que disciplina uniformemente os direitos

reprodutivos da mulher e do homem relativos à composição de sua família, bem como a previsão do atendimento gratuito a ambos e coibição de qualquer ato com finalidade precípua de controle populacional discriminatório.

A Lei de nº. 9.263/96 estabelece no Artigo 10:

– “Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maior de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado, à pessoa interessada acesso a serviço de regulação de fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce” (BRASIL, 1997).

Com esta Lei, a mulher que desejar realizar a esterilização terá, previamente, que se inscrever num programa de planejamento familiar para, durante dois meses, ser informada sobre os vários meios de evitar gravidez. E se apesar de sua participação no programa de planejamento familiar, ainda persistir sua opção pela esterilização cirúrgica, terá que expressar sua vontade por escrito, e atender o protocolo pré-estabelecido para esta finalidade.

A legislação brasileira vigente exige ainda que os programas de saúde responsáveis pelo planejamento familiar sejam formados por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Esta equipe deve ser capaz de desenvolver ações de informações sobre métodos contraceptivos e as conseqüências previsíveis diante da escolha de cada método, visando assim desestimular a esterilização (MARCOLINO, 2004).

Além de salientar a importância do aspecto legal para a realização da esterilização cirúrgica, é fundamental a observação dos preceitos éticos que

constituem os pilares para o exercício da nossa profissão, e a valorização das práticas educativas direcionadas a promoção da saúde para que mulheres bem informadas e orientadas possam fazer a escolha consciente.

2.3 ESTERILIZAÇÃO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Em 1968, a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou e reconheceu o planejamento familiar como um direito básico do ser humano, como um programa de muita relevância para a assistência da saúde reprodutiva. O planejamento familiar disponibiliza para os casais, todas as informações relativas aos métodos contraceptivos, bem como a eficácia do uso destes métodos, com o objetivo de orientá-los no caminho de uma decisão livre e consciente a respeito do número de filhos que desejam ter (CAMIÁ; BARBIERI, 2002).

No Brasil, a política pública de saúde sempre esteve pautada no compromisso da promoção integral da saúde de todos os cidadãos, respeitando as peculiaridades e a multiplicidade de fatores que envolvem esta prática, especialmente quanto às mulheres.

Neste contexto, em 1983, diante de pressões exercidas pelos movimentos das mulheres a respeito de sua saúde e procriação, foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM (FORMIGA FILHO, 1999).

O Ministério da Saúde oficializou e divulgou o PAISM no ano de 1984. O programa era dirigido à mulher, a assistência de sua saúde de forma ampla em

todos os ciclos de sua vida, garantindo-lhe a integralidade e equidade, reforçando a implantação conjunta das ações de concepção e contracepção, e a atualização, tanto dos profissionais envolvidos diretamente na prestação de serviços quanto dos responsáveis pela supervisão e coordenação (OSIS, 1998).

Com o PAISM, percebe-se a preocupação dos governos em prestar assistência integral às mulheres, visando medidas de promoção da saúde para atendê-las, e políticas que possibilitem a divulgação de informações sobre os métodos contraceptivos e o acesso ao planejamento familiar.

Segundo Formiga Filho (1999), o PAISM contempla a saúde da mulher em sua totalidade, com o devido acesso às informações quanto aos métodos contraceptivos. A contracepção foi incluída como uma das ações previstas no âmbito da assistência integral à saúde da mulher, para proporcionar esclarecimento quanto a sua fecundidade e meios de controlá-la, pois se sabia do uso indiscriminado da pílula anticoncepcional, assim, as propostas educativas e preventivas apresentadas pelo PAISM mudariam este cenário.

Deste modo, desde a implantação do PAISM, medidas políticas e sociais foram adotadas referentes ao planejamento familiar com o objetivo de tornar acessível a toda população os meios contraceptivos (OSIS, 1998).

Para Ribeiro e Barbieri (2002, p. 9), os países “de um modo geral” passam por dificuldades econômicas e sociais, enfrentando “altos índices de mortalidade, desemprego, criminalidade, inflação”. Várias ações são então realizadas para a promoção de melhorias no nível de vida e padrões sociais dos indivíduos dentre elas o planejamento familiar.

O planejamento familiar está instituído no SUS, inserido em um conjunto de medidas de regulação de fecundidade que prevê ações educativas e preventivas permitindo aos casais o acesso a informações sobre todos os métodos contraceptivos (VIEIRA et al., 2005). Deve proporcionar às mulheres informações claras e precisas, com a finalidade de orientar a respeito dos métodos contraceptivos existentes, aqueles que melhor condizem com a sua realidade e sua vontade, a fim de que elas sejam esclarecidas sobre as possíveis conseqüências decorrentes da sua decisão.

Costa, Guilhem e Silver (2006, p. 77), relatam que, no atendimento ao planejamento familiar, as práticas educativas devem ser valorizadas para garantir às mulheres informações claras e precisas sobre os métodos contraceptivos existentes, todavia, sua autonomia na escolha destes depende da “oferta de alternativas contraceptivas, traduzidos na existência e disponibilidade dos métodos contraceptivos nos serviços de saúde”.

Ainda Costa et al. (2006, p. 395) afirmam que:

“o planejamento familiar deve ser defendido não somente com o objetivo de reduzir a fecundidade dos menos favorecidos, mas como um meio de garantir o pleno exercício dos direitos reprodutivos, al casal que deseja regular o número de filhos desejados”.

A Constituição Federal de 1988 estabelece ser dever do Estado, oferecer o planejamento familiar, para que os casais possam escolher livremente os métodos contraceptivos que melhor atendam as suas necessidades e expectativas, quanto ao número de filhos que desejam e qual o intervalo entre uma gestação e outra (BRASIL, 1988).

Ao casal é garantido o acesso aos programas de planejamento familiar para que recebam informações sobre os riscos e benefícios inerentes de cada método contraceptivo e após uma decisão consciente, escolha o método que deseja adotar.

As mulheres têm atualmente, várias opções de escolha dentre os métodos de planejamento familiar, alguns destes são reversíveis e outros, como a laqueadura tubária, são irreversíveis, segundo Melo e Pompei (2000, p. 378):

“(...) trata-se de método extremamente popular, pois a preocupação contraceptiva torna-se abolida definitivamente, além do que para certas fatias menos favorecida da população é mais fácil e barato aproveitar um procedimento cirúrgico, na maioria das vezes uma operação cesariana, para já se submeter à esterilização”.

Para estes autores, várias mulheres se arrependem e desejam a reversão do procedimento, todavia, a reversibilidade apresenta baixos índices de sucesso por se tratar de um método quase sempre irreversível.

Mesmo assim, no Brasil a laqueadura tubária ainda é um procedimento de alta prevalência. Dados estatísticos apresentados na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), em 1996, mostram que a mulher brasileira, na faixa etária entre 15 e 45 anos, utilizou algum método contraceptivo, sendo que os anticoncepcionais orais e a esterilização cirúrgica, os mais apontados (MARCOLINO, 2004).

A esterilização como procedimento cirúrgico apresenta algumas vantagens como simplicidade, rapidez e eficácia. Tornou-se popular no Brasil, além destas facilidades, o método elimina qualquer preocupação que a mulher poderia ter em relação à contracepção (MELO; POMPEI, 2000).

Outras vantagens da utilização deste método foram relatadas por Hatcher et al. (2001) como: a ausência de efeitos colaterais; maior prazer sexual proporcionado pelo afastamento dos riscos de uma gestação indesejada; raras ocorrências de complicações cirúrgicas e, além disso, o procedimento não afeta a relação sexual. O método apresenta como principal desvantagem o seu caráter definitivo.

Estudo realizado por Souza et al. (2006), com o objetivo de verificar a utilização de métodos contraceptivos constatou elevada prevalência na realização de laqueadura tubária nas mulheres no município de Maringá. Para este estudo, foram entrevistadas 284 mulheres e os dados revelaram que 32% dessas mulheres foram submetidas à esterilização cirúrgica, confirmando a tendência nacional pela opção por este método definitivo.

Minella (1998, p. 77), verificou que em dois grupos de mulheres, o primeiro constituído por donas de casa provenientes de um bairro de baixa renda, o segundo por estudantes e servidoras públicas, os resultados apresentados apontam que: "(...) tanto mulheres com apenas um filho, quanto mulheres muito jovens, com diferentes ocupações e distintos graus de informação, tem optado por fazer [a esterilização] como uma solução radical de contenção da natalidade".

A despeito da tentativa destes programas de tornar acessível as informações sobre os métodos contraceptivos, e a conseqüente conscientização das mulheres sobre a sua aplicação, parece que ainda não conseguiram alcançar o seu objetivo, considerando que, "em 1996, 40,1% das mulheres brasileiras, unidas e em idade reprodutiva estavam esterilizadas" (BERQUÓ, 1999, p. 118).

Diante deste cenário, diversos programas de planejamento familiar têm sido

instituídos e implantados nas mais diversas e distantes localidades, apontando vários métodos contraceptivos como forma de controle de natalidade, tais como: contraceptivos hormonais oral, contraceptivos hormonais injetáveis, métodos de barreira, métodos comportamentais (planejamento familiar natural), dispositivo intra-uterino (DIU), preservativo masculino e feminino. Entretanto, ainda se percebe uma grande procura pela esterilização cirúrgica.

CAPÍTULO III

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Para alcançarmos o objetivo proposto nesta investigação, realizamos um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, que segundo Minayo (2004, p.28) trabalha com “aspirações, atitudes, crenças, significações, atitudes” e não apenas com gráficos, números e estatística. A abordagem qualitativa baseia-se na percepção e na descrição da experiência humana, tal como ela se manifesta em sua pureza, isto é, tal como o sujeito a experimenta no momento presente.

Sobre o aspecto descritivo do estudo, Gil (1999) afirma que este tem por propósito a descrição das características de uma população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre as variáveis, possibilitando também determinar a natureza desta relação. A necessidade do aspecto exploratório é defendida por Ruiz (2002) que acredita ser este, condição primordial em qualquer tipo de investigação. O exame, segundo ele, de todo o material escrito e publicado em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita, para levantamento e análise do que se produziu sobre determinado assunto caracterizado como tema de pesquisa é de grande importância para qualquer estudo.

O local onde a pesquisa foi realizada, o Laboratório de Reprodução Humana da Universidade Federal de Goiás, se encontra estabelecido no município de Goiânia, estado de Goiás, e foi fundado em 12 de dezembro de 1989. Vinculado ao Hospital das Clínicas e à Faculdade de Medicina/UFG, o referido Laboratório tinha em sua equipe, no momento da pesquisa, 22 profissionais, assim distribuídos: 3

professores doutores, 1 médico andrologista, 2 biomédicas, 2 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem, 8 médicos residentes em gineco-obstetrícia, 1 residente em reprodução humana, 1 psicóloga, 1 assistente social e 1 recepcionista.

O laboratório atende mulheres com diagnóstico de infertilidade, sendo elas esterilizadas ou não esterilizadas. Nele são realizados em média 3.000 procedimentos por mês, entre monitorização, espermograma, inseminação, coito programado, injeção intra-citoplasmática do espermatozóide (ICSI), Swin-UP, histeroscopia, reanastomose, cirurgia por vídeo, ultra-sonografia endovaginal, retirada de pontos, curativos e cateterismo vesical.

A população do estudo é constituída de mulheres esterilizadas, que procuraram o Laboratório de Reprodução Humana do HC/UFG para realizar a reversão da laqueadura tubária.

A quantidade de sujeitos - 25 mulheres - foi determinada com base na saturação dos dados. Isto acontece quando o pesquisador, a partir de um certo momento, percebe que os conteúdos das entrevistas se repetem, não mais aparecendo dados novos, evidenciando assim, o esgotamento da diversidade existente no universo estudado.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora em junho de 2005, por meio de entrevista individual, cada uma com duração de aproximadamente trinta minutos. O instrumento utilizado na coleta de dados constou de questões abertas e foi aplicado às mulheres esterilizadas que relataram sua experiência a partir de questões norteadoras (apêndice I). Para Cervo e Bervian (2002, p. 46), entrevista é uma “conversa orientada para um objetivo definido: recolher, por meio do

interrogatório do informante, dados para a pesquisa”.

Ao longo da entrevista, as respostas dos sujeitos eram anotadas pela pesquisadora de forma literal, seguindo os preceitos de Cervo e Bervian (2002, p. 47), que afirmam que o entrevistador: “deve fazer, cuidadosamente, o apontamento dos dados, registrando-os, sumariamente, durante a entrevista e completando suas anotações imediatamente após as mesmas ou o mais breve possível”.

Corroborando com os autores acima, Gil (2002, p. 118) refere que “o entrevistador deverá ser bastante habilidoso ao registrar as respostas. Deverá ter a preocupação de registrar exatamente o que foi dito. Deverá, ainda, garantir que a resposta seja completa e suficiente”.

Ao final de cada entrevista a pesquisadora procedeu a validação das respostas emitidas, conferindo com as entrevistadas o que havia sido respondido e todas reafirmaram suas falas.

Praça e Silva (2003, p. 10) reforçam a importância desta ação ao afirmar que:

“a validação dos dados feita pelo pesquisador junto aos pesquisados tem como objetivo verificar se a interpretação dos dados obtidos está de acordo com a realidade dos informantes/atores do estudo. (...) esse procedimento evita distorções que possam ter ocorrido na interpretação que fez a partir dos procedimentos de coleta de dados”.

A análise dos dados foi conduzida pela proposta da Análise de Conteúdo, modalidade Temática, proposta por Bardin (2004) e seguiu as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise constituiu-se na escolha dos documentos a serem analisados, o

material, na formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores para a interpretação final. Esta fase foi decomposta na “leitura flutuante”, cuja leitura torna-se mais exata, em função das hipóteses que surgem, e na “constituição do corpus” que “é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” e segundo Bardin (2004, p.91) visa:

(...) “exaustividade (não se pode deixar de fora qualquer um dos elementos por esta ou por aquela razão (dificuldade de acesso, por aparentemente não interessar) que não possa ser justificável no plano de rigor); representatividade (a análise pode efectuar-se numa amostra desde que o material a isso se preste); homogeneidade (obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar demasiada singularidade fora destes critérios de escolha); pertinência (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo da análise)”.

A seguir procedeu-se a exploração do material, que constitui (...)”a fase de análise propriamente dita, a administração sistemática das decisões tomadas (...) e consiste essencialmente de operações de codificação” (BARDIN, 2004, p. 95).

A codificação conforme O. R. Holsti apud Bardin (2004, p. 97), “é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo”.

A etapa seguinte, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, a partir dos resultados levantados o analista pode “propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objectivos previstos” (BARDIN, 2004, p. 95).

Salienta-se que o projeto deste estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Goiás sob Protocolo nº. 032/2005, em conformidade com a Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde

(BRASIL, 1999), que dispõe sobre os aspectos ético-legais dos estudos científicos que envolvem seres humanos (anexo). As mulheres entrevistadas receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndices).

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O PERFIL DAS MULHERES ENTREVISTADAS

Trabalhar a questão da esterilização definitiva e o desejo de reversão do procedimento requer inicialmente o conhecimento do perfil das mulheres envolvidas no processo.

Os resultados obtidos possibilitaram caracterizar as vinte e cinco mulheres esterilizadas inscritas no Laboratório de Reprodução Humana que procuraram a reversão do procedimento. Essa classificação foi realizada quanto à faixa etária a que pertenciam na época da laqueadura tubária e no momento da reversão do procedimento, quanto ao estado civil, número de filhos vivos e escolaridade.

Ao analisar os resultados, foi possível verificar que 13 (52%) das mulheres entrevistadas tinham entre 17 – 21 anos quando se submeteram à laqueadura tubária; 8 (32%) pertenciam à faixa etária entre 22 – 26 anos; 3 (12%) possuíam entre 27 - 31 anos e 1 (4%) tinha 32 – 36 anos. Percebe-se que a maioria das mulheres entrevistadas submeteu-se à laqueadura tubária quando jovem.

Analisando a faixa etária dessas mulheres quando procuraram o Laboratório de Reprodução Humana para a reversão do procedimento observou-se que, podem assim ser descritos: 3 (12%) mulheres tinham entre 41 – 45 anos; 9 (36%) tinham entre 36 - 40 anos; 8 (32%) estavam com idade entre 31 – 35 anos; 5 (20%) possuíam entre 26 – 30 anos. Estes dados comprovam que as mulheres esterilizadas tinham idade mais avançada quando solicitaram a reversão do

procedimento.

Referentes ao estado civil à época da consulta no LRH, 16 (64%) mulheres afirmam estar casadas; 4 (16%) solteiras; 2 (8%) divorciadas; 2 (8%) separadas e 1 (4%) viúva. Salienta-se, portanto que, todas as entrevistadas referiram ter um companheiro, sendo a expressa maioria, 24 (96%), composta de mulheres em seu segundo matrimônio e somente 1 (4%) afirmou estar ainda no primeiro casamento. Os dados demonstram que a maioria das mulheres entrevistadas vive a sua segunda experiência matrimonial e somente uma mulher mantém-se unida ao primeiro matrimônio.

Quanto ao número de filhos verificou-se que 1 (4%) mulher relatou que teve 3 natimortos e nenhum filho vivo, 3 (12%) mulheres possuíam 1 filho vivo e 1 filho morto, 12 (48%) estavam com 2 filhos, 1 (4%) tinha 2 filhos vivos e 2 filhos mortos, 7 (28%) mulheres tinham 3 filhos e 1 (4%) mulher tinha 4 filhos. Foi constatado portanto que, a maioria das mulheres esterilizadas tinha pelo menos um filho, enquanto que 4 (16%) tinham filhos mortos e somente uma mulher não tinha nenhum filho vivo.

Em relação à escolaridade, 10 (40%) mulheres tinham o 1° grau; 14 (56%) possuíam o 2° grau e somente 1 (4%) mulher concluiu o 3° grau, demonstrando que essas mulheres tinham relativo grau de escolaridade.

4.1 Fatores determinantes para a realização da esterilização definitiva

No cotidiano, alguns fatores são determinantes pela opção da esterilização, tais como: os problemas conjugais, a falta de conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, o tamanho da prole e a oferta e facilidade da laqueadura.

4.1.1 Problemas conjugais

Os valores culturais e sociais influenciam nos padrões informais diferenciados na educação de indivíduos do gênero feminino e masculino. Essa diferença se reflete muitas vezes, no modo de viver e no relacionamento, principalmente entre duas pessoas, como por exemplo, no casamento. Esta união promove alegrias, tristezas, prazeres, obrigações, interesses comuns ou não, entretanto, vários fatores parecem influenciar esta união, tornando-a harmoniosa ou um conflito constante entre ambos.

Este fato é percebido na divisão de tarefas e educação dos filhos, cabendo, quase sempre, às mulheres estas responsabilidades. Além disto, o domínio do gênero masculino sobre o feminino, embora menos intenso do que no século passado, corrobora para a geração de conflitos que muitas vezes resultam no rompimento do relacionamento conjugal e na decisão quanto ao número de filhos que o casal pretendia. Os relatos abaixo confirmam estas considerações.

... “Meu marido não me ajudava a olhar as crianças”... (E5)

... “Por pressão do meu ex-marido, ele quis porque quis que eu operasse”... (E6)

Para Dantas-Berger e Giffin (2005, p. 418), “o modelo patriarcal de certa forma permitiu a prática da violência contra a mulher na medida em que conferiu aos homens o ‘papel ativo’ na relação social e sexual entre os sexos”, e imputaram a mulher o papel passivo e a responsabilidade pela reprodução. Afirmam ainda que, o homem enquanto provedor e detentor do poder econômico mantiveram a mulher dependente financeiramente, condição que parecia justificar a sua submissão, inclusive sexual.

Osis et al. (1999) referem que a sociedade impõe às mulheres a responsabilidade sobre a reprodução. Desta forma, elas vivem em conflito entre o desejo de controlar a sua fecundidade, por meio da anticoncepção, e as conseqüências deste ato, tais como os efeitos colaterais de alguns métodos, e a gravidez não planejada e indesejada. Para algumas mulheres, a laqueadura tubária surge como a melhor solução.

Mais recentemente, mudanças no comportamento das mulheres, mediante a inserção feminina no mercado de trabalho e demais esferas socioeconômicas, culturais e políticas, vêm proporcionando maior igualdade nas relações sociais e afetivas, garantindo assim sua participação em decisões até então restritas somente aos homens, inclusive o poder de negociação no campo da sexualidade e da reprodução. Assim, a responsabilidade da reprodução, da educação dos filhos, das tarefas domésticas antes delegadas somente as mulheres, passam a ser timidamente divididas com o seu companheiro.

Carvalho, Pirotta e Schor. (2001, p. 30), afirmam que:

“(...) a mulher vem conquistando um espaço cada vez maior no

mundo público, entrando no mercado de trabalho e assumindo a co-responsabilidade ou até a responsabilidade no sustento da família. No entanto, a divisão das tarefas do mundo privado com o parceiro ainda não é tão comum. O cuidado dos filhos e o controle da fecundidade ainda são considerados, pela sociedade e até pelas próprias mulheres, como uma função feminina”.

Duarte et al. (2003), referem que nas últimas décadas o papel dos homens na saúde reprodutiva foi alvo de discussões e que no Brasil alguns homens estariam assumindo a sua parte na responsabilidade pela reprodução, não delegando esta incumbência somente às mulheres. Entretanto, esclarece que é necessário investir na educação de homens e mulheres e disponibilizar o atendimento integral a saúde sexual e reprodutiva para ambos.

A educação pode imputar a ambos a responsabilidade no processo reprodutivo. Deste modo, homens e mulheres podem perceber que a procriação deve ser compartilhada entre o casal, pois a gestação pode ser também para eles a oportunidade de amadurecer, de vivenciar uma nova experiência, de fortalecer o amor existente, compreender a importância da participação efetiva nesse processo.

A ocorrência de conflitos leva a separação conjugal, provoca insegurança em algumas mulheres que temem a gravidez, por sentirem-se muitas vezes desamparadas, sem condições emocionais e financeiras ao gerar e educar um filho sem a colaboração do companheiro.

Parece que mulheres quando vivenciam situações de descaso e desinteresse do companheiro se sentem desencorajadas a engravidar, pois esta condição provoca insegurança e medo, tal como se evidencia nos relatos:

... “Porque eu não tava dando certo com o meu esposo”... (E16)

... “Desespero, estava separando do meu marido”... (E17)

A instabilidade nos relacionamentos conjugais, a insegurança, o distanciamento vivenciado entre o casal são fatores que contribuem para que as mulheres decidam pela laqueadura tubária. Mendes et al. (2004), corroboram com esta afirmação e acreditam que em decorrência das separações dos casais, as mulheres sentem-se incapazes de procriarem, de assumirem novas responsabilidades.

Desse modo a gravidez que deveria significar o ideal de realização para a mulher parece representar uma situação de conflito e de sofrimento.

Acrescido a esses problemas a opção pela laqueadura tubária com a finalidade de contracepção decorre, em muitos casos, da atitude machista manifestada pela recusa em usar o preservativo como meio de evitar a gestação, transferindo para as mulheres toda a responsabilidade da escolha do método contraceptivo, prerrogativa que deveria ser do casal, condição também percebida neste estudo, segundo relatos das entrevistadas:

... “Meu marido não gostava de usar camisinha”... (E1)

... “A gente não combinava bem com o preservativo”... (E6)

Ringhein (1993) apresentou um estudo onde discorre sobre os motivos pelo qual a participação dos homens é pouco efetiva em atividades de contracepção, e dentre eles estão o medo de diminuir sua virilidade e a sua autoridade de chefe de família. Segundo a autora, os homens temem que o uso do preservativo e a prática do coito interrompido diminuiriam a espontaneidade e o prazer sexual.

Para Carvalho, Pirotta e Schor. (2001, p. 23), “a mulher assume a contracepção como atividade de sua responsabilidade, e o papel desempenhado pelo parceiro é vivenciado como uma função acessória”.

Carvalho e Schor (2005, p. 6), realizaram um estudo com um grupo de 31 mulheres esterilizadas que apontaram que 71% das entrevistadas, rejeitam o uso do preservativo, porque na maioria dos casos os parceiros recusam o uso, com o argumento que “ele não gosta”. Percebe-se, portanto, a “falta de poder de negociação da mulher”, em uma situação onde elas não dispõem de argumentação suficiente para persuadir o parceiro a usar o preservativo. Ainda segundo estas autoras algumas mulheres sentem receio deste método falhar, pelo “rompimento da camisinha”, apresentando-se para elas como um método inseguro.

Nesse sentido, observamos a submissão da mulher, o pouco poder de negociação e persuasão no âmbito da sexualidade, permitindo que homens recorram às práticas sexuais que lhe interessam sem respeitar a opinião feminina.

Espírito-Santo e Tavares-Neto (2004, p. 567), questionaram acerca das “responsabilidades dos parceiros no que se refere ao cuidado dos filhos e à prevenção da gravidez”. Foi apontado por 62,6% dos entrevistados “que essa responsabilidade seria do casal” e por 29,1% “que a responsabilidade seria exclusiva da mulher”.

Além das divergências, do desamor, da negligência vivida no relacionamento conjugal, algumas mulheres vivem situações de maus-tratos. Estudo realizado por Reggiani et al. (2000), demonstrou que 14,3% das mulheres entrevistadas afirmaram que um dos motivos que as levaram a escolha da laqueadura tubária foram os

maus-tratos dos companheiros.

Corroborando com estes resultados, outra pesquisa, esta realizada por Vieira (1994), também revelou que entre outros motivos para se esterilizar destacam-se as dificuldades conjugais e alcoolismo do marido que foram citados por 3,7% das entrevistadas.

Esta realidade também foi evidenciada neste estudo, conforme alguns relatos:

... “Meu marido me batia, ele era muito nervoso”... (E3)

... “Porque eu era casada e meu marido bebia muito e ele me agredia, a gente quase não tinha relação, quando tinha era para ter filho”... (E11)

... “Por causa do meu marido, eu não queria ter mais filhos com ele porque ele era muito ruim”.... (E21)

... “Eu sofria muito com o meu marido, por meu gosto eu não teria feito a operação”.... (E13)

A Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1993, definiu como violência contra a mulher:

“(...) qualquer ato de violência de gênero que resulte, ou tenha probabilidade de resultar, em prejuízo físico, sexual ou psicológico, ou ainda sofrimento para as mulheres, incluindo também a ameaça de praticar tais atos a coerção e a privação da liberdade, ocorrendo tanto em público como na vida privada” (WHO, 1997).

Menezes et al. (2003), apresentaram um estudo mostrando que a frequência de violência física entre as mulheres é maior naquelas com baixo nível de escolaridade, tabagistas e histórico familiar de violência. Dentre os homens, a baixa escolaridade, o alcoolismo e o desemprego foram os fatores determinantes para a ocorrência de violência familiar. Ainda neste estudo evidenciou-se a prevalência de

13% de violência física antes da gestação e 7,4% durante a gestação.

Corroborando, Meneghel et al. (2003, p. 956,959) referem que “a violência entre homens e mulheres, atual ou passada, física, psicológica ou sexual, esteve presente na história de vida de todas as mulheres” e (...) “está presente em praticamente todas as classes sociais, culturas e sociedades”.

A agressão física ou psicológica compromete o relacionamento conjugal, especialmente entre as mulheres que sofrem maus-tratos praticados pelos companheiros. Essa condição parece constituir fator importante na decisão da mulher ao escolher a laqueadura tubária como método contraceptivo, pois vislumbram nesse procedimento o meio de evitar em caráter definitivo, nova gestação, novos sofrimentos e preocupações.

Além do dano físico, este estudo apontou que a opressão psicológica, torna as mulheres frágeis e vulneráveis ao temperamento e ao humor do seu parceiro:

... “Achava que nunca mais iria querer um homem na minha vida, estava vivendo mal com o meu marido. Achava que quando vive mal com marido, vive afetada psicologicamente”... (E4)

... “Você acredita que operei para pirraçar meu marido?.... A operação estava marcada como se fosse amanhã, à noite ele me passou muita raiva, aí eu fiz”... (E24)

Kronbauer e Meneghel (2005, p. 700), evidenciaram alta prevalência de violência em mulheres praticadas pelo companheiro. A amostra estudada por eles foi constituída por 251 mulheres e foi constatado que destas, 55% sofreram violência psicológica. No referido estudo percebeu-se também “a invisibilização dos eventos violentos pelas próprias mulheres, que naturalizam, banalizam e relativizam as

violências que sofrem, e o que é pior, não as percebem como tal”.

Para Garbin et al. (2006, p. 2572), nas diversas comunidades a mulher é vítima da violência de gênero, que se trata de uma questão cultural muito forte “plantada” na sociedade, fazendo com que as próprias mulheres se considerem inferiores, promovendo desequilíbrios de ordem “econômica, emocional e familiar”.

Todas estas situações de violência influenciam na decisão de suas vidas afetiva, sexual e reprodutiva e muitas vezes, sem avaliar as conseqüências, fazem escolhas que vão influenciar toda sua vida. Nesse sentido, tornam-se muito importantes as ações dos profissionais de saúde dirigidas ao aconselhamento, orientação e acompanhamento dessas mulheres a fim de evitar que elas tomem, sem a devida reflexão, uma decisão precipitada e que da qual possam arrepende-se futuramente.

4.1.2 A falta de conhecimento acerca dos métodos contraceptivos

A criação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, PAISM, foi um marco em relação ao atendimento a saúde da mulher. Seus princípios, integralidade e universalidade, preconizam atenção e assistência em um contexto social, considerando os direitos sexuais e reprodutivos.

Para atender a uma das finalidades deste programa, as questões relativas ao planejamento familiar foram amplamente discutidas, incluindo políticas e medidas que permitissem o acesso de toda população aos métodos de contracepção.

Todavia, parece que algumas mulheres ainda não estão devidamente informadas sobre as ações desenvolvidas no planejamento familiar, persistindo a

falta de informações sobre os métodos contraceptivos, para o uso de forma regular, fundamentais na vida da mulher. Muitas evidenciaram o desconhecimento:

... “Não me falaram do DIU e nem de outro jeito de não engravidar”... (E1)

... “Não sabia que tinha outro jeito de evitar filhos, tinha facilidade para engravidar. Ouvi dizer que tinha camisinha, mas nunca tinha visto. Depois de muito tempo ouvi falar do DIU, depois que tinha operado”... (E2)

... “Não tinha experiência com remédio, morava no interior e ninguém nunca me falou sobre outro jeito de evitar filhos e eu tinha medo de arranjar mais filhos”... (E16)

... “Nunca tomei nada, tive a primeira filha com 15 anos”... (E25)

Schor et al. (2000), realizou estudo com 1.157 mulheres em idade reprodutiva, sobre o conhecimento e o uso de métodos anticoncepcionais. Os dados levantados apontaram que, dentre as entrevistadas, 86% conheciam algum método contraceptivo enquanto que 14% não conheciam nenhum método. Outro dado oriundo desta investigação aponta que, destas mulheres, 42,9% estavam esterilizadas, 35,3% usavam o anticoncepcional oral, 5,2% recorriam ao preservativo e somente 1,6% usavam dispositivo intra-uterino (DIU).

Dentro da perspectiva estudada observaram-se evidências do uso de alguns desses métodos contraceptivos, conforme relatos:

... “Eu evitava com comprimido e não sentia nada”... (E10)

... “Usei camisinha, tomei remédio muito tempo”... (E19)

Na perspectiva feminista, Ávila (2003), considera que os direitos reprodutivos estão relacionados com a igualdade e a liberdade da reprodução e os direitos

sexuais se relacionam com a igualdade e a liberdade da sexualidade, neste sentido as mulheres tem autonomia de decisão na vida reprodutiva e sexual.

Nesse entendimento, as mulheres devem assegurar os seus direitos sexuais e reprodutivos e exigir dos programas de saúde informação sobre todos os métodos de planejamento familiar, bem como a garantia de acesso aos meios de aquisição dos mesmos e assim poderem decidir livre e conscientemente o método contraceptivo que atenda à sua necessidade.

Entretanto, o acesso aos serviços de saúde reprodutiva ainda constitui um problema real a ser transposto pelas mulheres tanto quanto o reconhecimento de sua sexualidade.

Lima e Luz (2004, p. 203), afirmam que “a dificuldade de acesso aos serviços de saúde reprodutiva, o pouco poder das relações afetivo-sexuais e a baixa capacidade de negociação na esfera da sexualidade, destacam-se, entre as razões para a escolha do método cirúrgico de contracepção”.

A partir do momento que as mulheres se valorizarem independentemente da opinião do outro, se tornarão conscientes de sua sexualidade, seguras da importância do seu papel nas relações afetivas, bem como dos seus direitos, e passarão a exigir atendimento condizente com sua condição feminina.

Schor et al. (2000, p. 378), referem que “a falta de comprometimento das políticas de saúde com as necessidades da população geram o agravamento do quadro de saúde no país quanto à realidade das práticas contraceptivas”.

Para Souza et al. (2006, p. 272):

“(…) A desinformação da população associada à dificuldade de

acesso aos serviços de saúde de qualidade e limitações dos próprios métodos contraceptivos configuram-se como os fatores preponderantes a caracterizar a discutível qualidade da assistência em planejamento familiar no Brasil” (...).

Segundo Osis et al. (2006, p. 2487), são várias as dificuldades para a execução das ações de planejamento familiar, dentre elas a sua aplicação de forma isolada, a “indisponibilidade de métodos contraceptivos nos serviços públicos de saúde” e a falta de capacitação dos profissionais de saúde para atuarem nesta área. Segundo afirmação da autora, ainda que o Ministério da Saúde forneça contraceptivos com regularidade e quantidade suficiente, o planejamento familiar não atingirá a “qualidade e a eficácia desejada” e não permitirá às mulheres o “direito de decidir quando e quantos filhos querem ter”. É necessário que dentre as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde, além de fornecer os insumos, priorize as ações direcionadas ao planejamento familiar como parte componente da atenção básica.

Algumas medidas são necessárias para atingir a eficácia no atendimento a saúde da mulher como: maior interesse e comprometimento nas políticas públicas de saúde; capacitação; compromisso dos profissionais de saúde para atuar de forma resolutiva e disponibilidade de contraceptivos para atender as expectativas das mulheres.

Ao que parece, as ações no planejamento familiar acerca dos métodos contraceptivos, não atendem satisfatoriamente, como se evidencia nos relatos:

... “Só conhecia a pílula e não conhecia outro jeito de evitar filhos”...
(E3)

... “Eu casei grávida e não evitava direito, às vezes, eu tomava alguma coisa, mas não tinha controle certo”... (E12)

Segundo Carreno et al. (2006, p. 1102), apesar da existência de vários métodos contraceptivos, no Brasil, “há hegemonia de dois métodos em especial, a anticoncepção oral e a ligadura tubária”.

Pesquisa realizada por Espejo et al. (2003), com 472 mulheres da cidade de Campinas, São Paulo, revelou que 95,1% das entrevistadas referiram conhecer a pílula, 72% citaram o preservativo como método contraceptivo, e 60,6% o dispositivo intra-uterino (DIU). Percebeu-se ainda que, o conhecimento acerca dos demais métodos contraceptivos era limitado e que existe a necessidade de maiores investimentos na educação das mulheres, especificamente, quanto à contracepção. Considerando os números apontados nesta pesquisa, verifica-se que apesar da relevância do tema, o conhecimento de algum método contraceptivo e a adesão ao uso dos mesmos ainda são restritos, e permite inferir realmente da necessidade de investimentos na educação em saúde para melhorar este cenário, realidade evidenciada neste estudo:

... “Eu sabia do DIU, sabia da pílula, do preservativo”... (E16)

... “Eu nunca evitei com comprimido, sabia que tinha DIU, tabelinha”... (E13)

A adesão das mulheres ao uso dos métodos contraceptivos é um fator muito importante, e nesse aspecto Costa e Leal (2005, p. 258), argumentam que este fato “requer um comportamento periódico e sistemático para atingir níveis de eficácia satisfatórios que permitam prevenir o surgimento de gravidezes imprevistas”.

Realmente a adesão é um dos fatores que podem contribuir nas decisões das mulheres, e deste modo torna-se importante que os profissionais, por meio dos programas de saúde, ofereçam atendimento contínuo e sistematizado no esclarecimento das modalidades de contracepção para que, mais informadas e conscientes, as mulheres possam controlar sua fecundidade.

Para Bahamondes (2006, p. 267), o planejamento familiar deveria ser visto como “ação de medicina preventiva”, mas na prática os métodos que possuem maior visibilidade são: os anticoncepcionais orais e a laqueadura tubária. Outro aspecto importante suscitado pelo autor diz respeito à forma de aquisição do anticoncepcional oral realizada por meio da compra em farmácias. Interessante complementar que a maioria das mulheres iniciou o uso do anticoncepcional sem orientação profissional seja do médico ou do enfermeiro.

Moura, Silva e Galvão. (2007, p. 966) referem que é preciso:

“uma política nacional de planejamento familiar que reconheça o potencial do enfermeiro em manejar os métodos anticoncepcionais e explicita seu amparo legal para que assuma com autonomia essa área do cuidado para a qual soma grande contribuição”.

Na verdade, a atuação do profissional enfermeiro muito contribuirá para a dinâmica dos programas de planejamento familiar no sentido de se atingir a qualidade e a eficácia desejadas referente à informação, ao aconselhamento prévio da escolha do método contraceptivo e ao acompanhamento das práticas contraceptivas, contribuindo assim, para que as mulheres busquem outras alternativas.

Enfatiza-se, portanto, a responsabilidade dos profissionais de saúde ao

oferecer atividades educativas para que a mulher e o casal informados acerca dos métodos contraceptivos existentes procedam a escolha consciente, adequada as suas condições biopsico e socioeconômica.

4.1.3 O tamanho da prole

Culturalmente, a mulher foi criada para conceber, procriar e criar os seus filhos. Ser mãe faz parte do projeto de vida de muitas mulheres, e cada gravidez surge em um determinado momento de vida, tornando-se um evento único, vivenciado de forma individual.

Para a mulher a gravidez representa a afirmação da feminilidade, da auto-estima, da concretização do instinto maternal mediante a capacidade de gerar uma vida, mas é também um período de mudança que envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões a fim de prover as adaptações orgânicas, psicológicas e emocionais, e minimizar a situação de fragilidade na qual a mulher se encontra. É um momento único para cada mulher; o qual adquire um significado de acordo com a sua história de vida, suas experiências e percepções advindas dos valores, crenças e condições socioeconômicas que vivenciam (ÁVILA, 1998).

Por outro ângulo, a gravidez provoca alterações na estrutura e na organização familiar, cria situações inusitadas, até então desconhecidas, requerendo renegociações entre os seus membros, e, mediante a história de vida de cada indivíduo, este se sentirá mais ou menos valorizado no âmbito familiar. A possibilidade da inserção de um novo ser no núcleo familiar quase sempre gera

expectativas, sejam elas positivas ou negativas, levando à reflexão sobre o espaço ocupado pelos membros da família e as repercussões na vida das pessoas mediante a definição de novos papéis e novas responsabilidades (TEDESCO, 1999).

Assim como a gestação, o nascimento é também um acontecimento ímpar e por isso as mulheres idealizam a quantidade de filhos que desejam ter. Todavia, a prole deve ser definida considerando a história de vida da mulher, seu relacionamento conjugal, sua situação socioeconômica, apesar de muitas vezes acontecer sem previsão das conseqüências futuras, como se evidencia nos relatos:

... “Eu achava que dois filhos eram suficientes, eu não imaginava o que vinha na frente”... (E5)

... “Esse é o meu segundo casamento, no primeiro casamento eu achava que um casal de filhos era perfeito... Por mim só um casal já estava bom, a gente nunca sabe se a situação vai reverter”.... (E7)

Mendes et al. (2004, p. 37), encontraram que dentre os vários motivos por quais as mulheres optaram pela laqueadura tubária, um deles “foi o número de filhos que as mesmas julgavam suficiente”.

Fernandes et al. (2006, p. 323), apontaram que “a laqueadura tem sido o método de contracepção eleito por muitos casais em todo o mundo pela eficácia e segurança”. Ainda neste estudo foram investigados os motivos pelos quais as mulheres optam pela laqueadura tubária, e 38,5% destas afirmaram que principal motivo foi o fato de estarem satisfeitas com a prole que tinham.

Vale ressaltar que algumas mulheres por sentirem-se satisfeitas com a quantidade de filhos, naquele momento, optam pela laqueadura tubária, todavia nem

sempre o sentimento vivido em determinado contexto é duradouro.

A vida está em constante mutação, de forma que, opiniões expressadas e decisões tomadas diante de certas circunstâncias podem ter reflexos indesejados futuramente.

A decisão de ter ou não ter mais filhos deve ser discutida entre o casal, considerando a possibilidade da separação conjugal, a eventual perda de um filho e outros problemas familiares. A mulher, devido à sua condição biológica, requer maior reflexão, caso decida não ter mais filhos e no caso da escolha ser pela esterilização como método contraceptivo, deve estar consciente que a sua decisão tem conseqüências irreversíveis, sendo a principal a impossibilidade de nova gestação.

Carvalho, Cecatti e Osis. (2004, p. 1566), reconhecem a dificuldade de definir o “número ideal de filhos” (NIF). Demograficamente, o conceito de NIF é importante para explicar a tendência da fecundidade e avaliar a fecundidade indesejada. Este estudo detectou que houve queda na taxa de fecundidade no Brasil, em decorrência dos problemas econômicos e conseqüente controle de natalidade. Todavia, através dos dados levantados, não se pode afirmar que essas mulheres optaram pela laqueadura tubária por terem atingido o NIF, e nem que esta opção decorreu de forma livre e informada, mas que decorreu da falta de acesso e disponibilidade das opções contraceptivas.

Vieira (1994, p. 444) já havia verificado que “o principal motivo apontado pela maioria das entrevistadas (44%) submetidas à laqueadura foi o número suficiente de filhos (...), 12,3% apontaram dificuldade financeira (...) e 2% disseram que o marido não queria mais filhos”.

Neste estudo, esta realidade também foi verificada:

... “Eu era casada e com meu marido eu achava que dois filhos eram suficientes”... (E14)

... “Eu pensava que eu nunca ia me separar dele e que um filho só tava bom”... (E20)

... “Por causa da quantidade de filhos, para não ter muitos filhos, porque o meu marido já tem dois filhos do outro casamento, e para mim dois filhos já estava bom”... (E23)

Vivemos em uma sociedade em constante mudança, que influenciam e modificam os costumes e as opiniões das pessoas. Antigamente as famílias eram mais numerosas, mas os problemas sociais e as dificuldades financeiras impuseram um perfil diferente. Hoje as mulheres e os casais optam por uma prole reduzida, fato este que pode ser constantemente observado ao nosso redor.

Vale considerar, que situações definidas como adequadas para o momento presente, podem ser diferentes no futuro, como pode ser observado abaixo, por meio de depoimentos coletados neste estudo:

... “Porque assim... no começo do casamento as coisas são mais difíceis, mas agora os filhos estão crescidos. Eu não evitava, fiz até tratamento para engravidar. No começo não tem casa própria, agora já tem tudo”... (E8)

... “Porque a situação na época não era favorável”... (E12)

... “Os filhos já estão casados, gosto muito de criança, ainda é o mesmo marido, hoje é mais estabilizado, não sabia como ia ser, hoje é mais estabilizado. É a primeira tentativa para reverter o negócio das trompas”... (E8)

Minella (1998) assevera que, além dos problemas sociais e econômicos enfrentados, existem outros, tais como problemas de saúde.

Segundo Berquó (1999), para algumas mulheres analfabetas e pobres, a esterilização representa única possibilidade de uso de métodos modernos para evitar a concepção e por esse motivo é muito escolhido por elas. Ainda segundo esta autora, os serviços públicos enfrentam dificuldades e não estão preparados para oferecer todos os métodos contraceptivos existentes, gerando uma situação de incertezas e preocupações entre a esterilização ou entre correr o risco de no futuro vir a provocar um aborto clandestino ou prosseguir com uma gravidez indesejada.

Espírito-Santo; Tavares-Neto (2004, p. 567), evidenciaram a necessidade de “oferecer aos casais informações necessárias para uma escolha consciente da quantidade de filhos e de quando tê-los”.

A definição da quantidade de filhos nem sempre decorre da escolha consciente das mulheres, mas da falta de conhecimento, acesso e disponibilidade das opções contraceptivas e também por não avaliar as conseqüências futuras desta escolha.

Deste modo, para algumas mulheres, as condições sociais e econômicas desfavoráveis, as barreiras no atendimento a sua saúde como a falta de informações e conhecimentos acerca de opções para evitar nova gravidez juntamente com a pouca oferta de métodos contraceptivos, favorecem a procura pela esterilização. Este contexto reflete a importância da atuação dos profissionais de saúde, como agentes transformadores da realidade vivida por essas mulheres, promovendo a informação e o conhecimento necessários e estimulando a adoção de outras práticas contraceptivas.

4.1.4 Oferta e facilidade da laqueadura tubária

Apesar dos diversos métodos contraceptivos existentes, parece que a laqueadura tubária é um dos meios no qual mulheres em idade reprodutiva recorrem com maior frequência para controlar a sua fecundidade.

A legislação vigente até o final de 1995, somente autorizava a realização da esterilização cirúrgica quando uma possível gravidez pudesse causar riscos de morte para a mulher e nesta circunstância, o profissional médico deveria esclarecer à mulher sobre o caráter definitivo decorrente deste procedimento. Todavia, ao que nos parece, essas orientações não aconteciam efetivamente, uma vez que 18 (72%) mulheres entrevistadas no presente estudo foram esterilizadas antes de 1995 e referiram desconhecer essas exigências. Somente 7 (28%) participantes do estudo foram esterilizadas após 1996.

... “Fiz a laqueadura particular, paguei o médico, ele não me falou que era irreversível”... (E1)

... “Fui ao hospital particular e paguei o médico para fazer a operação, o médico não falou que não ia engravidar mais”... (E2)

... “Fiz a laqueadura no hospital particular, foi pago. O médico não falou nada, só pegou o dinheiro e pronto. Não sei se tirou às trompas ou se só amarrou”... (E8)

... “(...) o médico não me explicou nada, eu fui descobrir bem depois, quando casei de novo, parei de tomar anticoncepcional e nada, fui ao médico e ele me falou que eu tinha feito laqueadura”... (E10)

Para Berquó e Cavenaghi (2003, p. 442):

(...) “a esterilização feminina voluntária tem sido há muito tempo uma prática comum no setor privado da saúde no Brasil como meio de controle de fecundidade. No sistema público, entretanto, a esterilização não era permitida, não havendo, portanto, autorização para pagamento das cirurgias de laqueadura tubária”.

Segundo Terra (1991, p. 12) o percentual de esterilizações aumentou muito a partir de 1980 conforme dados divulgados em outubro de 1990 pela Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esta pesquisa revelou que “6 milhões de mulheres, ou seja, 16% de todas as brasileiras com idades entre 15 e 54 anos, estavam esterilizadas em 1986”, demonstra ainda que 60% destas mulheres pagaram pela esterilização.

Da mesma forma, Molina (1999, p. 134), refere que “fatores estruturais nacionais, determinantes econômicos, como os baixos salários dos médicos, que viam na laqueadura tubária uma oportunidade de um honorário extra, ajudam a explicar a alta prevalência da técnica”.

Vieira (1994, p. 447) afirmou que a falta de regulamentação contribuía para aumento da esterilização e que uma vez regulamentada:

“irá evitar o abuso da esterilização, a escolha desinformada e trará a possibilidade de controle, apoio e aconselhamento durante a decisão. Entretanto, é absolutamente necessário incluir restrições que evitem a escolha inadequada da esterilização.(...) Os médicos deveriam estar incluídos nesse processo e conscientes da necessidade de controle do procedimento.(...) Devido aos interesses econômicos dos médicos, a regulamentação deveria incluir uma discussão do preço do procedimento”.

Esta lacuna foi suprimida com a promulgação da Lei n°. 9.263/96, que propiciou a regulamentação da laqueadura tubária, autorizando a sua realização desde que a mulher atenda os requisitos estabelecidos pela mesma.

As mulheres que optaram pela esterilização como método contraceptivo, apesar de não apresentarem indicação clínica que justificasse a realização do

procedimento, obtiveram o acesso à cirurgia mediante pagamento ao médico e a instituição de saúde, como se evidencia nos relatos:

... “Eu paguei caro na época para fazer a laqueadura, a gente só combinou o preço, ele não quis fazer desconto”... (E7)

... “No interior o que fala mais alto é o dinheiro. Médico do interior é assim, se você pagar a cirurgia não importa a idade, pelo SUS não faz de jeito nenhum, mas se for particular, não espera nem fechar a boca e não dá orientação nenhuma”... (E11)

Para Vieira (1994, p. 447):

“(...) o pagamento como critério de acesso não leva em conta a necessidade da esterilização, a indicação do caso e adequação do procedimento, vedando o acesso a muitas mulheres e facilitando demais a outras” e “(...) a idéia “se é pago e bom para a classe alta é bom para todos pode estar relacionada à aceitação do pagamento da laqueadura”.

Vieira (1994, p. 447), também acrescenta que “o acesso à cirurgia foi em grande maioria realizado por meio de pagamento ao profissional”. Além disso, os médicos através de sua atuação nas escolas de medicina, hospitais-escola e na sua prática diária, influenciavam na divulgação da esterilização entre outros profissionais e estudantes da área da saúde.

Mesmo que não existisse norma que regulamentasse a realização da esterilização cirúrgica e, portanto, a falta de impedimentos para realizar o procedimento, os preceitos ético-legais sempre existiram, portanto, estes profissionais deveriam informar e esclarecer às mulheres sobre as conseqüências advindas desta decisão, e também considerar as necessidades para recomendação.

Este estudo revelou que, dentre as entrevistadas, muitas desconheciam as

recomendações:

... “Não pensava em outro meio para não engravidar, ia fazer um períneo, então aproveitei e fiz a laqueadura, fiz particular, o médico não disse que eu não iria ter mais filhos, mas eu tava decidida”... (E4)

... “Paguei para operar, o médico me disse que eu não ia engravidar mais, não me falou sobre outros métodos, só me perguntou se eu tinha certeza do que ia fazer”... (E12)

... “Fiz a operação particular, o médico me explicou que eu poderia casar de novo, que tinha o método do DIU, do anticoncepcional, mas eu não dei ouvido”... (E17)

... “Eu paguei para operar, a médica me explicou que eu não teria mais filhos, e ele perguntou se eu tava decidida mesmo, para eu pensar bem”... (E20)

Ainda, segundo Berquó e Cavenaghi (2003, p. 442), “a ilegalidade associada à sua realização e a alta demanda pela esterilização explicam, em grande parte, porque a laqueadura tubária é tão frequentemente praticada durante a cesariana no setor privado”.

Moura e Silva (2004, p. 1024) realizaram estudo sobre as barreiras relacionadas à oferta de informações em planejamento familiar em uma região do Ceará e afirmaram que:

“a maioria das laqueaduras, tanto no âmbito nacional quanto no contexto estadual, ocorreu por ocasião do parto do último filho, nascido através de cesariana sem critério técnico-científico que a justificasse, tão somente para garantir a laqueadura”.

Vieira (1998) entrevistou na região metropolitana de São Paulo 3.149 mulheres sobre o uso de anticoncepcionais, dentre essas, 407 mulheres estavam esterilizadas. A maioria destas esterilizações ocorreu em hospitais particulares do

Estado de São Paulo mediante pagamento, e foram realizadas durante a cesariana.

Esta situação também foi percebida em um dos relatos:

...“Conversei com o médico e fiz a operação no HCJ, particular, na hora do parto, o neném saiu bem, aí operei no dia da cesariana. O médico me explicou que eu não teria mais filhos”... (E23)

Desta forma, parece que apesar da restrição legal, a prática indiscriminada da esterilização era amplamente difundida, tornando-se o método preferencial entre as mulheres que podiam pagar pelo procedimento.

O elevado número de laqueaduras tubárias realizadas no país provocou o surgimento de alterações emocionais adversas nas mulheres esterilizadas, levando os profissionais da saúde física e mental das mulheres a se preocuparem e analisarem com mais rigor os pedidos deste procedimento (BRASIL, TAVARES; CUNHA, 1993).

Assim, a Lei de nº. 9.263/96, veio de encontro com os anseios e as preocupações de vários profissionais. Ela determina que a esterilização para ser realizada deve obedecer a certos critérios, dentre eles algumas restrições como a realização do procedimento durante o período do parto e puerpério. Prevê ainda que este somente possa ser feito depois de decorridos sessenta dias e que durante este intervalo a mulher deve utilizar outro método contraceptivo.

A legalidade da esterilização coibiu de certa forma os excessos cometidos por alguns profissionais médicos que estabeleciam critérios para a realização do procedimento de acordo com os seus interesses, suprimindo a orientação e o aconselhamento à mulher quanto ao caráter definitivo da esterilização.

Atualmente existem critérios clínicos e técnicos rigorosos, bem como certa prudência entre os profissionais ao indicar a laqueadura tubária, diferentemente do que se observou no passado.

Todavia, a responsabilidade da cultura da esterilização não pode ser atribuída somente a uma categoria profissional, devendo ser compartilhada e discutida por toda equipe. Cada profissional de saúde deve assumir a sua parte neste processo a fim de auxiliar as mulheres e aos casais a compreender as opções contraceptivas e propor estratégias de intervenção para diminuir a incidência de laqueadura tubária.

A ilegalidade e falta de critérios para a indicação do procedimento podem ter contribuído para a prática da esterilização cirúrgica nas mulheres entrevistadas. A permissão legal para sua realização, a atuação de profissionais conscientes e mulheres mais informadas, constituem fatores que contribuirão para reduzir o percentual de laqueaduras tubárias.

4.2 Nova situação conjugal - Fator determinante para a reversão da esterilização

Até meados do século XX, em nossa sociedade predominava o modelo patriarcal constituído pela família, unida pelo laço do matrimônio cujas principais características pareciam ser a solidez e a manutenção desta união. Apesar de todas as divergências entre os casais, os casamentos mantinham-se indissolúveis, porém

a evolução dos tempos promoveu flexibilidade nos costumes aceitando com maior facilidade, separações conjugais. Todavia, ainda hoje homens e mulheres na busca pela felicidade compartilhada, perseguem o ideal de juntos constituírem outra família na qual se pretende contemplar suas carências afetivas e realização de sonhos.

As separações ocorrem por vários motivos, mas não ofuscam a oportunidade do indivíduo de vislumbrar perspectiva de mais uma oportunidade conjugal. Após a dissolução do matrimônio, seja por falecimento do cônjuge ou por incompatibilidade, muitas entrevistadas optaram por constituir uma nova união, e o novo companheiro, deseja ter seu próprio filho.

Neste estudo a nova situação conjugal é fator determinante para solicitar a reversão, conforme se evidencia nos relatos:

... “Fiquei viúva e me casei novamente e meu marido não tem filhos e tem três anos que estamos juntos e ele quer um filho e me cobra sempre”... (E2)

... “Casei de novo e ele é apaixonado por criança, na família dele só ele é que não tem filhos”... (E13)

... “Eu casei novamente e o meu esposo não tem filhos, então eu propus adotar um filho e ele não quis então eu vou tentar aqui”... (E16)

Ades (1997) realizou um estudo com 251 mulheres, submetidas a laqueadura tubária, atendidas no Ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo. Destas, 87 se diziam arrependidas da esterilização cirúrgica e relataram a união com novo companheiro, como o principal motivo para o desejo de mais filhos. O autor percebeu que após certo tempo muitas mulheres se arrependeram de terem se submetido à laqueadura tubária e ponderou

que algumas vão efetivamente passar por algum procedimento para tentar nova gravidez.

Esta realidade foi também percebida nos relatos das entrevistadas deste estudo:

... “Passei 17 anos casada, separei e estou casada há 8 anos, o meu companheiro não tem filhos, e eu gosto muito de criança”... (E15)

.... “Vivo com outro homem há 20 anos, meu marido é excelente, o casamento só é completo com filho”... (E3)

Mais recentemente, Machado, Ludermir e Costa (2005) referiram que a escolha da laqueadura tubária como método contraceptivo aumentou entre as mulheres no Brasil, mas que em contrapartida, também é crescente o arrependimento após a realização deste procedimento e que conseqüentemente cresceram as solicitações de reversão cirúrgica.

Em nosso estudo verificamos ainda, alguns fatores que contribuíram para o arrependimento, dentre eles, a mudança de parceiro sem filhos depois da esterilização, como se evidencia nos relatos:

... “Eu casei novamente e o meu companheiro não tem filho e ele me cobra”... (E11)

.... “Esse marido agora, tem oito anos que eu estou com ele, ele é mais novo e não tem filhos, e quer um filho... Não tenho filho com meu marido”... (E9)

Petta et al. (2000) relatam que nas últimas décadas a questão do arrependimento pós-laqueadura tubária tem sido alvo de discussões em congressos médicos, programas de saúde reprodutiva e na mídia. O objetivo dessas discussões

é promover ações educativas que efetivamente possam atender as necessidades das mulheres relativas à sexualidade e reprodução.

Entre as entrevistadas as medidas acima referidas não foram suficientes:

... “Não evitei por outro método, arrependi muito”.... (E6)

... “Se fosse no dia de hoje eu não teria operado”... (E16)

Neste entendimento, um programa de saúde como o Planejamento Familiar representa uma conquista para a saúde da mulher, por meio de ações educativas melhora a sua eficácia e a qualidade no atendimento, e assim possa minorar o arrependimento e a solicitação de reversão.

Segundo Pellini, Guazelli e Melo (2004, p. 1244), está assegurado à mulher o direito constitucional de acesso ao planejamento familiar para que “ela decida, livre de pressões e preconceitos, o tipo de anticoncepção que deseja usar e também que receba as respectivas informações”.

Os programas de planejamento familiar procuram atuar de forma integral e equânime visando melhorar a qualidade da assistência prestada não somente às mulheres, mas ao casal, pois esta deve ser uma decisão compartilhada. Para tanto, são oferecidas diversas opções contraceptivas, orientações sobre as indicações e contra-indicações e implicações decorrentes do uso de cada método escolhido. Estas medidas proporcionam à mulher e ao seu companheiro subsídios suficientes para que façam a escolha de forma esclarecida e consciente das conseqüências.

Para Melo e Pompei (2000, p. 371):

“O planejamento familiar segue três princípios fundamentais: liberdade de opção do casal; informação sobre todos os métodos

anticoncepcionais existentes, explicando as vantagens e desvantagens de cada método; educação conscientizadora, para que as pessoas se esclareçam sobre suas motivações e entendam o significado de sua opção frente à sociedade em que vivem”.

No entanto, apesar das ações implementadas no Planejamento Familiar ainda vivenciamos uma realidade onde algumas mulheres optam pela laqueadura tubária e posteriormente, são acometidas pelo arrependimento, como se evidencia no relato de uma entrevistada:

... “É um arrependimento que não tem volta, não sabia que não tinha volta, pensei que tinha só amarrado, mas ele cortou”. .. (E3)

De acordo com Vieira (1998), “o arrependimento é um efeito indesejado e uma complicação séria da ligação tubária, já que a reversão dessa cirurgia é cara, muito especializada e não é acessível ou factível para a maioria das mulheres”.

Ainda segundo Vieira (1998), dentre as mulheres que optaram pela laqueadura tubária, foram identificados alguns fatores que influenciaram o arrependimento e a insatisfação, dentre os quais: “idade na época da esterilização, morte de filhos, separação e um novo casamento, pressão ou influência no processo de decisão”.

No presente estudo algumas mulheres explicitaram que:

... “É assim... por vontade minha depois eu me arrependi e queria ter mais filho, acho que sou muito nova”... (E5)

... “Arrependi de ter feito a laqueadura, se fosse hoje não teria feito”... (E8)

Barbosa e Pellini (1997, p. 130) propuseram estudo para avaliar o índice de insatisfação pós-laqueadura tubária e propor meios para diminuir essa incidência.

Foram avaliadas, para este estudo, 310 mulheres do Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher na Faculdade de Medicina do ABC. Os resultados mostraram “taxa de insatisfação de 1,04% em um grupo e teve como causa a indicação médica-obstétrica e no outro grupo a insatisfação foi de 19,48% tendo como principal causa o desejo de ter mais filhos”. A constatação da insatisfação pós-laqueadura tubária reforça a importância da orientação multidisciplinar satisfatória acerca dos métodos contraceptivos, para garantir as mulheres o direito de ser informada e entender a irreversibilidade do procedimento.

Pinho Neto e Sales (2001, p. 471), referem que:

“O arrependimento posterior por parte da mulher ocorre, quase sempre, quando ela não é bem orientada em relação a irreversibilidade do método e, quando o procedimento cirúrgico é realizado em circunstâncias, tais como: instabilidade emocional, pós-parto imediato, troca de parceiro recente, idade abaixo de 30 anos e desconhecimento das opções anticonceptivas reversíveis”.

Para Mendes et al. (2004, p. 39), “(...) os sentimentos de arrependimento da mulher, após a realização da cirurgia, decorrem do surgimento de uma possibilidade de engravidar novamente sem haver riscos de vida tanto da mãe quanto fetal (...)”.

Diante da solicitação de laqueadura tubária é importante que a equipe avalie a mulher em seu contexto de vida e trabalho para realizar a orientação e o aconselhamento. Neste sentido os profissionais de saúde exercem forte influência no processo de decisão da mulher pela esterilização (MARCOLINO, 2004).

Cunha, Wanderley e Garrafa (2007), afirmam que quanto menor a idade das mulheres ao se submeterem à laqueadura, maiores serão as possibilidades de arrependimento.

Certamente essas mulheres, no momento de sua decisão pelo procedimento, não perceberam a dimensão que esta acarretaria e vieram a refletir sobre o assunto de maneira mais consciente, somente após o fato consumado. Corroborando com esta afirmação expõem-se os seguintes relatos:

... “Arrependi muito, se eu tivesse um companheiro compreensivo jamais teria feito isso”... (E11)

... “Até me casar de novo achava que havia tomado a decisão certa ao fazer a laqueadura”... (E1)

Entretanto, estudo realizado por Dias et al. (1998), onde participaram 300 mulheres esterilizadas no Setor de Endoscopia Ginecológica e Planejamento Familiar da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, aponta que a criteriosa seleção das pacientes para o procedimento definitivo, com o devido esclarecimento sobre a irreversibilidade do método, suas vantagens e desvantagens, seus riscos e benefícios, apresentou o índice de 6,7% de arrependimento.

Assim, conscientes de que a esterilização constitui método permanente de contracepção, a falta de critérios bem definidos quanto a sua necessidade e principalmente o conhecimento quanto ao seu caráter irreversível devem ser avaliados pelos profissionais de saúde e considerados no momento de indicar e realizar este procedimento.

Medidas como estas poderiam ter evitado o arrependimento observado entre as mulheres entrevistadas, que após constituírem nova união, se arrependeram de ter realizado a laqueadura tubária e desejam a reversão do procedimento.

A morte de filhos constitui outro fator de arrependimento para estas mulheres. A perda de um filho pode evocar o desejo de outra gestação. Salienta-se que esta realidade aparece para estas mulheres mesmo elas parecendo cientes de que um filho jamais substituiria o outro, como se evidencia nos relatos:

... “A dor de perder um filho é muito triste, se eu tiver outro neném, não vai ocupar lugar do que perdi”... (E23)

.... “Muita gente se arrepende de operar... Um filho não cobre a falta do outro”... (9)

Estudo realizado por Cunha, Wanderley e Garrafa. (2007) no qual foram incluídas 98 mulheres, submetidas previamente a laqueadura tubária e que procuraram o Ambulatório de Reprodução Humana do Hospital Universitário de Brasília (HUB) revelou que os principais motivos para tentativa de nova gravidez foram novo matrimônio/novo parceiro (80,6%), ter um novo filho com o mesmo parceiro (8,2%), e morte de um filho (6,1%).

Ações preventivas referentes ao aconselhamento e orientação para as mulheres e aos casais em idade reprodutiva são fundamentais para que estes sejam suficientemente esclarecidos da natureza, as implicações, benefícios e desvantagens da esterilização. É importante também a oportunidade de esclarecimento quanto aos demais métodos contraceptivos reversíveis, eficazes e assim evitar a possibilidade do arrependimento posterior mediante uma nova união ou a perda de um filho.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vida pregressa, o momento vivenciado pelo casal, mais especificamente pela mulher, a harmonia familiar têm forte influência na opção pelo método contraceptivo definitivo.

Existem fatores determinantes que influenciam as mulheres quanto à escolha da laqueadura tubária como meio de interromper seu processo reprodutivo, dentre eles os problemas conjugais, a falta de conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, o tamanho da prole e a oferta e facilidade da laqueadura tubária.

O relacionamento conjugal contribuiu na opção pela laqueadura tubária como método contraceptivo, pois, os problemas interferiam na convivência diária. Relatos comprovando este fato foram levantados como a falta de colaboração do companheiro no cuidado com os filhos, a exposição à agressão física, a pressão psicológica no convívio familiar, e a recusa da participação masculina no controle da fertilidade e da reprodução.

Embora os programas de saúde promovam ações direcionadas ao planejamento familiar eles ainda não conseguiram atingir a sua eficácia considerando que algumas dessas mulheres desconheciam qualquer método contraceptivo, enquanto outras tinham certo conhecimento sobre alguns, tais como os anticoncepcionais orais e injetáveis, o DIU, o preservativo, mas não havia acompanhamento e continuidade no uso dos mesmos.

Dentre as razões responsáveis pela escolha da esterilização cirúrgica, foram explicitados a falta de critérios na indicação do procedimento e o aconselhamento à mulher, no caso de ela realmente ter consciência da decisão. O aconselhamento

deverá explicitar quais as conseqüências advindas desta decisão e os riscos e benefícios por ela implicados, a sua característica irreversível, e os outros métodos existentes de contracepção.

Percebe-se, portanto, que a falta de orientação e esclarecimento acerca das opções contraceptivas e as dificuldades financeiras impossibilitaram a escolha consciente da quantidade de filhos e o intervalo desejado entre eles, contribuindo como fator impulsionador na decisão dessas mulheres.

O tamanho da prole como fator determinante para a realização da laqueadura tubária encontrada neste estudo é uma situação que realmente deve ser ponderada se, considerarmos, as condições sócio-econômicas da família, o acesso aos serviços de saúde, trabalho e educação. Entretanto, deve ser mesmo uma conduta consciente.

A oferta e a facilidade para a realização da laqueadura tubária mediante o pagamento pelo procedimento associada à inobservância de critérios técnicos, constituíram aspectos atrativos para essas mulheres, apesar de desconhecerem o seu caráter definitivo.

Não se pode deixar de ressaltar que a opção da esterilização pode representar uma forma de independência traduzida pela eficácia da laqueadura tubária, mas deve ser acompanhada da orientação e esclarecimento devido a sua característica principal, na maioria das vezes, a irreversibilidade.

Neste estudo o desejo de reversão do procedimento se revelou em mulheres com idade mais avançada como um sentimento de arrependimento, como forma de querer voltar atrás, de querer outro filho, especialmente após constituir nova união.

A implementação de políticas públicas de saúde na promoção efetiva da execução do planejamento familiar, a garantia do acesso e a disponibilidade de todos os métodos contraceptivos reversíveis como prioridade, podem diminuir a procura pela laqueadura tubária.

A assistência ao planejamento familiar não pode se restringir somente à informação e orientação dos métodos contraceptivos, mas no investimento na educação sexual de homens e mulheres para conhecerem seus direitos sexuais e reprodutivos e minimizarem as divergências decorrentes das relações de gênero. A escolha do método contraceptivo deve ser então uma decisão compartilhada, que atenda os interesses do casal.

Apesar da atuação dos profissionais médicos e enfermeiros no programa de planejamento familiar, quanto à informação sobre métodos contraceptivos disponíveis, várias mulheres ainda optam pela laqueadura tubária em primeira instância.

Recomenda-se a realização de estudos semelhantes, em outros contextos, que possam ampliar o debate e contribuir para a implementação de políticas públicas de saúde na promoção do planejamento familiar, para melhorar o processo de orientação e aconselhamento, referente à opção por métodos contraceptivos reversíveis e eficazes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADES, A. Identificação de fatores associados ao arrependimento após laqueadura tubária. **Rev. Ginecol. Obstet.**, v. 8, n. 1, p. 30-36. 1997.

ÁVILA, Â. A. **Socorro, Doutor! Atrás da barriga tem gente!** São Paulo: Editora Atheneu, 1998.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (Supl. 2), p. 465-469. 2003.

ÁVILA, M. B.; CORREA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In GALVÃO, L. DÍAZ, J. (Org.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios**. São Paulo: Ed. Hueitec Population Conucil, 1999.

BAHAMONDES, L. A escolha do método contraceptivo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, n. 5, p.267-270. 2006.

BARBOSA, C. P.; PELLINI, E. A. Avaliação do grau de insatisfação pós laqueadura tubária no Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher – Faculdade de Medicina do ABC. **Reprodução&Climatério**, v. 12, n. 3, p.130-133. 1997.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3. ed. São Paulo: Edições 70, LDA. 2004.

BARROSO, C. Esterilização Feminina: liberdade e opressão. **Rev. de Saúde Públ.**, São Paulo, v.18, p.170-180. 1984.

BERQUÓ, E. Ainda a Questão da Esterilização Feminina no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.) **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

BERQUO, E.; CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (Sup.2), p.441-453, 2003.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Parecer nº. 35/86**. 1986. Disponível em: (http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1988/3_1988.htm). Acesso em: out 2007.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Parecer nº. 03/88**. 1988a. Disponível em: (http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1988/3_1988.htm). Acesso em: out 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Art. 226 §7º. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988b.

BRASIL. **Código Penal**. Organização dos textos, notas e índices por Juarez de Oliveira. Art. 129 § 2ª, inc.III e art. 132. 32ª ed. São Paulo: Editora Saraiva, 1994.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1246/88**. Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 1996.

BRASIL. **Lei Ordinária 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. 1997. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: out. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96** – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.prppq.ufg.br/coep/uploads/files/res_196.php> Acesso em maio 2005.

BRASIL. **Planejamento Familiar**. 2000. Disponível em: Portal da Saúde – www.saude.gov.br - Biblioteca Virtual em Saúde.htm. Acesso em: out 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, M. C. L.; TAVARES, R. C. S.; CUNHA, F. Repercussões emocionais da laqueadura tubária. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 125-128, abr./jun. 1993.

CAMARANO, A. A.; ARAUJO, H. E.; CARNEIRO, I. G. **Tendências da Fecundidade Brasileira no Século XX: uma visão regional**. Questões da Saúde Reprodutiva, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

CAMIÁ, G. E. K.; MARIN, H. F.; BARBIERI, M. Consulta de enfermagem em planejamento familiar: uma proposta de ação. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v.13, Número Especial, Parte II, p. 66-69, 2000.

CARRENO, I. et al. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1101-1109, maio 2006

CARVALHO, L. E. C.; CECATTI, J. G.; OSIS, M. J. D. Número ideal de filhos como fator de risco para laqueadura tubária. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1565 -1574, nov-dez, 2004.

CARVALHO, M. L. O; PIROTTA, K. C. M; SCHOR, N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 23-31, 2001.

CARVALHO, M. L. O; SCHOR, N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, out. 2005.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**, 5° ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002.

COOK, R. J.; DICKENS, B. M.; FATHALLA, M. F. **Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito**. Tradução Andréa Romani, Renata Perrone e equipe. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 6, n.1, p. 75-84, jan./mar. 2006.

COSTA, E.; LEAL, I. P. Dimensões sócio-cognitivas das mulheres à contracepção. **Análise Psicológica**, v. 3, n. XXIII, p. 247-260. 2005.

COSTA, N.D.L. et al. Desejo, intenção e comportamento na saúde reprodutiva: a prática da cesárea em cidade do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. de Ginecol. Obstet**, v. 28, n. 7, p. 388-396, 2006.

CUNHA, A.C.R.C.; WANDERLEY, M.S.; GARRAFA, V. Fatores associados ao futuro reprodutivo de mulheres desejosas de gestação após ligadura tubária **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, vol. 29, n. 5, May 2007.

DANTAS-BERGER, S. M.; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalizações da violência sexual? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 417-425, mar-abr, 2005.

DIAS, R. et al. Síndrome Pós-Laqueadura – Repercussões Clínicas e Psíquicas da Pós-Laqueadura. **RBGO**, v. 20, n. 4, p.199-205, 1998.

DUARTE, G. A. et al. Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.:207-216, jan-fev, 2003.

ESPEJO, X. et al. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 583-590, 2003.

ESPÍRITO-SANTO, D. C.; TAVARES-NETO, J. A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 562-569, mar-abr, 2004.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.

12, n. 1, p. 47-71, jan./abr. 2004.

FERNANDES, A. M. S. et al. Seguimento de mulheres laqueadas arrependidas em serviço público de esterilidade conjugal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, mar, 2001.

FERNANDES, A.M.S. et al. Laqueadura intraparto e de intervalo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 52, n. 5, p. 323-327, 2006.

FORMIGA FILHO, J. F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In GALVÃO, L. DÍAZ, J. (Org.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios**. São Paulo: Ed. Hueitec Population Conucil, 1999.

GARBIN, C.A.S. et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2567-2573, dez, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4° ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HATCHER, R. A. et al. **Pontos Essenciais da Tecnologia de Anticoncepção**. Baltimore, Escola de Saúde Pública Johns Hopkins, Programa de Informação de População, 2001.

KRONBAUER, J.F.D.; MENEGHEL, S.N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 695-701, 2005.

LEAL, J. W. B. Laqueadura tubária. In: HALBE, H. W. (Org) **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Roca, vol. 1, 1987.

LIMA, A. A. A.; LUZ, A. M. H. Significado da laqueadura tubária para moradoras de vilas populares de Porto Alegre. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 57, n. 2, p.203-207, mar/abr, 2004.

MACHADO, K. M. M.; LUDERMIR, A. B.; COSTA, A. M. Changes in family structure

and regret following tubal sterilization. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1768-1777, nov-dez, 2005.

MARCOLINO, C. Planejamento familiar e laqueadura tubária: análise do trabalho de uma equipe de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 771-779, mai-jun, 2004.

MELO, N. R.; POMPEI, L. M. Planejamento familiar. In: BENZECRY, R. **Tratado de Obstetrícia**. Febrasgo. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

MENDES, M. A. et al. Contracepção Cirúrgica Feminina: da sorte grande ao arrependimento. **Revista Nursing**, v. 78, n. 7, nov. 2004.

MENEGHEL, S. N. et al. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 955-963 jul./ago, 2003.

MENEZES, T. C. et al. A. Violência física doméstica e gestação: Resultado de um inquérito no puerpério. **Rev. Bras. Ginecol. e Obstet.**, v. 25, n. 5, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MINELLA, L. S. Aspectos positivos e negativos da esterilização tubária do ponto de vista de mulheres esterilizadas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1) p. 69-79, 1998.

MOLINA, A. Laqueadura Tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.) **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

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

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Competência profissional e assistência em anticoncepção. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p.795-801. 2005.

MOURA, E. R. F. M.; SILVA, R. M.; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. de Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 961-970, abr. 2007.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (Supl.1), p. 25-32, 1998.

OSIS, M. J. M. D. et al. Conseqüências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, jul/set. 1999.

OSIS, M. J. D. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2481-2490, nov. 2006.

PELLINI, E. A. J.; GUAZZELLI, C. A. P.; MELO, N. R. Anticoncepção no pós-parto. In: PEIXOTO, S. [editores associados Mauro Sancovski, Eliane Terezinha Rocha Mendes, Guilherme Loureiro Fernandes] **Peixoto – Pré-Natal**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2004.

PETTA, C.A. et al. Solicitações de reversão de laqueadura em um serviço de Esterilidade: o problema continua. **Reprod. Clim.**, v. 15, n. 4, p. 214-217, 2000.

PINHO NETO, J. S. L.; SALES, F. S. P. Anticoncepção cirúrgica voluntária feminina. In: OLIVEITA, H. C.; LEMGRUBER, I. **Tratado de Ginecologia**. Febrasgo, vol. I, Revinter, 2001.

PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Carências e desejos: estudo sobre a opção pela esterilização entre mulheres residentes na Região Sul do Município de São Paulo, em 1992. **Saúde e Sociedade**, v. 8, n. 2, p. 33-57. 1999.

PRAÇA, N. S.; SILVA, I. A. **Abordagens teóricas-metodológicas qualitativas.** A vivência da mulher no período reprodutivo. Guanabara-Koogan: Rio de Janeiro, 2003.

REGGIANI, C. P. D. et al. Laqueadura e reversão: análise de 21 casos. **J. bras. med.**, v. 79, p. 44-50, nov./dez. 2000.

RIBEIRO, P. J.; BARBIERI, M. Oferta de programas de planejamento familiar na cidade de São Paulo: dever do Estado x direito do cidadão. **Acta Paul Enf**, v. 15, n. 1, jan./mar. 2002.

RINGHEIN, K. Factors that determine prevalence of use of contraceptive methods for men. **Stud Fam Plann**, v. 24, p. 87-99, 1993.

RUIZ, J.A. **Metodologia científica.** São Paulo. 5 ed. Editora Atlas, 2002.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida:** feminismo e ciências sociais. São Paulo: Ed. UNESP, 2004.

SILVA, S. M. V. Inovações nas políticas populacionais: o planejamento familiar no Brasil. **Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales.** Universidade de Barcelona n. 69 (25), agosto, 2000.

SCHOR, N. et al. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 377-384, abr./jun., 2000.

SOUZA, J. M. M. et al. Utilização de métodos contraceptivos entre as usuárias da rede pública de saúde do município de Maringá-PR. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 28, n. 5, p. 271-277, 2006.

TEDESCO, J. J. A. **A grávida:** suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

TERRA, P. Esterilização: Uma arma política. **Revista Terceiro Mundo**, n. 141, jul.

1991.

TINÔCO, A. L. A.; MODENA, C. M. As políticas populacionais e de saúde e seus reflexos na família. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Fundação Nacional da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS (Brasil)**, Ano V, nº 1. Brasília: MS, jan./mar. 1996.

VIEIRA, E. M. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados a sua prevalência. **Rev. de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 440-448, 1994.

VIEIRA, E. M. O arrependimento após a esterilização feminina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl.1, 1998.

VIEIRA, E. M. et al. Características dos candidatos à esterilização cirúrgica e os fatores associados ao tipo de procedimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1785-1791, nov./dez., 2005.

VILLELA, W.; BARBOSA, R. Opções contraceptivas e vivências da sexualidade: comparação entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas em região metropolitana do Sudeste do Brasil. **Rev. de Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 452-459, 1996.

WENTZ, A. C. Anticoncepção e planejamento familiar. In: JONES II, E, H.; WENTZ, A. C.; BURNETT, L. S. **NOVAK. Tratado de Ginecologia**. 11 ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1990.

WHO - **World Health Organization**. Violence against women: a priority health issue. 1997. Disponível em: URL: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/vaw/infopack.htm>. Acesso em: abr. 2007.

ANEXO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL

PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 032/2005

Goiânia, 12/05/2005

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL: Enf. Cláudia de Paula Guimarães

TÍTULO: "Perfil e perspectiva das mulheres submetidas à anticoncepção feminina definitiva".

Área Temática: Grupo III

Local de Realização: HC/UFG

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal, **analisou e aprovou o projeto de Pesquisa** acima referido, e este foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

- Informamos que não há necessidade de aguardar o parecer da CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.
- pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

Prof. Joffre Rezende Filho
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

APÊNDICES

APÊNDICE I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ENTREVISTA

PROCEDÊNCIA: _____

IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDADE: _____ RENDA MENSAL: _____

ANAMNESE OBSTÉTRICA _____

NÚMEROS DE FILHOS ANTES DA LAQUEADURA: _____

IDADE EM QUE REALIZOU A LAQUEADURA: _____

MOTIVOS QUE A LEVOU A REALIZAR A LAQUEADURA:

MOTIVOS QUE A LEVOU A PROCURAR O SERVIÇO PARA A REVERSÃO DO PROCEDIMENTO:

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

TÍTULO: PERFIL E PERSPECTIVA DAS MULHERES SUBMETIDAS A ANTICONCEPÇÃO FEMININA DEFINITIVA.

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada: Perfil e perspectiva das mulheres submetidas à anticoncepção feminina definitiva, que tem como objetivo, compreender os motivos que levam as mulheres a optarem pela cirurgia como forma de evitar a gravidez e solicitarem posteriormente a reversão do procedimento para se engravidarem novamente.

A pesquisa será realizada pela Enfermeira Cláudia de Paula Guimarães, sob a orientação da Professora Doutora Maria Alves Barbosa.

Sua colaboração é voluntária, seu nome e as informações sobre sua pessoa não serão revelados. Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para fins científicos.

Caso aceite participar, em qualquer momento você poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento do estudo para a pesquisadora, no telefone 0622698203. Caso seja de sua vontade retirar-se da pesquisa e não permitir a utilização de seus dados, você poderá fazê-lo e não sofrerá nenhum prejuízo no seu atendimento na instituição.

Este estudo poderá contribuir para a elaboração de novas ações que melhorem os métodos de planejamento familiar e para diminuir a realização de cirurgias com o objetivo de evitar gravidez e ou a reversão da mesma.

Não existem riscos uma vez que você não será submetida a procedimentos invasivos e será garantido o sigilo quanto ao seu nome e os seus dados. Mesmo não existindo riscos, caso você sofra algum dano em decorrência deste estudo, você possui o direito de pleitear indenização.

Você não terá nenhum gasto por estar participando do presente estudo.

Após ser esclarecida sobre as informações acima, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável.

Data: ___/___/_____

Enfermeira Cláudia de Paula Guimarães

CONSENTIMENTO

Eu, _____

Abaixo assinado, li e entendi o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e deste modo concordo em participar da pesquisa **PERFIL E PERSPECTIVAS DAS MULHERES SUBMETIDAS À ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA FEMININA**, como sujeito. Declaro que fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora Cláudia de Paula Guimarães sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção no meu atendimento.

Goiânia, ____/____/____

Nome da entrevistada _____

Assinatura _____ Data _____

Pesquisadora Cláudia de Paula Guimarães. Telefone 062 2698203.

Endereço 1º Av s/n Setor Universitário, Goiânia-Goiás.

Assinatura _____ Data _____

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)