



Antecedentes e conseqüências da esterilização feminina: trajetórias em busca do controle da própria fecundidade

Marta Lucia de Oliveira Carvalho

Tese apresentada ao
Departamento de Saúde Materno-Infantil
da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Assoc. NÉIA SCHOR

Área de concentração: Saúde Materno-Infantil

São Paulo
2001

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura: *Martín Luiz de Oliveira Carrillo*

Data: *03/12/2001*

Agradecimentos

À Profa. Néia Schor, pelo apoio e orientação na execução deste trabalho, construído em boas conversas de fim de tarde, ou em ótimos almoços em sua casa, quando mais que orientadora e orientanda, éramos duas mulheres discutindo a vida das mulheres.

Às minhas queridas filhas, Sara e Carolina, por serem sempre a minha inspiração maior, pela sua paciência com minhas viagens e períodos de isolamento no escritório, e pelo monopólio do computador e da internet ...

À meus pais, Sebastião e Nazaré, e à minha irmã Angela, pelo incentivo e apoio durante este período de tantas ausências.

Ao meu companheiro Cheida, que sempre compreendeu minhas necessidades de aperfeiçoamento e estudo, pelo incentivo carinhoso nessa jornada.

À Profa. Augusta Thereza de Alvarenga, que conseguiu transformar sua disciplina de Metodologia de Pesquisa, numa grande oficina de discussão de projetos, e onde minhas idéias puderam amadurecer um pouco mais, em sucessivas discussões.

Aos professores, Prof. Cornélio Pedroso Rosemburg, Profa. Keiko Ogura Buralli, Prof. Rubens Adorno, Profa. Sabina Gotlieb, Profa. Eunice Bianchi Galati, Prof. Eurivaldo Sampaio de Almeida e Prof. José Carlos Seixas, em cujas disciplinas aprendi muito sobre as bases da boa ciência.

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, principalmente às colegas da área Materno Infantil que, mesmo em meio a uma reforma curricular, apoiaram minha liberação das atividades docentes para que este projeto de doutoramento fosse possível.

Aos funcionários do Departamento Materno-Infantil da FSP/USP, Elba, Iara, Leandro, Nilson, Maria, Meirizilda e Sonia, pelo apoio e pelo ambiente de trabalho cordial e alegre que mantém.

Aos colegas de doutorado, impossível nominar todos aqueles que, de alguma forma, em alguma aula ou no cafezinho, contribuíram com idéias e críticas.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pela bolsa de estudos concedida.

RESUMO

Carvalho MLO. **Antecedentes e conseqüências da esterilização feminina: trajetórias em busca do controle da própria fertilidade.** São Paulo; 2001. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Introd. Muitos estudos apontam índices crescentes de solicitação de reversão após a esterilização feminina o que pode indicar opção mal avaliada, possivelmente por falta de informação e de acesso a outros métodos. A legislação brasileira exige que os serviços de saúde que realizam a esterilização ofereçam atendimento multiprofissional, informação e acesso a todos os métodos contraceptivos. Observações anteriores da prática em um serviço estruturado conforme a legislação, indicavam que muito raramente as mulheres mudavam sua opção inicial. **Objetivo.** Buscou-se identificar representações sociais dos diversos métodos, existentes em um grupo destas mulheres, com a finalidade de entender os motivos de rejeição a eles. Além disso, foram pesquisadas a satisfação com a opção e as repercussões da esterilização sobre a vida dessas mulheres. **Método.** As informações foram coletadas de um grupo de 31 mulheres, atendidas pelo mesmo serviço, através de entrevista semi-estruturada. O material obtido com as transcrições foi analisado segundo a técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados.** A rejeição aos outros métodos esteve baseada em representações formadas por uma mescla de informações científicas recebidas dos serviços de saúde, de vivências anteriores com estes métodos ou de informações recebidas do meio social. A rejeição aos métodos de alta eficácia (hormonais e DIU) baseou-se principalmente em sua baixa inocuidade; os métodos comportamentais (tabela, Billings) foram rejeitados por sua baixa eficácia; nos métodos de barreira (diafragma e camisinha), foram questionadas a adequação destes métodos aos padrões culturais de uma sexualidade repleta de interdições, além de sua baixa eficácia. Houve apenas um caso de arrependimento, causado por dores pélvicas, provavelmente por aderências pós-cirúrgicas, mas sem desejo de retorno à fertilidade. **Conclusões.** As trajetórias destas mulheres até a esterilização feminina mostram uma variedade de fatores pessoais, sócio-econômicos e culturais agindo em cada uma delas. De comum, a busca por um método contraceptivo que pudesse assegurar o maior controle possível de sua própria fecundidade.

Descritores: Esterilização Feminina. Contracepção. Planejamento Familiar. Saúde da Mulher. Saúde Reprodutiva.

SUMMARY

Carvalho MLO. **Antecedentes e conseqüências da esterilização feminina: trajetórias em busca do controle da própria fertilidade.** [Antecedents e consequences of female sterilization: paths in search of the control of their own fecundity.] São Paulo (BR); 2001. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Introd. Many studies point out to increasing numbers of requests for reversal of tubal sterilization, which may indicate a poorly assessed option, probably due to lack of information and access to other contraceptive methods. Brazilian law requires that health service units performing sterilization procedures provide multiprofessional care, information and access to all kinds of methods. Previous observation of the practice in a health service unit structured in compliance with the legislation, indicated that women very seldom changed their initial option. **Objective:** Social representations of the various methods were then sought to be identified within a group formed by these women with the purpose of understanding the reasons why they refused those methods. Satisfaction in relation to their option and the effects of sterilization on their lives were also studied. **Method:** Data was collected from a group of 31 women, attending the same care service, through a semi-structured interview. The transcription was analyzed according to Content Analysis. **Results:** Refusal to the other methods was based on representations formed from a mixture of scientific information received at the health service units, from previous experiences with the methods or from information received in the social environment. Rejection to high efficacy methods (hormonal and IUD) was mostly based on their low innocuousness; refusal to fertility awareness methods (calendar calculation, Billings) due to their low efficacy; and rejection to barrier methods (condom, diaphragm) due to a culturally patterned sexuality which is full of interdictions and also due to their low efficacy. **Conclusions:** The paths taken by these women up to female sterilization present a variety of personal, socio-economical and cultural factors affecting each one of them. In common, they share the seeking of a contraceptive method which could guarantee the control over their own fecundity.

Descriptors: Tubal Sterilization. Contraception. Family Planning. Women's Health. Reproductive Health.

ÍNDICE

1. ESTERILIZAÇÃO FEMININA COMO QUESTÃO SOCIAL E DE SAÚDE PÚBLICA	4
1.1. SOBRE A ESCOLHA DO TEMA	4
1.2. UM PANORAMA INICIAL	5
1.3. A ESTERILIZAÇÃO FEMININA NO BRASIL.....	8
1.4. A QUESTÃO DEMOGRÁFICA DA QUEDA DA FECUNDIDADE	10
1.5. A POLÍTICA OFICIAL BRASILEIRA SOBRE A CONTRACEPÇÃO	14
1.6. A QUESTÃO DO ARREPENDIMENTO	16
1.7. O LEQUE DE OPÇÕES: MÉTODOS CONTRACEPTIVOS PRECONIZADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE	17
1.8. A SAÚDE REPRODUTIVA COMO UM DIREITO: O LUGAR DA ESTERILIZAÇÃO.....	20
2. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO.....	26
2.1. AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO BALIZAMENTO PARA TOMADA DE DECISÃO .	26
2.2. GÊNERO, SUBSTRATO DAS REPRESENTAÇÕES	29
2.3. MODERNIDADE, VALORES EM PROCESSO DE MUTAÇÃO	34
3. QUESTIONAMENTOS DO ESTUDO E OBJETIVOS	40
3.1 OBJETIVO GERAL:.....	44
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	44
4. MÉTODO	45
4.1. PESQUISA QUALITATIVA: OS PADRÕES E A DIVERSIDADE	45
4.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO	46
4.3. COLETA DE INFORMAÇÕES.....	48
4.4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE.....	49
5. QUEM SÃO E COMO VIVEM ESTAS MULHERES:.....	52
5.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA	53

5.2. VIDA REPRODUTIVA.....	57
6. OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS CONHECIDOS, OS MÉTODOS APENAS EXPERIMENTADOS OU EFETIVAMENTE USADOS POR ESTE GRUPO	61
6.1. MÉTODOS CONHECIDOS E MÉTODOS USADOS OU EXPERIMENTADOS	61
6.2. MOTIVOS PARA ABANDONO DE USO OU REJEIÇÃO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	64
6.3. PÍLULA.....	67
6.4. CONDOM.....	81
6.5. COITO INTERROMPIDO	90
6.6. INJETÁVEIS.....	99
6.7. DIU	105
6.8. TABELA.....	115
6.9. DIAFRAGMA	120
6.10. BILLINGS	126
6.11. VASECTOMIA.....	128
7. O PROCESSO DE DECISÃO PELA ESTERILIZAÇÃO FEMININA	141
7.1. A MULHER QUE NÃO QUER TER MAIS FILHOS.....	141
7.1.1. O NÚMERO IDEAL DE FILHOS	143
7.1.2. A SITUAÇÃO FINANCEIRA	144
7.1.3. AS DIFICULDADES “MODERNAS” PARA EDUCAR OS FILHOS.....	148
7.1.4. A FALTA DE ESTABILIDADE NOS RELACIONAMENTOS	150
7.1.5. A PARTICIPAÇÃO MASCULINA NA CONTRACEPÇÃO	151
7.1.6. A MULHER NO CONTROLE DE SUA PRÓPRIA FECUNDIDADE	154
7.1.7. A FALTA DE APOIO SOCIAL À MATERNIDADE.....	159
7.2. O PROCESSO DE DECISÃO PELA ESTERILIZAÇÃO FEMININA.....	168
7.2.1. A PROCURA POR UM MÉTODO DEFINITIVO.....	168
7.2.2. FACILIDADE DE USO: UMA COISA A MENOS PARA SE PREOCUPAR	169
7.2.3. A BUSCA PELA EFICÁCIA, AS FALHAS OBSERVADAS E A RECUSA AO ABORTO.....	170
7.2.4. INOCUIDADE: MENOS IMPORTANTE QUE A EFICÁCIA	177
7.2.5. ACEITABILIDADE: OS MÉTODOS CONSIDERADOS ESTRANHOS OU QUE INTERFEREM NO ATO SEXUAL	179
7.2.6. DISPONIBILIDADE DOS MÉTODOS: A POSSIBILIDADE DA OPÇÃO	180

7.2.7. AS DIFERENTES FONTES DE INFORMAÇÃO E O PESO DE CADA UMA	185
7.2.8. SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA: QUALIDADE E SUFICIÊNCIA	190
8. A VIDA DA MULHER ESTERILIZADA:	194
8.1. SATISFAÇÃO COM A ESTERILIZAÇÃO FEMININA	194
8.2. ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS REFERIDAS E POSSÍVEIS SEQÜELAS DA ESTERILIZAÇÃO	201
8.3. POSSÍVEIS INFLUÊNCIAS NA SEXUALIDADE	208
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	216
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
11. ANEXOS.....	242

1. ESTERILIZAÇÃO FEMININA COMO QUESTÃO SOCIAL E DE SAÚDE PÚBLICA

1.1. Sobre a escolha do tema

Sendo este um estudo desenvolvido num modelo qualitativo, consideramos importante explicitar a trajetória profissional do pesquisador, o que pode determinar influências tanto nos tipos de questionamentos que dirigem a pesquisa como na forma de interpretação das informações coletadas. Acreditamos que a subjetividade do pesquisador, inerente à elaboração de interpretações, poderá assim ser melhor analisada pelos leitores.

Nossa vivência profissional vem sendo exercida há 19 anos, na docência do curso de graduação em Enfermagem, em ações de assistência à saúde da mulher. Desenvolvemos atividades assistenciais que procuram, da melhor forma possível, aproximar-se do conceito de integralidade, através de consultas de enfermagem a mulheres que procuram unidades de saúde para pré-natal, detecção precoce do câncer ginecológico e de mamas, ou planejamento familiar.

Desenvolvemos também atividades de extensão, no Projeto de Planejamento Familiar, integrado à assistência ginecológica e obstétrica do ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade de Londrina, Paraná. Todas as mulheres entrevistadas neste estudo foram atendidas por este serviço.

Atuando no desenvolvimento de ações educativas em grupo e em entrevista individual, detectamos freqüentemente resistência aos métodos reversíveis, no grupo de mulheres que solicitam a esterilização feminina, com argumentos geralmente

ligados à eficácia, inocuidade ou relacionados à aceitação cultural quanto à natureza desses métodos. Nos perguntávamos se a procura pela esterilização, e não por outros métodos, poderia estar também sendo influenciado por problemas culturais, ligados aos tabus que envolvem a sexualidade e o corpo da mulher.

A esterilização feminina é um procedimento cirúrgico que envolve riscos e apesar de sua alta eficácia, não propicia segurança total. Observamos constantemente em nossa prática, a circulação de informações entre as mulheres sobre possíveis efeitos colaterais deste método, geralmente relacionados a alterações na intensidade do fluxo menstrual e no desejo sexual, além da discussão sobre a irreversibilidade e possível arrependimento. Porém, para as mulheres que buscavam a esterilização, estes fatores pareciam ter menor importância que o desejo de não ter mais filhos.

Entendemos que as mulheres esterilizadas, atendidas por um serviço de saúde que ofereça uma assistência dentro dos requisitos mínimos de qualidade, são aquelas que encerraram sua capacidade reprodutiva por imposição de suas circunstâncias ou como parte de um projeto de vida e que não encontraram nos outros métodos o que procuravam. Acreditamos que, nos relatos de suas vivências, talvez possamos encontrar toda uma história de lutas pelo exercício de seus direitos reprodutivos ou sobre a impossibilidade de exercê-los. Consideramos uma tarefa urgente entender a trajetória de vida destas mulheres esterilizadas, a partir de seus pontos de vista, de suas interpretações da realidade vivida e dar-lhes voz para expor suas representações e vivências, o que obviamente não deve ignorar o contexto em que vivem, considerando-as como sujeitos sociais, ou seja, indivíduos geradores de representações, com suas raízes num meio social concreto.

1.2. Um panorama inicial

A esterilização feminina no mundo se constitui em aproximadamente um terço de todas as opções contraceptivas e foi adotada por cerca de 90 milhões de casais em idade reprodutiva. PHILLIBER e PHILLIBER (1985), analisaram 282

estudos realizados sobre esterilização feminina e masculina, em países de várias regiões do globo (Ásia, Europa, América Latina e América do Norte), com o objetivo de explorar antecedentes e conseqüências da esterilização. As variáveis consideradas como antecedentes foram: *Fatores demográficos* (características sócio-econômicas, fase de vida, religião, raça e etnia, meio urbano e rural), *Fatores psicossociais* (influência de pessoas significativas, motivações, atitudes), *Processo de tomada de decisão* em esterilizar-se. Os autores buscaram como possíveis conseqüências da esterilização, impactos no comportamento e desejo sexual, no trabalho, nas atitudes em relação aos filhos e à família, nas relações com o cônjuge, na saúde mental e dados sobre o arrependimento após a esterilização.

Numa recompilação dos resultados destes 282 estudos sobre a esterilização voluntária, os autores destacam alguns pontos importantes:

- O status sócio-econômico, medido por educação, ocupação ou renda teve um impacto muito pequeno sobre a decisão de esterilizar-se;
- A esterilização raramente ocorreu entre casais que não tinham um filho homem;
- Nos Estados Unidos, a vasectomia ocorreu mais raramente entre os não brancos (negros e hispânicos);
- Pessoas significativas (amigos, parentes) foram importantes, principalmente para os homens, como fonte de informação e apoio;
- Boa relação matrimonial aumentava a possibilidade de esterilização voluntária;
- A maioria das pessoas esterilizadas não experimentou modificações em aspectos como desejo, comportamento sexual, relacionamento com o parceiro, trabalho, e apenas uma minoria referiu arrependimento sobre a esterilização;
- Foram mais comuns na Índia os impactos negativos da esterilização que em outros países, principalmente entre aqueles que haviam sofrido alguma coerção, que não entendiam o procedimento e suas conseqüências, que tiveram efeitos negativos sobre sua saúde, que tinham relacionamentos instáveis ou quando havia desacordo entre o casal sobre a esterilização.

Estas análises de PHILLIBER e PHILLIBER (1985) demonstram entendimento da opção pela esterilização como um processo complexo com determinantes individuais e sócio-culturais variados, sem que se consiga, mesmo nesta extensa compilação da bibliografia executada pelos autores, determinar claramente a sua causalidade, nos moldes tradicionalmente empregados pela epidemiologia.

Dados de 1994, sobre a proporção de uso de métodos anticoncepcionais no mundo, entre mulheres unidas em idade reprodutiva, explicita a dimensão da importância da esterilização como método anticoncepcional, fazendo uma interessante diferenciação entre países mais e menos desenvolvidos (Tabela 01) :

Tabela 01 - Porcentagem de uso corrente de métodos contraceptivos entre mulheres unidas em idade reprodutiva - 1994.

<i>Método Contraceptivo.</i>	<i>Mundo</i>	<i>Regiões mais desenvolvidas</i>	<i>Regiões menos desenvolvidas</i>
Esterilização feminina	17	8	20
Esterilização masculina	5	4	5
DIU	12	6	14
Pílula	8	16	6
Condom	5	14	3
Naturais (*)	8	22	5
Outros(**)	2	2	1
<i>Algum método</i>	57	72	54

(*) Inclui: abstinência periódica ou total, tabela, coito interrompido, ducha, métodos folclóricos.

(**) Inclui: injetáveis, diafragma, capas cervicais e espermicidas

Fonte: World Contraceptive Use 1994, Population Division - United Nations, citado por BERQUÓ 1999, p. 114.

Sobre tabela similar, a respeito da diferença entre regiões mais e menos desenvolvidas, com dados relativos à uma estimativa para 1990, BERQUÓ (1993, p. 12), comentava que nos países mais desenvolvidos as mulheres “lançam mão de métodos mais tradicionais e, em caso de falha, recorrem ao aborto legal, sem perder sua capacidade reprodutiva”. Esta alternativa porém, não era, e ainda não é, disponível em países como o Brasil. Poderíamos supor que até mesmo os métodos

modernos, de alta eficácia, podem estar sendo avaliados igualmente como métodos “falíveis”, enquanto a esterilização representaria a alternativa “mais eficaz”.

A diferença entre esterilização feminina e masculina nos dois blocos de países, talvez possa indicar que determinantes culturais, como a ligação entre fecundidade e virilidade, sejam mais fortes nos países menos desenvolvidos.

1.3. A esterilização feminina no Brasil

Em 1986, no Brasil, 15,7% das mulheres de 15 a 49 anos estavam esterilizadas e em 1996 já eram 22,8%, um significativo aumento de 45% em dez anos, fazendo da esterilização feminina o método contraceptivo mais usado no país (IBGE - PPV 1998).

Só depois de muitos anos de realização, em condições não controladas, a esterilização feminina ou laqueadura tubária bilateral, considerada como um método de grande eficácia e de caráter irreversível, foi legalizada no país. A Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 entrou em vigor a partir de agosto de 1997, com sua redação original após a queda de vetos presidenciais.

A legislação em questão, que trata da esterilização masculina ou feminina permite a realização da cirurgia na rede do SUS, em duas situações: 1.) em indivíduos com capacidade civil plena, maiores de 25 anos ou que já tenham pelo menos dois filhos vivos; 2.) em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos. A lei prevê também condições para sua realização como a observância de um prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade do indivíduo por escrito e a realização da cirurgia, assim como a concordância do cônjuge, quando houver, além de garantia de atendimento por equipe multidisciplinar e de informação e acesso a todos os métodos contraceptivos reversíveis, preconizados pelo Ministério da Saúde.

Esta legislação, que hoje procura regulamentar critérios mínimos de qualidade de assistência à mulher que solicita a esterilização, chega em torno de vinte anos atrasada. Desde a década de 80, o grande número de esterilizações

realizadas, sem controle sobre a qualidade da assistência prestada, pode ter criado, por todo o país, um contingente de usuárias deste método insatisfeitas com a opção que fizeram, ou que talvez tenham até sido induzidas a fazê-la. A opção pela esterilização, como está hoje regulamentada em lei, baseada em informações científicas e com acesso garantido aos diversos métodos contraceptivos reversíveis, pode não ter sido respeitada em muitos casos.

Analisando-se os dados relativos ao conhecimento e ao uso de métodos contraceptivos no Brasil (Tabela 02) torna-se evidente o excessivo peso em apenas dois métodos : a esterilização feminina e a pílula (anticoncepcional hormonal oral).

Tabela 02 - Porcentagem de todas as mulheres em idade reprodutiva, e de mulheres unidas, que conhecem métodos contraceptivos e que estão usando atualmente algum método, segundo o tipo de método. Brasil - 1996.

MÉTODO	todas as mulheres		mulheres unidas	
	conhecem	usam atualmente	conhecem	usam atualmente
algum método	99,6	55,4	99,9	76,7
esterilização feminina	94,1	27,3	96,8	40,1
pílula	98,8	15,8	99,4	20,7
condom	98,6	4,3	98,9	4,4
esterilização masculina	76,2	1,6	79,5	2,6
injetáveis	84,3	1,1	88,5	1,2
DIU	73,6	0,8	76,5	1,1
métodos vaginais(*)	44,5	0,1	41,1	0,1
abstinência periódica(**)	85,2	2,0	87,5	3,0
coito interrompido	64,1	2,1	68,0	3,1
outros(***)	2,6	0,2	3,0	0,3

(*) inclui diafragma, espuma, tabletes

(**) inclui tabela, Billings, temperatura basal

(***) inclui ervas, chás, etc.

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde / BEMFAM 1996

Entretanto, o conhecimento de métodos apontado pela pesquisa acima citada resume-se à simples referência ao nome dos métodos. Seria importante saber se estas mulheres também saberiam o modo correto de uso e onde obtê-los.

BERQUÓ (1993) denunciou que esta concentração das escolhas contraceptivas na esterilização feminina e na pílula anticoncepcional, apesar do conhecimento referido de outros métodos, aponta para uma situação de precariedade na assistência à saúde reprodutiva:

“a falta de alternativas anticoncepcionais para a maioria das mulheres brasileiras que buscam na pílula, geralmente comprada em farmácia e sem acompanhamento médico, o método reversível mais eficaz, e sem o recurso do aborto legal (em caso de falha da pílula), a esterilização aparece como a tábua de salvação contra o desamparo em que vivenciam a saúde reprodutiva” (BERQUÓ 1993, p. 28).

1.4. A questão demográfica da queda da fecundidade

A taxa de fecundidade total brasileira em 1980 era de 4,5 filhos por mulher e em 1984 havia caído para 3,5 (BERQUÓ, 1993). Atualmente, segundo dados preliminares do Censo 2000, esta taxa deve estar situada em torno de 2,3 filhos por mulher (IBGE, 2000).

Este rápido e acentuado declínio da taxa de fecundidade no país tem sido considerado como um dos efeitos da alta concentração das escolhas contraceptivas em métodos de alta eficácia (pílula e esterilização), inclusive com a esterilização sendo feita em mulheres com menos de 30 anos. Ainda que possa haver correlação entre estes eventos, não é possível o estabelecimento de uma simples relação de causa e efeito. Segundo já afirmava BERQUÓ (1990), a fecundidade poderia ser ainda menor, caso a demanda não atendida por contracepção fosse solucionada com a expansão dos serviços de assistência à saúde reprodutiva.

Sobre a participação dos abortos na queda da fecundidade no Brasil existem apenas hipóteses, uma vez que não se dispõe de dados muito precisos sobre sua

ocorrência, pela situação de ilegalidade do procedimento. O aborto é apontado como um dos causadores, considerando-se que, nos primeiros anos dessa queda, a esterilização ainda não era realizada de forma muito ampla - isso só ocorreria após a primeira metade da década de 70 - e os métodos mais usados no fim da década de 70 e início de 80, pílula e métodos de abstinência periódica, deviam apresentar provavelmente, um índice de falhas bastante alto, considerando-se a falta de conhecimento sobre o processo reprodutivo e a falta de informação contraceptiva. A esterilização poderia ser responsabilizada pela queda da fecundidade a partir de meados da década de 70, levando-se em conta que 85% das esterilizações ocorreram após 1975 (MARTINE 1996).

Um estudo recente do CEMICAMP (1998) não confirmou a pressuposição de uma fecundidade menor em mulheres esterilizadas, inclusive quando foram submetidas a este procedimento ainda jovens. Na realidade, este estudo detectou um padrão de vida reprodutiva caracterizado por um início de atividade sexual mais precoce, menor intervalo entre partos, laqueadura tubária também precoce, porém, o número de filhos das mulheres esterilizadas foi maior que o das não esterilizadas.

Desde o início da era da industrialização e suas conseqüências, a urbanização acelerada provocou a modificação da rotina de vida nos aglomerados urbanos. Com a entrada da mulher no mercado de trabalho e a família entendida não mais como um núcleo de produção, mas de consumo, vem existindo um *“rompimento com todas as condições de sobrevivência anteriores, modificando a divisão sexual do trabalho na família”* (ALVES 1996, p.1459). Os filhos não mais ajudam na produção, tornando-se consumidores e as mulheres devem trabalhar para poderem ter acesso aos bens que agora são adquiridos no mercado e não mais produzidos no domicílio.

Nesta nova configuração social, o número de filhos considerado ideal sofreu diminuição sensível, como se observa no Brasil onde a taxa de fecundidade desejada apontada pela PNDS-96 foi de 1,8 filho por mulher, e quase 80% das mulheres unidas, incluídas as esterilizadas, não desejavam ter mais filhos (WONG e col. 1998).

A queda da fecundidade humana é uma tendência mundial. Os baixos índices nos países desenvolvidos e em desenvolvimento vêm sendo considerados, pelos

estudiosos da área, como decorrentes das mudanças nos papéis e expectativas das mulheres, apesar da falta de consenso entre eles quanto à questão:

*“se as mulheres trabalham fora porque têm menos filhos
ou se têm menos filhos porque trabalham,
ou se trabalhar, ter um emprego e um salário, melhora e dá novo significado à
condição social da mulher,
ou se os ganhos da mulher são cada vez mais necessários para que a maioria das
famílias mantenham um nível de vida decente”*
(WULF, 1982, p.66)

Provavelmente todas as alternativas sejam verdadeiras, dependendo de que mulher, e em que tipo de contexto, se façam as análises.

Em 1981, uma conferência da IUSSP (Internacional Union for the Scientific Study of Population), realizada em Manila, apontava que o novo padrão reprodutivo, existente em muitos países europeus, que leva casais a terem menos de dois filhos ou até mesmo a renunciarem a ter filhos, não assegura a reposição das gerações futuras, considerando-se que a taxa de fecundidade que permitiria a reposição populacional seria de 2,1 filhos por mulher. Causando o envelhecimento da população e diminuição da força de trabalho, a queda da fecundidade provocaria desequilíbrio nos sistemas de previdência social. A situação aparecia, já na época, como mais grave nos países da Europa Ocidental onde as decisões reprodutivas são tidas como de foro privado, estando fora do âmbito das políticas públicas. Na Europa Oriental, ao contrário, políticas pró-natalistas dos países socialistas demonstram a convicção de que os níveis de fecundidade são passíveis de serem influenciados pelo Estado e são assuntos que dizem respeito à elaboração de políticas públicas (WULF, 1982).

Uma postura mais atuante do Estado na questão da reprodução criando qualquer tipo de recompensa para que uma mulher tenha filhos, seja com períodos de licença dilatados ou a garantia de salários por longo período ou qualquer outra proposta de ganho material à mulher, mãe em potencial, traz à cena uma nova arena de conflitos. Tanto a atuação de um agente anti-natalista que induza à esterilização, como a de um agente pró-natalista que induza uma determinada paridade através de

benesses financeiras a um casal que esteja em situação financeira precária, podem ser considerados como a de agentes de políticas demográficas. Em qualquer dos casos, há interferência do Estado nas decisões de cunho pessoal quanto à reprodução.

O debate da questão não se mostra fácil. Como interpretar o necessário apoio à função reprodutiva através de licença maternidade ou de acréscimo de ganhos para uma mulher de baixo poder aquisitivo, para que possa usufruir de seu direito à reprodução ? Seria esta uma política pró-natalista, no sentido de uma possível interferência na vida privada ? Ou, ao contrário, uma ação de justiça, de defesa de um direito que, de outra forma não poderia ser exercido ? Enquanto muitas mulheres não tiverem uma situação sócio-econômica digna que lhes permita ter o número desejado de filhos com capacidade de provisão, o apoio social poderia ser indispensável.

Em se tratando de mulheres de baixa renda, seria impossível não considerar o peso excessivo da dupla jornada de trabalho na redução da paridade ideal projetada por elas. A busca pelo trabalho remunerado fora do lar é fomentada pelas necessidades de consumo, mas não há diminuição da carga de trabalho doméstico. As tarefas invadem os períodos de descanso - à noite, no início da manhã e nos fins de semana - e podem inclusive provocar a perda de dias de serviço, já que determinadas tarefas no núcleo familiar, como levar filhos ao médico por exemplo, são considerados tarefas femininas. A dificuldade de conciliação entre o trabalho remunerado e a reprodução, com todos os seus desdobramentos, pode se constituir num dos fatores que tornam as mulheres mais interessadas na adoção de modernas tecnologias contraceptivas para o controle mais efetivo do número de filhos. (OLIVEIRA 1989)

O debate sobre a queda da fecundidade traz consigo muitas implicações pois, ao mesmo tempo em que é um fenômeno com pesados efeitos sobre o funcionamento de uma sociedade, ele é um assunto de decisão privada. A reprodução deveria ser considerada como um direito e não como um dever, uma opção e não um “destino” feminino, explicitando uma relação estreita entre a saúde reprodutiva e os direitos reprodutivos.

1.5. A política oficial brasileira sobre a contracepção

Segundo histórico do Planejamento Familiar no Brasil, ROCHA (1993) relata que do final dos anos 60 até o início dos anos 80, o debate político sobre o planejamento familiar estava polarizado entre as entidades privadas de Planejamento Familiar que defendiam políticas de redução da fecundidade e grupos que os criticavam, representados principalmente pela Igreja Católica e setores ligados à saúde pública. Os movimentos organizados de mulheres exerceram papel fundamental na discussão sobre o Planejamento Familiar no Brasil quando, a partir da década de 80, ampliaram a discussão, incorporando o conceito de Saúde Integral para a mulher, incluindo aí o direito à concepção e contracepção. Nesta época, dentro de uma conjuntura nacional de maior abertura política, os movimentos de mulheres puderam exercer sua influência no sentido de direcionar o debate para o enfoque dos direitos relativos à reprodução. Esta luta culminou na criação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) do Ministério da Saúde, que incluía o Planejamento Familiar dentro de uma política de assistência integral à saúde da mulher, em todas as fases de seu ciclo de vida e sem objetivo de controle demográfico. Em 1988, o ideário do PAISM foi levado à Constituinte num processo que foi coordenado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, propondo como dever do Estado:

“I - Prestar assistência integral e gratuita à saúde da mulher, nas diferentes fases da vida;

II - Garantir aos homens e mulheres o direito de determinar livremente o número de filhos, sendo vedada qualquer forma coercitiva pelo poder público e por entidades privadas;

III - Assegurar o acesso à educação, à informação e aos métodos adequados à regulação da fertilidade, respeitadas as opções individuais;

IV - regulamentar, fiscalizar e controlar as pesquisas e experimentações desenvolvidas no ser humano” (ROCHA 1993, p. 51).

Oficialmente, apenas em 1983 o governo brasileiro assumiu uma política oficial sobre a saúde reprodutiva, através do PAISM. Anteriormente, a posição governamental seguia entre pronunciamentos de cunho natalistas e atitudes

permissivas quanto ao funcionamento de organizações controlistas no país (ALVARENGA & SCHOR 1998; CANESQUI 1985; BERQUÓ 1987; PENA 1991)

O PAISM trouxe a proposta de um modelo baseado na integralidade da assistência à mulher, estendendo-se além do período reprodutivo, partindo do pressuposto básico que a saúde da mulher depende de assistência de boa qualidade desde a adolescência até o climatério e senilidade. Por ocasião de sua proposição, pelo Ministério da Saúde, em 1983, o programa atendeu à algumas das solicitações de movimentos de mulheres que solicitavam uma assistência à saúde feminina:

“desde a infância até a velhice, incluindo a saúde mental e as doenças causadas pelo trabalho dentro e fora de casa (...) e que o médico ao prestar assistência concebesse a mulher como um ser completo, não apenas portadora de um corpo, mas vivendo um momento emocional específico e inserida em um determinado contexto sócio-econômico” (OSIS, 1998, p. 29).

Numa visão realista, não se poderia afirmar que o PAISM esteja implementado nos serviços de saúde mas suas proposições continuam tão atuais e necessárias como na época em que foi elaborado. Considerando-se a carência geral em que se encontra toda a área de assistência à saúde, tanto na escassez de recursos como de direcionamentos programáticos na maioria dos serviços públicos, as mulheres têm sido tão mal atendidas como os outros segmentos da população (OSIS 1998).

Pode-se afirmar que a implementação efetiva das ações do PAISM e conseqüente melhoria da saúde das mulheres, depende da consolidação do SUS, com reestruturação do modelo de atenção à saúde, repensando todas as práticas dentro de parâmetros epidemiológicos, fortalecendo a gestão local, e reconhecendo a necessidade do controle social através das Conferências e Conselhos de Saúde - fóruns privilegiados de exercício da cidadania feminina (COSTA 1999).

Deve-se reconhecer que a demanda por contracepção não tem encontrado resposta suficiente nos serviços públicos de saúde. Ainda há poucos programas de assistência à mulher e à saúde reprodutiva e, quando existem, a provisão de métodos

contraceptivos para distribuição gratuita não é regular, faltam profissionais treinados e clareza sobre ações programáticas (VIEIRA 1994). Esta deficiência pode ser constatada na referência constante às farmácias como ponto de abastecimento da população para suas necessidades de contracepção, obviamente, sem assistência minimamente qualificada.

Esta situação configura o contexto ideal para medidas contraceptivas inadequadas, gestações indesejadas, abortos inseguros assim como esterilizações mal avaliadas pela mulher que a solicita.

1.6. A questão do arrependimento

Entre os questionamentos feitos à esterilização feminina, principalmente às realizadas em condições de assistência distantes do ideal, a possibilidade de arrependimento tem sido um dos problemas mais discutidos.

BAHAMONDES e col. (1992) apontam um significativo aumento de solicitações de reversão de laqueadura, que se constituíam em 2,4% dos diagnósticos no ambulatório de esterilidade da UNICAMP no ano de 1980, e em 1990 já eram 12,4% (em números absolutos, de 7 para 154 casos nos dois períodos analisados). Segundo os autores, a imensa maioria dos casos ocorreu em mulheres que haviam sido laqueadas com menos de 30 anos de idade, e como a tendência de realização da laqueadura em idades mais precoces é crescente, o desejo de reversão, de difícil atendimento, poderia causar efeitos psicológicos e sociais, com repercussões negativas na qualidade de vida destas mulheres, além de onerar a assistência à saúde reprodutiva nos próximos anos, pelo custo das cirurgias de reconstrução de trompas.

ADES (1997), analisando os motivos que levam mulheres esterilizadas a solicitarem a reversão da laqueadura encontrou o desejo de ter mais filhos, vinculado à união com um novo companheiro, como o fator mais comum nas mulheres que haviam feito a laqueadura em idades mais precoces.

A legislação, que atualmente regulamenta a esterilização, estipula como idade mínima 25 anos, ou no caso de já haver dois filhos vivos, a partir de 21 anos.

Considerando-se que a contracepção não é usada por cerca de 49,8% das adolescentes com vida sexual ativa (SCHOR 1995), pode-se inferir que um novo padrão reprodutivo pode estar sendo disseminado, caracterizado por um início de atividade sexual em grupos mais jovens, sem uso adequado de contraceptivos, ocorrência de gestações não planejadas com intervalos curtos e com o número pretendido de filhos sendo atingido em idades muito precoces, motivando a busca pela esterilização em faixa etária abaixo de 30 anos (CEMICAMP 1998).

A paridade desejada atingida, associada à uma possível desconfiança em relação à eficácia ou à inocuidade dos contraceptivos reversíveis, poderia tornar a esterilização uma opção atraente para uma mulher ainda jovem. VIEIRA (1998), encontrou em seu estudo, associação significativa entre ter tido problemas com métodos reversíveis e ter se submetido à esterilização. Considerando que a esterilização em idades precoces é um dos fatores mais apontados nas estatísticas de pedidos de reversão de laqueadura, um aumento importante na estatística dessas solicitações de reversão poderá ocorrer.

1.7. O leque de opções: métodos contraceptivos preconizados pelo Ministério da Saúde

Na assistência às mulheres que buscam a contracepção, existem dois tipos diferentes de demanda: as mulheres que desejam evitar ou espaçar o nascimento de filhos e as mulheres que já atingiram o número de filhos desejado - as que não querem ter mais filhos. Neste último grupo, o uso da esterilização tem sido o mais adotado e não outros tipos de métodos contraceptivos reversíveis. Neste ponto cabe a consideração de PERPÉTUO & WAJNMAN (1992, p.25), de que :

“apesar de todo investimento realizado nos últimos 30 anos no desenvolvimento e aperfeiçoamento de métodos contraceptivos, não existe nenhum método que alcance unanimidade de aceitação, tanto do ponto de vista médico quanto cultural e que seja eficaz, confortável, barato e ao mesmo tempo de reversibilidade garantida”.

A inocuidade de alguns métodos contraceptivos tem sido objeto de estudos e debates, com veredicto favorável ao seu uso, desde que em condições adequadas de assistência. Mas, de qualquer forma, os riscos reais ainda estão sob estudo, com resultados nem sempre tranquilizadores quanto à sua inocuidade. Como exemplo, o velho mito, existente entre as mulheres, de que a pílula seria causadora de câncer, desmentido muitas vezes por inúmeros estudos, poderia ter algum fundamento. O respeitado epidemiologista Richard Doll, presente no último Congresso Brasileiro de Epidemiologia (EpiRio-98), autor dos trabalhos que identificaram na década de 50 a relação entre fumo e câncer de pulmão,

“está envolvido em uma megapesquisa sobre a relação entre anticoncepcionais orais e câncer de mama, onde 56 grupos de pesquisadores juntaram esforços reunindo análise de 53 mil casos e 100 mil controles, (...) mostrando aumento de 24% na incidência deste tumor entre as mulheres que tomam anticoncepcionais orais, sendo que o aumento no risco desaparece cerca de cinco anos após a interrupção do consumo” (RADIS/FIOCRUZ 1998, p. 25).

O que podemos oferecer de informação científica sobre os métodos contraceptivos às mulheres que procuram por orientação, será sempre o atual estado dos conhecimentos sobre o tema, com algum novo risco possível, sempre fazendo o pano de fundo ou mesmo sendo revelado por algum novo estudo.

Pesquisas sobre os motivos alegados pelas mulheres para solicitarem a esterilização apontam a busca por um método que fosse, ao mesmo tempo, eficiente e sem prejuízos à saúde, definindo a esterilização como eficaz, segura e de menor esforço - um método de uso único e definitivo (COSTA e col. 1996; OSIS 1997; SERRUYA 1992; MORELL 1992).

A opção por um método contraceptivo, mesmo quando baseada em informações corretas, não é isenta de conflitos: os métodos reversíveis de maior eficácia apresentam maiores riscos de efeitos colaterais e mais contra-indicações, enquanto que os métodos mais seguros em relação à saúde (comportamentais e de

barreira) são também os que apresentam maiores índices de falhas, conforme pode ser analisado no Quadro 01.

Quadro 01 - Eficácia dos métodos contraceptivos apresentadas em número de gestações em 100 mulheres em um ano de uso típico, segundo três fontes: 2 sites de orientação em saúde via Internet (JAMA 1998 e NHS 1998) e HATCHER e col. 1999

MÉTODO	JAMA, 1998	NHS, 1998	HATCHER e col., 1999
nenhum	85,00	85,00	85,00
espermaticida	21,00	21,00	26,00
condom feminino	21,00	21,00	21,00
abstinência periódica	20,00	21,00	20,00
coito interrompido	19,00	20,00	-
diafragma	18,00	18,00	20,00
condom masculino	12,00	12,00	14,00
pílula	3,00	3,00	6,00 - 8,00
DIU/progest.	2,00	2,00	-
DIU/cobre	0,80	0,40	0,80
injetáveis	0,30	0,30	0,30
laqueadura	0,40	0,17	0,50
vasectomia	0,15	0,04	0,15

Fontes: = JAMA: Contraception Information Center of Journal of the American Medical Association, U.S., em 20/09/98, no endereço:
 <<http://www.ama-assn.org/special/contra/support/ppfa/choice14.htm>>
 = NHS (National Health Service - U.K.), em 20/09/98, no endereço:
 <<http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier/band50/b50-3html#Heading2>>
 = HATCHER e col. 1999

Há que se considerar que a eficácia de qualquer método contraceptivo pode sofrer alterações conforme características pessoais dos usuários, como: estado de saúde, características de personalidade, condições econômicas, fase de vida, estilo de vida, padrão de comportamento sexual, aspirações reprodutivas, ou outros, como

medo, vergonha, dúvida, etc (MS 1992), podendo estes fatores prejudicar o desempenho dos métodos.

Um fator importante na busca pela esterilização poderia estar na desaprovação aos métodos contraceptivos reversíveis oferecidos, em termos de eficácia, de inocuidade ou até mesmo de aceitação cultural. Não sendo possível o recurso ao aborto legal em caso de falha do método, as mulheres esterilizadas poderiam estar procurando a alternativa mais cômoda e eficaz a fim de evitar gestações não desejadas. MARCOLINO (1995), em estudo sobre mulheres internadas que aguardavam a realização da esterilização, afirma que estas raramente revêem sua decisão de esterilizar-se, alegando vários motivos como problemas de saúde, motivos financeiros, exercício da sexualidade prejudicada pelo medo de engravidar. Além disso, revelam experiências não satisfatórias com os métodos contraceptivos reversíveis, dirigindo à esterilização expectativas idealizadas de resolução de seus problemas, ainda que vivenciando certo sentimento de culpa pela sua posição de renunciar à fecundidade. No mesmo sentido, o estudo de PIROTTA (1998), descreve a esterilização feminina como “a alternativa ao uso exaustivo da pílula e realizada precocemente através de uma cesárea”, em mais um diagnóstico da insuficiência qualitativa e quantitativa da assistência à saúde reprodutiva.

Quanto à necessidade urgente de investimento de recursos e de busca de qualidade na assistência à saúde reprodutiva não há o que acrescentar. Sem dúvida, a melhoria na capacitação de recursos humanos e na provisão de métodos na rede básica de saúde poderia alargar o leque de opções para as mulheres, diminuindo, talvez, a demanda sempre crescente pela esterilização feminina.

1.8. A saúde reprodutiva como um direito: o lugar da esterilização

O debate sobre questões populacionais, principalmente desde a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, vem se desenvolvendo sob a influência do conceito de liberdade de escolha individual. Esta conferência, que sofreu importante influência dos movimentos de mulheres organizados, produziu :

“um documento final realmente preocupado com os direitos e habilidades da mulher individual. Dar à mulher o direito de controlar sua vida reprodutiva e sexual e advogar programas para fortalecer as mulheres no alcance desses direitos, tanto na prática quanto na teoria (...) Programas bem sucedidos não serão conduzidos por objetivos ou metas demográficas abstratas, mas pelas respostas às necessidades das mulheres, necessidades estas manifestadas pelas próprias mulheres” (McCARTHY 1996).

O conceito de saúde reprodutiva, oficialmente definido na Conferência do Cairo enfatiza o direito das mulheres à regulação de sua fertilidade num contexto mais amplo, incluindo o direito à uma vida sexual satisfatória e à maternidade sem riscos. Explicita também o direito de homens e mulheres à informação sobre métodos contraceptivos seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis, destacando a importância da participação masculina nesta área e da necessidade de serviços estruturados com qualidade para este atendimento (UNITED NATIONS 1994).

Dando a estes conceitos uma ampliação necessária, MATAMALA (1998) expõe a realidade da Saúde Reprodutiva na América Latina, que não depende somente de participação masculina e de serviços estruturados de boa qualidade, mas de um contexto mais integral de qualidade de vida e de respeito aos direitos humanos. A autora denuncia a presença de indicadores inequívocos de que ainda há muito o que fazer nestes países, no sentido de se alcançar na prática a aplicação dos conceitos de saúde sexual e reprodutiva, aprovados no Cairo:

- muitas mulheres, principalmente entre população indígena e negra, continuam sem acesso à educação formal;
- a violência sexual contra as mulheres não tem sido enfrentada com legislação e ações eficientes;
- a gravidez na adolescência continua sendo encarada apenas sob a ótica da falta de informação e acesso à informação e contracepção, sem analisar-se mais profundamente que a maternidade têm sido o único papel social valorizado acessível às adolescentes pobres, e que estas podem até mesmo desejar uma gravidez, como a única perspectiva de vida possível;

- os índices de morbi-mortalidade materna não têm decrescido e apresentam variabilidade conforme a região - por exemplo, em São Paulo a taxa seria de 80 enquanto que na Amazônia, de aproximadamente 400;
- número de abortos em elevação ou estacionado em altas cifras, principalmente em países que alcançaram baixas taxas de fecundidade, nos quais os órgãos de cooperação internacional cessaram a doação de contraceptivos;
- o crescimento da incidência de HIV entre mulheres jovens heterossexuais, sem o preparo adequado dos serviços para atender às especificidades deste grupo como, por exemplo, a possibilidade de ocorrência de gravidez;
- aumento de incidência do câncer ginecológico, sem programas eficientes, suficientes e contínuos de detecção precoce ou de prevenção;
- serviços de saúde reprodutiva, qualitativa e quantitativamente insuficientes;
- o consentimento informado, como aspecto ético imprescindível à boa qualidade da assistência, não é uma regra nas intervenções sobre a saúde reprodutiva, como por exemplo, a falta de esclarecimentos sobre os riscos da cesariana, assim como sobre as reais vantagens e desvantagens das terapias de reposição hormonal e de outros procedimentos;
- fraca ou inexistente participação efetiva de mulheres organizadas nas instâncias de decisão que atuam sobre áreas que possam afetar, direta ou indiretamente, a saúde reprodutiva.

Frente a todas estas deficiências, o entendimento da saúde reprodutiva como direito ainda permanece como uma meta a ser atingida. A interrogação de MATAMALA (1998, p.139) a respeito do assunto resume as preocupações nesta área:

“Existe realmente um verdadeiro entendimento sobre como é imprescindível o empoderamento e a autodeterminação sexual e reprodutiva das mulheres para o desenvolvimento e humanização da sociedade ?”

Sem este entendimento, que exigirá reformas radicais na construção social dos gêneros e mudanças de paradigmas, dificilmente serão implementadas as decisões das Conferências do Cairo e Beijing.

Se o conceito de saúde reprodutiva não diz respeito apenas à mulher, mas ao homem, há muito o que discutir sobre a ausência destes, na tarefa de regulação da fecundidade. Um contingente cada vez maior de mulheres procuram a contracepção e geralmente o fazem com pouco ou nenhum apoio de seus companheiros. A fraca presença dos homens nesta área pode ser inferido a partir dos baixos índices de uso dos métodos contraceptivos masculinos (condom e vasectomia). Deve ser ressaltado, porém, o estreito leque de opções para os homens, resumido a apenas dois métodos reversíveis (condom e coito interrompido) e um definitivo (vasectomia), não havendo a opção de um método de alta eficácia que fosse comparável aos existentes para a mulher, como o DIU e os métodos hormonais (PERPÉTUO e WAJNMAN 1992, RINGHEIN 1993). Poderia estar ocorrendo um desvio de gênero na própria pesquisa em tecnologias contraceptivas ou dificuldades reais no controle da fecundidade masculina? A este respeito, GOMEZ (1997) afirma que a ciência tem determinado a contracepção como tarefa feminina e evita colocar o corpo dos homens sob o risco de possíveis efeitos colaterais de métodos em fase experimental - como ocorreu no caso das primeiras pílulas femininas, de alta dosagem. Pela voz de mulheres participantes de grupos focais no México, pode-se ouvir uma queixa sobre os cientistas não terem desenvolvido mais métodos masculinos, porém com a ressalva de que estes deveriam ser de fácil utilização *“pois os homens são tão difíceis de convencer!...”* (GARCIA e cols. 1997, p.32).

Em outro possível desvio de gênero poderiam se enquadrar também os serviços de saúde, que colocam suas atividades de planejamento familiar nas clínicas de ginecologia e obstetrícia, em horários pouco adequados para atrair a clientela masculina. Os serviços tampouco têm procurado trabalhar os preconceitos dos homens em relação à vasectomia e ao condom. Na histórica divisão de tarefas entre os gêneros, a responsabilidade da contracepção recaiu sobre a mulher, o que pode estar também dificultando o necessário diálogo entre os casais para o planejamento da prole, já que este seria um “assunto feminino”.

A este respeito, estudo realizado com mulheres em idade reprodutiva, usuárias de métodos contraceptivos reversíveis na região sul do município de São Paulo, que tinha como objetivo identificar as formas de participação de seus parceiros na contracepção, encontrou em seus resultados que, apesar do uso

predominante de métodos femininos, que independem de participação masculina, 82,7% das mulheres afirmaram que seus companheiros participavam da contracepção, caracterizando essa participação majoritariamente como “apoio”. Este “apoio” foi traduzido em atividades como: “lembrar de tomar a pílula; comprar a pílula ou injeção; levar ao médico”; ou até “usar método masculino, como condom ou coito interrompido, mas apenas quando a mulher necessita interromper o uso de seu método por algum motivo”. Em resumo, o grupo pesquisado descreveu uma situação onde a mulher assume o encargo do controle da fecundidade do casal, mas afirma que seu companheiro participa “apoiando” (CARVALHO e col. 2001).

Apesar dos dados de crescimento da incidência de HIV/Aids em mulheres, onde o uso do condom seria a forma mais eficaz para evitar a transmissão, a resistência masculina ao seu uso tem sido pouco trabalhada. Políticas de comunicação mais intensivas já poderiam ter sido adotadas como, por exemplo, o uso intensivo da mídia, que poderia levar a um aumento dos índices de uso do método, introduzindo no universo masculino a responsabilidade compartilhada das conseqüências do ato sexual, seja o risco de HIV/Aids ou de uma gravidez indesejada.

Em resumo, os debates na área da saúde reprodutiva, além do substrato constante das relações entre os gêneros, também levam sempre a uma discussão sobre os direitos reprodutivos das mulheres. A esse respeito, argumentam CORRÊA e PETCHESKY (1996, p.149):

“Definimos o terreno dos direitos sexuais e reprodutivos em termos de poder e recursos: poder de tomar decisões com base em informações seguras sobre a própria fecundidade, gravidez, educação dos filhos, saúde ginecológica e atividade sexual; e recursos para levar a cabo suas decisões de forma segura. Os direitos sexuais e reprodutivos, como qualquer outro direito, compreendidos como ‘liberdades privadas’ ou ‘escolhas’ não tem sentido especialmente para os grupos sociais mais pobres e privados de direitos - quando estão ausentes as condições que permitem o seu exercício”.

Neste sentido, políticas públicas relacionadas à saúde da mulher e à saúde reprodutiva precisam tornar-se realidade uma vez que, pela própria Constituição Brasileira, o planejamento familiar *“é de 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 e privadas”* (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, Artigo 226, parágrafo 7).

Se os preceitos constitucionais e a legislação existentes estivessem sendo devidamente aplicadas e a opção pela esterilização ocorresse sempre dentro das condições necessárias de esclarecimento da mesma como um método definitivo e com possibilidade de arrependimento e demais implicações apontadas pela literatura, poderia-se recolocar a questão da esterilização em bases realmente de acordo com o princípio da opção informada, como o exercício de um direito da mulher sobre seu próprio corpo.

2. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO

2.1. As Representações Sociais como balizamento para tomada de decisão

Para o desenvolvimento deste trabalho elegemos, como uma das bases teóricas, a Teoria das Representações Sociais, conforme proposta por Serge Moscovici e analisada e desenvolvida por diversos autores (JODELET 1986; FARR 1986; SÁ 1998).

As Representações Sociais são definidas por JODELET como ,

“um conhecimento socialmente elaborado e compartilhado com que se pode pretender dominar essencialmente o nosso entorno, compreender e explicar os fatos e idéias que povoam nosso universo de vida ou que surgem nele, atuar com e sobre outras pessoas, situar-nos em relação a elas, responder às questões que nos coloca o mundo, saber o que significam os descobrimentos da ciência e o devir histórico para a condução de nossas vidas, ou seja, trata-se de um conhecimento prático” (JODELET 1986, p.473).

As Representações Sociais são uma instância intermediária entre conceito e percepção e tem dimensões de atitudes, de informação e de imagens. (DOISE 1985)

Entendemos a representação social dos métodos contraceptivos, entre as mulheres que buscam a regulação de sua fecundidade, como um conhecimento prático, que direciona ações concretas em suas vidas. Frente às informações científicas que lhes fornecemos sobre as tecnologias contraceptivas, as mulheres elaboram um novo tipo de conhecimento, um conhecimento ordinário ou de senso comum, fruto de um processo de confronto, de comparações e complementações, entre as novas informações recebidas e tudo aquilo que já vivenciaram, que lhes é familiar, e com as informações que seu grupo social troca continuamente em suas conversações.

“O conhecimento do senso comum aparece em duas formas: como um conhecimento baseado em tradições compartilhadas e enriquecidas por milhares de ‘observações’, de ‘experiências’ sancionadas pela prática, mas também como um ‘conhecimento de segunda mão’, ou seja, conceitos científicos traduzidos e transformados pelo indivíduo comum para servir em sua vida cotidiana e que serão estendidos e organizados em nova forma a cada descobrimento ou nova teoria” (MOSCOVICI & HEWSTONE 1986, p. 685).

Configurada como uma metodologia de pesquisa psicossociológica, a Representação Social é considerada como *“uma modalidade de saber gerada através da comunicação na vida cotidiana, com a finalidade prática de orientar os comportamentos em situações sociais concretas” (SÁ 1998, p.78)*, visando a transformar conceitos ou objetos novos, estranhos, em algo familiar e compreensível para os sujeitos sociais.

Três funções básicas das Representações Sociais são descritas por JODELET (1986):

- função cognitiva de integração de uma novidade;
- função de interpretação da realidade;
- função de orientação das condutas e das relações sociais.

Entendemos que as mulheres constroem suas representações sobre a esterilização e os outros métodos contraceptivos - novidades para muitas delas - a partir de informações recebidas pelo serviço de saúde, mas também da interação com seu meio social, pode se constituir no balizamento para a ação, ou seja, para a tomada de decisão pela esterilização.

Uma representação social, uma vez formada, direciona os comportamentos individuais frente ao objeto representado. Usando como exemplo o HIV/Aids, as ações de prevenção de contágio enfrentaram enormes dificuldades frente à uma das representações da doença como um “castigo divino” punindo homossexuais e drogados. Não sendo o indivíduo homossexual ou usuário de drogas, não haveria porque preocupar-se com o uso de preservativos. Até que a sociedade construísse

uma nova representação da doença, como disseminada em todos os grupos sociais e não apenas nos “grupos de risco”, muitos se contaminaram. Na arquitetura das diversas representações sociais do HIV/Aids não atuaram somente as informações biológicas relativas ao vírus e suas manifestações no organismo humano, mas também posturas culturais e ideológicas que viram no conteúdo simbólico da doença, ligações com valores e modelos sociais ligados à sexualidade, ao medo da morte, à confiança / desconfiança na ciência - tanto a suspeita do vírus ter sido desenvolvido em algum laboratório, como de sua competência em encontrar a cura. De qualquer modo, observa-se que as representações sociais cumprem a função de integração de uma novidade, explicando-a com base em conhecimentos anteriores, tornando-a familiar e, a partir daí, influenciando as ações individuais (JODELET 1989, PALMONARI e DOISE 1986).

As Representações Sociais são formadas em um processo de interação entre sujeito e objeto, dentro de uma sociedade, não privilegiando nem apenas uma visão limitada da dimensão psicológica individual, nem apenas o sujeito como um marionete passivo de ideologias ou de jogos de poder de grupos sociais dominantes. Conforme OLIVEIRA (1996, p.13), o estudo das representações sociais “permite compreender a interação entre o universo individual e as condições sociais nas quais os atores sociais interagem”. GUARESCHI & JOVCHELOVITCH (1997:p.19) enfatizam que, ao invés de analisar apenas o sujeito “puro” ou o objeto “puro”, a teoria das Representações Sociais busca a relação entre estas duas dimensões, ou seja, *“ela recupera um sujeito que, através de sua atividade e relação com o objeto-mundo, constrói tanto o mundo como a si próprio”*.

As representações sociais na área da contracepção seriam formadas, assim, a partir das relações destas mulheres com as suas próprias vivências em atividades de regulação da fecundidade, em contato com outras mulheres de seu grupo social que têm as mesmas necessidades e em contato com o meio social que veicula informações de várias fontes, inspiradas pelas várias ideologias que se colocam no campo da reprodução humana.

O papel dos meios de comunicação de massa tem sido importante no processo de formação das representações, criando e difundindo informações e idéias, ou como destaca FARR (1986), *“numerosas representações são sociais porque são*

transmitidas pelos meios de comunicação". O modelo de família ideal, com paridade projetada em torno de dois filhos, disseminada amplamente pode ser um exemplo disso. Embora a "causalidade" nunca seja uma relação simples, poderíamos dizer que este modelo de família pequena disseminou-se também por sua maior adequação à nova conjuntura de recursos financeiros, escassos na maioria das famílias, junto com outras novas características trazidas pela industrialização e urbanização das sociedades ocidentais (ALVES 1996).

Enfim, na formação das representações sociais na área da contracepção, as mulheres possivelmente processem as informações recebidas de várias fontes, como serviços de saúde e mídia, sofrem também a influência de seus fatores psicológicos individuais e do que apreendem de seu contexto sócio-cultural. Sobre estas representações, assentarão os alicerces de suas opções e de sua ação, dentro das alternativas que estiverem ao seu alcance.

2.2. Gênero, substrato das representações

A partir do entendimento de Representações Sociais como um tipo de conhecimento elaborado por determinados indivíduos num determinado meio social, uma outra base teórica que orientou este trabalho foi o conceito de Gênero.

Homens e mulheres são anatômica e fisiologicamente diferentes, desempenhando funções diversas e complementares no processo reprodutivo. Até este ponto, poderíamos afirmar não haver discordância. Porém, segundo SHALLAT e PAREDES (1995), não se pode considerar que os filhos gerados por um casal devam ser, por alguma contingência genética, obrigatoriamente cuidados e educados pela mulher e não pelo homem. Tampouco há determinismo genético conhecido que determine a limpeza doméstica, o cuidado com os idosos e doentes, o preparo dos alimentos e outras funções, como caracteristicamente femininas. Aqui, entramos no terreno do Gênero, que tem sido definido como a construção de um sistema de papéis diferenciados para homens e mulheres, com base no contexto social, político e

econômico e não na diferenciação biológica entre os sexos (SCOTT 1991; BARBIERI 1993).

Se existe razoável consenso quanto à definição do que seja Gênero, não se pode dizer o mesmo quanto às origens desta diferenciação. Correntes teóricas discutem a gênese deste sistema diferenciado de papéis, atribuindo-lhe fontes diversas. Para este trabalho optamos pela definição de Gênero elaborada por Joan Scott e que compreende duas assertivas:

“1. O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais, baseado nas diferenças percebidas entre os sexos

e

2. O gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder.”

(SCOTT 1991, p.14)

Desenvolvendo o conceito, SCOTT (1991) afirma que a mulher é simbolizada freqüentemente de forma múltipla, contraditória e dicotômica, como por exemplo: santa / devassa; pureza / sujeira; inocência / pecado; ingenuidade / astúcia. Tais representações estão ligadas a determinados tipos de comportamento feminino, ou evocadas em determinados contextos. A interpretação do sentido dos símbolos tem vastas possibilidades, podendo tanto o masculino como o feminino, receberem significações múltiplas, alternantes, complementares e não somente antagônicas. Quando a interpretação de sentido de um símbolo é normatizada por correntes religiosas, educacionais, científicas, políticas ou jurídicas, pode haver a intenção de limitar a potencialidade simbólica apenas a um terreno permitido. No nosso caso, a mulher, para ser feminina, deverá ter estas ou aquelas características, em conformidade com determinada normatização. Esta interpretação passa então a ser declarada como a única possível, ou a mais natural, rejeitando-se ou reprimindo-se outras possibilidades. A partir disso, a história será escrita como se esta representação fosse um consenso, uma decorrência natural, e não o resultado de um conflito. Caberia então aos historiadores detectar, em seus estudos, o processo de formação dessas representações, consideradas atualmente como dominantes ou “naturais”, evidenciando as posições diferentes que possam ter sido reprimidas como

comportamento desviante ou suprimidas da história oficial. O estudo dos processos de construção das identidades de gênero deveriam ser desenvolvidas em diferentes contextos sócio-econômicos e culturais, buscando-se a diversidade dessas caracterizações.

Para SCOTT (1991), não existe apenas uma caracterização inocente, separando o feminino do masculino. Gênero também seria “uma forma primeira de significar relações de poder” e, na medida em que essas referências estabelecem diferenciais no controle ou no acesso aos recursos materiais e simbólicos, o gênero torna-se implicado na concepção e na construção do poder em si.

As elaborações conceituais empregam o mecanismo da diferenciação para estabelecer o sentido e, a diferença sexual é a forma principal de significar a diferenciação, efetuando a decodificação do sentido e contribuindo para a compreensão das relações complexas entre as diversas formas de interação humana. Quando os historiadores procuram encontrar as maneiras como o conceito de gênero legitima e constrói as relações sociais, podem começar a compreender tanto a natureza recíproca do gênero e da sociedade, como as formas particulares situadas em contextos específicos, como, por exemplo, a política constrói o gênero e o gênero constrói a política.

Dentro da análise do domínio político, em várias passagens da história da humanidade, assistimos à significação de relações de poder através das concepções de gênero. Na revolução francesa, a analogia entre poder de Estado e poder doméstico se faz clara no texto de Louis de Bonald (1816), citado por SCOTT (1991), em que é defendida a revogação do divórcio pela legislação da revolução:

“Da mesma forma que a democracia política permite ao povo, parte fraca da sociedade política, se rebelar contra o poder estabelecido, da mesma forma, o divórcio, verdadeira democracia doméstica, permite à esposa, parte mais fraca, se rebelar contra a autoridade do marido... A fim de manter o Estado fora do alcance do povo, é necessário manter a família fora do alcance das esposas e das crianças” (SCOTT 1991, p.18).

Scott argumenta ainda que nos regimes políticos autoritários (Jacobinos na França, Stálin na URSS, Aiatolá Khomeiny no Irã, política nazista na Alemanha), o poder que se afirmava sobre o povo caracterizava-se com atributos de masculinidade (força, dominação), enquanto que seus opositores eram caracterizados com atributos tidos como femininos (fracos, subordinados). Concretamente, produziam também legislações que conduziam a mulher à uma posição de subalternidade, proibindo participação política, criando normas de vestuário, proibindo o aborto, alterando o regime de trabalho feminino. Não é gratuito que os contestadores dos sistemas políticos autoritários, como alguns movimentos socialistas e anarquistas, adotem freqüentemente formas de comportamento que transformam as identidades de gênero, não aceitando convenções como o casamento, defendendo o aborto, projetando como ideais os relacionamentos entre os sexos através de formas não hierarquizadas.

Uma teorização interessante sobre as raízes dessa significação do Poder pelo Gênero, elaborada por BARBIERI (1993), inclui a capacidade reprodutiva:

“Homens e mulheres temos a capacidade de produzir com o corpo. Homens e mulheres temos a possibilidade de produzir prazer no corpo do outro.. Mas somente as mulheres têm um corpo que produz outro corpo. (...) Todo grupo humano que pretende sobreviver deve assegurar a existência de um determinado número de mulheres púberes que o possam reproduzir. (...) Todo homem que queira transcender a morte através da procriação, deverá pactuar com uma mulher por um período de nove ou mais meses. Nas sociedades que se propõe a sobreviver por mais que uma geração - e tudo indica que foram muito poucas as que não tiveram esse propósito ao longo da história conhecida - o corpo feminino nas idades reprodutivas é valioso e há aí um poder particular, específico do corpo das mulheres. Esclarecendo: não significa que o corpo feminino como entidade biológica tenha poder; são as sociedades que lhe conferem poder. Quem é ou quem são os que controlam a capacidade reprodutiva das mulheres ? Mas para assegurar-se de um controle efetivo sobre a reprodução, é necessário também atuar sobre a sexualidade. Controlar a reprodução de tal forma que o homem possa

reivindicar direitos sobre o produto específico das mulheres requer a regulamentação do acesso ao corpo feminino. (...) Controlar o corpo das mulheres leva a dirigir o trabalho das mulheres, de forma que nenhuma capacidade escape ao controle” (BARBIERI 1993, p. 6).

Dentro deste entendimento, há uma relação estreita entre os conceitos de gênero e a significação do poder. Não é difícil imaginar quanto da resistência às modificações nestas duas áreas tem as suas raízes entrelaçadas. Uma alteração mais radical nas atuais concepções de Gênero deverá caminhar junto com a construção de novas bases de funcionamento social, onde a diferenciação de Gênero, assim como a de Raça ou Classe Social, não sejam mais aceitos como “naturais” na espécie humana.

Trabalhar com questões de gênero, segundo SHALLAT e PAREDES (1995), implica *“avaliar os papéis desempenhados, as relações e os processos, enfocando desigualdades quanto ao poder, riqueza e carga de trabalho entre mulheres e homens”*. Tendo como foco o estudo das representações sobre métodos contraceptivos e esterilização feminina, o enfoque de gênero, com as suas significações de poder, auxilia a compreensão do processo de elaboração dessas representações.

Poderíamos acrescentar a importância da dimensão psicossocial, que também atua nos processos de significação e de adoção de comportamentos. Como exemplo, a partir de uma lógica de controle do corpo feminino, as mulheres vivem uma sexualidade crivada de interdições, principalmente em relação à auto manipulação da genitália e ao auto conhecimento, marcada pela valorização do recato e da inocência - atributos muito próximos da ignorância - dificultando o diálogo entre parceiros sobre o ato sexual ou até mesmo impedindo o diálogo com profissionais da saúde para solicitação de informações. Neste contexto podem estar os motivos de rejeição à algumas alternativas contraceptivas preconizadas pelo Ministério da Saúde e adotadas por serviços de saúde reprodutiva no Brasil, mas que foram desenvolvidos em outras culturas, com significações de sexualidade e de fecundidade não similares.

As questões ligadas ao gênero podem ser um referencial útil para a discussão da paridade considerada ideal pelas mulheres deste estudo. Considerando a carga

desigual que pesa sobre os ombros das mulheres quanto às tarefas relativas à reprodução e que lhe são atribuídas como se fossem características de seu sexo (SHALLAT e PAREDES, 1995), não é difícil imaginar os motivos pelos quais o número de filhos desejado esteja em declínio. Há que se considerar a perspectiva de diminuição dessa carga de trabalho, buscando talvez viabilizar o desenvolvimento de outras atividades, como o trabalho remunerado fora do domicílio, visando a melhoria do poder aquisitivo da família, por desejo de desenvolvimento pessoal ou ainda para conquistar maior independência financeira. Outra intenção possível poderia ser a de liberar o tempo gasto com as tarefas da contracepção, liberando-o para a rotina doméstica.

2.3. Modernidade, valores em processo de mutação

A evolução da dinâmica das relações sociais é outra questão envolvida na área temática deste estudo. Entre as grandes mudanças sociais que ocorreram nas últimas décadas, a liberação da sexualidade da sua relação intrínseca com a reprodução é uma das mais importantes na definição de novos papéis femininos. A este respeito, diz Giddens:

“Particularmente importante em relação à sexualidade, as pressões para se constituírem famílias grandes, características virtuais de todas as culturas pré-modernas, deram lugar a uma tendência a se limitar de uma forma rigorosa o tamanho da família. Tal prática, aparentemente uma estatística demográfica inocente, colocou um dedo no gatilho histórico, no que dizia respeito à sexualidade. Pela primeira vez, para uma população maciça de mulheres, a sexualidade se apartava de um círculo crônico de gravidez e parto” (GIDDENS 1993, p. 36).

Segundo o mesmo autor, a sociedade moderna caracteriza-se pela reflexividade institucional intensa, onde a reentrada do discurso científico no próprio

contexto que analisa, altera continuamente este próprio contexto, não só em termos conceituais, mas também em termos de ações dos indivíduos ou grupos. Esta reflexividade, potencializada pela alta mobilidade geográfica e pelos meios de comunicação de massa, dissemina novos conceitos com grande rapidez. Giddens cita que as estatísticas oficiais sobre população, casamentos e divórcios, os estudos sobre sexualidade humana e outras produções científicas, ao serem divulgados, por meio de comunicação de massa, e se transformarem em objeto de discussão em todos os estratos de população, podem por si estar modificando a realidade estudada, graças ao fenômeno da reflexividade. Como exemplo, a divulgação da alta taxa de divórcios poderia afetar a própria decisão de casar-se (GIDDENS 1996, p. 31). Poderia ser este o caso da convergência das taxas de fecundidade em níveis muito próximos em todos os estratos sociais (e na maioria das regiões do globo). A queda da fecundidade, na maioria dos países, pode ser a resultante das mudanças estruturais da sociedade, entre elas, a urbanização, a entrada da mulher no mercado de trabalho. Podem reforçar estes fatos outros conceitos veiculados e valorizados pela mídia, como uma qualidade de vida possivelmente melhor na família nuclear dado a possibilidade de maior renda “per capita” no domicílio, a valorização da estética do corpo feminino em contraposição a um possível desgaste causado por gestações e partos, a valorização de outras atividades na vida de uma mulher, além da sua função reprodutiva.

Outro ponto da teorização de Giddens sobre a modernidade que parece interessante para o presente estudo é o conceito de “descontextualização”, entendido pelo autor como a “desinserção das relações sociais dos contextos locais de interação e a sua reestruturação através de extensões indefinidas de tempo e de espaço” (GIDDENS 1996, p. 15). As relações sociais atuais processam-se dentro de uma rede de influências que ultrapassa, em muito, o local em que se dão. Acelerados em suas conexões via satélite e fibra ótica, os meios de comunicação de massa disseminam conceitos científicos, como também ideológicos, em todos os estratos das populações. Modelos de comportamento social são tornados “ideais” ou “normais” para grupos socio-culturalmente diversos que, muitas vezes, nada têm a ver com o contexto que os gerou. Assim, acabamos assistindo a uma tendência de comportamentos, incluído o sexual e o reprodutivo, sendo uniformizados em todos os

estratos sociais e culturais, segundo o modelo propagado por telenovelas, programas de entrevistas, noticiários e documentários. É importante destacar que a adesão das populações a estes modelos, ou a tentativa de fazê-lo, acontece na maioria das vezes sem reflexão adequada de suas conseqüências, ou de determinantes econômicos envolvidos, mas também é preciso reconhecer que, de alguma forma, os indivíduos têm a intenção primordial de atender a anseios pessoais por uma qualidade de vida melhor.

No caso da contracepção, um dos mecanismos do processo de descontextualização aparece em cores fortes - a confiança em “sistemas periciais”, conceituado por GIDDENS (1996, p. 19) como *“um sistema de realização técnica, ou de pericialidade profissional, que organizam vastas áreas do ambiente material e social em que vivemos”*. Vivemos em uma sociedade que se utiliza de artefatos e processos complexos, de que precisa para atender as suas necessidades, sem ter a mais remota idéia de como, onde e por quem são feitos, nem como funcionam, tais como: meios de transporte, edifícios, água encanada, telefone, alimentos e medicamentos preparados industrialmente. Usamos estas estruturas e serviços com confiança, total ou relativa, de que não seremos prejudicados por eles. Como bem exemplifica Giddens,

“Quando saio de casa e me meto num carro, entro num cenário que se encontra completamente impregnado de conhecimento pericial - envolvendo o desenho e construção de veículos, estradas, cruzamentos, semáforos e muitos outros elementos. Todos nós sabemos que andar num veículo é uma atividade perigosa, que acarreta o risco de acidente. Ao escolher sair em um veículo, aceito o risco, mas conto com a pericialidade para garantir que este risco seja minimizado tanto quanto possível” (Giddens 1996, p.19).

O mesmo raciocínio se aplica ao uso de água tratada, que esperamos seja realmente tratada e retirada de mananciais confiáveis; aos alimentos industrializados que esperamos não contenham aditivos alimentares cancerígenos. Confiamos em estruturas espacialmente distantes, que pouco conhecemos. Os conceitos de confiança e segurança estão interligados nestes casos. Confiamos nos “sistemas

periciais”, não como em tempos remotos, em que se confiava em pessoas ou processos visíveis, mas em pessoas e processos que estão em outro lugar, distantes de onde estamos e que são desconhecidos. É importante ressaltar que esta confiança vem sendo quotidianamente abalada por noticiários a respeito de falhas nestes “sistemas periciais”, com notícias alarmantes sobre a baixa qualidade de produtos ou serviços, expondo a população usuária ou consumidora a riscos potencialmente muito maiores do que seria esperado.

Aplicando este raciocínio ao objeto de nosso estudo, os métodos contraceptivos, entre tantas outras ações em saúde, são um exemplo de “sistemas periciais” em que profissionais de saúde e usuários depositam confiança, mesmo sabendo da existência de algum risco em sua utilização, como falhas de métodos ou efeitos colaterais. Confiamos na eficácia e inocuidade deste ou daquele método, mesmo que não tenhamos acompanhado o processo de fabricação ou os testes de eficácia e de inocuidade. Acreditamos na seriedade da indústria, na competência e na idoneidade dos pesquisadores que realizaram testes e pesquisas. Poucas usuárias compreendem as tecnologias contraceptivas em seus conceitos mas, apesar disso, adotam seu uso com base unicamente na confiança em um sistema de conhecimento da área da saúde. Mesmo sob orientação de profissionais competentes, recebendo todas as informações, as tecnologias contraceptivas deverão ser usadas com base em análises de risco-benefício - nem sempre bem compreendidas pelas mulheres usuárias - fundamentadas em um saber científico, que segundo Giddens é diferente do “saber” em seu antigo sentido de “ter certeza”. Hoje, em conhecimento científico, nada é certo, nada é uma verdade definitiva, e

“estamos desorientados num mundo que é totalmente constituído através do conhecimento aplicado reflexivamente, mas onde, ao mesmo tempo, nunca podemos ter certeza de que qualquer elemento dado desse conhecimento não será revisto” (GIDDENS, 1996, p.27).

Em nossa prática concreta de atividades de fornecimento de informações sobre os diversos métodos contraceptivos para auxiliar no processo de decisão de mulheres, nos encontramos freqüentemente em situação de informar o “estado atual”

dos conhecimentos sobre riscos e benefícios de cada método, enquanto as mulheres confrontam nossas informações com os seus conhecimentos da realidade de uso desses mesmos métodos. Quando nos defrontamos, por exemplo, com os resultados preliminares da pesquisa de Richard Doll sobre a relação de pílulas e câncer de mama (RADIS / FIOCRUZ 1998), o que dizer da crença popular de que a pílula “dá câncer” ? Os próprios técnicos da área da saúde trabalham baseados no saber científico atualmente aceito.

Sobre a falibilidade da Ciência, diz Giddens,

“O que é transmitido à criança no ensino da ciência, não é apenas o conteúdo das descobertas técnicas, mas também - o que é mais importante para as atitudes sociais em geral - uma aura de respeito pelo conhecimento técnico de todos os gêneros. (...) Só quem fizer uma aprendizagem das ciências, durante algum tempo, poderá vir a ser introduzido em assuntos controversos, ou a perceber-se totalmente da falibilidade potencial em todas as reivindicações de conhecimento da ciência” (Giddens1996, p. 62).

O risco implicado no uso dos métodos contraceptivos, além da ocorrência de efeitos colaterais, pode ser a falha do método, com ocorrência de uma gravidez não planejada ou mesmo não desejada, com repercussões incalculáveis sobre a vida das mulheres, tal como ouvimos de uma candidata à esterilização, quando informada sobre os baixos índices de falha do DIU: *“e se eu for dessas poucas que engravidam ? eu não quero mais um filho !”*. Da mesma forma, relutam em aceitar que mesmo a esterilização pode ter seus casos de falha do método. Não sendo disponível, no Brasil, a alternativa legal ao aborto, esta preocupação se reveste de uma importância muito grande. A dificuldade em prestar orientações mais completas, que acomete muitos técnicos da área, tem sua origem na ausência de métodos totalmente eficazes, totalmente inócuos e seguramente reversíveis, frente ao direito reivindicado por estas mulheres de não querer ter mais filhos.

É dentro destas limitações que, com certeza, não são exclusivas dos profissionais de saúde, mas de muitas áreas da ciência e tecnologia, que as ações em saúde reprodutiva devem ser exercidas. Na moderna e necessária Bioética estarão os

princípios gerais que deverão nortear esta prática, como o direito à informação sobre o atual estado de conhecimento das tecnologias e os riscos envolvidos em cada uma das opções.

3. QUESTIONAMENTOS DO ESTUDO E OBJETIVOS

Um grande contingente de mulheres em período reprodutivo buscando a esterilização, como é o caso no Brasil, pode ter importantes implicações demográficas, podendo contribuir para a queda da fecundidade da população, atuando em conjunto com outros fatores, conforme discutimos anteriormente. Ainda assim, entendemos que o direito de cada mulher ou do casal definir o número de filhos que define como o melhor para si, dentro de suas perspectivas e possibilidades, deveria ser um direito indiscutível, mesmo reconhecendo a necessidade imperiosa de ampla melhoria nas políticas de assistência à saúde e outras políticas que melhorem a qualidade de vida destas mulheres.

O estudo dos determinantes e conseqüências da redução na paridade considerada ideal, atualmente entre 2,3 e 2,6 filhos para os brasileiros (WONG e col. 1998), é importante para que se possa gerar conhecimentos fundamentais na discussão da sobrevivência das sociedades humanas. Porém, quando esta discussão desce ao nível de cada sujeito social, qualquer interferência sobre a paridade planejada poderia ser considerada um impedimento ao exercício de um direito, sejam estas interferências no sentido de induzir à esterilização para limitar o número de filhos, ou no sentido de dificultar o acesso à esterilização de mulheres que tenham feito esta opção.

Mesmo entre mulheres de uma mesma faixa de escolaridade ou de renda, a determinação do número de filhos ideal tem determinantes pessoais, ainda que, com certeza, esta decisão seja socialmente influenciada e devolva repercussões sobre esta mesma sociedade, dentro do fenômeno da reflexividade social (GIDDENS 1996). Os condicionantes sócio-econômicos e culturais exercem forte influência, principalmente no que diz respeito às condições objetivas de apoio social à maternidade, mas uma alteração significativa destes fatores, dificilmente acontecerá isolada da mudança de toda uma conjuntura de fartas interdições e exclusões, que penalizam a mulher pela desigualdade entre os gêneros na área da reprodução, tanto

quanto em outras áreas da vida social. Como bem pontuam CORRÊA e PETCHESKY,

“Aqui confrontamos o dilema de como criticar os tipos de escolha disponíveis para as mulheres sem desqualificar as decisões que elas tomam para si, mesmo nos casos em que isto se dá sob severos constrangimentos sociais e econômicos. O debate acerca da esterilização feminina no Brasil ilustra bem a questão. Em um contexto de rápido declínio da fecundidade, a esterilização feminina tornou-se um método ‘favorito’, usado por 44% das usuárias de métodos anticoncepcionais. (...) As feministas brasileiras se vêem diante de um dilema: a urgente necessidade de denunciar as injustiças inerentes às taxas de esterilização - especialmente entre mulheres negras - e a evidência de que muitas mulheres que fizeram suas escolhas conscientemente, pagaram pelo procedimento e estão satisfeitas com sua decisão. Por um lado, este é um exemplo de como ‘escolhas sob constrangimento’ resultam de circunstâncias de gênero, pobreza, racismo: a simples noção de que as mulheres em tais condições estão exercendo seus ‘direitos reprodutivos’, distorce o sentido do termo (Lopez, 1993). Por outro lado, a exigência de alguns grupos para que se criem sanções criminais contra a esterilização parece ser uma negação do direito das mulheres à autodeterminação reprodutiva” (CORRÊA e PETCHESKY 1996, p.157-8).

Acreditamos que, para uma mulher que já teve os filhos que pretendia, viver a sexualidade com eterno medo de engravidar ou enfrentando gestações não desejadas, constitui-se num fator de prejuízo à sua qualidade de vida.

Uma de nossas funções, enquanto profissionais de saúde, é fornecer a cada mulher / homem / casal, o acesso informado às opções contraceptivas existentes, esclarecendo suas características técnicas, suas vantagens e desvantagens. A opção será da mulher ou do casal atendido. Como cidadãos, devemos defender uma urgente revisão das políticas sócio-econômicas do país, pela miséria e exclusão social que causam, para que não mais sirvam como fator desencorajador de maior paridade, quando desejada. Medidas urgentes, em termos de políticas intersetoriais

que busquem reverter os efeitos funestos do atual modelo econômico e social precisam ser concretizadas, além dos discursos. Mas, enquanto esta conjuntura de contornos injustos permanece, e sabemos que esta não será uma resolução de curto prazo, evitar gestações não planejadas pode ser considerado pelas mulheres como uma ação fundamental na administração de suas vidas privadas. Concordando com CORRÊA e PETCHESKY (1996, p.158), *“precisamos desenvolver grades de análise que respeitem a integridade das decisões sexuais e reprodutivas das mulheres e condenem as condições sociais e culturais que possam forçá-las a ‘escolher’ um procedimento ou outro”*.

Dentro deste raciocínio, as questões de pesquisa que orientaram este estudo são as que se seguem:

- **Por que as mulheres que buscam a esterilização feminina, mesmo recebendo informações e a garantia de acesso a outros métodos contraceptivos, além da pílula, mantêm sua intenção de esterilizar-se ? Por que os outros métodos contraceptivos reversíveis femininos e a vasectomia, não foram considerados como opção por estas mulheres que não querem ter mais filhos?**

Supondo-se que o número de esterilizações poderia diminuir, pelo fornecimento de informação e garantia de acesso às outras opções de contraceptivos, e considerando que a nossa prática mostra que muito poucas mulheres mudam sua opção, o que poderia estar acontecendo ? O conhecimento ordinário ou do senso comum a respeito dos métodos contraceptivos poderia estar exercendo uma influência importante no processo de decisão. Esta influência talvez seja mais decisiva que as nossas iniciativas de fornecimento de informação, através de ações educativas. As representações sociais na área da contracepção, como já discutimos em nossos referenciais teóricos, formam-se a partir das próprias vivências das mulheres, dos contatos com outras mulheres de seu grupo social e dos contatos com informações de várias fontes, veiculadas por meios de comunicação e inspiradas pelas diferentes ideologias que se colocam no campo da reprodução humana. As mulheres poderiam estar chegando ao serviço de planejamento familiar já com uma

representação negativa dos métodos alternativos à esterilização? As informações oferecidas não conseguem apresentar as opções reversíveis como mais vantajosas? Essas mulheres não analisam os fatores potencialmente negativos da esterilização feminina como por exemplo, o risco cirúrgico, o risco de arrependimento posterior ou de repercussões negativas em sua qualidade de vida? Ou, em resumo:

- **O que fundamenta a opção das mulheres pela esterilização?**

As mulheres conseguem vislumbrar os potenciais riscos desta opção? Que tipo de expectativa esperam que seja atendida, quando buscam pela esterilização e não aceitam os métodos reversíveis? Que tipo de problema as mulheres poderiam estar tentando resolver com esta “solução”? E ainda:

- **Depois da esterilização, que repercussões estas mulheres percebem em suas vidas?**

Tendo em vista as expectativas anteriores, a realização da esterilização respondeu ao que esperam dela? Sendo a questão da qualidade de vida um campo muito amplo, definimos um recorte que busca os efeitos negativos mais citados na bibliografia que seriam: a possibilidade de arrependimento, alterações orgânicas (irregularidade menstrual, variação de peso ou outro sinal/sintoma físico), repercussões em sua vida sexual, ou algum outro efeito negativo.

3.1 Objetivo geral:

- Identificar e analisar as representações da esterilização feminina e de outros métodos contraceptivos entre mulheres esterilizadas, e como estas representações podem ter influenciado as opções e a trajetória de vida destas mulheres.

3.2. Objetivos específicos:

- Caracterizar o grupo de mulheres entrevistadas segundo variáveis sócio-demográficas e trajetórias de vida sexual e reprodutiva.
- Descrever e analisar as representações dos métodos contraceptivos conhecidos e/ou usados por este grupo.
- Descrever e analisar as representações da esterilização feminina existentes neste grupo.
- Descrever e analisar repercussões da esterilização feminina em aspectos da saúde e da vida sexual, conforme percebidas por este grupo de mulheres esterilizadas.

4. MÉTODO

4.1. Pesquisa Qualitativa: os padrões e a diversidade

Este trabalho é um estudo descritivo, qualitativo, que teve as informações coletadas através de entrevistas conduzidas através de formulário semi-estruturado (TRIVIÑOS 1987) e roteiro temático (MEIHY 1996). Foi feita uma caracterização ampliada das mulheres entrevistadas, com dados sociodemográficos e de sua história reprodutiva a fim de que se possa situar as representações dessas mulheres sobre a esterilização feminina e os outros métodos contraceptivos, dentro de seu contexto sócio-econômico-cultural de vida.

A opção por um estudo qualitativo foi baseada na escolha de um determinado recorte da realidade, na construção do nosso objeto de estudo. Optamos por pesquisar as representações sociais evitando o uso de instrumentos com questões fechadas, em que a pré-determinação de um leque de respostas possíveis poderia limitar o espaço de expressão das mulheres apenas ao perímetro das nossas hipóteses. O limite de direcionamento, a fim de objetivar o processo da pesquisa, foi a indicação dos temas sobre os quais as mulheres teriam maior probabilidade de expressar percepções e vivências, ou seja, explicitar o processo de formação das representações sociais que pudesse existir neste grupo.

O direcionamento metodológico do estudo foi a busca da diversidade. Acreditamos que o ser humano, em sua complexidade e diversidade deva ser atendido nos serviços de saúde com mais espaço de expressão e menos uniformização de condutas. A forma tradicional de funcionamento da assistência à saúde, muito freqüentemente baseada num tipo “normal” de indivíduo, pode limitar a percepção da variabilidade psico-socio-cultural existente na população atendida e, por contingência, prejudicar a eficácia e a qualidade da assistência prestada.

Os pesquisadores que fazem uso da pesquisa qualitativa “*consideram a subjetividade como parte integrante da singularidade do fenômeno social*”

(MINAYO 1996). Apesar da necessidade de algum arsenal técnico que ajude a organizar o processo da pesquisa, não deve existir a busca pela verdade fora dos sujeitos, mas sim por um universo consensual, construído a partir de uma teia de significados, dentro de uma rede de relações, nas quais inclusive o próprio pesquisador toma parte.

Reconhecemos que a realidade é ampla e a tentativa de recortá-la para torná-la acessível aos nossos métodos de pesquisa, provoca inevitavelmente mutilações. O desafio de escrever é tentar mostrar um retrato da realidade, sob determinada luz e foco, mas que seja reconhecida por outros que trabalhem na mesma área de conhecimento, dentro da necessária intersubjetividade.

4.2. População de estudo

A população do estudo foi constituída por 31 mulheres esterilizadas, atendidas pelo Projeto de Planejamento Familiar do ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina. Esta escolha baseou-se no fato dessas mulheres terem sido atendidas em um projeto assistencial que funciona sob normas de acordo com a legislação vigente sobre esterilização voluntária. É interessante ressaltar que os critérios para atendimento neste projeto, mesmo antes da aprovação da Lei 9.263, de janeiro de 1996, eram ainda mais rígidos que os desta lei, priorizando a realização da esterilização de mulheres com mais de 30 anos, mais de três filhos, ou em casos de indicação médica, e com tempo de espera de até um ano, isto por falta de um maior número de vagas para este procedimento no setor cirúrgico do Hospital Universitário, sempre sobrecarregado. As exceções se baseiam em indicação médica devido à patologia ou elevado número de cesáreas.

O atendimento, neste serviço de Planejamento Familiar, é realizado por equipe multiprofissional (médicos, enfermeiras, psicóloga e assistente social) e prevê, entre outras atividades, a informação sobre todos os métodos contraceptivos e o acesso ao método escolhido pela mulher.

Na rotina de atendimento deste projeto são programadas duas atividades educativas : uma primeira, em grupo de até 15 mulheres e outra, individual, durante

entrevista conduzida pela enfermeira. Na atividade educativa em grupo são apresentados e discutidos todos os métodos contraceptivos, abrangendo o modo de ação, técnica de uso, possíveis efeitos colaterais, eficácia. A entrevista individual, realizada pela enfermeira, é o espaço onde podem ser discutidas, com maior privacidade, as dúvidas da mulher ou do casal sobre os vários métodos. Para as pacientes que optem pela esterilização são obrigatórias as entrevistas individuais com a psicóloga e com a assistente social, onde se busca detectar possíveis interferências de ordem psicológica ou social que possam estar influenciando esta opção. A consulta médica é o último procedimento da rotina. Cada solicitação de esterilização é discutido pela COMAC (Comissão de Anticoncepção Cirúrgica), antes que se encaminhe o pedido para o setor cirúrgico. A COMAC é formada pelos profissionais de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social que realizam as entrevistas e consultas.

Este projeto funciona integrado com as demais áreas da assistência à saúde da mulher do ambulatório, o que facilita o encaminhamento para tratamento de quaisquer patologias identificadas durante o atendimento. O projeto atende pacientes referenciadas das outras unidades do ambulatório do próprio HC, das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Londrina e do Consórcio Intermunicipal de Saúde. Nestes dois últimos serviços, métodos contraceptivos reversíveis são oferecidos em atividades de planejamento familiar e caso a cliente manifeste a opção pela esterilização, será então encaminhada ao Projeto do HC para atendimento multiprofissional e realização da cirurgia, caso a opção seja mantida após ação educativa e entrevistas. Todas as mulheres atendidas no projeto, mesmo que já tenham passado por atividades educativas sobre contracepção em outros serviços, devem passar por todas as fases de atendimento acima descritas.

As participantes da pesquisa foram aleatoriamente escolhidas da listagem de pacientes do Projeto de Planejamento Familiar submetidas à laqueadura tubária a partir de 1996. Escolhemos este ano por ser o ano da aprovação da legislação que trata do planejamento familiar (Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996) e que assegurou o acesso das mulheres à laqueadura como uma das opções contraceptivas e, portanto, sem necessidade de indicação médica por motivo de saúde. A escolha da data foi um ato simbólico, já que no serviço em questão a realização da esterilização como opção

contraceptiva já era aceita. As mulheres que compõe o grupo entrevistado tinham sido operadas, portanto, de dois a três anos antes da realização da entrevista.

A pesquisa com este grupo de mulheres teve a intenção de excluir casos em que a esterilização possa ter sido feita sem que a mulher tivesse recebido informação sobre os métodos contraceptivos reversíveis e tido acesso a estes métodos. Acreditamos que as representações sobre estes outros métodos atinja maior definição neste grupo informado. Optar por outros grupos de mulheres poderia apenas detectar a falta de informação destas mulheres, por não terem sido atendidas em um serviço estruturado de assistência à saúde reprodutiva, e esta não foi a intenção deste estudo.

O número de entrevistas (31) baseou-se no critério de saturação, entendido como a suspensão de novas entrevistas quando as informações obtidas começam a se repetir (SÁ 1998).

4.3. Coleta de informações

A forma que escolhemos para a coleta de informações, a entrevista semi-estruturada, conforme propõe TRIVIÑOS (1987, p.146), *“parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias ou hipóteses que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante”*. Ainda segundo este autor, os questionamentos básicos, de onde se parte, têm origem nas definições teóricas em que se fundamenta o investigador e em informações que ele já tenha recolhido sobre o tema do estudo.

A flexibilidade da entrevista semi-estruturada permite que ambos, pesquisador e entrevistado, fiquem livres para introduzir pensamentos ou observações que sejam relevantes, ampliando a perspectiva do tema além dos pontos inicialmente delimitados pelo autor, conforme idéias novas ou possíveis relações entre idéias surjam no momento da entrevista (SKODOL 1987).

As informações foram coletadas através de entrevistas realizadas pela própria autora da pesquisa.

As participantes foram contatadas por telefone ou visita domiciliar, esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa e convidadas a participar. Havendo o consentimento, as entrevistas foram realizadas no domicílio das entrevistadas, sempre que possível. Apenas em dois casos as mulheres foram entrevistadas em seu local de trabalho, atendendo à sua solicitação.

No início de cada entrevista foi lido, discutido e assinado, o documento de consentimento livre e informado (**Anexo 1**), em duas vias, onde constavam os objetivos do estudo, a garantia de sigilo das informações que assegura a privacidade das informantes, a solicitação de permissão para gravação da entrevista e a total liberdade para interromper a entrevista e se retirarem do estudo caso assim o desejassem. Uma das vias permaneceu com a entrevistada.

As fitas gravadas foram transcritas pela própria pesquisadora, logo após a realização da entrevista, para melhor qualidade das informações, procurando evitar-se assim possíveis perdas de impressões do pesquisador, o que poderia ocorrer com intervalo maior entre a entrevista e a transcrição. Cada transcrição recebeu um número de ordem que não identifica as entrevistadas.

O instrumento utilizado para a condução da entrevista semi-estruturada (**Anexo 2**) é composto por três partes. A primeira é um formulário estruturado contendo questões dirigidas à construção do perfil sócio-demográfico, visando obter informações que pudessem contribuir para a contextualização do grupo entrevistado. Na segunda e terceira partes da entrevista, realizadas com auxílio de gravador, foi utilizado um formulário semi-estruturado (TRIVIÑOS 1987) sobre conhecimento e uso de métodos contraceptivos, e um roteiro temático (MEIHY 1996) permitiu que a entrevistada falasse a respeito de sua história reprodutiva com intervenções da entrevistadora no sentido de introduzir os temas e esclarecer afirmações.

4.4. Procedimentos de análise

A análise das informações obtidas pela transcrição das entrevistas foi feita tendo por base o método da Análise de Conteúdo, conceituada por BARDIN como:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens. (...) A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores, quantitativos ou não” (BARDIN 1995 p.38).

Mais que uma enumeração da frequência com que determinada idéia ocorre em uma série de discursos, a análise de conteúdo pretende que se parta do contexto em que estas mensagens foram geradas, a partir do entendimento que uma mensagem não tem significado próprio por si, se não for contextualizada, se não for entendido quem diz o que, em que circunstâncias. Citando P. Henry e S. Moscovici (1968), BARDIN enfatiza a intencionalidade da Análise de Conteúdo em buscar, além de palavras com significado próprio, também as condições de produção das mensagens que serão objeto de análise:

“Qualquer análise de conteúdo visa, não o estudo da língua ou da linguagem, mas sim a determinação mais ou menos parcial do que chamaremos ‘as condições de produção’ dos textos que são o seu objeto. O que tentamos caracterizar são estas condições de produção e não os próprios textos. O conjunto das condições de produção constitui o campo das determinações dos textos” (BARDIN 1995, p. 40).

A ferramenta usada para este tratamento das informações é a inferência, que são deduções lógicas que ligam determinadas informações obtidas pela pesquisa a conhecimentos já acumulados anteriormente sobre o tema, trabalhando com os antecedentes que a motivaram e as conseqüências que podem advir dela. Em resumo, situa as informações dentro de um processo em curso, como a fotografia que congela, em um determinado momento, um movimento mais amplo.

A análise das transcrições foi realizada segundo técnica de análise categorial, por desmembramento do texto das transcrições em unidades temáticas definidas pelo roteiro da entrevista. Foram observados os passos descritos a seguir:

1. Leitura das transcrições das entrevistas, identificando todas as referências por tema.
2. Recorte das entrevistas por tema, mantendo a identificação de cada trecho através do número da entrevista de que procede, a fim de possibilitar a recuperação de dados de contexto.
3. Leitura do material agrupado por tema, identificando as categorias de respostas surgidas em cada tema.
4. Apresentação das categorias de resposta identificadas, acompanhadas da transcrição de trechos de entrevista mais significativas. Em alguns casos, achamos interessante apresentar a frequência de ocorrência de determinadas categorias mas, partindo do princípio que todas são importantes com base na sua ocorrência, foram apresentadas mesmo as que tivessem frequência baixa..
5. Apresentação da discussão em conjunto com a exposição das categorias, evitando repetições de texto que não ajudariam a fluência da leitura e para facilitar o acompanhamento das interpretações feitas pelo pesquisador.

Na apresentação de trechos extraídos das transcrições das entrevistas (►) utilizamos os sinais: (-) para as falas da entrevistadora e (=) para as falas das mulheres entrevistadas. Ao final de cada trecho transcrito, entre colchetes, colocamos o número da entrevista, permitindo recuperar dados de caracterização sócio-demográfica e de vida reprodutiva de cada informante através de consulta ao Anexo3.

5. QUEM SÃO E COMO VIVEM ESTAS MULHERES:

Reunimos os dados de caracterização sócio-econômica e de vida reprodutiva, de cada uma das mulheres entrevistadas para a elaboração deste estudo, em um único quadro, no Anexo 03. Este procedimento permite ao leitor recompor um “retrato” aproximado de cada sujeito social, reunido artificialmente por este trabalho, mas indivíduos originais em sua combinação própria de características e modo de viver.

No Anexo 04, apresentamos algumas tabelas construídas também a partir destes dados, com a intenção de caracterizar as mulheres entrevistadas como um grupo. Este conjunto de mulheres que reunimos não tinha características de um grupo orgânico, estruturado, com relações entre os membros “baseada em direitos, deveres, obrigações ou laços biológicos” como conceitua Harré (1984), citado por LEME (1993, p.54), tendo em comum apenas o fato de terem sido esterilizadas em um mesmo serviço de Planejamento Familiar.

Melhor se definiria nosso conjunto de mulheres como um “grupo taxionômico”, ou como se posiciona Celso Pereira de Sá, discutindo a mesma questão:

“Pode-se argumentar que tais conjuntos sociais não cumpriram os requisitos genéticos das representações, pois seus membros não se envolveriam de forma sistemática nas conversações cotidianas pelas quais as representações são construídas. A rigor, entretanto, eles conversam sim e a propósito dos mesmos objetos; não todas as pessoas ao mesmo tempo, mas em inúmeros e variados contatos interpessoais e em pequenos grupos, que chegam talvez a cobrir um inteiro conjunto, pelo menos se geograficamente circunscrito” (SÁ 1998, p. 56).

5.1. Caracterização sócio-demográfica

idade

A idade das entrevistadas foi em média, de 37 anos (mediana = 36 anos), caracterizando um grupo de mulheres que ainda estariam em idade fértil, caso não tivessem optado pela esterilização. Encontramos no grupo, aleatoriamente escolhido a partir da lista de mulheres esterilizadas pelo Hospital Universitário, apenas uma mulher com menos de trinta anos, que não foi incluída no estudo por ser caso de indicação médica devido à cardiopatia severa e não uma opção contraceptiva da própria mulher.

O fato do Projeto de Planejamento Familiar ter adotado por muito tempo o critério de evitar a esterilização em mulheres com menos de 30 anos, provavelmente determinou o perfil etário deste grupo. Nas entrevistas realizadas, este critério apareceu espontaneamente em algumas falas, demonstrando que seu conhecimento foi disseminado na clientela, podendo ter causado afastamento de mulheres mais jovens que podem ter procurado outros serviços.

escolaridade

A escolaridade variou num amplo leque de respostas, entre o analfabetismo e o 3º grau incompleto, mas com concentração de 61 % das entrevistadas na categoria 1º grau incompleto. O analfabetismo foi constatado em apenas dois casos e 84 % declararam ter 4 anos ou mais de estudo.

Com 15 anos de idade, metade deste grupo já havia deixado a escola. O motivo para o abandono dos estudos, em 53 % dos casos, foi a necessidade de trabalhar para ajudar no sustento da casa. Outro motivo comum a 21 % das entrevistadas foi a inexistência de escolas que oferecessem mais séries que pudessem

cursar - motivo geralmente citado pelas mulheres que cresceram na zona rural ou em cidades de pequeno porte, onde a escola local oferecia apenas até a 4ª série do primeiro grau, o antigo curso primário. Para que continuassem os estudos precisariam mudar-se para cidade maior, o que não foi possível por motivo financeiro, ou também por motivo ligado ao gênero- meninas ou adolescentes não poderiam morar, ou mesmo viajar, sem a tutela dos pais para cidade maior a fim de continuar os estudos. Foi comum a referência que “naquele tempo os pais não faziam questão que as filhas estudassem muito”, uma vez que sua função principal seria a de cuidar do lar e dos filhos, bastando para isso o estudo até a 4ª série.

moradia

A maioria destas mulheres (64 %) residia em casa própria, geralmente em conjuntos habitacionais, em casas já quitadas ou ainda em pagamento; outros 13% do grupo em casas alugadas, 13% em casas cedidas e 10% em favelas.

Notamos nestas visitas, a dificuldade de caracterizar qualidade de moradia apenas considerando respostas do tipo “própria”, “alugada”, “cedida”, “favela”. Algumas “casas próprias”, resumiam-se a casas muito pequenas, às vezes com apenas uma divisão interna que delimitava o banheiro, muito semelhantes às casas de favela. Em um caso, a ocupação do domicílio era de 6 habitantes por cômodo, criando um ambiente com ausência de privacidade para os moradores. Outra casa, alugada, era de alvenaria, ampla e confortável.

tipo de família

O modelo de família predominante neste grupo foi a nuclear típica (61 % dos casos), constituída por um casal e seus filhos morando num mesmo domicílio.

Nas famílias monoparentais (10 %), observamos a situação de mulheres que moram apenas com seus filhos, sem a presença de um marido ou companheiro, por motivo de separação ou porque nunca chegaram a estabelecer uma união estável. Nas famílias do tipo extensas (29 %), os filhos de relações anteriores ou mães idosas ampliaram o núcleo original.

trabalho e renda

Apenas 36% das mulheres entrevistadas caracterizaram-se como trabalhadoras unicamente “do lar”, não tendo uma profissão ou ocupação exercidas fora de casa, mas 52% afirmam não contribuir no orçamento doméstico. A diferença entre estes números deve-se à ocorrência de 5 casos em que as mulheres declararam estar atualmente desempregadas, mas buscando ocupação remunerada. Observamos que estas mulheres, tendo já trabalhado fora de casa, mesmo estando desempregadas há muito tempo, restritas às suas funções “do lar”, não se declaram como donas de casa, mas como trabalhadoras, momentaneamente fora do mercado de trabalho, sempre com planos de retorno às atividades remuneradas.

É interessante notar que entre as mulheres que trabalham fora de casa, as profissões / ocupações exercidas têm em sua maioria (70%) , relação direta com tarefas tipicamente femininas como domésticas, zeladoras, costureira, evidenciando a comum distribuição de tarefas por gênero no mercado de trabalho. Esta distribuição pode refletir também a falta de empenho dos pais em investir na preparação de filhas mulheres para competir no mercado de trabalho, fato citado em várias entrevistas.

Encontramos três casos em que as mulheres poderiam ser consideradas economicamente independentes. Em dois casos, apesar de terem um marido ou companheiro morando na casa, mais de 50 % do orçamento doméstico era proveniente do trabalho da mulher. O outro caso, uma mulher não unida, com seus quatro filhos e sua mãe idosa, sustentando o domicílio apenas com seu rendimento de trabalho assalariado. Em outros dois casos de mulheres não unidas, não havia independência financeira, mas extrema penúria: uma delas sobrevivia de repasse eventual do pai de seus filhos; no outro caso, a renda familiar se resumia à pensão do filho deficiente mental.

Entre as mulheres que exercem função remunerada (48% do grupo), a porcentagem com que contribuem no orçamento familiar fica quase sempre abaixo da contribuição masculina:

em R\$ (*)	média	mediana	mínimo - máximo
• Renda mulheres	285,00 (47%)	200,00 (40 %)	50,00 - 900,00
• Renda familiar	603,00 (100%)	500,00 (100%)	120,00 - 2.000,00

(*) salário mínimo na época da coleta de dados: R\$ 136,00

Apesar de possuírem renda um pouco menor que a de seus companheiros, a medida em que contribuíam com a composição do orçamento doméstico não é desprezível, em média 47% do orçamento (mediana = 40%). Apesar desta forte contribuição financeira, não pudemos perceber, em nenhuma das entrevistas, a contrapartida masculina de divisão das tarefas domésticas, determinando com isso a existência da “dupla jornada de trabalho” para estas mulheres, com toda a sobrecarga de trabalho que a situação acarreta, com repercussões negativas sobre a qualidade de suas vidas.

Para melhor situar a faixa de renda mensal deste grupo de mulheres, utilizamos o “Critério de Classificação Econômica Brasil”, elaborado e adotado pela ANEP - Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP 1999). Esta classificação, que divide a população brasileira em cinco “classes econômicas”, não tem a pretensão de classificação em “classes sociais”, mas a função de estimativa do poder de compra das famílias urbanas, usando como indicadores a constatação de certos itens de consumo no domicílio, grau de instrução do chefe de família e presença de empregada mensalista. Segundo esta classificação, a população brasileira foi dividida em 07 segmentos de renda e poder de compra (A1; A2; B1; B2; C; D; E), com parâmetros de renda familiar e renda média estabelecidos conforme quadro abaixo:

Quadro 02 - Renda familiar por classes segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil - ANEP

CLASSE	PONTOS	Faixa de Renda (US\$)	Renda Média (US\$)
A1	30-34	5347 ou +	5673
A2	25-29	2833 a 5346	3603
B1	21-24	1705 a 2832	2352
B2	17-20	1025 a 1705	1553
C	11-16	478 a 1024	812
D	6-10	253 a 477	419
E	0-5	até 252	220

(US\$ base = taxa de venda dez/96)

acessível em <<http://www.anep.org.br/m-arquivo.htm>> [19/02/2001]

O grupo de mulheres entrevistadas neste estudo distribuiu-se de forma predominante (88%) entre as classes C e D.

5.2. Vida reprodutiva

menarca e início de atividade sexual

O início do período reprodutivo destas mulheres, marcado pela primeira menstruação, ocorreu em média aos 13 anos. O início da atividade sexual, para 59% do grupo ocorreu ainda no período da adolescência, ou seja, até os 19 anos, e 71 % delas não fazia uso de método contraceptivo por ocasião da primeira relação, indicando possivelmente desinformação para a atividade sexual, conforme alguns relatos evidenciando falta de conhecimentos mínimos, nessa época, sobre a fisiologia da reprodução ou sobre contracepção.

gestações e esterilização

Em média, o intervalo entre a iniciação sexual e a primeira gravidez, foi de aproximadamente dois anos, e 49% das entrevistadas teve seu primeiro filho ainda na adolescência.

O número de filhos por mulher foi em média 3,6 (mediana = 3), ficando acima da taxa de fecundidade total nacional de 2,16 filhos/mulher (IBGE - 1998). Este número pode ter refletido influência das normas do serviço sobre a paridade, uma vez que, em alguns relatos, mulheres entrevistadas afirmaram a ocorrência de uma última gravidez, não planejada anteriormente, para se adequar às normas e conseguir a esterilização gratuitamente. Média semelhante, de 3 filhos por mulher, foi encontrado pelo CEMICAMP (1998) em estudo de base populacional realizado em Campinas, apontando a laqueadura como conseqüência de uma vida reprodutiva iniciada mais cedo, tendo os filhos pretendidos em menor espaço de tempo.

A idade média na esterilização no grupo entrevistado foi de 34 anos (mínimo 27 - máximo 43 e mediana 33 anos), diferente da mediana nacional de 28,9 anos (PNDS-96). As normas internas do serviço, que priorizavam a esterilização para mulheres com mais de 30 anos, com certeza influenciaram este dado. É importante destacar que este limite mínimo de idade, adotado por longo período, antes da aprovação da Lei 9.263, provavelmente ainda influenciava as decisões de priorizar a chamada desta ou daquela paciente, numa conjuntura de escassez de vagas no setor cirúrgico.

Considerando o tempo entre a idade de iniciação sexual e a idade na esterilização, período em que a mulher esteve disponível à concepção e que chamamos neste estudo de “anos disponíveis à reprodução”, podemos observar que este período foi em média de 14 anos, variando entre os extremos de 25 e 03 anos. Este último caso, que chama a atenção pelo curto período, deveu-se a um casamento tardio e as duas gestações planejadas ocorrendo em curto intervalo de tempo.

A esterilização realizou-se, em 61 % dos casos, fora da ocasião de parto, por videolaparoscopia ou minilaparotomia; 19% foram esterilizadas durante cesárea, tendo cesáreas anteriores; 10% em cesárea, sem cesáreas anteriores e 10% pós parto

normal imediato. Em todos os casos, o procedimento foi gratuito, realizado no Hospital Universitário.

relacionamentos

A maioria do grupo apresentou-se, na época da entrevista, como casada ou em união estável (90%), mas 68 % delas afirmaram terem vivido sua vida com apenas um parceiro. Em 32 % dos casos houve, portanto, mais que um parceiro/cônjuge em sua vida sexual e reprodutiva, mas em apenas um caso, a esterilização se realizou antes que iniciasse a nova relação, com a mulher já esterilizada. Neste caso específico, não foi referido arrependimento ou desejo de retorno à fertilidade.

em resumo

O grupo de mulheres escolhido para este estudo não pode ser resumido em termos de um tipo representativo. Ainda que tenham em comum a opção pela esterilização feminina, suas condições objetivas de vida, ou seja, o caminho que as leva até lá, não pode ser considerado o mesmo. Ou como melhor explica Michelat,

“Numa pesquisa qualitativa, só um pequeno número de pessoas é interrogado. São escolhidas em função de critérios que nada têm de probabilistas e não constituem de modo algum uma amostra representativa no sentido estatístico. É sobretudo importante escolher indivíduos os mais diversos possíveis. (...) Tenta-se apreender o sistema, presente de um modo ou de outro em todos os indivíduos da amostra, utilizando as particularidades das experiências sociais dos indivíduos enquanto reveladores da cultura tal como é vivida” (MICHELAT 1987, p.199).

No grupo entrevistado encontram-se mulheres casadas e solteiras, com muitos ou poucos filhos, morando em casas próprias de alvenaria ou em pequenos barracos

de favelas, com longas histórias de tentativas e erros em contracepção ou com uma vida reprodutiva planejada e curta. Cada uma delas é representativa por si, traz sua própria visão da contracepção, em alguns pontos semelhante em texto, mas original em contexto. Em alguns pontos falam em coro, outras vezes em solo. Por isso é necessário que se faça o movimento de ir e vir, revelando às vezes uma visão de grupo, às vezes as especificidades de casos isolados.

6. OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS CONHECIDOS, OS MÉTODOS APENAS EXPERIMENTADOS OU EFETIVAMENTE USADOS POR ESTE GRUPO

6.1. Métodos conhecidos e métodos usados ou experimentados

Todas as mulheres entrevistadas usaram pelo menos dois métodos antes da esterilização. Alguns métodos foram adotados de maneira mais duradoura; outros foram experimentados por certo período mas não aprovados pela mulher, pelo parceiro ou por ambos, e abandonados. Um terceiro grupo de métodos, ainda que conhecidos, foram rejeitados sem sequer chegarem a ser experimentados. De comum em todas estas histórias foi a busca por um método contraceptivo que lhes proporcionasse a combinação ideal de fatores: que fosse eficaz, que não prejudicasse a saúde, que não fosse muito difícil de usar ou muito estranho aos seus costumes, e que o parceiro aceitasse sem resistências. De todos estes fatores, o que parece ter sido mais importante e mais intensamente referido foi o da eficácia.

Na Tabela 03, o número de métodos contraceptivos usados por algum tempo, ou que pelo menos tenham sido experimentados por estas mulheres, aponta que apenas 16% deste grupo (5 mulheres) chegou à esterilização depois do uso de apenas um método (3 mulheres usaram apenas a pílula e 2 apenas o condom). A grande maioria testou mais alternativas, algo em torno de 4 métodos contraceptivos.

Tabela 03 - Número de métodos contraceptivos usados / experimentados durante período reprodutivo

n° MCs usados	n	%
2	05	16,1
3	09	29,0
4	07	22,6
5	07	22,6
6	02	6,5
7	01	3,2
Total	31	100

Média = 3,8 métodos / Mediana = 4 métodos

Estas mulheres, atendidas pelo mesmo serviço, tiveram a mesma oportunidade de participar de ação educativa em grupo e entrevistas individuais. Muitas referiam já ter recebido informações antes deste atendimento, através de palestras nas unidades básicas de saúde, leitura a respeito do assunto, cursos, informações via mídia (rádio e televisão). Os métodos que foram declarados como conhecidos e os métodos que foram efetivamente usados, ou pelo menos experimentados, estão expostos na Tabela 04 :

Tabela 04 - Métodos contraceptivos¹ conhecidos e/ou usados pelas entrevistadas antes da esterilização

Método contraceptivo	conheciam o método		usaram o método	
	n	% do total de entrevistadas	n	% do total de entrevistadas
pílula	31	100	29	94
condom	31	100	21	68
coito interrompido	31	100	17	55
injetável	27	87	09	29
D.I.U.	31	100	06	19
tabela	27	87	05	16
Billings	15	48	0	0
diafragma	29	94	0	0
vasectomia	31	100	0	0

Com exceção do método de Billings, declarado como não conhecido por mais de metade do grupo, a maioria dos métodos foi declarado como conhecido. O “conhecimento” aqui expresso deve ser entendido como uma representação destes métodos, resultante do confronto entre informações científicas, informações do meio social e suas próprias vivências anteriores com o método.

Comentando os resultados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada pela Benfam em 1996, WONG e col. (1998) destacam que os métodos contraceptivos não são todos conhecidos pela população, o que seria um pré-requisito para o processo de escolha. Apesar de 100% das entrevistadas no presente estudo terem declarado conhecer alguns métodos, em nível de Brasil muitos métodos são desconhecidos para grande porcentagem da população.

Mesmo tendo participado das ações educativas onde todos os métodos preconizados pelo Ministério da Saúde são expostos e discutidos, algumas mulheres do grupo entrevistado continuaram referindo não conhecer alguns deles, o que

¹ Não foi incluído em nosso estudo o preservativo feminino por ainda não fazer parte das atividades educativas à época em que as mulheres entrevistadas foram atendidas pelo serviço.

poderia levar a questionamentos a respeito da eficácia destas ações educativas. Poderia-se conjecturar sobre possíveis falhas como uma maior ênfase dos profissionais de saúde na discussão dos métodos mais usados e conhecidos ou “mais populares”, ou desinteresse das mulheres na discussão de métodos “menos populares” por rejeição prévia. De qualquer modo, o fato de algumas ainda referirem desconhecimento de alguns métodos, mesmo com as atividades educativas realizadas, pressupõe a necessidade de algum tipo de avaliação da metodologia utilizada nestas ações educativas. O conhecimento de todas as alternativas disponíveis de contracepção é a base para uma opção informada.

A maioria dos métodos discutidos e oferecidos não era uma novidade para estas mulheres. Alguns já tinham sido experimentados ou o seu uso observado em outras pessoas de suas relações.

6.2. Motivos para abandono de uso ou rejeição de métodos contraceptivos

O uso alternado de métodos contraceptivos diversos ao longo dos anos disponíveis à reprodução, ou a descontinuidade no seu uso, parece ser um cenário comum na tarefa de regulação da fecundidade. Estudo baseado em dados de DHS (Demographic and Health Survey), realizados em 6 países em desenvolvimento², sobre a descontinuidade no uso de métodos contraceptivos, aponta que um terço dos casais abandonou o uso do método após um ano, e metade até dois anos após o início do uso. O estudo aponta como principais causas de descontinuidade, além do desejo por mais filhos, falhas dos métodos e problemas de saúde - principalmente efeitos colaterais, tendo sido pouco freqüentes as referências à falta de acesso ou de disponibilidade dos métodos. Diferenciando as causas de descontinuidade por tipo de método, surgiram como mais comuns: os efeitos colaterais para os contraceptivos hormonais (pílula ou injetáveis) e DIU; falha do método para coito interrompido e abstinência periódica. Um grande número de causas, em todos os métodos, foram

² Marrocos, Tunísia, Egito. Equador, Indonésia e Tailândia

agrupadas em uma única categoria, de sentido vago, denominada “outros motivos”, demonstrando a necessidade de mais estudos em que estes motivos pudessem ser conhecidos (ALI e CLELAND 1995).

Em nosso estudo, foram descritas variadas motivações para interrupção de uso de métodos ou para a sua rejeição sumária, antes mesmo de experimentação. Numa primeira visão geral destes motivos de rejeição, que discutiremos com mais detalhes adiante, agrupamos os resultados de acordo com qual característica(s) do método tenha sido questionada (Quadro 3), usando como definições para estas características, as adotadas pelo Ministério da Saúde (MS 1992):

- **EFICÁCIA** = todos os métodos contraceptivos apresentam uma eficácia teórica - determinada por estudos realizados em condições ideais, com grupos pequenos - e uma eficácia prática, ou de uso - que é a observada quando o método é utilizado em condições normais de vida onde, obviamente pode sofrer influência de fatores como custo, facilidade de uso, motivação, religião e nível sociocultural, entre outros;
- **INOCUIDADE** = significa a ausência de efeitos secundários adversos, um aspecto ideal ainda não conseguido nos contraceptivos modernos;
- **ACEITABILIDADE** = a aceitação do método, o grau de confiança que nele se tem e a motivação para o seu uso são fatores importantes para o sucesso do método escolhido. Por outro lado, a inadaptação psicológica e cultural a determinado método pode ser a maior causa de seu fracasso ou de mudança para outro método;
- **DISPONIBILIDADE** = considerando-se que grande parte da população não tem condições de pagar nem mesmo uma módica quantia por um contraceptivo, o ideal seria oferecer todos os métodos gratuitamente ou a preços acessíveis ao baixo poder aquisitivo da população, para que haja plena liberdade de escolha.

- **FACILIDADE DE USO** = de nada adianta a indicação de um método que tenha todas as qualidades anteriormente descritas, se a sua utilização for difícil e ou complicada.

Quadro 03 - Distribuição de freqüências dos motivos alegados pelas entrevistadas para “não usar” ou para “abandonar o uso” segundo que características dos métodos foram questionadas:

QUESTIO NAM →	inocui- dade	eficácia	facilidade de uso	aceitabi- lidade	disponi- bilidade	sem opinião	contra- indicado	não conhece o método
NO MÉTODO ↓								
pílula	<u>25</u>	<u>8</u>	3	0	1	0	2	0
condom	5	<u>9</u>	1	<u>22</u>	0	1	0	0
coito interr.	0	<u>14</u>	0	<u>15</u>	0	4	0	0
injetável	<u>10</u>	<u>9</u>	<u>8</u>	0	4	4	0	4
DIU	<u>16</u>	<u>13</u>	5	5	2	5	0	0
tabela	0	<u>23</u>	<u>11</u>	0	0	0	0	4
Billings	0	3	1	1	0	<u>11</u>	0	<u>16</u>
diafrag- ma	3	3	<u>9</u>	<u>11</u>	0	<u>13</u>	0	2
vasecto- mia (*)	<u>22</u>	0	0	4	1	0	1	0

(*) em três casos não se aplica a questão: entr. 26 nunca viveu com um parceiro; entr. 10 e 12 já tinham cesáreas anteriores e preferiram fazer a laqueadura, mas os maridos não tinham restrições.

A partir deste quadro inicial, construído através da categorização de opiniões e relatos de vivência das entrevistadas, iniciaremos a apresentação e discussão destas informações, método por método.

As vivências em contracepção das mulheres entrevistadas será enfocada, neste estudo, pela ótica da rejeição. O recorte escolhido para estes relatos é a

identificação dos motivos alegados para rejeitar o uso de outros métodos contraceptivos em favor de uma opção pela esterilização feminina, usando como fio condutor as características destes métodos, estratégia já utilizada na análise dos motivos de rejeição aos métodos contraceptivos:

- inocuidade
- eficácia
- facilidade de uso
- aceitabilidade
- disponibilidade

6.3. Pílula

inocuidade

A motivação principal para o abandono do uso da pílula ou de recusa ao seu uso, em 26 das 31 entrevistas, esteve ligado à problemas quanto à sua inocuidade. No Quadro 03, as referências aos efeitos colaterais vividos por estas usuárias, não são diferentes dos citados na bibliografia como de ocorrência possível, mas que deveriam exigir avaliação quanto à tolerância do método, caso se apresentassem com muita gravidade, a ponto de comprometer a sua continuidade (MS 1992, HATCHER e col.1999).

**Quadro 03 - N° de referências a efeitos colaterais da pílula
segundo interpretação das 31 mulheres entrevistadas.**

efeitos colaterais	n° de entrevistas que fazem referências
náuseas, vômitos	12
dor de cabeça, enxaqueca	12
dor de estômago, azia	11
mal-estar	5
tonturas	3
irritação, nervosismo	3
alteração hormonal	3
aumento de peso	3
pressão alta	3
varizes	2
dor nas pernas	1
pílula “estraga a saúde”	1
pílula “intoxica”	1
diminuição da libido	1

Alguns dos sintomas referidos podem ser de difícil avaliação quanto à sua relação exclusiva com o uso da pílula. Como exemplos, “irritação e nervosismo”, “dor nas pernas”, “dor de cabeça”, “aumento de peso” poderiam ter inúmeras causas ligadas a outros aspectos da vida destas mulheres, que não o uso da pílula. Hábitos alimentares incorretos, trabalho físico extenuante, preocupações intensas com a sobrevivência, relações conflituosas com maridos/companheiros, são achados comuns nestes relatos de vida, os quais poderiam contribuir para a ocorrência destes sintomas.

Entre os extremos de minimizar as queixas de efeitos que podem ser realmente causados pelos hormônios que compõe as pílulas ou atribuir a elas todo e qualquer mal-estar ocorrido no período de adoção do método, deveria prevalecer a segunda alternativa, ou seja, uma postura científica de atribuir à pílula, por seus

efeitos colaterais já suficientemente documentados em literatura, qualquer alteração do estado de saúde da usuária que puder ser atribuído ao método. A postura de pesar os riscos e benefícios da manutenção do uso da pílula frente aos possíveis riscos de uma gravidez deve ser de decisão exclusiva da usuária. Informá-la destes riscos e benefícios e respeitar suas decisões é parte do processo de empoderamento das usuárias destes serviços de saúde.

Para estas mulheres, a ocorrência destes sintomas em concomitância com o uso da pílula anticoncepcional, fundamentou a representação da pílula como um método que “estraga a saúde” ou “intoxica”, como afirmaram textualmente duas entrevistadas. Os efeitos colaterais não foram avaliados por estas mulheres de acordo com os manuais científicos, mas a partir do ponto de vista da qualidade de suas vidas. Alguns trechos das entrevistas, podem deixar mais clara a repercussão negativa da pílula no bem-estar, motivo considerado suficiente por elas para a rejeição de uso ou abandono do método.

► = *Eu não continuava porque eu não me sentia bem mesmo... [1]*

► = *A pílula me dava muita cólica, muita dor na boca do meu estômago... [2]*

► = *É como eu te falei: eu tinha que tomar um anticoncepcional à noite e um comprimido prá dor de cabeça de manhã cedo... todo dia eu tinha enxaqueca por causa do anticoncepcional... eu tinha muito escurecimento nas vistas... eu via embaçado assim... fazia muito mal, eu ficava muito enjoada.... direto, sem parar. Qualquer cheiro me dava dor de cabeça e o meu estômago ficava enjoado direto.. eu ficava comendo direto prá tampar o enjoamento do estômago... chupar limão, alguma coisa azeda prá tirar o enjoô... direto... [4]*

► = *Só tomei dois anos, e sempre trocando de marca, porque dava dor de cabeça, vômito e deu varizes nas duas pernas. [8]*

► = *Eu estava usando anticoncepcional... ele não me deu problema nenhum de enjoô, tontura, mas o que ele me dava era aumento de peso - eu engordei vinte quilos, e a pressão arterial começou a subir muito. Ai o médico falou que era prá mim parar de tomar o anticoncepcional senão eu ia acabar morrendo e ia deixar os dois filhos que eu tinha. [9]*

► = *Deus me livre !... A pílula quase me matou !... Viche ! Eu tinha uma dor de cabeça... não tinha vontade de fazer nada... um mal-estar, uma dor de estômago... quase morri, eu tive que parar. Viche !... se eu não parasse, morria... Usei uns seis meses, mais eu não tinha condições. Viche !... Eu passava mal mesmo, pior que gravidez.... [12]*

► = *Porque a pílula, a gente toma prá evitar, mas às vezes acaba dando problema, né ? Dá enjoô, estômago ruim, dor de cabeça, muita irritação... [13]*

► = *Muito mal. Horrível ! Dava azia, dava dor de estômago, dor nas pernas, nervoso, dava tudo !... Tudo que eu tinha direito... [14]*

► = *Usei o comprimido, mas dava muito estado de nervo aí eu parei. Usei uns dois anos. Me deu muito estado de nervo, mas se eu parava, eu engravidava. [15]*

► = *Ah, me dava muitos problemas. Me dava mal-estar, dava vontade de vomitar... ih... ficava o dia inteiro passando mal... [16]*

► = *... quando eu tava tomando a pílula, eu não tinha nem prazer mais. Não dava nem prazer... eu não tinha mais gosto prá nada... Eu me sentia mal, não tinha prazer prá nada... Cada um virava pro seu lado.. [16]*

► = *Eu tinha dor de cabeça, dor no estômago, tinha muita tontura... eu não gostava de tomar... [17]*

► = *Sempre me dei bem, de início, aí no final eu tinha dor de cabeça e varizes, que eu tenho muita... a perna toda azul... tudo estourado... [18]*

► = *Ah, eu não gostava, não, porque eu passava muito mal, dava enjoô, ficava vomitando, dava tontura... Tomei dois anos. Tinha enjoô e dor de cabeça todos os dias... mas tomava, né ? Depois eu fui no médico porque eu fiquei três meses sem menstruar, já fui achando que tinha engravidado tomando pílula, né ? Aí tive que tomar hormônio prá menstruar, porque a pílula tinha cortado a menstruação... Aí entrei na injeção... [20]*

► = *... tava fazendo mal, eu não engolia mais, dava enjoô, aí eu parei... [25]*

► = *Eu fiquei uns cinco anos usando, até a chegada do outro filho, mas eu me sentia muito mal... Me dava muito enjôo. Era cair no estômago, parecia um veneno... [27]*

► = *Eu comecei a pílula... Eu usei quatro anos e aí parei porque eu não estava me dando bem, começou a me prejudicar. Aí o ginecologista falou prá mim parar. Me dava ânsia, estômago pesado, inchava a barriga. [28]*

► = *Usei um ano, mais ou menos... e passando mal. Não podia nem ver comida na minha frente. Parecia que eu tava grávida !... [30]*

► = *Ah, com a pílula eu nunca sentia nada, não... Só esse tempo que... mas também eu tomei um tempão direto, né ? Eu tomava certo, direto, então foi acabando a menstruação... Aí, a gente conversa de vizinha... já viu, né ? Disse que ia subir prá cabeça... e aí eu fiquei com medo, né ? Foi quando eu procurei o médico. Ele falou que o meu útero tava seco, que eu não ia ter filho, que não sei o que... aí eu engravidei... Eu fiquei uns três anos sem vir a menstruação... Aí eu fui no médico e o médico disse que o meu útero tinha secado... que eu não ia ter mais filho, que não sei o que... por causa dos comprimidos. Aí eu parei. Dali uns dois meses que eu parei, eu engravidei... [31]*

Nestes relatos, que propositalmente transcrevemos de forma tão extensa, podemos perceber o cotidiano sofrível destas ex-usuárias da pílula anticoncepcional. Para elas, os efeitos colaterais considerados “comuns”, não foram de menor importância, já que afetavam diretamente o seu bem-estar. O uso de tamanha ênfase nas descrições dos efeitos colaterais causados pela pílula, provavelmente deva ser o tom usado nas conversas entre as mulheres. Deste fato pode decorrer o reforço da representação da pílula como um método com sérios problemas em relação à sua inocuidade, generalizando o conceito mesmo entre mulheres que não chegaram a experimentá-la.

► = *Eu acho que aquilo lá... Deus me livre !... se eu tiver que tomar aquilo lá, eu não tomaria, não!... Eu tenho a impressão que estraga a saúde da gente, né ? Eu acho que estraga a saúde... [26 - usuária apenas do condom antes da esterilização]*

A indicação médica para iniciar o uso da pílula deveria ser uma regra. Apresentadas sob uma mesma designação genérica de “pílula anticoncepcional”

estão uma série de formulações contendo diferentes tipos de hormônios sintéticos em dosagens também diferentes. A escolha aleatória de uma destas formulações, sem acompanhamento médico, poderia ser um dos fatores determinantes de uma má adaptação ao método, decorrente da falta de controle desses efeitos colaterais. Apesar de se constituir em um medicamento que demanda razoáveis cuidados em sua indicação e controle de uso, o fato de ser vendido por qualquer farmácia, mesmo sem receita médica, permite que uma mulher inicie o uso apenas com indicação de alguma pessoa de suas relações ou de sua confiança. Esta “prescrição leiga” aparece com frequência na adoção da pílula. Entre as entrevistadas usuárias da pílula, apenas 48% fazem alguma referência a algum tipo de assistência médica durante o seu uso.

► - quem te indicou a pílula ?

= *Amigas... comprava na farmácia. Também tomei injeção uns tempos... (...) Na época eu nem fui em médico. Falaram o nome prá mim e eu comprei - foi a Neovlar. Era a mais forte na época. Me falaram que era a mais forte. Ai eu usei um ano...[11]*

► = *Todo mundo falava prá mim evitar com a pílula... (...) bem no começo, eu pegava no posto, depois comprava na farmácia...*

- chegou a passar pelo médico no posto ?

= *Não. [13]*

► - não teve então orientação do médico...

= *Não ! Nem da minha mãe. Ela nunca conversou esses assuntos. Tanto que foi a minha sogra que comprou, porque nem o meu marido sabia o nome prá comprar, nem nada... [17]*

► - Você chegou na pílula no curso de noivos. E depois, você passava por consulta, pegava no posto, ou comprava ?

= *Comprava. Por que eu não sentia nada, e falavam que se a gente não sentia nada, não precisava mudar. Quando eu tinha os filhos, aí eu começava com uma mais fraca, depois eu voltava na normal. Eu sempre tomei Microvlar e Micronor. [22]*

► = *Eu passei a usar assim, sem receita médica, que a minha irmã falou... eu passei a usar Microvlar. [27]*

A assistência preconizada em normas e rotinas do Ministério da Saúde prevê, para o início do uso da pílula, que se faça durante a primeira consulta, uma análise de contra-indicações ao uso do método, de interação possível com outros medicamentos utilizados pela mulher, assim como orientação sobre os possíveis efeitos colaterais de maior gravidade, como trombose, hipertensão arterial ou hepatopatias.

Outros efeitos colaterais, mesmo sendo considerados de menor gravidade pela literatura, como irritabilidade, náuseas, vômitos, mal-estar gástrico, dor de cabeça, tonturas, dor nas mamas, sangramento intermenstrual, manchas na pele e outros (MS 1992), também devem ser informados à futura usuária, por serem motivo frequente para abandono do método - como podemos observar nas transcrições apresentadas. A decisão de tolerar ou não estes efeitos deveria ser sempre da usuária.

No manejo da pílula, um primeiro retorno deveria ser feito após o primeiro mês de uso e depois, de três em três meses, sempre avaliando possíveis repercussões do medicamento no organismo da mulher usuária. (MS 1992). Entretanto, este ideal preconizado pode ser entendido por algumas mulheres como simples procedimento burocrático, a ser evitado para não se “perder tempo”.

► = *Eu sei que as pílulas é no posto, mas precisa passar em consulta, se não, não fornece... E toda vez tem que passar pelo médico prá pegar receita. E eu acho que nem todo mundo tem tempo prá isso, né ? Você vai no posto e fica esperando duas horas prá ser atendida... e todo mês ?... Eu acho que não precisaria passar pelo médico todos os meses prá pegar, né ? Eu nunca peguei no posto. Já prá não ter que passar por consulta todo mês, enfrentar fila, ter que ficar esperando... Passar na farmácia e comprar era bem mais prático, né ?... [19]*

Ainda que esta possibilidade tenha sido levantada por uma mulher que não trabalhava fora de casa, a necessidade de retornos consecutivos, que demandam espera em filas e geralmente comprometem pelo menos meio período do dia, pode ser realmente visto como obstáculo por mulheres que trabalham fora. Para elas, pode ser considerado “mais prático” conseguir a pílula através de compra em farmácia, evitando assim a perda de um dia de trabalho e, com isso, o uso é feito sem critérios e sem acompanhamento de um serviço de saúde. É importante ressaltar que a ocorrência de efeitos colaterais, sejam eles de menor ou maior gravidade, pode tomar contornos mais sérios em locais onde a assistência à saúde é quase sempre sinônimo

de filas, esperas, falta de vagas e atendimento apressado, do que em realidades mais favoráveis. Ou como defende GERMAIN (1998), em locais onde a infra-estrutura de assistência à saúde é insuficiente, seria recomendável o uso de métodos que tivessem poucos ou nenhum efeito colateral, mas infelizmente, como ressalta a própria autora, estes métodos inócuos à saúde são também os que têm taxas de falhas mais altas, expondo as usuárias ao risco de gestações indesejadas ou abortos inseguros.

Uma questão importante a considerar: por que algumas mulheres insistiam no uso de um método que lhes trazia tanto desconforto e até riscos para a saúde durante anos? Muito provavelmente, devido à falta de conhecimento correto sobre as opções existentes ou à desconfiança quanto à eficácia dos outros métodos. Observamos a descrição de situações de desconforto contínuo, porém seguidos de uma avaliação da pílula anticoncepcional como um “bom método”. Muitas entrevistadas interrompiam o uso da pílula para tentar outras possibilidades, mas acabavam voltando a usá-la.

► = *Ah, eu acho bom, né? É ótimo! Prá quem toma certinho, eu acho bom... É uma maneira boa da gente evitar filho, né? Porque, eu mesma... é porque eu não me sentia bem... Eu não continuava porque eu não me sentia bem mesmo... eu até conversei com o médico do posto. Mas eu acho ótimo! [1]*

► = *Insisti, até ela [filha] inteirar 4 anos... porque eu não queria um em cima do outro! Tava muito difícil...*

- e você não conhecia outros jeitos de evitar?

= *Ah, mas eu tinha medo! Viche! Eu tinha medo de estourar... [15]*

► = *Aí, eu voltei a tomar o comprimido mesmo...*

- ... mesmo doendo o estômago?...

= *Ah, aí a gente vai no médico e ele dá remédio... [2]*

Uma possível lógica fundamentando este tipo de comportamento, conforme foi expressa nesta última transcrição [entr.2], é a de que seria considerado menos problemático conviver com os efeitos colaterais da pílula do que com a ocorrência de uma gravidez indesejada, pois para os efeitos colaterais existiria tratamento médico possível enquanto que para uma gravidez indesejada, não. E além disso, existe

uma percepção, um tanto quanto fatalista, de que todos os métodos obrigatoriamente causariam algum problema. A escolha seria então sobre aquele que, pelo menos, tivesse uma eficácia mais aceitável.

► = *O que todo mundo diz, e que eu acho também, é que pílula faz mal pro organismo da gente, mas tudo quanto é método faz mal, né ?... de uma maneira ou de outra... [9]*

Observamos que a pílula anticoncepcional, a princípio procurada por sua alta eficácia, acaba potencializando o risco de gravidez pela descontinuidade em seu uso, devido aos seus efeitos colaterais.

eficácia

A pílula apresenta taxa de falha muito baixa quando se considera seu uso correto e consistente - 0,1 gestações em 100 mulheres que usem o método por um ano (Índice de Pearl). Considerando-se porém o uso em condições reais, a possibilidade de falha do método pode atingir de 6 a 8 gestações / 100 mulheres - ano (HATCHER et al. 1999).

Mesmo sendo considerado um dos métodos anticoncepcionais reversíveis de maior eficácia, o segundo atributo da pílula que mais foi questionado por estas mulheres, como motivo de não continuidade de uso, foi justamente o da eficácia.

► = *Muito... complexo... A pílula é muita controvérsia, né ? Esse problema todo aí da fábrica, né ?... que a pílula não era de verdade... que as mulheres engravidaram... Eu acho que é o pior de todos... porque a mulher engorda, passa mal, mexe com os hormônios dela... e não funciona ! ... as mulheres não engravidaram aí?...*

- ... as “pílulas de farinha” ?

= *É. Todas as mulheres têm medo de usar isso daí...*

- ... mas antes desse episódio, as mulheres tinham medo que não funcionasse ?...

= *Não!... Todo mundo confiava... todo mundo confiava...*

- ... e isso quebrou a confiança ?

= *Quebrou... Quebrou bastante... Porque eu converso com muitas pessoas, né ? Faço parte lá da igreja... isso quebrou bastante a opinião das mulheres a respeito da pílula.... Elas*

tomam, mas tomam com medo. Tomam com medo, fazem tabelinha, fazem tudo !... o que elas puderem, elas fazem, prá evitar filhos ...

- ...junto com a pilula ?...

= É, junto... [7]

► = Depois do segundo filho eu comecei a tomar novamente, só que mesmo tomando, eu fiquei... Por isso que saiu um tão perto do outro. Eu nem me lembro qual a marca do comprimido que eu tomava. Eu tomava sempre nos mesmos horários, tudo certinho... Quando eu percebi, já tava de três meses.... Eu não esquecia, não! Eu tomava mesmo porque ficava preocupada que eu tinha o menino pequenininho, então eu não esquecia de jeito nenhum!... Tomava sempre no mesmo horário e ... fiquei... Até a minha menstruação tava vindo... Eu já tava de três meses e a menstruação ainda tava vindo... Quando eu percebi, eu já tava de três meses... Quando eu fui no médico e ele falou que eu tava grávida, eu falei: “Mas como, se eu estou tomando o comprimido ?” Ele falou: “Ah, vai ver que você esqueceu.” Mas eu não esquecia, eu tomava direitinho... Eu não voltei prá pilula porque aí eu não confiava mais, né ? Ah, e o medo de ficar, né ?... [19]

► = Engravidei tomando! Viche! Eu cuidava o máximo. Eu não achava que eu tava grávida. Parou um, dois meses. Aí eu falei: não é normal... Eu pensei que era alguma infecção que eu já era de idade, já tava com 35 anos, né ? Eu não sabia que a mulher pode ter filho até 42 anos... Aí fui fazer teste e tava mesmo. Então por isso que eu optei pela laqueadura... porque o comprimido prá mim não era seguro... [24]

► = ... eu fiquei grávida dele tomando remédio... quando eu descobri que tava grávida, eu parei. Eu tava tomando o Microvlar e o médico falou que sempre tem uns que não funcionam... Eu tomava todo dia certinho! Todo dia, nove horas, sempre tomava. Mesmo assim eu engravidei do menino.... Ah, tem uma colega que tava usando o comprimido e ficou grávida também... O mesmo comprimido que eu tomava e ela ficou grávida também... aí eu falei prá ela: “Ah, a única solução é cortar fora também”. Aí ela foi no HC, fez ficha lá e operou. [30]

As referências persistentes aos efeitos colaterais da pílula anticoncepcional, podem ter comprometido a eficácia do método. Interrupções foram feitas na tentativa de “descansar” o organismo, nem sempre com substituição eficiente por outro método. É importante lembrar que o “descanso da pílula”, apesar de não possuir respaldo científico para sua indicação, foi um conceito divulgado por muitos

médicos e absorvido pelas mulheres como um conduta necessária. Em outros casos, o conflito constante entre o não querer interromper o uso da pílula por medo de engravidar e, ao mesmo tempo, não poder mais tolerar seus efeitos colaterais, levou a um tipo de estratégia para lidar com a situação: “esquecer de tomar”.

► = *Eu sempre me dei mal com o anticoncepcional. Me dava muita dor de cabeça, enjoô... Ai eu tomava errado... não ligava de tomar, né ? ... [4]*

► = *Ai fiquei trocando de comprimido. Só trocando. Eu mesma trocava sozinha... Mas fazia mal. E eu esquecia... Esquecia e também não fazia conta de tomar, porque era cair no estômago e fazer mal... Ai foi onde quando eu vi que tava grávida... Eu não vou dizer que a pilula falhou, porque não foi isso de jeito nenhum. Foi falha minha mesmo, porque eu fazia questão de esquecer, porque eu não queria passar mal...[27]*

Mas com ou sem motivações relacionadas aos efeitos colaterais, o esquecimento é um fator que compromete a eficácia da pílula, uma vez que as dosagens cada vez menores de hormônios das formulações modernas, exigem regularidade diária na tomada para que o hormônio se mantenha em níveis compatíveis com a eficácia contraceptiva. Foram comuns as referências que encontramos ao esquecimento.

► = *Não, eu parei de tomar... Não, não... eu engravidei tomando pilula...*

- ... foi falha do método ou você largou de tomar prá engravidar ?

= *Não, eu não larguei de usar. Eu tava tomando... acho que foi esquecimento... [6]*

► = *Às vezes, a gente esquece. A gente fica assim: “Ai, será que eu tomei ?” Você não sabe se você tomou ou não tomou ? Ai eu tinha que vir correndo olhar na cartelinha.... Então com a laqueadura a gente fica mais sossegada, né ?... [10]*

► = *Porque o comprimido, as mulheres põe a culpa que ficou grávida com o comprimido, mas eu não acredito nisso não. É prá não dizer que esquece mesmo... [27]*

► = *Eu voltei prá pilula, mas nessa volta, deve ter falhado alguma coisa... Mas eu tava dando de mamar também, né ? Então eu não tomava a pilula todo dia. E quando eu penso que não, já tava grávida... [31]*

► = *Também tem aquela história: às vezes as mulheres falam que estavam tomando pilula e ficaram grávidas, mas eu acho que não... Eu acho que é descuido, é falha... Eu nunca falhei... [13]*

facilidade de uso

Uma característica da pílula anticoncepcional, apontada freqüentemente como positiva, é a sua facilidade de uso: um comprimido, ingerido todos os dias à mesma hora, sem necessidade de outras providências.

► = *Eu acho a pilula mais fácil porque a pilula você já tem aquele compromisso. Naquela hora você toma... Eu nunca tive problema de esquecer pilula... à noite, tomava...[22]*

Mas justamente esta característica de aparente facilidade, foi considerada por algumas como outro ponto desfavorável ao método, provavelmente por se constituir em mais uma tarefa a ser cumprida pela mulher na sua rotina diária, provavelmente já sobrecarregada de afazeres, assim como também pela possibilidade do risco implícito de “falha humana”, conforme retratado nos relatos anteriores sobre o esquecimento.

► = *Ah, o melhor prá mim, foi a esterilização ! Porque não fica aquela preocupação assim, de esquecer o comprimido... porque tirou fora já, não precisa ficar tomando aquilo direto... [9]*

disponibilidade

A questão do custo do método como fator determinante do abandono foi citado por apenas uma das entrevistadas, ao contrário do que se poderia imaginar,

devido ao baixo poder aquisitivo das mulheres deste grupo e também pela irregularidade no fornecimento da pílula pelos serviços de saúde.

► = ... *tinha mês que comprava comprimido, tinha mês que não dava... se eu tirasse dinheiro prá comprar comprimido faltava prá outra coisa... [18]*

Mas mesmo neste caso específico, o custo do método esteve associado à falta de tempo para ir ao postinho do bairro onde, segundo a entrevistada, poderia ter obtido a pílula gratuitamente. A necessidade de comparecimento à palestra e consulta médica posterior foi considerado por ela como uma dificuldade de acesso. Tendo já vivido em uma situação financeira melhor, atendida por médico de sua escolha através de seguro de saúde, expressou muita resistência ao atendimento de “postinho de saúde”, onde não existiria a possibilidade de escolha do profissional e a criação de vínculo de confiança. A burocracia do serviço e a falta de discernimento sobre a urgência de atendimento de uma mulher sem proteção contraceptiva pode ser encarado como emblemático na discussão do acesso aos métodos.

o manejo do método pelos profissionais de saúde segundo as mulheres entrevistadas

Cada método contraceptivo exige do serviço de saúde uma rotina de atendimento específica. No caso da pílula, a rotina proposta pelo Ministério da Saúde preconiza que, no caso de interrupção de uso, outro método contraceptivo deve ser garantido para evitar uma gravidez indesejada.

Porém, o atendimento recebido por algumas mulheres parece evidenciar algum grau de despreparo técnico de profissionais para o manejo da pílula, que determinaram a sua suspensão, sem a substituição por um método alternativo devidamente discutida e, principalmente viabilizada. Também pode ser inferido um certo desprezo pelo risco de uma gestação não planejada, denotando pouca sensibilidade com um evento de tamanha repercussão na vida de uma mulher.

► = *Eu parei porque o comprimido tava fazendo mal, dava muita dor no estômago e aí o médico do posto falou: “Você para uns tempos de tomar o comprimido, que na sua idade é”*

difícil engravidar, né ?... Você fica uns 15 ou 20 dias sem tomar comprimido, porque se eu te aplicar a injeção seria como usar uma cartela de comprimido de uma vez só”... ele falou prá mim... que a injeção ia dar problema do mesmo jeito... Tava me empanzinando, tava me fazendo mal e me dava um problema no estômago que Deus me livre !... “Você fica uns vinte dias sem tomar o comprimido, aí você volta aqui e aí eu vejo o que eu posso fazer por você... Eu falei: “Tá bom.” Aí, nesses quinze dias eu engravidei. [6]

► = *Tava me dando muita dor de cabeça, aí o médico falou assim: “Olha, tá fazendo mal o remédio prá você. Você é que sabe. Se você quiser continuar tomando...” Aí eu cheguei pro meu marido e falei que eu ia parar de tomar o comprimido. Eu parei. Dali a uns dois meses eu engravidei. [12]*

► = *Aí, quando eu sentia que não tava ficando bem, eu entrava em contato com o ginecologista e ele me mandava parar. Aí eu parava e então eu ficava grávida...
- mas o médico falava: “Pára de tomar a pílula” e punha o que no lugar ?
= É, não dava nenhuma opção, né ? ... Ele mandava parar seis meses ou um ano e depois continuar... E ele falava: “Evita.”, mas não falava como... [28]*

em resumo

Como o método mais conhecido e comentado entre as mulheres, seu uso por longos períodos ou pelo menos em alguma fase da vida reprodutiva, foi realidade para 93,5% das entrevistadas.

As informações recebidas através de seu meio social e vivências próprias com o método apareceram como fator mais forte na formação da representação da pílula do que as orientações dos serviços de saúde. Geralmente referiam-se a efeitos colaterais ou falhas, contribuindo para a formação de uma representação negativa do método.

CORRÊA e PETCHESKY (1996) consideram desrespeito ao princípio do respeito à autonomia das mulheres, a postura comum de profissionais de saúde que desconsideram as queixas das mulheres quanto aos efeitos colaterais da pílula como se estes fossem “esperados”, ou de pouca importância. Talvez este desrespeito esteja sendo enfrentado com igual desconsideração das mulheres em relação às orientações fornecidas por estes profissionais.

6.4. Condom

aceitabilidade

Em 22 entrevistas (71%), a rejeição ao condom esteve ligada à sua aceitabilidade. Na maioria dos casos, a rejeição advém do homem, com motivos nem sempre bem explicitados. Foi freqüente a afirmação de que “*ele não gostava*”, um argumento aceito por estas mulheres como suficiente, mesmo se não compreendido por elas. Nota-se a diferença entre as extensas argumentações e justificativas apresentadas quando a mulher rejeita um método, como se, no caso dela, isto fosse necessário, enquanto que no caso do homem, o argumento “*não gostar*” parece ser suficiente. Pode estar implícita a falta de poder de negociação da mulher, que prefere usar algum método feminino, mesmo sofrendo efeitos colaterais, do que argumentar com seu parceiro sobre o uso do condom, que ele simplesmente “*não gosta*”.

► = *Nunca usei camisinha, com ninguém. É um bom modo de evitar, né ? Não acho mau, não.. eu nunca usei porque... esse daqui falava que não gostava... ele não queria... e eu não tive outro companheiro. No primeiro namorado eu nem conhecia... e o segundo não quis... [01]*

► = *Ih, ele não gostava de jeito nenhum !... Ele disse que achava ruim, que é meio sem-graça... Sei lá.. ele diz que prá ele é ruim. A maioria, os meus cunhados, eles dizem que não gostam, que é ruim. A mulherada conversa sobre isso e eles falam que não gostam. [16]*

► = *Olha, o único outro jeito que eu conhecia era a camisinha... só que o meu marido não gostava...*

- chegaram a conversar disso ?

= *Nós conversamos, sim...*

- e ele não topou usar ?

= *Não... Ele nunca falou porque... [19]*

► = *Ele falou que não ia usar mais... que é muito ruim... ele falou que não gosta, que não se sente bem... [20]*

Mas a rejeição ao uso do condom não é monopólio masculino. Encontramos também a rejeição partindo da mulher. Aparecem como argumentos a quebra do ritmo da relação, o “não saber usar” ou até mesmo o “não ficar bem”. Este último argumento pode estar ligado à caracterização do condom como método apropriado para relações eventuais, mais freqüentemente associado à prevenção de DST/Aids que à contracepção (MARCHI 2000).

► - camisinha também usaram ?... o que acharam ?

= *Usamos. Mas eu... ai... eu não gostava... É aquela coisa de que quando tava no clima, tinha que parar prá colocar... Ai eu já achava que cortava... era isso...*

- o marido usava sem problema, não reclamava ?

= *Não. Sem problema. Não reclamava. [18]*

► - a camisinha ...

= *Ah, prá mim não funciona, não... Nós andamos usando acho que uma vez... porque acabou o comprimido... algumas vezes, só... ah, prá mim, não... é bom prá evitar doenças, mas prá evitar filhos, não é o melhor caminho, não. Tem muitas coisas mais... mais fácil!...*

- o que o marido achava da camisinha ?

= *Ah, ele não gosta muito não... mas eu também não gostava... [22]*

► = *Tinha a camisinha, mas eu nunca usei. Eu achava que não sabia nem usar, que não ficava bem, ai eu nunca usei. [28]*

► = *Camisinha também não. Prá começar, nós nunca gostamos de usar camisinha.*

- chegaram a usar ?

= *Não, nenhuma vez. [14]*

Percebemos a preocupação de uma entrevistada com a hipótese de “obrigar” o marido ao uso do condom, que ele “não gosta”. Mesmo relatando o exemplo de um casal conhecido, que parece ter encontrado uma saída negociada de alternância da pílula com o condom, permanece a preocupação com a sujeição do homem à uma situação que não lhe é agradável e deixá-lo em estado de insatisfação com o relacionamento. Na rejeição feminina ao uso do condom, deve ser considerada a hipótese desta rejeição estar ligada a uma postura de não desagradar o parceiro.

► = *Ah, prá mim... Mas o marido sempre não gosta, né ?... Eles reclamam que não gostam, não... O marido da minha amiga também faz só porque é obrigado, né ?... mas não gosta... E ele só faz isso porque um mês ela usa comprimido e um mês ele usa. [11 - usuária de pílula e de DIU, suportando efeitos colaterais]*

► = *Ah, tem muita mulher que não gosta, né ? Eu não sei também se depende do marido... Eu usei muito tempo!...*

- *o que elas não gostam na camisinha ?*

= *Ah, eu acho que os maridos não gostam, né? Acho que são os maridos... o que a gente ouve falar é só os maridos... mais é os maridos mesmo... [31]*

A baixa aceitação do condom aparece ligada, em alguns casos, pela ação direta do artefato na sensibilidade tátil. É definido como uma modalidade de relação sexual que pode ser considerada como “diferente do normal”.

► = *Horrível ! Não achei bom. Um jeito esquisito... eu não gostei... É diferente da gente ter uma relação normal, né ? no que a gente sente, né ? porque com a camisinha a gente não sente nada...*

- *... não continuaria com ela ?*

= *Não. Aliás, não continuei, né ? Eu não usei mais que três meses... [02]*

► = *Usei uma vez só. Achei ruim. Ah, sei lá, não é igual a ter direto assim... com camisinha é ruim !... Não gostei, não. Ficou pinicando. Depois eu não quis usar mais não...*

- *o marido reclamou ?*

= *Ele também não gostou, não... [15]*

► - *E a camisinha ? O que vocês acharam como método ?*

= *Bom, prá mim, normal, mas meu marido não gostou... Viche! ele diz que é como se tivesse chupado bala com casca [risos] ...*

- *... prá você não fazia diferença...*

= *Prá ele é que faz bastante... Ele não quis e não quer... [05]*

► = *Meu marido!?!... meu marido usou muitas poucas vezes... Ele não gosta de usar... ele diz que é a mesma coisa de comer uma banana com casca... e não sente a quentura da pessoa... mas prá gente, é a mesma coisa, né ? Mesma coisa... [25]*

► - e a camisinha ? vocês usaram alguma vez ?

= *Não. Ele não gosta disso daí. Ele não gosta de jeito nenhum !... Então, o jeito era tomar cuidado, né ? Ele não usava, não ! Ele detestava usar !*

- por que ele não gostava ?

= *Ah, não sei... ele nunca usou... comigo ele nunca usou... porque ele falou que não gostava.... não sei se é porque escorrega... ah, não sei !... [21]*

Em assistência ao planejamento familiar, quando existe um intervalo entre a suspensão de uso de um método e a adoção de outro, é comum o fornecimento do condom até que se restabeleça a proteção contraceptiva. Nem sempre isso é uma medida eficaz. A rejeição do parceiro ao uso do condom, o que é um fato comum, pode deixar a mulher em risco de gravidez, evidenciando total falta de cooperação deste com a mulher na regulação da fecundidade. É importante que os profissionais de saúde atentem para este fato quando a orientação de contracepção se faz sem que o parceiro sexual esteja presente e aceite o uso do condom como método substitutivo.

► -E a camisinha ? Chegou a usar ?

= *Não. Também não. Não, porque o meu marido nunca foi a favor... Ele é bem assim... como que eu posso falar prá você... ele é uma pessoa que não aceita muita coisa, sabe ?... Ele não concorda. Ele nunca quis. Uma vez, o médico mandou usar, mas ele não concordou... depois que eu tive o nene, até fazer a laqueadura... que eu ia ficar sem o comprimido... Ele não aceita... [08]*

eficácia

O receio de possíveis falhas do método foi a segunda maior causa de rejeição ao uso do condom. A falha, traduzida sempre como ocorrência de rompimento da camisinha, pode estar ligada à qualidade do produto ou à incorreção na técnica de colocação. Esta última hipótese é bastante plausível, uma vez que a técnica correta de colocação do condom não é divulgada com clareza pelos meios de comunicação de massa. Divulga-se muito na mídia o “use camisinha”, mas evita-se a divulgação da imagem da colocação correta, por motivos obviamente moralistas. Com isso,

aumenta-se em muito a probabilidade de rompimento, com riscos tanto à sua função contraceptiva quanto à de contágio por DST/Aids.

Mesclam-se nas entrevistas, tanto os relatos de falhas vivenciados pelas próprias entrevistadas e por pessoas próximas, como também uma representação do método como de baixa eficácia, mesmo sem ter alguma vivência relatada, provavelmente por representações negativas do método existentes em seu meio. Estas representações sobre a baixa eficácia do condom foi encontrada também por MARCHI (2000), em casais que procuravam a vasectomia.

► - Chegaram a usar a camisinha ?

= *É, depois de casado, a gente usou, só que eu não sei se ele não sabia usar direito, mas ela estourava. Estourou umas duas vezes a camisinha, aí ele falou: "Não adianta, vai ficar grávida a mesma coisa..." Ele comprava na farmácia, a Jontex.*

- o que o povo fala da camisinha ? o que se acha dela como método de evitar filhos ?

= *Eles acham eficaz. Eu vejo o povo dizendo que é bom usar, que é só colocar certinho que não estoura, nem nada... Mas sei lá... acontece de estourar... [09]*

► - Camisinha...

= *Nunca nem passou pela cabeça de usar...*

- qual a tua opinião sobre ela ?

= *Prá evitar filho, assim?... Eu acho que tem hora que deve falhar, né ?...*

- o que você escuta falar dela ?

= *Ah, eu escuto história que não adianta nada. Porque tem colega minha que ela e o marido dela tava usando, que o médico mandou usar porque ela não podia tomar comprimido, e falhou !... Ela disse que usava e estourava... não adiantou nada e ela ficou grávida usando camisinha. [10]*

► - E a camisinha ?

= *Também não. Nunca usei. Se fosse prá mim usar, eu também não confiava, não, porque eu conheço. Tem uma tia e umas colegas minhas que usavam camisinha e ficaram grávidas, então eu não confio. [13]*

► = *Eu tinha medo de furar e engravidar a mesma coisa... Aí eu continuei tomando o comprimido... A vizinha aqui de baixo mesmo, furou... Tava usando e engravidou... Quando o nene tava com 8 meses, ela tava grávida outra vez. [15]*

► = *Ah, sei lá... pelo menos comigo, a camisinha nunca deu certo. Estourava ou furava. Ele comprava das melhores e nunca deu certo também. Ela estourava.... [16]*

► = *Ele nunca quis usar... Prá falar a verdade, meu sogro e minha sogra, eles tem uma filha que foi com camisinha. Daí o meu marido falava assim: "Se eu usar camisinha e acontecer igual, você não quer mais ter filhos... Então não vou usar. Vai se seja igual com meu pai." Então ele nunca quis usar. [17]*

► = *Eu usei camisinha uns três meses só... Ah, mas eu não confiava nesse negócio de camisinha, de tabelinha... Minha irmã engravidou usando camisinha. Diz ela que estourou a camisinha. Ela tem quatro moleques !... Ai foi quando aconteceu a menininha... o moleque dela tinha seis anos. Ela pensou que nem ia engravidar mais... agora tá lá com a menininha de cinco anos... e ela trabalha ainda... ela fala que foi acidente... [24]*

► = *Com o pai delas, logo que eu comecei a usar com ele, eu já engravidei. Terceira vez que eu saí com ele, eu já engravidei...*

- e estava usando o preservativo ?

= *Estava... E mesmo assim ... Até levei um susto quando eu descobri que tava grávida. Eu falei : "Meu Deus !" Era a terceira vez que eu saía com ele, e estava usando camisinha... [26]*

inocuidade

Apesar de ser considerado como um método com poucos efeitos colaterais, pela sua característica de uso externo, existe a possibilidade de algum tipo de desconforto, talvez ligado a problemas com a lubrificação, ou hipersensibilidade ao látex .

►- E camisinha ?...

= *No começo eu usei. Eu achei horrível ! Viche! Eu achei horrível !... Ah, machucava... Pro meu marido era normal, mas prá mim, eu não gostava que machucava. [12]*

► = *Experimentei, mas a camisinha não deu certo prá mim. Eu tinha alergia. Eu tenho alergia do plástico da camisinha. Também já tirei fora... [16]*

A queixa de desconforto, relatado por mulheres, deveria ser valorizada pelos serviços de saúde pela possibilidade de estar ligada à existência de alguma infecção vaginal. A falta de orientação e de tratamento, além dos danos à saúde, pode contribuir para disseminar uma representação do condom como um método desconfortável.

► - e camisinha, o marido nunca usou ?

= *Ah, eu não gosto... Ah, eu acho que machuca um pouco... E eu tenho problema de infecção na urina e a bexiga tá tudo infeccionado também... e eu vou ter que operar... E eu já não gostava muito, não... [30]*

facilidade de uso

Mesmo sendo o condom um método de baixa complexidade técnica, sem orientação adequada, pode haver alguma dificuldade em sua utilização. A técnica correta de colocação deve ser respeitada para a eficácia do artefato, principalmente em relação à retirada do ar do reservatório situado na extremidade, e a proibição de uso de lubrificantes oleosos como vaselina, cremes e outros. A não observação destas recomendações pode levar ao rompimento do condom com possível ocorrência de gravidez ou contaminação com agentes infecciosos.

► - E camisinha ? Chegaram a usar ?

= *É... algumas vezes... mas não gostei nada! Nem ele. Nenhum dos dois... Meu marido achava difícil prá por... ele não gosta.. Prá mim não tinha tanto problema assim... Ah, sei lá... esquisito aquilo lá, né ?... [risos] não tem graça nenhuma... [03]*

► : *Bem, a minha opinião sobre a camisinha é que é uma porcaria... Eu acho que tinha que ter mais informação, porque eu nunca tinha visto, nunca tinha usado, e um dia, de farrá, eu e meu marido pegamos e fomos colocar... aí a gente não sabia colocar, acabou estourando e... Não era assim que era prá pôr... e quando tentamos de novo, também não era assim... era só por farrá mesmo, né ? Então... não presta ! Não presta ! Ela estoura! E dizem que tinha que usar a do posto, e eu não fui buscar no posto... eu nunca vi... dizem que é uma borracha mais firme... Outros me disseram que tem que colocar três ou quatro... sei lá... nunca perguntei sobre isso, nunca estudei isso... como é que eu ia saber ?... Mas a minha experiência com a camisinha foi um total fracasso...*

-... e o marido, o que achou ?

= *Ah, o mesmo que eu... não achou nada de bom naquilo. E não evita filho nenhum, porque estoura tudo, rebenta tudo... Não tem utilidade... [07]*

► = *Ah, camisinha eu nunca usei... ah, sei lá... o marido que não era muito a fim. Ele achava que ele não conseguia usar, porque ele nunca tinha usado... A gente nunca tentou... [28]*

disponibilidade

Não tivemos nestas entrevistas, nenhuma referência à impossibilidade de uso do condom por falta de acesso ao método, mesmo com algumas informações quanto ao provimento irregular nas Unidades Básicas de Saúde para distribuição gratuita, considerando o peso no orçamento que a aquisição em farmácia poderia causar.

Pelo grande volume de referências negativas à sua aceitabilidade, acreditamos que uma possível falta de acesso nem sequer chegou a ser percebida por este grupo, por já terem descartado esta opção pelos outros motivos relatados.

a questão da prevenção das DST/Aids

O condom é um método com dupla finalidade: contracepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Com o crescimento das DST/Aids entre mulheres unidas, tem sido preconizado como medida preventiva, o uso exclusivo do condom ou associado com o uso de outros métodos de maior eficácia contraceptiva, como a pílula, o DIU e a esterilização, considerando-se que nenhum destes métodos oferece proteção contra estas doenças. O que se constitui numa recomendação técnica pode enfrentar sérias resistências quando confrontada com as construções de gênero relativas ao relacionamento conjugal, ou seja, abre-se aqui uma outra questão: a confiança entre cônjuges ou companheiros quanto à fidelidade no relacionamento. Uma vez que a infecção por qualquer doença sexualmente transmissível implica, como o próprio nome diz, ter havido contato sexual com indivíduo infectado, adotar o uso do condom, traria a idéia implícita de aceitação da possível infidelidade de pelo menos um dos parceiros sexuais. Considerando a caracterização oficialmente aceita, em nossa sociedade, dos relacionamentos serem monogâmicos, a dificuldade

em adotar o uso da camisinha em relações estáveis baseia-se numa tentativa das mulheres evitarem o reconhecimento da infidelidade masculina e dos homens aceitarem a possibilidade da infidelidade feminina (SOUZAS 2000).

► = *Eu acho [a camisinha] prático, bom... é um meio de evitar também doenças venéreas, a Aids... é aconselhável usar, sim... Só que também tem um negócio: quando você tem o teu companheiro, que a gente se conhece, e você respeita ele, aí não vejo porque usar. Agora, se você tem dúvida com seu relacionamento com o marido, aí deve usar, porque você não vai saber se ele te respeita ou não, se vai sair com outra... Mas se existe respeito, eu acho que não...*

- ... e você acha que hoje em dia dá prá ter certeza ?...

= *No meu relacionamento, eu tenho. Porque nós somos muito sinceros um com o outro. Quando eu conheci o meu marido, ele era muito bagunceiro, então ele fala que se um dia ele tiver que me trair, que ele separa, porque não tem porque fazer isso. Então eu confio muito... Se eu não acreditar nele, não tem como a gente viver bem, né ?... Então... tem que acreditar... [04]*

► = *A camisinha eu conheço, mas usei poucas vezes... umas duas vezes... foi um método assim de prevenção de doença... Ah, eu acho muito esquisito usar camisinha... faz uns quinze anos que eu usei camisinha... eu nem lembro mais... Os homens não gostam de usar a camisinha... pelo menos em relação a mim, os parceiros não gostavam de usar camisinha... tem vários que eu sei que gostam, né ?, mas... eu que tinha que induzir, aí é ruim... [06]*

► = *A gente continua usando a camisinha até hoje... por causa de outras coisas, né ? Eu me garanto, mas não sei ele, né ?... Ele não é feio, e anda por aí, né ?... Eu não confio. Eu penso assim. Eu confio em mim. Nele eu não confio não. Mesmo que ele estivesse aqui todo dia, eu não confiaria, não... Homem nenhum presta, né ? Então a gente usa mesmo!... [26]*

Nos três relatos descritos acima, o contexto é importante para a interpretação. Nos dois primeiros casos [entr. 04 e 06], onde o uso da camisinha não é adotado, temos mulheres unidas, que trabalham fora, contribuindo com cerca de 1/3 do orçamento familiar, o que caracteriza certa dependência financeira do companheiro. O terceiro caso [entr. 26], onde o uso da camisinha persiste até mesmo após a esterilização, observamos uma mulher que, apesar de ter um parceiro fixo, um namorado, é a chefe de família em sua casa, sendo responsável por 100% do orçamento doméstico. A diferença entre as duas situações, de dependência ou

independência financeira poderia ser uma fator importante no poder de negociação da mulher em seus assuntos de saúde reprodutiva, como o uso da camisinha.

em resumo

O condom não é um método que a mulher possa usar sem consentimento do parceiro e pressupõe poder de negociação e diálogo entre o casal. Por este motivo, seu uso não poderia ser discutido pelos serviços de saúde apenas com a mulher, muitas vezes sem o entendimento do contexto de desequilíbrio de poder entre os gêneros em que esta vivencia sua sexualidade (MANE e AGGLETON 1999, SOUZAS 2000). Deveria implicar que os profissionais de saúde tivessem sensibilidade às questões envolvidas, como o papel sexual tradicionalmente submisso da mulher, a sexualidade masculina traduzida por conquistas e infidelidade, os riscos envolvidos no sexo, tanto de uma gravidez indesejada quanto de contágio por uma doença mortal.

Como afirma BARBOSA (1999, p.294), uma mudança de postura e de entendimento sobre as questões envolvidas no uso do condom, tornado ainda mais urgente pela pandemia da Aids, “toca aspectos essenciais da vida humana: a sexualidade, a moral, as relações de gênero, as relações de poder, as relações com a vida e com a morte”. Atitudes simples e ingênuas, como acreditar que somente uma orientação de uso correto e fornecimento do método possam favorecer a adoção do condom podem não alterar o atual estado de coisas.

6.5. Coito interrompido

O coito interrompido é considerado um dos métodos temporários mais usados no mundo, sendo adotado por 13% dos usuários desses métodos, segundo dados provenientes de DHS (Demographic and Health Surveys) de diversos países. Apesar de parecer um número alto, deve se considerar que algum tipo de perda de dados sobre usuários do coito interrompido possa estar ocorrendo em algumas pesquisas, uma vez que o uso de métodos contraceptivos tradicionais, como é o caso do coito

interrompido, de forma concomitante ou intercalada com métodos de alta eficácia, nem sempre é relatado pelas informantes (ROGOW e HOROWITZ 1995).

Em nosso estudo, o uso do coito interrompido apareceu, com bastante frequência (55%), nos intervalos de uso de outros métodos como pílula, injetáveis ou DIU.

Outro fator que pode influenciar alguma omissão em relatos de uso do coito interrompido pode ser a informação, comum nos serviços de saúde, de que este método não seria considerado realmente um método. Em algumas publicações, como por exemplo os Manuais: “Assistência ao Planejamento Familiar” do Ministério da Saúde (MS 1992) e “Lo Essencial de la Tecnologia Anticonceptiva” do Centro de Informação em População da Johns Hopkins University (HATCHER et al. 1999), o coito interrompido não é considerado como um método contraceptivo propriamente dito. Na primeira publicação, não é sequer citado. Na segunda, é citado superficialmente, como alternativa à abstinência no período fértil, em uso de métodos naturais ou de conhecimento da fertilidade. Em nenhuma delas é explicitada a sua eficácia, apesar desta ser comparável à do espermaticida, condom feminino, métodos naturais e diafragma (Tabela 03). Caso este método fosse discutido neste tipo de publicação, que influencia a forma das orientações de profissionais da área, o leque de escolhas de métodos de uso masculino poderia ser ampliado.

Em nosso estudo, percebemos referências do tipo: “não uso nada, só evito”, sendo esse “evitar” explicado depois como o uso do coito interrompido. Em pesquisas onde não se busque intencionalmente a ocorrência do uso deste método, ele talvez possa ficar subestimado.

aceitabilidade

A interrupção do ato sexual antes do seu término, para que a ejaculação masculina possa ocorrer fora da vagina, evitando o contato do esperma com o meio vaginal, é o princípio básico do método, mas justamente esta necessidade de interrupção apareceu como motivo de rejeição ao seu uso. Esta interrupção é relatada como um corte brusco na relação sexual, com prejuízo do prazer, ficando um sentido de algo não finalizado, não completo, ou até “esquisito”, “estranho”. É importante

notar que, em alguns relatos, as mulheres reclamam seu direito ao prazer, quando rejeitam o uso do coito interrompido.

► - E o coito interrompido [e explico] ?

= *É, já fizemos isso algumas vezes... Não é muito interessante, não. [risos] Principalmente o marido não gosta, né ? Eles falam que na hora melhor... [risos] Nem prá gente não é muito legal, né ? Vai que você ainda não está satisfeita... [09]*

► - E aquele jeito de evitar, que é só jogar prá fora, vocês chegaram a usar ?

= *Bastante ! mas é horrível ! Prá ele e prá mim, né ? Eu não achei graça nenhuma ! Ele falava que isso prá ele não tinha graça... ter uma relação normal e... ele falava que ficava pela metade. Eu também não achava graça, mas fazer o que ?*

- e prá você ?

= *Eu não sentia nada. Porque quando a gente tinha relação normal, a gente sente o prazer do sexo, né ? Mas desse jeito ? Não tinha, nem eu, nem ele... [12]*

► = *Ah, achei muito estranho. Não gostei, não. Não gostei nada e ele não quis fazer mais, então foi uma vez só e não fez mais... Ah... na hora que a gente vai sentir o prazer, não tem jeito, já tira prá fora... não tem jeito. Fica tudo estranho, esquisito... [15]*

► = *Ah... ele não gosta também... Diz que na hora do prazer já sai prá fora, né ? [risos] Eles também não gostam, não...*

- tentaram usar ?

= *Ah, nem tentei...*

- você usaria esse método ?

= *Ah, eu acho que não. É uma coisa muito chata, né ?... [16]*

► = *Ah. eu acho mais ruim. Eu acho melhor a mulher tomar comprimido, né ? É melhor... De tirar... não fica tão legal, igual quando termina tudo, né ? Os homens mesmo que falam que dá uma cortada, né ? [21]*

Não adotamos nas entrevistas o termo “coito interrompido” por ser desconhecido para a maioria das mulheres. Preferimos usar uma explicação breve do método como “aquele jeito de evitar filhos em que o homem goza fora” ou “joga fora”. Com esta definição mais reconhecível, ficou evidenciado que a vivência com

esse método é bastante freqüente, tendo sido admitido o seu conhecimento por 100% das entrevistadas e o seu uso por 55%.

Uma resposta muito breve, seca e sem comentários, dada por uma entrevistada que, em outras questões, se colocava com muita clareza os seus argumentos, pode indicar uma outra questão envolvida neste tema: falar livremente sobre o ato sexual é difícil para algumas mulheres.

► = *Sei lá... isso eu nunca fiz, mas não concordo muito não. [22]*

Outra possibilidade pode ser a recusa à idéia de finalização do ato no que se poderia chamar de “masturbação a dois”, ou mesmo “a um”, quando só o homem continua a estimulação até o orgasmo. A ejaculação, não visualizada diretamente numa relação sexual com penetração, fica mais evidente no uso do coito interrompido.

► = *Não, ele não gosta... Só umas duas vezes e ele já se incomodou e eu também não gostei... Eu ficava com nojo, não sei... E ele reclamava que na hora do bem bom... e eu não gostava também... faz sujeira... eu não gosto... dava nojo... [20]*

Em outro depoimento, na justificativa para interromper o uso do coito interrompido, ouvimos discurso sobre as desigualdades de gênero na esfera da sexualidade, onde o prazer masculino seria prioritário sobre qualquer outra questão, inclusive sobre a regulação da fecundidade do casal.

► = *Ele não gostou... [do coito interrompido]*

- e você, gostou ?

= *Ah, a gente que é mulher casada, às vezes esquece até da gente prá poder satisfazer o marido, né ?... A gente vê que o homem não tá satisfeito com aquilo... então... no mundo que a gente foi educada... o homem pode tudo, a mulher não, né ? A mulher tem que fazer tudo!... então a gente sempre quer agradar o marido e no fim, dança!... E quem sofre somos nós, a mulher, né ? O lado mais pesado fica prá nós, né ? Porque ele trabalha, traz o dinheiro e nós ficamos com a bomba... [27]*

O prazer no ato sexual, tanto para homens como para mulheres se constitui, nos dias atuais, como uma decorrência natural e necessária à saúde física e mental. Não se entende mais a sexualidade como atrelada somente à reprodução, e isso pode ser considerado um progresso. Mas neste depoimento anterior, ainda percebemos que a mulher pode priorizar a contracepção até mesmo em detrimento de seu prazer, para evitar uma gravidez indesejada, e parece esperar do homem a mesma postura. Em casais com comunicação mais eficiente, ou com melhor divisão de responsabilidades nessa área, o coito interrompido aparece como uma alternativa a ser usada em caso de impossibilidade de outras opções, ainda que não seja adotado por longo período.

► = *Ah, eu conheço uma mulher, que deu um problema e ela perdeu um nenê. Eu encontrei com ela e perguntei se ela tava usando comprimido e ela disse que tava "evitando". Mas eu falei: "Será que isso dá certo?" Ai ela falou: "Ah, não sei, mas tamo fazendo aí, porque ele não quer usar camisinha e eu não posso usar comprimido". [11]*

► = *Usamos sim. Mas é ruim... Ah, sei lá... na hora do bom... não tem graça... [risos] A gente tentou várias vezes. Antes de eu ter a terceira gravidez, quando eu achei que a injeção não tava dando certo, o comprimido também me dava muita dor de estômago, daí ele concordava... Ele fez várias vezes... deu certo... [17]*

eficácia

Encontramos referências explícitas à falha do método, ou mais freqüentemente, uma representação do método como de baixa eficácia, não confiável, arriscado. Para estas mulheres que já tinham a paridade desejada atingida, ou até ultrapassada, esta foi a argumentação mais usada para a rejeição de seu uso.

► = *Nós chegamos a usar... pouco tempo... uns três meses... foi quando eu engravidei dela... Eu parei de usar o anticoncepcional... [04]*

► = *É um jeito meio arriscado, né? Eu mesmo acho!.. A gente tava fazendo isso e não adiantou não... prá mim, não!... [28]*

▶ = *Ah, esse não dá certo... Nunca usei. Eu tenho um cunhado que usava isso aí e não deu certo - a mulher engravidou.... Eu também não ia confiar nisso, não. Corre risco, né ? [13]*

▶ = *Não. Não. Eu não confiava... eu não confiava... [18]*

▶ = *Eu já ouvi falar, mas a gente nunca usou... Mas eu também acho que não é muito seguro, não.... [19]*

▶ = *Ah, acho que não resolve nada, né ? A única solução é a laqueadura ou o preservativo que é mais seguro, né ? [25]*

▶ = *Não. Eu não confio não. Fica difícil na hora H... [26]*

▶ = *...eu nunca confiei. De jeito nenhum. É porque o homem engravida não é quando o homem solta, é no começo... aquele molhadinho ali é onde a mulher engravida, né ? Então eu nunca... [29]*

▶ = *Chegamos a usar algumas vezes. Eu acho que dá certo... talvez fosse melhor ter continuado a fazer isso que fazer a laqueadura... [tem dores abdominais devido à aderências]*

- e porque não continuou usando ?

= *Ah, eu não queria ter mais filho... sei lá...[31]*

Apesar da representação predominante de um método de baixa eficácia, também foram encontradas referências positivas, acompanhadas de recomendações quanto ao uso correto ou à sua “naturalidade”. Ainda assim, não foi adotado, talvez pela precedência da representação de ineficácia.

▶ - E o coito interrompido ? [e explico o que é] Chegaram a usar ?

= *Não, não.*

- E o que falam por aí disso ?

= *Ah, muitas mulheres falam prá mim que dá certo. Se fizer certinho, dá certo. [10]*

▶ - E o coito interrompido, ou “jogar prá fora”... você usou ?

= Não, eu não me lembro de ter usado, não... Mas é um método bom, né ? Bem original, bem natural... Depende dos parceiros se vai funcionar, se não vai... [06]

Mas por ser um método onde o total controle e responsabilidade recai sobre o homem, a mulher perde o controle da sua fecundidade. Nos casos em que não há concordância quanto ao número de filhos, ou quando o homem prioriza o seu prazer sobre a regulação da fecundidade, seu uso pode ser problemático.

► = Foi onde eu tive o menino... Mas não foi o método que falhou, não, foi ele mesmo que deixou... ele que quis... ele queria ter mais um filho. Porque ele queria ter uma menina. [08]

► = Olha... chegamos a usar... só que ele também... ele é aquele tipo de pessoa que não se liga muito nesse método não... Acaba ejaculando dentro mesmo... ele sempre quer chegar até o finzinho, até o final mesmo... [05]

inocuidade

Segundo afirma LOPES (1996), o uso constante deste método poderia levar à ocorrência de dores pélvicas na mulher ou à ejaculação precoce ou retardada no homem por não permitir o orgasmo. É possível argumentar quanto a isto que a interrupção da penetração não precisaria implicar necessariamente no fim da relação sexual, que poderia continuar, com outro tipo de estímulo, até que ocorresse o orgasmo, ou o homem poderia esperar pelo orgasmo da mulher antes que realizasse o retiro. Mas para isto, o casal deveria ter um tipo de relacionamento sexual mais descontraído, menos formal, para que a finalização da relação fosse prazerosa para ambos. E seria necessário um bom nível de comunicação entre os parceiros, situação nem sempre encontrada.

► =É, eu já usei isso também. Eu usava isso também. De vez em quando, pouco tempo...

- e funcionava como método... quando vocês estavam usando, não engravidava ?

= É, funcionava. Eu não engravidava...

- e por que não faziam isso sempre ?

= Ah, eu não sei... isso eu não sei ... [riso]

- vocês não conversavam sobre isso ?

= *Não... A gente não conversava mesmo... [03]*

► = *E também eu acho que não é legal porque faz mal pro homem... Na hora de relaxar, assim, interrompe... [17]*

Apesar de existirem referências a possíveis distúrbios físicos ou psíquicos relacionados ao uso do coito interrompido, os estudos nessa área são contraditórios ou inconclusivos (ROGOW e HOROWITZ 1995). Mesmo com a ausência de evidências empíricas, persiste entre muitos profissionais de saúde este conceito, provavelmente disseminado também entre a população leiga. A única contra-indicação ao uso do coito interrompido, comprovada até o momento, estaria ligada ao seu risco de falha, principalmente em casos onde a gravidez poderia acarretar algum risco à saúde da mulher.

facilidade de uso

Como método de total responsabilidade masculina, o coito interrompido pressupõe que o homem tenha um bom controle quanto à percepção da iminência de seu orgasmo, realizando o retiro antes da ejaculação. Para a harmonia sexual do casal, exigiria também que o homem tivesse sensibilidade quanto à percepção do orgasmo da mulher, procurando manter a relação até que ele ocorresse. Ou seja, este método exige que o homem seja perceptivo às reações de sua parceira e sensível às suas necessidades. Em uma relação equilibrada, não deveria ser considerada uma tarefa impossível, e poderia se constituir numa divisão de responsabilidades na contracepção, evitando a caracterização desta como uma atividade intrinsecamente feminina.

disponibilidade

O coito interrompido é um método que independe de qualquer contato com serviços de saúde e não possui qualquer custo financeiro. Talvez seja esta uma das suas principais vantagens frente aos outros métodos reversíveis e o motivo de tantas

ocorrências de uso, permanecendo no leque de opções dos casais, apesar de proscrito das orientações dos serviços de saúde.

manejo do método pelos profissionais de saúde

A orientação dos serviços de saúde geralmente indica a interrupção de uso do coito interrompido, qualificando-o como um método muito ineficiente.

► = *Eu usei isso, seis meses. Parei de tudo, aí tirava fora. A minha vizinha também usou três anos.*

- e porque não continuou a usar ?

= *Porque é muito ruim. Ele não gostou. E o médico falou que esse negócio de tirar fora podia escapar e engravidar, né ? Ai eu falei pro meu marido, e ele disse: "Ah, e nem é tão bom assim mesmo..." Ai voltei prá pilula de novo. [02]*

► = *Ah, só uma vez, mas eu acho que não funciona. Explicaram lá na palestra que é o jeito que tem menos segurança, que não pode usar, porque sempre no começo sai uma secreçãozinha e aquilo lá já basta. [11]*

É importante ressaltar que o número de espermatozóides presentes no fluido pré-ejaculatório, apontado como responsável pelas falhas do método, não foi observado como suficiente para fertilização, em vários estudos realizados com este objetivo, sendo as falhas atribuídas à inadequação do retiro (ROGOW e HOROWITZ 1995).

em resumo

Num meio cultural onde a sexualidade é cercada por interdições de fundo religioso ou moralistas, de desigualdades de gênero, onde muitos casais têm dificuldade em conversar francamente a respeito e os homens não se sentem responsáveis pela contracepção, as referências ao uso, mesmo que eventual, do coito interrompido poderiam traduzir algum grau de cooperação masculina, ainda que eventual. Talvez por seu uso independer de qualquer intervenção de serviços de

saúde ou recursos financeiros para o acesso, o coito interrompido seja uma presença no cotidiano da contracepção.

6.6. Injetáveis

Conhecido por 87% das entrevistadas, este método foi experimentado por somente 29% do grupo. Os problemas apontados na argumentação para rejeição ao método estiveram relacionados aos fatores: inocuidade, eficácia, facilidade de uso e disponibilidade.

inocuidade

Os manuais técnicos de planejamento familiar citam as irregularidades menstruais como um dos efeitos colaterais mais comuns atribuídos ao anticoncepcional hormonal injetável. São indicados como possíveis: os sangramentos intermenstruais, fluxo menstrual aumentado tanto em volume como em dias de sangramento e em 30 a 55% das usuárias, pode instalar-se um quadro de amenorréia no final de um ano de uso, conforme o tipo de injetável utilizado (HATCHER e col. 1999). Apesar de ser um dos efeitos mais conhecidos e explicados, a amenorréia parece não ter unanimidade entre médicos com relação as suas conseqüências, ou talvez as informações não circulem de forma muito clara entre o médico e a paciente, reforçando a interpretação da amenorréia como um estado patológico.

► = ... eu tomei quase sete anos à injeção. Ai eu parei. Começou a secar a minha menstruação e eu fui no médico e ele falou que o meu útero tava secando, e se eu não parasse de tomar a injeção, eu ia entrar em menopausa com 37 anos. Ai eu parei. [12]

As alterações de fluxo menstrual são vivenciados por algumas mulheres como um estado anormal. Os sangramentos que diferem de um ritmo familiar e conhecido são interpretados como algo não saudável, sendo referidas as “hemorragias” como o mais forte motivo de rejeição ao método. É importante lembrar que uma das questões investigadas em qualquer anamnese é a regularidade menstrual. Com isso, a representação da menstruação regular como um sinal de saúde é continuamente reafirmada entre as mulheres.

► = *Tomei, só que começou a me dar hemorragia. Descia, descia, descia, descia... Tomei uns quatro meses... aí o médico falou prá trocar... se não vai morrer... Troquei pelo comprimido... aí eu parei o comprimido quando eu operei dele... [05]*

► = *Eu ouvi uma colega minha que trabalhava comigo, que ela tomava injeção e que quando vinha a menstruação dela, vinha muito. [09]*

► = *A minha cunhada usava injeção na época... mas eu nunca usei injeção. Ela usava e dava muita hemorragia nela... Eu não sei porque mas eu nunca quis... [19]*

► = *A injeção tinha que tomar a cada quinze dias e cada quinze dias, menstruava... Aí ficava dez dias menstruada... sem parar... [20]*

Além de sinal de um estado saudável, a regularidade do ciclo menstrual é o indicador mais seguro e visível que uma gravidez indesejada não aconteceu. Provocando irregularidades no ciclo menstrual, o injetável inspira insegurança constante em suas usuárias.

► = *Eu usei um mês só. Eu achei boa... Só não continuei com ela de medo de engravidar. Porque no primeiro mês que eu tomei, a menstruação minha não veio.. aí eu já fiquei naquela... Eu falei: "Pronto! Tô grávida !" Aí, no mês seguinte, que eu não tomei, ela desceu. Mas eu não tive relação. Aí eu falei: "Ah, vou tomar comprimido de novo!..." [02]*

► - *por que a injeção não tava dando mais certo ?*

= *Ah, começou assim, a vir duas vezes no mês... Daí eu comecei a ficar com medo, né ? Comecei a usar o comprimido. [17]*

Os contraceptivos injetáveis podem ser associados, justificadamente ou não, a quadros diversos de alterações orgânicas, como qualquer outro medicamento que esteja sendo usado. Isto pode ocorrer, sem que essa relação de causalidade seja realmente esclarecida, mas ficando como um argumento a ser usado em uma conversa sobre o método, reforçando uma representação negativa quanto à sua inocuidade.

► - e a injeção ?

Tem uma amiga minha que usa, só que ela disse que usava, mas de cada quinze dias, ela tinha que tomar... E deu problema que ela teve que tirar o útero... agora não sei se foi por causa disso, né ? [24]

► = *Injeção eu usei uma vez, mas quase morri!... Eu morava numa cidade pequena nessa época, aí eu fui tentar a injeção, tomei, mas me caiu a pressão tanto, tanto e comecei a vomitar que não parava mais... Prá mim, não deu.*

[28]

eficácia

As mulheres que não querem mais ter filhos apoiam-se em relatos de falhas dos injetáveis para descartá-los. A comparação com a maior eficácia da laqueadura é um dos argumentos utilizados.

► - e por que não continuou com a injeção ?

= *Ah, porque eu decidi não ter mais filhos mesmo, aí eu parei. Eu decidi. Eu fiquei com medo de ser arriscado com a injeção também, porque muita gente falou, né ? que podia engravidar também, né ? E eu fui tendo filho um atrás do outro, né ? eu já tava cheia, né ? [16]*

► = *... a injeção, o comprimido, a pessoa corre o risco de ficar grávida... E eu, como uma pessoa muito sofrida com esse negócio de filho, com esse negócio de marido, eu preferi a laqueadura mesmo... é uma coisa mais segura... [25]*

A forma de administração do anticoncepcional injetável, que traria a vantagem de substituir a dose diária de hormônio por uma dose mensal, facilitando o uso, pode não transmitir segurança em sua eficácia, justamente por essa característica de uso. O intervalo de muitos dias entre as tomadas poderia facilitar um escape de ovulação, segundo a percepção leiga.

► = *É que eu não era muito informada... era mais jovem.. é que tomava só uma vez no mês, né ? Era um hormônio que tomava uma vez só... aí eu ficava com medo de falhar e engravidar.... aí no meu pensar, a pílula era mais seguro. [04]*

► - trocaria a pílula pela injeção ?

= *Ah, eu acho que não. Eu ia ter medo. Eu não ia confiar muito, eu ia ter medo também. Sei lá, eu penso assim: atrapalha prá usar...*

- por que você não confia ?

= *Ah, é trinta dias, né ? Eu acho que tem que ser uma coisa que toma todo dia, sei lá...*

- e a injeção, que toma muito longe...

= *Ah... corre risco, né ?... [13]*

► = *A injeção eu já vi quem usou também. Inclusive a minha prima ficou grávida tomando injeção... Agora não sei se ela tomou certinho. Ela me falou que tava tomando injeção e ficou grávida... Eu não tentei, não, porque eu não acreditava que desse certo, não sei porque, mas não acreditava... Eu não acreditava que tomar a injeção eu ia ficar um mês tranqüila... eu não acreditava nisso. Eu achava que era muito tempo pro organismo resistir sem engravidar... Tem até uma que dura seis meses... eu nunca acreditei nesse método, não... [09]*

facilidade de uso

A via de administração dos contraceptivos injetáveis, como o próprio nome indica, depende de uma injeção intramuscular mensal ou trimestral. Esta via de administração de medicamentos causa sempre algum grau de dor, sendo temida e até evitada por muitas pessoas, mesmo havendo necessidade de sua utilização. O “medo de injeção” é comum, e pode influenciar na decisão por não usar este contraceptivo.

► = *Não, não usei. Eu tinha uma amiga que tomava . Mas eu sou inimiga de injeção... eu tenho medo de injeção... [risos] Eu morro de medo !... [01]*

► = *... entre a pílula e a injeção, eu preferia a pílula. Pelo menos não doía tanto... [14]*

► = *Com a injeção eu não tive problema, não. O problema era a picada, né ? [16]*

► = *O meu médico falou: “Ah, você tá com dor de cabeça, [causada pela pilula] então toma todo mês a injeção, né ?” Mas, aí como eu não gosto de injeção! Eu falei que não... Injeção eu não gosto não... Só em último caso que eu tomo !... [21]*

Outra vantagem no uso do contraceptivo hormonal por via injetável seria a liberação da mulher da obrigação diária de ingestão do comprimido, bastando uma tomada mensal ou trimestral. Este intervalo longo entre as tomadas, em alguns casos, pode ser justamente um fator de risco para falha do método, pela possibilidade de esquecimento.

► = *E já tem que ter aquele dia... já é outro compromisso, né ?... Já fica difícil... Prás mulheres já é mais difícil...*

- ...mas é uma vez só no mês...

= *Por isso mesmo ! Elas acabam esquecendo... do mesmo jeito que fura a tabela, esquecem de tomar a injeção. [07]*

► = *Eu acho a pílula mais fácil [que o injetável] porque a pilula você já tem aquele compromisso. Naquela hora você toma... Eu nunca tive problema de esquecer pilula... à noite, tomava... [22]*

disponibilidade

Os injetáveis poderiam ser mais uma opção de alta eficácia à disposição das mulheres interessadas, mas o seu fornecimento gratuito via SUS não é garantido. Com isso, suas usuárias ficam expostas a um maior risco de falha, pela falta de dinheiro para tomar a injeção no dia certo.

► = *Eu acho difícil porque não é do SUS, né ? Tem que ser comprado, ou dado pelo médico, com receita, tudo certinho, né ? [07]*

► = *Tem uma vizinha aqui... ela toma em farmácia. Até ela tava me falando esses dias que esse mês não tomou porque ia fazer falta o dinheiro. Por isso que é bom laqueadura !... [18]*

► = *Eu ouvi falar...*

- não se animou a usar ?

= *Não porque se eu já não podia comprar a pílula, ia comprar injeção ?!... [27]*

► = *É que a injeção é paga, né ? E a gente nunca tem dinheiro... A injeção é paga, né ? Nunca ouvi falar que desse no posto, só na farmácia. E tem hora que a gente tem dinheiro, tem hora que não tem...*

- e se tivesse no posto, você tinha teria tomado ? trocaria a pílula pela injeção ?

= *Ah, eu acho que não. Eu ia ter medo. Eu não ia confiar muito eu ia ter medo também. [13]*

Pode existir aqui uma contradição, já que o método é prescrito por médicos da rede pública, porém sem a garantia do acesso às usuárias de baixo poder aquisitivo. Além disso, as interessadas no uso do método podem acabar se valendo da venda em farmácia, muitas vezes sem avaliação e acompanhamento do serviço de saúde, expondo-as aos riscos de possíveis efeitos colaterais.

► - quem te orientou a tomar injeção ?

= *Ah, nem sei quem me falou... Eu falei pro meu marido: "Eu vou tomar injeção". Ai ele falou: "Mas pode ?" Mas eu disse: "Ah, é a mesma coisa que o comprimido e é uma vez só por mês". Ai fui, e tomei... Ai a menstruação não veio, eu assustei, ai voltei a tomar comprimido que é mais seguro... [02]*

em resumo

Apesar de ter sido preconizado pelo Ministério da Saúde como um dos métodos que devem ser oferecidos às mulheres nos serviços públicos de saúde (MS 1996), os injetáveis não são uma novidade no país. O método foi introduzido no país ainda na década de 70, através de serviços privados de planejamento familiar, envolvido em grande polêmica sobre sua inocuidade mas nunca alcançaram popularidade, provavelmente por seus efeitos colaterais, principalmente as alterações no ciclo menstrual. Mesmo que alguns cientistas defendam o método tentando

minimizar possíveis prejuízos à saúde, a menstruação é mais que um fato fisiológico, com significados simbólicos ligados à capacidade reprodutiva das mulheres. As tecnologias contraceptivas que não respeitem as dimensões culturais e simbólicas das mulheres provavelmente enfrentarão dificuldades de aceitação, mesmo que cercados de fortes esquemas promocionais de marketing (CORRÊA 1998).

6.7. DIU

inocuidade

O efeito colateral mais comum associado ao uso do DIU é o aumento do fluxo menstrual, tanto em número de dias como em volume de fluxo (HATCHER e col. 1999), podendo ser indicada a retirada em caso de sangramento excessivo que possa comprometer a saúde da usuária (MS 1992). Nem sempre é necessário um diagnóstico mais preciso para que a mulher usuária caracterize o aumento de seu fluxo menstrual como “hemorragia”. HATCHER e col. (1999) classificam como sangramento “prolongado” quando o fluxo supera 8 dias e como “abundante” quando o fluxo se apresenta como “o dobro do normal”. O grupo de trabalho TG/CWG e WHO (1996) indicam, como efeito colateral esperado, um aumento de 50% no fluxo menstrual com o uso do DIU de cobre, o que pode significar uma perda sangüínea importante em caso de anemia prévia. Mas a partir de que dados o fluxo menstrual pode ser avaliado como normal ou anormal ? Para BASTOS (1987), o fluxo menstrual normal seria de 100 a 150 gr de sangue, parâmetro de avaliação inviável num serviço de saúde, ou até mesmo para a própria mulher, que acaba criando um padrão de normalidade próprio, ou seja, um tipo de fluxo e uma certa duração com os quais está acostumada. Mesmo fluxos mais intensos, sem presença de anemia, podem ser reconhecidos como normais pela mulher que os apresenta. Daí uma certa subjetividade na avaliação deste efeito colateral, uma vez que o profissional de saúde depende principalmente deste padrão próprio da mulher para avaliar uma possível menorragia (fluxo aumentado) ou uma hipermenorréia (fluxo e duração aumentados). De qualquer forma, a relação entre DIU e “hemorragia” foi comum no grupo entrevistado.

► = *Prá uns dá hemorragia... eu tenho uma colega que teve que tirar porque deu hemorragia. Ela usou acho que seis anos isso aí. Usou um pouco, trocou, mas ficava dando hemorragia direto, aí ela tirou. [09]*

► = *O DIU, de quando eu coloquei ele, fiquei dezoito dias menstruada... Enquanto tava com ele, não parou de menstruar... Fui lá no HU, aí tiraram... tiraram porque não podia usar que tava dando hemorragia... Cheguei lá parecendo um cadáver, o olho tudo roxo... O médico ainda deu uma bronca porque eu não fui antes, porque ele falou que no máximo era sete ou oito dias, que se eu visse que não parava era prá voltar, e eu fiquei dezoito dias menstruando sem parar... [20]*

► = *Eu usei o DIU. Ele dava prá 4 anos, mas eu, por teimosia, usei mais 4 anos sem tirar... que eu tinha medo de naquela troca engravidar. Uma amiga minha falou: "Troca, engravida."... E como o médico foi prá outro posto, aí eu fiquei com ele direto. Depois veio outro médico e ele falou prá gente não tirar não que ele tava no lugar certo... e eu fiquei com ele. Nesse intervalo de 4 anos, eu suspeitei de uma gravidez. Eu pus aquilo na cabeça e não vinha a menstruação e eu entrei em pânico. Nossa Senhora! Eu chorava dia e noite... atrasou dois meses... Fui no hospital, fiz exame de urina e deu negativo. Fiz no postinho, negativo. Fiz outro, deu negativo. Aí foi onde tirou aquilo da minha cabeça... aí a menstruação voltou e ficou dando hemorragia que quase me matou... [29]*

Outra característica citada na rejeição ao DIU é a dependência em relação a um serviço de saúde para a interrupção de uso do método, não sendo possível a retirada pela própria usuária. Isto pode ser um problema quando a mulher tem dificuldades no acesso à consulta médica ou quando sente que suas queixas não são valorizadas pelo profissional de saúde.

► = *... tinha dado problema com o DIU, problema assim, de aumentar a menstruação, que aumentou muito, ficava até dez dias menstruada. Não tive problema assim, de dor, mas eu menstruava demais ! Eu ia e reclamava e o médico: "Ah, é assim mesmo!" Porque com a pilula, tinha aqueles dias, você tomava e pronto. E parava. Mas com o DIU não, porque você não tem como parar, né ? Então eu tinha menstruação até dez dias por mês. [11]*

Apesar de não ser um efeito colateral que tenha sido indicado nos estudos sobre o DIU, existe entre algumas mulheres a suspeita de que o DIU poderia aumentar o risco de câncer uterino. As referências aparecem literalmente ou dissimuladas como “medo de dar problema no útero”.

► = *“ainda fui louca de colocar o DIU três vezes, porque ele pode dar câncer, né ?” [23]*

► = *Ah, diz que conhece gente que engravidou com o DIU, mas eu não conheço. E ah, porque o DIU dá câncer no útero. [04]*

► = *Eu conhecia o DIU, mas as mulheres lá que usaram, falaram que ficaram com medo de dar problema no útero, e não sei o que mais... Ah, não !... Eu não fiquei com vontade de usar um negócio daquele lá, não... [25]*

► = *O médico falou que era bom, que não sei o que... aí eu coloquei. Só que eu não senti nada com o DIU, fiquei bem. Só no final de cinco anos, acho que devia estar vencido, aí eu fiquei 15 dias menstruada direto. E eu trabalhava na época numa sorveteria, e eu não gosto de ficar assim matando dia, então eu fui enrolando, enrolando, aí começou a me dar tontura. Aí eu fui no HC prá tirar. Chegou lá, ficou uma dúvida porque eu tava com o útero grande. Tiraram quatro ultra-som de mim, eles achavam que eu tava grávida. Ai meu Deus do céu, com DIU e tudo ? e o medo ? porque o povo fala que fica na cabeça, que pode gerar com o aparelho na cabeça, que morre, que fica defeituoso... Nossa ! Eu fiquei doidinha ! [entrevistada 11, relata ter feito histerectomia por “problemas no útero” alguns anos depois da retirada do DIU, logo depois da realização da laqueadura]*

Ainda que não seja atribuído ao DIU o agravamento de infecções vaginais sexualmente transmitidas, no caso destas ocorrerem, a possibilidade de Doença Inflamatória Pélvica é aumentada, com risco de esterilidade permanente. Em uma mulher que apresente leucorréias de repetição deveria ser reavaliado o uso do DIU, conforme normas e rotinas de Planejamento Familiar (MS 1992). É difícil avaliar, apenas pela fala da mulher entrevistada, se o caso relatado a seguir poderia indicar assistência de má qualidade, mas é possível perceber como as informações obtidas do meio social em que vivem, e a sua própria experiência, têm maior confiabilidade para a mulher que a orientação médica.

► = *Eu achei que por causa de usar o DIU, tava me dando muita infecção. Não sarava as infecções. Eu ia no médico, fazia exame, tava com infecção. Dava remédio, tomava, voltava a infecção... Fiquei uns dois anos e pouco. Até o médico falou que não era prá eu tirar não, que tava no lugar, tava tudo certinho. Mas eu quis tirar sim, porque eu ouvi casos assim, anteriores, de mulher que tinha até perdido o útero porque usava o DIU, dava infecção e não tirava, né ? Inclusive uma colega minha disse que usou quando era solteira ainda e ela me falou: “Quando você casar, você não coloca o DIU”... Só que ela ficou 17 anos, e ela sentia uma dor, ia no médico e ele falava que era só uma infecçãozinha e dava remédio. E ela voltava de novo. E ia trocando o DIU, trocando, trocando, até que uma hora teve que tirar o útero. Então, eu fiquei com medo disso aí. Aí eu falei pro médico tirar que eu não queria mais !... Olha, eu não acho legal não. Se eu puder aconselhar as pessoas a não usar, eu aconselho, porque eu usei e não me senti bem.... Tem outra colega também que usou pouco tempo e tirou porque sentia muita dor assim, e tirou. Eu também sentia muita dor quando ia ter relação, no pé da barriga e deu infecção, então eu não achei legal esse método. [09]*

Outra questão envolvida na rejeição ao DIU é o alto nível de distorção nas informações científicas existentes sobre as características do método que, depois de processadas nas conversas entre as mulheres, assume feições totalmente irreais, como o “DIU do braço” (confusão com o implante), que “some” depois de cinco anos (apenas o conteúdo dos tubos de *silastic* é absorvido pelo organismo), ou a possibilidade de saída não detectada do DIU (interpretada como “sumir”, “andar” ou “desaparecer no corpo”). Com tais representações circulando entre as mulheres é compreensível a baixa adesão ao método, e inspira a necessidade de uma avaliação do tipo de linguagem usada nas ações educativas, talvez com termos desconhecidos ou que permitam má interpretação.

► = *O DIU, prá falar a verdade, eu sempre tive medo.... que eu ouvia muita conversa, né ?... que a mulherada engravidava com o DIU, que o DIU sumia no corpo... que andava... nunca tentei não... nunca quis... Diz que ele some, né ? Tem um do braço que fica cinco anos e que de repente ele sumia... A mulherada dizia que ele sumia... andava, desaparecia no corpo... E o do útero também... diz que a mulher engravidava e saía assim na cabeça... eu conheci uma mulher que saiu na boca da criança !... cortou assim... Então eu nunca quis usar, não.*

- e se você quisesse usar, saberia onde conseguir ?

= *É, bem pouco tempo antes de eu fazer a laqueadura, eles tavam colocando no posto. Mas eu nunca quis o DIU !... [03]*

► = *O DIU também... ah, sei lá... eu conversei com um monte de gente que colocou o DIU e sempre elas tiveram problemas, né ? Problema de infecção... oito anos depois começaram a ter problema de infecção, O DIU escapou, o DIU caiu... Ah, prá mim, não ! Eu tenho duas cunhadas que usam. Pelo menos prá elas tá dando certo. Elas vão no médico de seis em seis meses... elas tão usando... Mas prá mim, eu não colocaria, não. E tenho medo de dar problema de infecção, medo de cair, de engravidar... eu acho que prá mim não dá certo, não.*
[16]

► - e o DIU ?

= *Ah... eu não achava legal, não... Eu tinha medo assim: vai que aquilo entra lá prá dentro uma hora, sei lá onde vai parar... Depois eu vou ter que fazer uma operação por causa daquilo lá... Só isso... eu tinha medo de usar aquilo lá... [21]*

A possibilidade de uma gravidez ocorrer em usuária de DIU é real, e se reveste de importância pelo fato do conceito em desenvolvimento e o DIU situarem-se dentro do útero, ainda que separados pelas membranas que protegem o feto. É indicada a remoção do DIU assim que a gravidez for detectada, desde que os fios estejam acessíveis (MS 1992). Caso não seja possível a remoção do DIU, a gravidez, considerada de risco, será acompanhada com maior atenção. A possibilidade de uma mulher gestar uma criança no mesmo espaço que um “corpo estranho” é uma possibilidade altamente rejeitada por algumas entrevistadas.

► = *Inclusive já vi lá no hospital nascer criança com o DIU na testa...*

- *você chegou a ver algum caso assim ?...*

= *É, só com uma pelinha por cima... eu cheguei a ver.. Se fosse prá eu escolher entre esses aí, eu descartava o DIU de começo. [14]*

► = *...eu conversei com o meu ginecologista e ele sugeriu o DIU. Só que eu tinha medo de colocar o DIU porque eu já vi muita... aliás, tem uma colega minha que engravidou com o DIU e a criança nasceu com o DIU grudado na cabeça. Então eu ouvia muita história... então, com medo, eu não usei nada também...[28]*

► = *Eu falei que se fosse prá por o DIU eu não queria ! Tem uma mulher aqui embaixo que colocou o DIU e ficou grávida... e o DIU grudou na criança... Ah, não! Nem pensar ! Eu não*

quero !... Lá no HC eles me deram um monte de opção: camisinha, comprimido, DIU... passaram um monte de coisa lá na reunião antes de operar... prá ver se a pessoa ainda se arrepender... Mas eu falei: "Não. Eu quero a laqueadura mesmo!" Ah, todo mundo fala que ficou grávida com o DIU. Eu, não quero nem saber ! Nem que me desse de graça eu não quero! Eu prefiro cortar a barriga do que ter esse DIU aí... Tantas pessoas ficaram grávida... Já pensou se eu tivesse com DIU e nascesse a criança com o DIU do lado ? Ai ia ter que fazer operação na criança... Porque às vezes acontece... [30]

eficácia

Mesmo sendo um dos métodos de maior eficácia, o DIU é caracterizado por muitas mulheres como um método "que pode falhar", ou seja, por menor que seja o índice de possíveis falhas, para mulheres que não desejam ter mais filhos, o risco é considerado alto demais e fundamenta a rejeição.

► = *E aquela vizinha que falou da tabelinha, ela também pôs o DIU... mas ficou só uma semana e o DIU caiu... ela só não engravidou porque aquela ali cuida, cuida, cuida... [02]*

► = *Olha, na verdade eu fiquei com medo, prá mim, de usar... porque eu já vi várias mulheres que engravidou com o DIU, né ?...*

- ...você conhece mesmo, ou só ouviu falar ?...

= *É... ouvi falar... quando a gente tá no pré-natal, o pessoal falou que às vezes você engravida com o DIU... mas eu ouvi falar... uma vez no pré-natal do HU, a moça tava com o DIU e o nenê... Eu fiquei meio com medo... [05]*

► = *... eu fiquei com medo de colocar o DIU... que tem mulheres que engravidam usando o DIU, né ? Se o DIU sai fora um pouquinho, diz que engravida, né ? Ai eu falei: "Ah, é melhor eu operar de uma vez"... isso não é prá mim, não... [06]*

► = *... minha sogra engravidou com o DIU e eu conheço várias pessoas que engravidou com ele, viu ? Então, prá mim, não é uma coisa segura também. A minha médica queria que eu colocasse depois que ele nasceu, mas eu não quis. Ela queria, mas eu não quis porque pelo que eu sei, tem que fazer revisão direto... não sei se essas pessoas que engravidou foi devido ao mau uso, mas pelo que eu ouço por aí, não é uma coisa garantida... É pelo comentário, pelo que eu ouço. Inclusive a minha sogra engravidou com o DIU e ela tirou, né ? Uma*

prima minha também engravidou usando o DIU, aí tirou o DIU, teve o filho e pôs outro DIU, aí engravidou de novo... não sei porque isso aconteceu... [08]

► = Eu não quis colocar ! Eu fiquei com medo de engravidar, porque falaram que podia engravidar com o DIU, e eu fiquei com medo !... Aí eu não coloquei. Eu preferi a laqueadura mesmo. A laqueadura era definitiva - cortava e não voltava mais. [15]

► = DIU eu já ouvi falar, mas ... não conheço ninguém na família que usou. A gente sabe mais por gente que usa... Mas outro dia mesmo eu tava no posto e uma mulher que colocou o DIU tava cismada... Elas não confiam, não. Colocam, mas tem medo de engravidar... [22]

► = Eu acho que prá quem tem intenção de ter filhos mais tarde, o DIU é uma boa... porque aí tira, né ? mas prá mim, não!.. Eu acho que pode sair... ah, eu nunca vi segurança nos outros... [24]

► = O DIU, uma outra amiga minha usa o DIU faz doze anos e nunca deu problema, só que anual ela faz exame e tudo, né ? Mas eu não me animei porque eu queria uma coisa que fosse prá sempre, sabe? Laqueadura, você laqueou, não tem mais, acabou!... E o DIU, chega um dia tem que tirar e o povo fala que infecciona, que tem gente que engravida... fica esses comentários e eu fico com medo, por isso que eu nunca quis por... O DIU não... Viche!... sempre que eu pensava em colocar o DIU eu já falava: "Ah, não!" Eu tinha impressão que se eu colocasse ele ia ser que nem aquela outra. Eu ia colocar e já ficava grávida... [28]

► = Mas a minha cunhada ficou grávida com o DIU e perdeu... Ela teve um aborto com o DIU, e ela disse que ela devia ter vindo fazer revisão, prá ver se o fiozinho tava certinho... ela explicou que não cuidou direito. E eu também não queria mesmo. Eu queria uma coisa que me livrasse!!!... [27]

aceitabilidade

Outro motivo de rejeição ao uso do DIU é a suspeita que ele possa ser um método abortivo, originando toda uma argumentação baseada na negação ao aborto. Apesar da divulgação de trabalhos científicos demonstrando que a ação contraceptiva do DIU estaria baseada em alterações morfológicas e bioquímicas no endométrio e fluido intra-uterino, interferindo na viabilidade dos gametas (MS 1992), a polêmica

continua, uma vez que a interferência na implantação de um óvulo fecundado não é completamente descartada (HATCHER 1999).

► = ... *Eu acho que prá quem põe é uma boa...mas... só que aborta crianças, né ? Ele aborta... será que isso não é um erro ?... não é melhor operar mesmo ?... Isso fica muito na cabeça das pessoas... Cada um comenta de uma forma, né ? Que onde já se viu pôr o DIU se aborta criança !... Que não devia acontecer isso. Mas aí eu falo: “Mas o comprimido também faz isso.”*

- Isso você ouviu na Igreja ?

= *Não, aqui o povo da rua mesmo. [02]*

► - E o DIU ?

= *Pelo que eu aprendi dele... prá começar, eu tinha muito medo dele, porque eu ouvia falar que ele era abortivo, né ? Que fecundava e ele matava a criança... [14]*

Outro motivo de rejeição é a preferência técnica por inserir o DIU durante o período menstrual, a fim de se evitar que essa inserção possa ocorrer com uma gravidez inicial ainda não detectada, pelo risco de provocar-se um aborto no processo. Mas em caso de pudor excessivo, o exame ginecológico, encarado por muitas mulheres como um procedimento penoso, muitas vezes evitado (CARVALHO e FUREGATO 2001), pode tornar-se ainda mais problemático com a presença do fluxo menstrual.

► = *E também eu não ia lá no médico menstruada prá colocar o DIU... Só prá fazer o preventivo eu já quase morro de vergonha !!... Eu não fico pelada perto do meu marido !*

- Então um método que precisa ir no médico, fazer exames, seria um problema prá você ?

= *Principalmente menstruada !... Não podia pôr esse DIU de outro jeito ?!... É chato a gente ter que ir lá no médico, ter que por... ainda bem que os médicos não sai falando, né ? Já pensou ?... [02]*

A percepção do DIU como um “corpo estranho” é outro argumento para a rejeição do método, aparecendo como negação vigorosa à possibilidade de conviver com um artefato inserido em seu corpo.

► = *É eu acho meio esquisito.. é uma coisa assim dentro da gente... que não faz parte do corpo, não dá não!... [06]*

► = *... o DIU eu não usaria não. Eu achei muito esquisito aquele negócio lá... aquele ferrinho... fiquei com medo só de olhar aquilo lá... E imaginar aquilo lá dentro de mim ?... Não sei porque, mas veio na minha cabeça: "Ah, isso aí eu não uso !" Eu não usaria... [17]*

► = *Não. Eu não confio no DIU, não !... Tenho medo de por essas coisas que não é da gente, né ? É sempre um corpo estranho no corpo, né ?... [26]*

► = *Mas o problema é que a gente escuta tanta conversa que eu fiquei com um medo danado do DIU... que fica grávida com ele, que muitos passa mal com ele, então eu fiquei com medo... e é uma coisa esquisita dentro da gente... Eu achei melhor não fazer... não mexer... Eu acho que é um aparelho assim, direto dentro da gente... Acho melhor fazer uma coisa assim, que nem uma pilula, que você vê que dá certo, do que um aparelho desses dentro da gente !... Eu sou contra isso aí !... Ai, que coisa esquisita !... [31]*

disponibilidade

O DIU é um método considerado caro para mulheres de baixo poder aquisitivo. Sua adoção depende diretamente do fornecimento e colocação gratuitos nos serviços de saúde, situação nem sempre encontrada pelas usuárias. Falhando o fornecimento regular do DIU, o retorno à pílula, mesmo com os efeitos colaterais é a solução possível para mulheres de baixa renda.

► - *... como se sentia com o DIU ?...*

= *Bem. Ótima. Tranquila. Depois ele deslocou, eu comecei a sentir uma dorzinha. Começou a doer a minha barriga, aí eu fiz a ultra-sonografia e ele tava deslocado, e aí eu tive que tirar. O médico não quis colocar outro no posto. Ele falou: "Vamos ficar um pouquinho sem ele. Você tome os comprimidos." Aí eu voltei de novo pros comprimidos. E aí voltou tudo de novo: a dor de cabeça, o mesmo que eu sentia antes. Aí ele falou: "Vamos tentar ver se eu consigo outro", porque naquele tempo eles não tavam dando mais o DIU no posto. Era comprado, né ? Aí fez o pedido e ficou esperando, né ?... e não veio... aí foi outra gravidez...*

- *... se você tivesse que comprar, era caro prá você ?*

= *Era caro! Me parece que naquela época era trezentos e oitenta reais que o médico do posto pediu... eu não tinha, jamais ! Nem pensar !*

- ... o médico do posto colocava por 380 reais, mas no posto “não tinha” ?!...

= *É, no posto não tinha. Porque esse que eu coloquei, ele fez o pedido e aí veio prá outra senhora, e aí como essa senhora também engravidou, ele passou o dela prá mim, porque eu passava muito mal com os comprimidos, né ? E depois que esse não deu certo, eu tinha que por outro, mas não tinha, né ? [01]*

► = *Até que se fosse prá eu usar, eu usaria o DIU, mas era muito difícil conseguir. É difícil. No posto tinha poucos, não dava prá todo mundo que queria.*

- então se você tivesse conseguido, você poderia estar com DIU hoje e não operada ?

= *Não, de tudo, eu preferia ser operada mesmo. Eu preferia a laqueadura. Eu já tenho três filhos, já passou, já tá bom, né ? Eu não queria mais mesmo. E a idade também, né ? (40 anos na esterilização) [13]*

em resumo

Como um método de alta eficácia e de ação local, poderíamos imaginar o DIU como uma opção que seria representada como seguro, fácil de usar por independe de cuidados cotidianos e aceitável por mulheres que tivessem problemas quanto à imprevisibilidade do ato sexual ou problemas de negociação com o parceiro para uso de métodos de barreira por não interferir diretamente no coito.

No entanto, nos relatos obtidos nas entrevistas, fundamentando as referências aos efeitos colaterais e riscos potenciais, encontramos extensas argumentações relacionadas a outras áreas, no campo da sexualidade feminina. Representações do DIU como um corpo estranho, que invade uma área do corpo cercada por mitos e tabus, um método que poderia provocar o aborto, que altera a menstruação - único sinal observável pela mulher do que ocorre dentro de seu corpo na área reprodutiva e que simboliza sua feminilidade.

6.8. Tabela

Conhecida por 93% das entrevistadas, a tabela foi usada por apenas 16%. Apesar de ser um dos métodos mais conhecidos, sua utilização foi rara e por curto período de tempo. A rejeição ao seu uso fundamenta-se em dois fatores: baixa eficácia e pouca facilidade de uso. Em apenas quatro entrevistas as mulheres afirmaram não conhecer o método, mas em sua maioria, o conhecimento revelou-se falho quanto à técnica correta de uso.

eficácia

O risco de falha no uso da Tabela é de 20 %, segundo HATCHER (1999), mas neste grupo de mulheres entrevistadas, todas que experimentaram a Tabela, engravidaram. Falha do método, falta de orientação adequada sobre o uso, terapia hormonal que alterou o ciclo ou simplesmente dificuldade do casal em manter a abstinência nos dias férteis parecem ter sido os motivos para tão baixa eficácia. O mesmo questionamento a respeito da eficácia da tabela foi encontrado por MARCHI (2000).

► = *A minha vizinha aí da frente disse que deu certo. Ela usou dois anos a tabelinha, e deu certo prá ela. Ela falou: "Deu certo prá mim, por que não vai dar certo prá você?". Mas... olha o "certo" aqui... [risos, aponta a filha] [02]*

► = *Tabelinha ? Ah, eu esqueci de falar... depois que eu tentei a primeira pílula e não deu certo, eu tentei a tabelinha. Aí eu fiquei grávida... [risos] Só que a gente furou a tabelinha... É porque começa aquele fogo na hora que não pode, sabe ?... [risos] Não devia... tá falando que não pode... mas acontece... [09]*

► = *Usava a tabelinha, quando eu engravidei do terceiro, mas essa tabelinha, eu não perguntei prá ninguém... Eu vi a minha cunhada conversando isso... Eu era acanhada prá perguntar... eu não queria contar pros outros que eu queria fazer tabela porque eu não podia comprar comprimido... [18]*

► = *A tabela falhou, porque depois que eu tomei esse hormônio, aí desregulou e aí eu ficava ovulando em dia diferente do que tava acostumada... [20]*

► = *Eu tentei fazer, mas era errado... não deu certo... A minha sobrinha, a menina dela tem sete anos, e ela faz tabelinha, e dá certo!... Tá certo que quando eu engravidei, ela também engravidou, mas acho que ela deu uma parada. [21]*

Independentemente dos fatores diversos que possam ter contribuído para estas falhas, estas passaram a reforçar um quadro negativo em relação à Tabela, nas conversas entre as mulheres. “Ouvir dizer” que o método pode falhar, ou acompanhar mais de perto, casos de mulheres que engravidaram são argumentos suficientes para uma representação forte da Tabela como um método que “não funciona”.

► - *Tabelinha, chegou a usar ?...*

= *Prá dizer a verdade, não. Conheci, mas... Tinha uma vizinha minha que fazia, e não dava certo porque ela engravidou duas vezes por problema de tabelinha... [01]*

► - *o que as mulheres falam sobre a tabelinha ?*

= *Tem umas que falam que funciona, outras falam que não. A maioria não acredita que funciona... [08]*

► - *Tabelinha: chegou a usar ?*

= *Não, nenhuma vez. Ah, eu acho que não funciona, não... prá mim não, porque muitas colegas minhas falaram que tavam fazendo e falhou. Agora, eu acho que pode ser que prá alguém resolve, né ? Mas em alguma hora falha, né ? Eu nunca arrisquei, não. [10]*

► = *Ah, umas mulheres falavam, mas eu nunca fiz. Mas falavam assim : “Ah, isso não resolve, não” Uma fez e deu certo, outra fez e não deu... então eu nem me interessei. Na palestra explicaram direitinho, que se fizer certo dá resultado...*

- *mas a mulherada não confia ?*

= *Não. E a assistente social falou que todos os métodos, se não fizer direitinho, tem possibilidade de engravidar. [11]*

► = *Ah, eu tinha medo de fazer (a tabelinha) ... eu tinha medo de engravidar. [12]*

► - Vamos pegar um por um: a tabelinha, você chegou a ouvir falar ?

= *Ouvi, mas nunca tentei, porque eles falavam sempre que tinha nascido de tabelinha, né ?
Então eu não me arrisquei com tabelinha, não. [16]*

► = *Não usei porque tinha medo de engravidar. Eu não queria ficar grávida. A minha vizinha mesmo me falava: “Ai, não acredita nisso aí, não... Não confia em tabelinha, não.”
[17]*

► = *Eu já ouvi falar, mas nunca entendi. Eu não sabia assim... ah, eu acho que eu não confiava... Eu nunca procurei saber porque eu acho que eu não confiava... Eu nem sei te explicar... [19]*

► = *Ah, eu não sou fã de tabelinha, não... É muito complicado... você tem que ficar... e eu não confio também.. Tabelinha, camisinha... uma sobrinha minha mesmo... engravidou ... [22]*

► = *Eu não. Nunca usei tabelinha, não!... Eu via as mulheres falando, mas nunca fiz não. Elas falavam que transava só três dias da menstruação e três dias depois... Eu não confiava nisso não. Nunca confiei nisso ! Prá mim era mais seguro o comprimido ou o preservativo. Esse negócio de tabelinha, de três dias antes, três dias depois, acho que não funciona, não... Às vezes a pessoa fica grávida até tomando comprimido, porque aquilo vai funcionar ?... Esse negócio de tabelinha eu acho que não funciona, não. [25]*

► = *Já ouvi falar, mas... nunca me interessei, não... Eu acho que isso não dá certo. Uma irmã minha mesmo diz que ela seguia a tabelinha e um dia falhou... [26]*

Fundamentada no conhecimento do ciclo menstrual da mulher e delimitação dos dias férteis, a eficácia da Tabela depende de uma regularidade mínima deste ciclo. Em caso de irregularidade freqüente, ou de alteração do ciclo normal pelo uso de terapia hormonal, o método não seria indicado como eficaz. Este pré-requisito de “ser regulada” é conhecido por algumas mulheres.

► = Não. Eu acho que ia falhar comigo, a tabelinha... talvez porque eu não ia saber fazer a tabelinha direito... não sei... Ah, eu escuto falar que tem que ser bem regulada, né? E saber marcar na tabelinha... eu não entendo muito da tabelinha, não... [04]

► = Já ouvi falar, mas não confio não. Não confio. Ah, não, tabelinha não. Eu não confio que dá certo, não. Às vezes varia, né? Não é todo mês igual. Às vezes um mês adianta, às vezes atrasa um pouco, né? Então, na tabela eu não confio, não. [13]

► = Ah, eu não acho muito confiável aquilo lá, não... A não ser que a pessoa seja bem regulada, né? ...

- usaria a tabelinha?

= Não. Não, de jeito nenhum! [24]

► = Ah, eu conhecia, mas eu nunca entendi. Me explicaram mas eu nunca entendi direito... Muitas pessoas na reunião do posto diz que usa e que deu certo... eu acho que até tem um jeito de dar certo, só que eu nunca tentei porque eu nunca entendi como. E também a minha menstruação não é reguladinha. Ela sempre atrasa, adianta, então a tabelinha ia sempre dar errado... [28]

► = Não. Eu nunca usei. Conhecia mas eu nunca usei, porque eu nunca fui reguladamente certa, então eu tive medo de engravidar no intervalo. [29]

facilidade de uso

A técnica de uso da Tabela exige que a mulher observe e anote a duração de seus ciclos menstruais durante seis meses, no mínimo, e a aplicação da fórmula “nº de dias do ciclo mais longo menos 11 e nº de dias do ciclo mais curto menos 18”, para encontrar os limites do período onde existiria maior risco de uma ovulação. É importante notar que a observação dos ciclos não deve ser feita sob uso de contraceptivos ou terapias hormonais, sendo indicado um método de barreira neste período a fim de não descaracterizar o ciclo natural da mulher. Para mulheres unidas ou com atividade sexual razoavelmente constante, sujeitas a engravidar, e considerando-se a rejeição masculina ao uso do condom, restaria como alternativas, o

condom feminino ou a abstinência sexual durante esse período de observação dos ciclos. Mas a dificuldade mais referida diz respeito ao entendimento da técnica em si, reproduzida nas entrevistas de forma incorreta, como uma regra fixa para todas as mulheres, sem a necessidade do período de observação.

► = *Conheço ! Minhas sobrinhas são de tabelinha... Eu acho que se a pessoa conseguir não furar a tabelinha, é boa... mas tem que ter informação, né ?... e as pessoas não tem informação... A minha cunhada estava fazendo a tabelinha, e ela furou a tabela...*

- ... “ela furou”... então o problema é a pessoa que faz a tabela não respeitar os dias que não pode ?...

= *É... e acaba esquecendo... porque é bem complexo, né ? Dez. dez e dez... quer dizer, quase dez, né ? [07]*

► = *Eu sei mais ou menos, mas se fosse prá mim usar, eu não ia saber fazer. Um falava uma coisa, outro falava outra, contava do 5º dia, contava de 14 dias, então eu nunca consegui... Aprendi até um pouco no curso de auxiliar de enfermagem, né ? Mas na minha cabeça, prá seguir aquilo lá... não tem como fazer, né ? [14]*

► = *Conheço... não usei... Conhecer eu conheço, mas de usar assim... eu acho meio furado mesmo... A tabelinha, ou você sabe fazer a contagem certinho... É que a maior parte das mulheres, que trabalha fora, às vezes nem sabe que dia que desce que dia que não desce... Acaba perdendo a conta... Ultimamente eu não vejo ninguém falar que usa... [05]*

► = *Já ouvi falar da tabelinha, já me ensinaram, mas eu não consegui aprender aquilo lá... achei muito difícil... Eu via, via, e não conseguia entender aquilo lá.. . Então eu pensei: deixa prá lá... Eu não conseguia mesmo... [03]*

Surgiu ainda interpretação confusa entre o método da Tabela e o da Temperatura Basal, indicando falta de familiaridade com qualquer dos dois métodos.

► = *Nem sei como é que usa a tabelinha. Eu ouvia a mulherada falar... que tinha que contar os dias, aí tinha que usar o termômetro... São bem poucas que eu conheço que usa a tabelinha...umas duas...elas nunca tinham tomado remédio, então usavam a tabelinha...[06]*

em resumo

A Tabela é um método que se baseia fundamentalmente no conhecimento da mulher à respeito de sua fisiologia reprodutiva, conhecimento infelizmente raro entre as mulheres. Além disto, os períodos férteis exigiriam abstinência sexual ou o uso de método de barreira, ambas as possibilidades exigindo boa comunicação e relações de poder mais equilibradas entre os parceiros. Não é fácil avaliar se o fator predominante na rejeição da Tabela foi a inexistência destas condições ou sua baixa eficácia, causada em grande parte por estas mesmas condições.

6.9. Diafragma

um método pouco conhecido

Entre as mulheres deste grupo, 14 delas (45%) não souberam expressar opinião sobre o diafragma. Muitas o conheceram apenas em palestras ou atividades educativas e este pouco contato, associado à inexistência de relatos de uso entre mulheres de suas relações, não permitiu a formação de representações.

Apenas 4 mulheres (13%) admitiram a possibilidade de experimentar o método, caso tivessem conhecido o diafragma ainda em uma fase de vida em que o objetivo fosse espaçar o nascimento dos filhos, mas como só tiveram contato com o método já com a paridade planejada atingida, descartaram esta opção.

Entre as demais mulheres do grupo, os motivos de rejeição ao método estiveram baseados principalmente nos fatores *aceitabilidade* e *facilidade de uso*.

aceitabilidade

O diafragma é um método que pressupõe familiaridade da mulher com sua vagina, considerando-se a indispensável manipulação deste órgão para a inserção e retirada a cada vez que for usado. Para algumas mulheres, esta característica do

método pode causar rejeição pela dificuldade de auto-manipulação (GARCIA e col. 1997; LOPES 1996).

As interdições à sexualidade feminina em nosso meio social e, por conseqüência, dos genitais femininos, é caracterizada algumas vezes como “*uma tripla proibição: não tocar, não mostrar, não nomear*” (SALAS, 1990, p.101), fazendo com que a vagina, apesar de sua forte presença em todos os eventos biológicos da mulher, como as menstruações e partos, seja uma espécie de território desconhecido para muitas delas.

Em um manual técnico sobre Métodos Contraceptivos, dirigido a profissionais de saúde, encontramos como uma das “desvantagens” do diafragma, o fato de ser necessário que a mulher “toque os seus genitais” (HATCHER e col. 1999, p.11-7), demonstrando ser este um fator comum em diversas culturas.

► = *Ai, credo !... Deve ser horrível aquilo... Ai, aquilo lá eu acho que não é certo, né ?... Bem, eu não experimentei, não sei como é, mas acho que deve ser horrível aquilo... Prá gente pôr aquilo lá dentro... porque o do homem põe lá no homem.... agora, entrar aquilo lá dentro... prá pôr, prá enfiar... Mulher, eu acho incrível colocar aquilo lá... eu fico abismada... Eu queria até ver pondo numa mulher aquilo... prá ver como é que ficava... Mas eu nem me interessei. Eu não colocaria. Porque eu penso assim: já colocar o modess já fica incômodo, e aquilo, né ? E porque é sempre a mulher ? Tudo tem que acontecer com a mulher ? Nada com o homem ?... Tudo sobra prá mulher... [02]*

► = *Eu ouvi falar nas palestras... Mas eu acho aquilo estranho... dá um medo de entrar aquilo prá dentro... [risos] [09]*

► - *viu na palestra ?*

= *Cheguei até a pegar na mão aquilo.*

- *entendeu como que usava ?*

= *Entendi, mas eu ia ter medo de pôr e não sair mais. [risos] É... pôr e não sair mais e ter que ir no médico prá poder tirar... Eu tinha medo de colocar aquilo lá... Não tive coragem de colocar, não. [15]*

► - e o diafragma ? o que achou ? usaria ?

= *Ah, eu acho que não ! prá mim, não... eu acho que aquilo lá é a mesma coisa que um corpo estranho, né ? E fica lá dentro, né ? Eu penso assim: pode ter algum desconforto, algum desarranjo... [24]*

► = *Ah, eu nem peguei na mão, não sei nem como é que é, entendeu ? Mas só de ver ali, eu acho melhor a camisinha do que aquilo ali... E se o homem já não quer a camisinha, imagina aquilo lá !... Pensa bem prá você ver!... [31]*

Utilizando um recurso possível da entrevista, de uma certa flexibilidade nas interrogativas, testamos junto à algumas entrevistadas a possibilidade de existir rejeição, não apenas ao diafragma, mas a qualquer artefato que necessitasse de inserção vaginal, como por exemplo, os absorventes internos (tipo O.B.), com base no fato da associação já feita espontaneamente, por algumas entrevistadas, e com a rejeição também ao preservativo feminino. O preservativo feminino, ou como é chamado, “camisinha da mulher”, não fez parte das nossas questões de entrevista por ser de introdução mais recente no serviço de planejamento familiar e nem todas as mulheres esterilizadas deste grupo tiveram oportunidade de conhecer este método através do serviço. Apesar disso, a referência espontânea ao método foi observada em alguns casos, inclusive confundido com o diafragma.

► = *Eu conheci [o diafragma] quando eu fui fazer planejamento familiar, aí eu conheci. Mas eu não usaria aquilo lá não. Prá mim, parece que se eu fosse usar ia ficar lá dentro e não ia sair mais [risos] Dá uma impressão assim - que ele ia ficar lá dentro e não ia sair. Acho que eu não tinha coragem de usar, não.*

- e o OB, você já usou ?

= *Não, nunca usei, porque eu acho que não ia acostumar a usar aquilo lá, não. Nem queria experimentar. Parece que vai me prejudicar... eu sinto agoniada... Viche ! eu nem... eu não sei nem falar !... Acho que eu não colocava não !... [10]*

► - e o diafragma usaria ?

= *É a camisinha da mulher, né ? Ah, eu não ! Ah, sei lá... parece que é um negócio muito largo, esquisito... uma boca muito grande... dá impressão que a pessoa vai ficar mais larga... sei lá!... O que que é aquilo ?!... Coisa esquisita, né ? Eu achei estranho aquilo lá ! Eu achei!... [25]*

► - você usaria (o diafragma)?

= *Ah, não. Nem a camisinha de mulher eu usaria. É incômodo, né ? Ah, dá um... é incômodo, sei lá... O prazer mesmo fica fora quando usa um troço daqueles, né ? [risos]*

- mas o fato de ser, tanto a camisinha feminina quanto o diafragma uma coisa que a mulher tem que por e tirar, isso é uma coisa que atrapalha ?

= *Ah, atrapalha, na minha opinião eu acho que atrapalha...*

- por exemplo, o OB, você usa...

= *[interrompendo] Nunca usei !... minhas colegas falam que usam ,que já usaram. Eu nunca usei !... Quando elas vão na piscina... Eu nunca coloquei...*

- por que ?

= *Ah, sei lá... eu nunca coloquei essas coisas... eu acho muito incômodo... então eu nunca coloquei, não. Nem camisinha de mulher, nem OB, nunca coloquei, não, nunca gostei de colocar, não... [16]*

► = *Não! Ah, não ! Não quero nada dentro de mim, não ! Ah, eu não gostei daquilo não ! É camisinha de mulher, né ? Eu vi, mas não fui nem com a cara daquilo lá, não...*

- o que você não gosta ? é o fato de ter que por e tirar ?... você usa OB ?

= *Nunca usei. Eu coloquei aquilo lá prá ir na piscina. Tirei, ficou o pacote novinho, depois não usei mais... não gostei não... incomoda... fica dentro, né ?... Eu achei que além de feio, ia incomodar a gente... [21]*

facilidade de uso

A interferência com a espontaneidade do ato sexual foi outra relação construída sobre alguns depoimentos que associam a dificuldade de usar o diafragma com a imprevisibilidade do ato sexual. Sem ter certeza quanto ao momento em que uma relação sexual poderia acontecer, e portanto sem poder contar com a inserção antecipada, haveria a necessidade de cooperação do parceiro, que deveria esperar até que o diafragma fosse inserido. Esta mesma argumentação foi encontrada por GARCIA e col. (1997) em estudo sobre atributos desejáveis em contraceptivos.

► - você usaria ?

= *Não. Prá falar a verdade, não !... Porque diz que a gente tem que colocar bem antes na vagina e tal... eu acho muito trabalhoso ! Até caçar aquilo lá já perdeu o rebolado... [risos] Não acho legal não [09]*

► = *Desse eu não posso falar nada, não. Mas é muito sacrifício, né ?*

- você usaria ?

= *Ah, não ! É que eu pensei assim, passar gel, por antes... E se na hora pinta um clima, como é que vai fazer ? Então eu acho que não usava, não. Não dava certo. Por exemplo, não dá prá falar assim: hoje eu vou ter relação e preparar antes. Não dá certo....*

- interrompe ? é isso ?...

= *É isso!... Até colocar, já passou... [risos] Até lá já passou, né ?... Isso não dá certo... [13]*

eficácia

As dúvidas quanto à eficácia do diafragma apareceram associadas à possibilidade de deslocamento e a necessidade de colocação correta para que isso não aconteça. Um método que depende da perícia da própria mulher para colocação de um artefato, em uma parte de seu corpo que não lhe é muito familiar, pode gerar tal insegurança.

► = *Também só vi lá no HU. Eu nunca tinha ouvido falar naquilo... E eu achei que não é uma coisa segura. Se fosse prá mim usar, eu não concordaria. Eu acho que vaza, né ? [08]*

► = *Ah, eu achei esquisito... Eu ia tremer prá colocar, que tem que ficar certo, né ? Vai que aquele negócio vira ou sai... não sei se tem perigo ou não, né ? Achei meio esquisitão... parece que ia até atrapalhar lá ... [14]*

► = *Ah, esse diafragma eu não achei bem de acordo, não. Eu acho que eu não usaria não... Ah, não sei... se não colocar ele certo... vai que coloca e ele não abre totalmente... aí dá no mesmo, né ? Esse aí eu não achei de acordo, não. Eu não usaria, não. Por que a pessoa tem que ter muita prática prá poder fazer, né ?*

- e se dessem um treinamento lá no posto prá aprender a usar?...

= *Eu não usaria, não... Ah, eu acho que eu ficaria insegura que nem com o DIU... [28]*

► - e o diafragma, o que você achou dele ?

= *Ah, eu não achei muito seguro, não ! Tentaram prá eu usar aquilo lá, mas eu bati o pé e falei que não! De jeito nenhum! Eu tive impressão que aquilo machucava a gente por dentro na hora de colocar. Ou às vezes, a gente não saber colocar... eu fiquei pensando um monte de coisa!... Aí não me interessei por ele, não. [29]*

em resumo

Uma experiência com um grupo de 194 mulheres, usuárias de serviços de saúde pública em um município do estado de São Paulo, que adotaram o uso do diafragma apontam que após 3 meses do início do estudo 50,4% delas havia abandonado o método. Os motivos alegados para o uso irregular eram relativos à natureza do método e expressos como: *“ter que levantar para colocar”*, *“senti preguiça de colocar”*, *“não tinha programado a relação”*, *“estava muito cansada”*, *“não deu tempo”*, *“ele não queria esperar”*. Entre os motivos para interrupções no uso do método encontramos: *“interfere na sexualidade”*, *“nojo do manuseio”*, *“medo de retirar”*, *“interfere na sexualidade”*, *“trabalhoso”*, *“dor ou incômodo”*, *“insegurança na eficácia”*, *“influência do parceiro”*, entre outros. (KALCKMANN et al. 1997, p. 653-654) Além disto, algumas mulheres deste mesmo estudo foram desestimuladas a continuarem com o método quando tiveram contato com outros serviços de saúde ou farmácias, o que demandaria maior atenção dos serviços no apoio às usuárias do método em suas dúvidas ou dificuldades (KALCKMANN 1999).

Os resultados do estudo referido não são muito diferentes dos argumentos usados pelas mulheres do nosso estudo para rejeitarem o uso do diafragma. Nas falas das mulheres entrevistadas podemos perceber que a maioria das restrições feitas ao método podem ter como origem comum a repressão à sexualidade feminina que deriva em mulheres que não conhecem seus próprios genitais ou que não se sentem autorizadas a manuseá-los ou, ainda mais, que têm a sua sexualidade desenvolvida de acordo com a aprovação seus parceiros.

6.10. Billings

outro método pouco conhecido

Apesar de fazer parte de todas as palestras e atividades educativas do projeto de planejamento familiar onde foram atendidas, as informações sobre o Método de Billings parecem não ter sido absorvidas pela grande maioria do grupo. Apenas 15 entrevistadas (48%) demonstravam reconhecer o método quando explicado que era “o método que ensina como reconhecer os dias férteis pelo jeito da secreção que se recolhe da vagina com os dedos”. Mesmo entre estas, apenas 5 expuseram seus motivos de rejeição ao método. As restantes não tinham formado sequer uma representação dele.

eficácia

A falta de confiança na eficácia do método de Billings pode estar ligada à característica deste grupo, de desejar o encerramento da vida reprodutiva e não apenas o espaçamento do nascimento de filhos ainda desejados. Para alcançar este objetivo, a eficácia do método foi considerada insatisfatória, mesmo para quem declarava dominar a técnica. É importante lembrar que mesmo com uso correto, a possibilidade de falha é de cerca de 20% (HATCHER e col. 1999).

► - tem aquele outro método o Billings [e explico sobre reconhecimento do período fértil pelo muco cervical...]

= *É eu sei como que é...*

- e você consegue reconhecer quando...

= *Consigno!... Mas mesmo assim, eu não confiava, não... [17]*

► = *Ah, se fosse prá mim usar, não sei, não... Porque comigo, é relou, pegou, então não sei se eu ia confiar nisso aí, não... [14]*

► = *Não, nunca tentei. Eu tinha medo de arriscar, né? Eu nem ia atrás. Eu queria uma coisa mais segura, né ? [16]*

facilidade de uso

O método de Billings exige, da mesma maneira que a Tabela, uma razoável familiaridade da mulher com a anatomia e fisiologia dos genitais femininos, assim como um bom relacionamento entre o casal para que os períodos de abstinência sejam respeitados. Estando o casal de acordo e motivados, durante os três primeiros ciclos, quando se dará o aprendizado do método, será necessária a abstinência de penetração vaginal ou o uso de método de barreira, ressalvando que qualquer lubrificante ou espermaticida poderá perturbar a percepção do muco fértil (HATCHER e col. 1999; MS 1992). Se lembrarmos que a aceitação do condom é baixa neste grupo, assim como os conhecimentos sobre o funcionamento dos ciclos, o tempo de aprendizado provavelmente implicaria em alto risco de uma gravidez indesejada.

► = *Olha, eu ouvi falar assim por alto desse método aí, mas são muito poucos que sabem usar esse método... diz que é bem difícil, né ? [09]*

aceitabilidade

Similar à outros métodos que dependem de certo planejamento da atividade sexual e de respeito aos períodos de abstinência, foram apontados também para o Billings estes fatores como motivos de rejeição ao método. O desejo de uma sexualidade livre, sem necessidade de controle de períodos permitidos ou proibidos, ou a impossibilidade de controlar a frequência das relações por monopólio masculino nesta área, seriam hipóteses possíveis.

► = *Ah, isso não é programado que nem a tal da laqueadura... Você não vai ficar esperando se pode ou não pode ... Tem dia que pode, você não tá a fim, tem dia que não pode e você tá a fim... é uma coisa difícil, né ? [22]*

em resumo

Similar à Tabela, ou mesmo ao diafragma, o Billings também foi rejeitado por sua interferência com a espontaneidade do ato sexual - ou poderíamos dizer, com a sua imprevisibilidade. Por exigir também familiaridade com o funcionamento dos ciclos da mulher, o método de Billings enfrenta o mesmo impeditivo da razoável ignorância da mulher a respeito do tema.

Além disso, apesar das ações educativas dos serviços de saúde anteriormente freqüentados, ou do próprio projeto de Planejamento Familiar do H.C, o método parece continuar desconhecido. Seria falta de ênfase, ou até omissão, na exposição e discussão do método por profissionais que têm restrições a ele ? Para o processo de opção informada deveria ser obviamente um pré-requisito o conhecimento de todas as alternativas.

6.11. Vasectomia

inocuidade

A mais forte argumentação para a rejeição da vasectomia entre os parceiros das mulheres entrevistadas esteve relacionada com o risco de impotência sexual masculina como um possível efeito colateral .

Como se encontra freqüentemente explicado em publicações que abordam o tema, a relação entre vasectomia e impotência não tem fundamentação fisiológica, já que a produção dos hormônios masculinos segue inalterada após a cirurgia, mas mesmo assim, esta representação deve ser forte em muitas culturas já que as tentativas de esclarecimento a respeito são freqüentemente citadas em literatura (TG/CWG e WHO 1996; GARCIA e col. 1997; HATCHER 1999).

► = *Ah, eu acho que ele não tem coragem de fazer... Ah, todos os homens tem medo de fazer isso aí e não funcionar mais... A maioria dos homens pensa isso, né ? Se eles fizerem isso, não funciona, então eu acho que ele não ia querer fazer.*

- mas tem algum caso que aconteceu isso ?

= *Não! Tem nada ! É conversa de homem, né ? Eu nunca ouvi falar. [13]*

► = *Quando eu fui lá no HC teve proposta dele fazer vasectomia, mas aí ele falou que não. Não queria saber de fazer...*

- por que não ?

= *Ah, eu acho que é machismo... Ele acha que vai ficar gordo, que vai brochar... por mais que o médico explicou, ele não aceitou... E eu, na fila prá fazer a laqueadura, e veio mais um filho, né ?... [20]*

► - quando foi prá se operar, o marido não se dispôs a se operar ele mesmo ?

= *Não. Ele nunca falou de operar... ele queria que eu operasse, mas ele mesmo não queria se operar, não. Ele dizia que o homem ia ficar neutro, que quando as mulheres soubessem que era operado não ia querer nada com a pessoa... ele falava isso... [25]*

► = *A pretensão dele era também só ter dois, três no máximo. Não era mais. Aliás era só dois, no terceiro ele já queria fazer a vasectomia, mas aí começaram a colocar na cabeça dele... esse negócio de cabeça, né ? Mas do mesmo jeito que eu queria só dois filhos, ele também queria. O patrão dele era ginecologista e falou que fazia a cirurgia dele, até por um preço razoável, que dava prá ele fazer... Ele tava... mas aí não sei quem colocou na cabeça dele que esfria... aí ele não fez mais. Aí sobrou prá mim, né ?... [28]*

O risco de impotência apareceu textualmente, como o motivo de rejeição, em 22 entrevistas (71% do grupo), e percebemos que, muito freqüentemente, existe uma representação negativa disseminada na população masculina, que influenciou o processo de decisão nestes casos. As referências às “conversas com amigos” como fonte das inquietações quanto à inocuidade do método são comuns, mas não encontramos uma fundamentação mais concreta nestas conversas, como por exemplo, o conhecimento de algum caso de impotência que pudesse ser atribuído à vasectomia.

► = *o meu marido concordou de operar, mas na última hora ele desistiu, porque os outros começaram a falar que ele ia virar brocha... colegas dele, no serviço, na rua... [02]*

► - e na hora de operar, podia operar você ou teu marido...

= *Mas ele não quis... ele não quis. Ele disse que não. Que era perigoso ficar... como se fala assim... que a turma falava prá ele, que os amigos falavam... que ele ia ficar broxa, né ? Ai ele falou que nem pensar!... Ele falou: "Nem pensar! Se você quiser operar, você opera. Eu assino e você se opera, mas eu não vou me operar, não!" Viche! Ele tinha um medo de operar! Ele não opera de jeito nenhum !...*

- ele conhece algum homem que ficou "broxa" depois que se operou ?

= *Não!... Não sei porque os colegas dele andam falando isso por aí... então, não sei porque os colegas dele falaram prá ele... "Se você operar, vai ficar broxa".... [30]*

Em culturas que traduzem o desempenho sexual como principal atributo da masculinidade, mesmo que casos concretos não sejam conhecidos, o risco da impotência, ainda assim, parece grande demais e "gravita sobre as cabeças dos homens como uma sentença de morte" (GADZEKPO 1995, p. 14). Esta representação negativa entre os homens parece manter sua força mesmo convivendo com conhecidos ou parentes satisfeitos com o método.

► - E a vasectomia?... você e teu marido chegaram a ...

= *Cheguei a comentar, sim, mas ele não aceitou !... Machista... ficou com medo de... ficar impotente... medo de ficar impotente...*

- ... ele conhece alguém que operou e ficou impotente ?...

= *Olha, eu tenho primos que fizeram e não reclamaram, não... Normal prá eles... uns par deles fizeram... primos meus...*

- nem assim teu marido se animou ?

= *Não. Disse que isso não era prá ele não... [05]*

► - E a vasectomia ? Antes de se operar, vocês chegaram a discutir a possibilidade da vasectomia ?

= *É, eu conversei com ele, mas ele não quis... Ele tem medo... medo de não funcionar mais, eu acho que é isso... Tem meu irmão que fez, tem um colega no trabalho que fez.... [06]*

► = *Eu cheguei a conversar com ele sim, mas por mim eu decidi me operar. Ele tem medo de operar. Qualquer cortinho ele já tem medo, né ? Ele só falava que preferia que eu operasse.*

- por que será que alguns homens não aceitam a vasectomia ?

= *Ah, muitos tem medo de não poder mais ter filho... medo de não ter mais... como que chama?... medo de não ter mais potência... é de broxar mesmo...[risos].*

- mas eles conhecem algum caso ou é só conversa ?

= *É só conversa. É machismo, né ? Acho que é meio machismo, porque meu primo operou, e o meu primo falou prá ele que até hoje tá tudo bem com ele... mas ele não se decidiu, não... Tem também os colegas deles que se operaram, mas mesmo assim... Eu acho que é falta de coragem mesmo... [16]*

► = *Ah, discutimos... mas ele, nem pensar em operar ! Não quis de jeito nenhum ! E eu tinha ganhado essa daqui fazia sete meses... Ai eu falei: “Ah, vai você, né ? que eu ganhei ela esses dias...” E ele não quis nem saber ! “Não vou não ! Eu não vou não!”*

- ele não gosta da vasectomia ?

= *Ele não gosta de nada ! Ele falou: “Ah, vai mexer lá no meu negócio...” Não quis nem saber ! Ele achava que ficava brocha... mas conversou com os amigos dele, que tem um monte de amigos que fizeram... mas não quis nem saber !*

- e teve alguém entre esses amigos que ficou “brocha” ?

= *Ah, teve um engraçadinho que disse que ficou meio desanimado... Ai, pronto ! Não quis nem saber ! Mas acho que era brincadeira... Daí falou isso, pronto!... Mas ele já não queria... [21]*

Mas se a falta de “casos conhecidos” de impotência causada pela vasectomia deveria ser indício suficiente de que se trata de um mito, encontramos uma possível explicação da força desta representação na fala do companheiro de um das entrevistadas. No imaginário de alguns homens, a impotência se transforma em uma espécie de “drama oculto” que, mesmo se ocorresse, não seria revelada pelo homem afetado por vergonha de sua condição.

►- [perguntando ao companheiro da entrevistada, presente durante um trecho da entrevista:]

- Até vou aproveitar a tua presença aqui. Das mulheres todas que eu entrevistei até agora, os maridos se recusam a fazer vasectomia achando que isso vai interferir na potência sexual. Isso é uma coisa que corre no meio dos homens ?...

= = = *Ah, sim ! Que vai brochar. Conversa tem bastante, né ? Só que eu, particularmente, nunca cheguei nesse acordo aí...*

- Mas já viu algum caso ?...

= = = *Eu não. É que é medão, né ? Se realmente aconteceu com alguém. e esse alguém é amigo da gente, ele jamais vai chegar na gente e contar: “Olha eu sou impotente por isso ou*

por aquilo”. Você deve imaginar como é.. machismo, né ? O cara pode estar brocha, mas diz que é campeão.... [companheiro da entrev. 14]³

O risco de impotência envolvido na vasectomia pode ser ligado a um tipo de profecia auto-realizável, quando *“alguns homens mal-informados sobre a cirurgia, por medo ou ansiedade quanto aos seus efeitos, acabam desenvolvendo impotência psicogênica, facilmente resolvida com aconselhamento sexual apropriado”* (LOPES 1996, p. 400).

Podemos conjecturar que um simples “aconselhamento sexual apropriado”, poderia não ser suficiente para demover uma carga cultural bastante pesada, de uma identidade masculina ligada à integridade das estruturas do seu aparelho reprodutor. A vasectomia é erroneamente associada à castração, esterilização cirúrgica realizada em animais com a retirada dos testículos (ou ovários, no caso da fêmea) e a conseqüente interrupção do instinto sexual, já que a produção dos hormônios sexuais, neste caso, é interrompida. Percebemos que mesmo com orientações técnicas fornecidas, a rejeição não foi atenuada, e a equivocada associação com a castração permanece.

► = *Se dependesse de mim, naquela época eu teria feito a laqueadura. O médico falou pra mim: “Como você não tem coragem de fazer cesárea, eu dou um cartão e encaminho o seu marido pra um psicólogo do convênio e ele faz a vasectomia”. Eu falei: “Ai, doutor, o meu marido é tão medroso..” , mas ele disse “Não, mas ele vindo no psicólogo ele vai ser preparado, ele vai fazer”.... Mas ele não teve coragem... Eu achava que ele tinha medo... Ele só não queria fazer vasectomia... o cunhado dele fez e falava pra ele: “Vamos fazer ?” E ele: “Não!... vai capar outro!...vai capar outro!” E agora ele fica falando: “Tá vendo que coisa feia, como tá engordando? Falaram que homem quando opera, engorda !” Por isso que o médico tinha dado cartão pra ele ir no psicólogo. O médico falou que se ele fizesse vasectomia achando que ia ficar brocha, ele ia ficar brocha... Se pusesse na cabeça, ia ficar ... [18]*

► - = *Viche! isso ai pra ele... Ah, o medo da vasectomia é que falam que... é aquele medo de não funcionar mais... Eu falei pra ele que só não tem mais filhos... mas de jeito nenhum.. Ah,*

³ apesar dos companheiros das entrevistadas não constituírem nossa população de estudo, aproveitamos uma fala do companheiro da entrev. 14, presente em um trecho da entrevista, como ilustração de nossa análise.

é medo de ficar... Tinha outro dia uma mulher no postinho que falou que o marido dela fez vasectomia, e ela disse que a vida dela não mudou nada, nem a do marido... Mas muita gente tem esse medo, né ? Às vezes pode ser até psicológico, né ? Se ele põe na cabeça que se fizer vai... acaba ficando mesmo, né ?... [24]

► = *Ele jamais faria! Ele acha que o homem fica frouxo quando faz a cirurgia. Porque um amigo dele tá nessa situação. Mas não é a cirurgia, é tudo de cabeça, né ? Ele operou, tá com 40 anos e não funciona... então até a gente tava discutindo antes de ontem, que se o meu genro quisesse fazer, que é mais fácil pro homem fazer, eu pagaria prá ele fazer. Ai ele já foi contra. "Nem pensar! Você quer estragar o menino por que ?", ele falou, "prá ficar broxa ?..." Eu falei, mas não fica!, é tudo de cabeça, é psicológico!... e ele: "Não! Jamais nem filho meu faz, nem eu faço!" Então ele nunca aceitou ! Ele tem um pé atrás com isso daí. Eu sempre procurei eu mesmo me cuidar, porque se eu não me cuidasse, eu tinha a casa cheia de filhos, você pode ter certeza!... [29]*

► - E para se operar, tem a cirurgia do homem e da mulher. Você e teu marido chegaram a discutir qual dos dois que ia operar ?

= *Discutimos bastante, e ele não quer fazer a vasectomia de forma alguma ! Porque ele tem medo do troço não levantar mais... Todos eles ! Não só ele, todos eles ! O meu amigo aqui da frente também, não quer ir fazer... ele é militar... A mulher dele já pegou no pescoço dele prá ele ir fazer, mas ele não quer fazer... tem medo...*

- ... eles conhecem alguém que...

= *Não. Eles tem medo, tem medo e pronto ! Inclusive tem um amigo meu que foi fazer ontem... ele trabalha comigo na loja... ele resolveu fazer e foi fazer hoje... deve estar fazendo...*

- ... esse não ficou com medo...

= *Não. Ele é um rapaz esclarecido....*

- ... esses homens, seu marido e os outros, acham que podem ter algum problema de potência sexual... de onde vem essa idéia ? conhecem algum caso ?...

= *Não. É medo. Medo, porque o meu marido é super informado. Os mesmos cursos que eu fiz, que eu assisti, ele fez também. Os mesmos livros que eu li, eu mostrei prá ele... mas de jeito nenhum ! Ele não faz, mas não faz mesmo !... Já foi explicado, já foi colocado onde que é feito... mas não adianta ... [07]*

O medo da vasectomia pode até assumir ares de um drama pessoal, quando o homem, mesmo estando preocupado com a saúde de sua mulher pela característica

mais invasiva da laqueadura, reluta mesmo assim em fazer ele mesmo a cirurgia, impressionado pela representação negativa da vasectomia.

► = *Discutimos muito, falamos muito sobre isso, e ele não queria porque ele tinha medo de ficar broxa.... [risos] Ele tinha medo de cortar e cair... "Mas tem tanta gente que fez, marido de fulana diz que não faz nada, e tal"... e ele não queria de jeito nenhum... Então ele tinha medo... Ai quando a minha pressão ficou alta, ele começou a ouvir o pessoal falando que corria risco a mulher grávida que tinha pressão alta, ai ele começou a falar comigo: "É, mulher, acho que o jeito é eu fazer a vasectomia mesmo porque é arriscado ter mais filho". Ai ele falou que ia se operar depois que eu tivesse esse filho - eu já tava grávida da terceira. Mas... "se você conseguir se operar, melhor"... e o medo ?... [risos] Ai eu entrei no planejamento familiar e consegui a operação. [09]*

► = *Na época, ele concordou. O médico falou: "Conversa com o marido, que prá eles é mais fácil, não precisa internar é muito diferente da mulher...". Eu falei com ele e ele concordou, mas aí eu acho que ele conversou com alguém e falaram prá ele que influiu não sei no que e ele tirou da cabeça. Ele teve medo de perder... que ia influir... no negócio do homem... Ai ele ficou com medo... ai não quis. Só que ele tinha dó de mim, porque eu ia operar. Ai no dia ele falou: "Ah, não vou assinar, não". Ai eu falei que se ele não assinasse, então ele ia ter que operar... No começo ele quis operar !... Mas aí ele conversou com alguns amigos e pôs na cabeça... Ai ele dizia: "Ah, mas você vai sofrer..." E eu falava: "Lógico que eu vou sofrer. Vai cortar, né ? Mas já que você não quer, fazer o que ?" Ele ficou assim: "Eu quero, mas não quero..." E prá eles é bem mais fácil né ? Ai eu falei: "Ah, então vou eu mesmo". [11]*

aceitabilidade

Expressando uma postura de que contracepção "é coisa de mulher", observamos que o descompromisso masculino com a regulação da fecundidade pode ter, como um dos desdobramentos, a não aceitação da vasectomia, que seria então considerada inadequada justamente por envolver o corpo do homem, e não o da mulher, como seria "natural".

► - E ele se operar prá não ter mais filhos, você chegou a discutir isso com ele ?

= *Cheguei !... mas de maneira nenhuma !... ele não aceitava nem... Não adiantava nem falar isso prá ele... Ele dizia... aquelas conversas bobas de homem... que ele não era mulher, que isso era coisa prá mulher, não era prá homem, que ele não ia fazer coisa de mulher... [01]*

Outra questão discutida no processo de decisão de alguns casais esteve ligada à possibilidade de arrependimento no caso de separação e nova relação posterior. Ainda que o mesmo raciocínio pudesse se aplicar à discussão da laqueadura, quando a decisão de não ter mais filhos parece ter sido da mulher, ela assume o ônus desse risco, liberando o homem da vasectomia.

► = *E eu falei: "Se uma hora você quer separar de mim"... porque homem é da pá virada... "se uma hora você quiser sumir, você sabe que operado você não pode arrumar mais filhos. E aí, se você quiser arrumar mais um lá fora, quem sabe ?" Aí ele falou: "É, é melhor você operar, vai". Aí eu falei: "Então tá bom". [02]*

► = *Quando a gente tava atrás da laqueadura, foi conversado, só que eu não ia permitir porque ele era muito jovem na época, né ? Hoje ele tem 27... Então, não, porque vai que a gente se separa e ele vai casar com outra e a outra vai querer ter filho.. seria muito egoísmo, porque eu já tinha meus dois e mais a dele... [04]*

► - E quando você foi no planejamento familiar, você ficou sabendo da cirurgia para o homem, a vasectomia. Você e teu marido chegaram a discutir quem é que ia se operar ?

= *Não. Eu nem... era eu mesmo... Porque eu acho que ele não ia querer, né ? Então... Eu já tinha três filhos, então eu achava que era melhor eu mesmo operar... pelo menos assim eu não corria mais risco. [13]*

► = *Meu marido é um medroso !... Eu nem pedi prá ele fazer. Falou em mexer com ele... Eu decidi que eu queria operar. Eu decidi a não ter mais filho... ele, era ele que sabia, se queria ou não... [22]*

A questão de controlar a infidelidade do cônjuge, traduzida na objeção ao uso de contracepção, que poderia incentivar a promiscuidade, é citada como característica masculina em sociedades patriarcais, interferindo nos processos de decisão da mulher (OMONDHI-ODHIAMBO 1997). Em nosso estudo, porém, em

uma situação inversa, encontramos este comportamento expresso por uma mulher em relação ao seu companheiro que pretendia fazer a vasectomia.

► = *Ele queria fazer... ele tava todo pronto prá fazer: prá galinhar mais !... Ai eu descobri... [risos] Mas ele queria mesmo fazer.*

[fala do companheiro]: ===“Ela não deixou” [risos] Eu me propus a fazer porque era mais simples, né ? Mas ela não deixou. Ninguém tirava da cabeça dela que eu queria fazer prá sair com outras mulheres.”

- concorda com o que ele falou ?

= *Ah. foi isso mesmo. Mas a minha cirurgia tava mais rápido... até marcar consulta prá ele... você sabe como que é feito no HU, né ? E como ele tava com planos na cabeça mesmo... [14]*

disponibilidade

A questão da possibilidade de acesso à vasectomia, como pré-requisito óbvio para sua adoção, foi oferecida para estes casais. Apesar da vasectomia geralmente ser vista com bons olhos pelas mulheres e os maridos ou companheiros terem sido convidados a participarem das ações educativas e entrevistas previstas pelo projeto, no grupo pesquisado não houve interessados nessa opção.

► = *É bem melhor que prá mulher, né ? Sem dúvida ! Mas o meu marido não quis fazer de jeito nenhum ! Machismo! Medo! Ele fala que o homem vai ficar brocha, que não vai funcionar mais... é... ele tem esse pensamento. E por causa disso, ele não quis. Foi até oferecido no planejamento familiar, que se ele quisesse poderia procurar, que era mais fácil, que ele fazia e já vinha embora, né ? Mas ele não quis não, não quis nem saber, não! Ai eu falei: “Ah, então vou eu” [03]*

► = *Ele perdeu um dia de serviço e foi lá, porque se não, não fazia, né ? Chamaram ele lá prá ver se ele operava, porque falaram que ele era mais fácil, né ? Que dava só dois pontinhos e no mesmo dia já podia trabalhar, e que comigo não, que podia complicar... mas ele não concordou... Ah, homem acha que vai ficar não sei o que... Ele falou: “Olha, eu não opero, não. Se você quiser operar, você pode operar, eu assino lá, mas eu não vou operar !”... Ah, porque falam assim que o homem fica brocha... [17]*

► = *Era prá ele ter feito ! Era prá ele ter feito, porque a médica me falou: “Olha, já te deu diabete” e eu engordei muito, ela falou que o certo, era já ter feito laqueadura quando ele nasceu, mas o plano de saúde não cobria prá mim porque o meu marido não tinha problema nenhum prá fazer... Se ele tivesse algum problema prá fazer, e como me deu problema de diabete, eles poderiam até me autorizar a fazer, que eu não tinha condições de pagar. Se eu tivesse, eu teria pago por conta prá fazer. Ai a doutora chamou ele, conversou com ele, explicou que se eu engravidasse podia ser arriscado, tanto prá mim como prá criança, então, prá eu não sofrer muito, que ele fizesse a vasectomia. Ai ele falou: “Não, de jeito nenhum”, e saiu da sala e foi embora e não fez mesmo ! E se ele fosse fazer pelo convênio a gente ia pagar só cem reais, e para eu operar era quinhentos ou mais. Pelo SUS ele também conseguia de graça, mas ele não quis... [08]*

► = *Ele não quis... Ele achava que ia gelar depois, né ? Achou que não ia voltar mais, então ele ficou com medo. Ai eu decidi... Ele tinha medo. Ai eu falei, então se você assinar os papéis, eu opero... Ele ficou meio lá, meio cá... ficou com medo que eu morresse na mesa, né ? Ai, depois de tanto eu aporrinhar a cabeça dele, ele assinou. Ai eu fui lá e operei. Prá ele tinha, mas ele não quis... Ai eu peguei e fui. [15]*

Em relato de atendimento realizado em Unidade Básica de Saúde, detectamos um caso onde houve desinformação do profissional de saúde quanto à vasectomia ser um dos métodos oferecidos, o que pode ter sido causado por um problema real: por alguns anos o serviço de Planejamento Familiar do HC não ofereceu regularmente a opção da vasectomia por dificuldades operacionais da área de urologia em realizá-las. Superada esta deficiência, ainda restou alguma desinformação nos serviços básicos que encaminham ao projeto. De qualquer forma, mesmo que relativo a um problema já superado pelo projeto que atendeu a este grupo de mulheres, a questão da falta de acesso à vasectomia é uma dificuldade a mais nos casos em que o homem supera as representações negativas e demonstra intenção de assumir a responsabilidade do controle da fecundidade do casal. A este respeito, MARCHI (2000) analisa que dentro da divisão de tarefas determinadas segundo o gênero, o homem assume a responsabilidade pela contracepção somente quando se esgotaram as possibilidades de uso de métodos femininos reversíveis, restando apenas a opção da esterilização. Apenas neste ponto, no encerramento da vida reprodutiva, o homem vislumbra seu espaço de participação, assumindo um papel protetor, poupando sua companheira de uma intervenção cirúrgica de maior porte. E quando isto ocorre, a

mais invasiva da laqueadura, reluta mesmo assim em fazer ele mesmo a cirurgia, impressionado pela representação negativa da vasectomia.

► = *Discutimos muito, falamos muito sobre isso, e ele não queria porque ele tinha medo de ficar broxa... [risos] Ele tinha medo de cortar e cair... "Mas tem tanta gente que fez, marido de fulana diz que não faz nada, e tal"... e ele não queria de jeito nenhum... Então ele tinha medo... Ai quando a minha pressão ficou alta, ele começou a ouvir o pessoal falando que corria risco a mulher grávida que tinha pressão alta, ai ele começou a falar comigo: "É, mulher, acho que o jeito é eu fazer a vasectomia mesmo porque é arriscado ter mais filho". Ai ele falou que ia se operar depois que eu tivesse esse filho - eu já tava grávida da terceira. Mas... "se você conseguir se operar, melhor"... e o medo ?... [risos] Ai eu entrei no planejamento familiar e consegui a operação. [09]*

► = *Na época, ele concordou. O médico falou: "Conversa com o marido, que prá eles é mais fácil, não precisa internar é muito diferente da mulher...". Eu falei com ele e ele concordou, mas ai eu acho que ele conversou com alguém e falaram prá ele que influa não sei no que e ele tirou da cabeça. Ele teve medo de perder... que ia influir... no negócio do homem... Ai ele ficou com medo... ai não quis. Só que ele tinha dó de mim, porque eu ia operar. Ai no dia ele falou: "Ah, não vou assinar, não". Ai eu falei que se ele não assinasse, então ele ia ter que operar... No começo ele quis operar !... Mas ai ele conversou com alguns amigos e pôs na cabeça... Ai ele dizia: "Ah, mas você vai sofrer..." E eu falava: "Lógico que eu vou sofrer. Vai cortar, né ? Mas já que você não quer, fazer o que ?" Ele ficou assim: "Eu quero, mas não quero..." E prá eles é bem mais fácil né ? Ai eu falei: "Ah, então vou eu mesmo". [11]*

aceitabilidade

Expressando uma postura de que contracepção "é coisa de mulher", observamos que o descompromisso masculino com a regulação da fecundidade pode ter, como um dos desdobramentos, a não aceitação da vasectomia, que seria então considerada inadequada justamente por envolver o corpo do homem, e não o da mulher, como seria "natural".

► - A cirurgia pro homem. Você chegou a conversar com o marido sobre isso ?

= Não. Não cheguei porque o meu já era cesárea, então aproveitava e fazia tudo de uma vez, né ? não cheguei a discutir sobre isso, não.

- E ele faria ?

= Ele faria. [10]

No artigo 10º, § 2º, da Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamentou a esterilização voluntária no Brasil, afirma-se que:

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

Em nosso estudo, das 12 mulheres que foram submetidas à laqueadura tubária por ocasião do parto, 06 referiam cesáreas anteriores e foram esterilizadas numa nova cesárea. Entre as 06 restantes, 03 fizeram a laqueadura em uma cesárea sem relato de cesáreas anteriores e outras 03 em pós-parto normal imediato. Não poderíamos afirmar se nestes últimos 06 casos relatados, sem cesáreas anteriores houve alguma intercorrência que justificasse o procedimento realizado nesta época. Observamos que as mulheres podem considerar que ir ao hospital para o parto é um evento que poderia ser aproveitado para “fazer tudo de uma vez” [entr. 10], desconsiderando os riscos de uma cesárea. Os casos relatados neste estudo, por terem sido atendimentos realizados em hospital universitário, onde o critério para indicação de cesárea é clínico, não podem servir de parâmetro de comparação com outros serviços onde a ocorrência de cesarianas realizadas “a pedido” da paciente sejam uma realidade comum.

O problema da alta incidência de cesarianas no Brasil é objeto de muitos estudos e alvo de preocupações pelos riscos envolvidos. O uso da cesariana desnecessária como “via de acesso” para a realização da esterilização vem sendo denunciado como um sério problema na área da saúde reprodutiva (BERQUÓ 1993)

Apesar de expor o dado que 4 em cada 5 laqueaduras no Brasil são realizadas através de cesarianas, WONG e col. (1998) observam que quanto maior o número de anos estudados, maior a chance de que isso aconteça, chegando a 81% entre as mulheres com 12 ou mais anos de estudo. As autoras comentam que o argumento da associação entre cesariana e esterilização justamente para mulheres mais instruídas

ou residindo em áreas mais desenvolvidas, indicam a necessidade de maiores estudos para entender essa relação, já que as mulheres de maior escolaridade deveriam ser as menos susceptíveis à induções e melhor informadas sobre os riscos da cesariana desnecessária.

7. O PROCESSO DE DECISÃO PELA ESTERILIZAÇÃO FEMININA

7.1. A mulher que não quer ter mais filhos

A maternidade já foi vivenciada, em tempos mais remotos, como um destino da mulher. Apesar do uso de algum tipo de tecnologia contraceptiva ser um fato que remonta à antiguidade, apenas com a criação e posterior disseminação de técnicas mais modernas e eficientes, as mulheres puderam exercer algum controle sobre sua própria fecundidade e planejar o número de filhos que pretendiam ter. Mas se esta afirmativa é uma realidade para muitas mulheres, com certeza não é para todas.

Neste grupo de 31 mulheres entrevistadas, apenas 11 (35%) declararam ter o número de filhos que planejou. Para 11 mulheres (35%), o número de filhos ultrapassou seu planejamento, por dificuldades na contracepção e, nos outros 9 casos (30%), o número de filhos ficou abaixo do número inicialmente planejado.

As mulheres que interromperam sua vida reprodutiva através da esterilização, antes de atingir o número idealizado de filhos, apontaram como o principal motivo para esta decisão:

- a falta de um parceiro fixo [entr. 04; 06; 14; 26];
- problemas de saúde [entr. 07; 11];
- falta de recursos financeiros [entr.01];
- marido doente [entr. 31];
- por ter espaçado muito o nascimento dos filhos, a mulher acha que ficou muito velha para engravidar novamente[entr. 22].

No caso das mulheres que tiveram exatamente o número de filhos que planejaram ter, o uso de contraceptivos de alta eficácia, seguido da esterilização feminina, garantiu o controle total da fecundidade.

Para o restante do grupo, o acesso dificultado à esterilização, por critérios restritivos de serviços ou de profissionais de saúde que impõe um determinado

número de filhos como uma espécie de pré-requisito para o acesso à cirurgia gratuita, pode ter induzido algumas mulheres a terem mais filhos do que planejavam.

► - então esse terceiro filho você só teve para poder se operar ?

= *Só para operar. Se não, eu não ia querer mais. Eu queria já operar do segundo, mas o meu médico não deixou. Não teve como !... Meu marido foi lá, falou com ele, mas ele falou que não... [17]*

► - Qual o número de filhos ideal prá você ?

= *Ah, no máximo só uns três mesmo. Se tivesse naquele tempo jeito de operar, só tinha o primeiro só. Não tinha mais. Tinha só o rapaz e tinha operado. [15]*

► = *Eu lutei muito no planejamento familiar prá tentar laquear antes de engravidar das duas, mas eles não queriam laquear porque eu tinha só dois, que eu ia casar, que não sei o que, e que eu poderia me arrepender depois... [26] [mãe de dois casais de gêmeos, solteira]*

Para algumas mulheres, ter a paridade planejada ultrapassada é uma situação vivenciada com certa resignação. Não parece haver resistência muito grande às modificações em seu planejamento próprio de vida, como se ter filhos fosse um evento não recusável pela mulher.

► = *... eu não queria mais, mas se veio, veio... É que nem ela. Eu queria ter parado, não queria mais, mas aconteceu... chorei, tudo, mas aí a gente tem que se conformar, né ?... [21]*

► = *Ah, os quatro tava bom, né ? Mas Deus mandou mais o pequenininho e eu não pude tirar e jogar fora, né ? Aí veio e ficou aí... Já que foi pela vontade de Deus... Nem remédio eu tomei prá jogar fora... [30]*

Para outras, o inconformismo perante o fato de uma nova gravidez não planejada pareceu traduzir a impotência de não conseguir controlar o seu próprio corpo e talvez, por contingência, a sua própria vida.

► = *Nossa!... Eu fiquei até depressiva quando eu engravidei dela... Porque eu não queria mais filhos. Eu queria só dois. Eu queria ter tido só dois, e eu já tinha um casal... Ai eu falei: "Ah, não quero mais não"... De jeito nenhum... dá muito trabalho... [27]*

► - quantos filhos você queria ter ?

= *Na minha cabeça, era só dois. Só os dois mais velhos. Depois veio o menino e eu falei: "Ah, o terceiro ainda vá lá". Mas essa quarta... já não era meu plano !... [28]*

► = *Ah, eu tenho umas colegas que são evangélicas, e elas falam que não fazem a laqueadura, que se Deus der 20 filhos prá elas, elas vão criar os 20. Eu... eu não quero 20 !!!... [10]*

7.1.1. O número ideal de filhos

O número de filhos planejado por estas mulheres variou de 1 a mais de 6, com predomínio de 61% na faixa de 2 a 3 filhos. Quando perguntadas sobre o que limitou este número, a argumentação mais comum foi a falta de recursos financeiros, em todas as faixas de renda deste grupo (de R\$ 120,00 a R\$ 2.000,00).

► - qual o número ideal de filhos prá você ?

= *Eu acho que a gente que é pobre, eu acho que uns dois, três...*

- e se a pessoa não for pobre? e se a tua situação fosse melhor ?

= *Ah, muito não... Eu acho que mesmo que eu fosse bem de situação, o negócio era dois, três mesmo! [23]*

O número ideal de filhos, que aparece com maior frequência como 2 ou 3, é reforçado até mesmo por profissionais de saúde, e pode estar baseado num conceito de "paternidade responsável", onde cada casal deveria ter apenas os filhos que pudesse criar e educar com dignidade.

► = *Até lá no hospital, no dia da cirurgia, o médico falava comigo : "Vamos desistir ? A senhora não quer desistir ? Tá em tempo ainda. Nós não cortamos não. Quer tentar um moleque ?" Ai eu falei: "Não, de jeito nenhum". "A senhora quer ter só dois mesmo ?" Eu falei: "Só". "Tem só duas meninas ? Não quer tentar um molequinho?" E eu falei: "Não, já*

tá bom". Ai ele falou: "A senhora tá certa. Mais que três filhos prá rico é vaidade, prá pobre é irresponsabilidade"... [24]

► = *Ah, hoje tá muito difícil, né ? Hoje em dia tá difícil Tá difícil a gente criar eles, as coisas tão muito caras, né ? [13]*

► - *mas tudo pode melhorar na vida... se tua vida melhora financeiramente, o número de filhos poderia aumentar ?... a questão financeira tem a ver com o número de filhos ?*

= *Na minha opinião, tem, se bem que a maioria não pensa assim, né ?... quanto maior a miséria, mais filhos. Você vê pessoas aí que não tem emprego, não tem casa, não tem nada e tá aí com quatro, cinco, seis filhos... Eu tenho uma amiga que casou depois de mim, mora numa favela, e outro dia encontrei ela. Tá com sete filhos!... dentro de dois cômodos... Eu acho que os filhos sofrem, você sofre mais... E tava um frio esses dias, e eu tava falando com o meu marido: "Nossa!.. coitada da minha amiga"... "Cria"... as pessoas falam, "onde come um, come dois", mas eu quero ver comer !... [22]*

7.1.2. A situação financeira

Como a questão financeira aparecia freqüentemente como uma das motivações para interromper a reprodução, perguntamos às 20 mulheres que fizeram referência à falta de recursos, se não teriam tido mais filhos caso sua situação financeira tivesse sido melhor. Destas, 5 concordaram com a possibilidade. Para as outras, apesar do argumento inicial, na hipótese de uma situação financeira melhor, mesmo assim não teriam tido mais filhos.

► - *qual o número ideal de filhos prá você ?*

= *Eu acho que a gente que é pobre, eu acho que uns dois, três...*

- *e se a pessoa não for pobre? e se a tua situação fosse melhor ?*

= *Ah, muito não... Eu acho que mesmo que eu fosse bem de situação, o negócio era dois, três mesmo! [23]*

► = *Ah, hoje tá muito difícil, né ? Hoje em dia tá difícil Tá difícil a gente criar eles, as coisas tão muito caras, né ?*

- *difícil em termos de dinheiro ?*

= *De tudo, de tudo !*

- e se a vida melhora, se o marido arrumasse um emprego melhor, quantos filhos você acha que você teria ?

= *Não ia mudar nada.... [13]*

A argumentação da deficiência de recursos para limitar o número de filhos não foi um consenso. Como bem pontuaram algumas entrevistadas, mesmo em camadas mais privilegiadas o número de filhos não parece ser maior.

► - e se melhorasse as condições financeiras, teria mais ?

= *Ah, rico também não gosta muito de ter filho, não, né ? [risos] Ai tem que gastar muito na Disneylandia....[risos] [14]*

► - esse número de filhos tá ligado na questão financeira da família ?

= *Ah, eu acho que não tem ligação, não... E a pessoa quanto mais melhor ela é de situação, não quer ter nenhum !... Só um, dois... Quanto mais dinheiro você tem, mais condições de ter uma criança, aí é que só tem um ou dois... [31]*

A questão financeira, que foi usada tão frequentemente como a maior motivação para limitar o número de filhos, pode ter traduzido o posicionamento de ter menos filhos para poder criá-los melhor.

► = *... o que a gente pode fazer, a gente faz por esses aqui... ainda ter mais ... eu acho que não. [01]*

► = *... as pessoas falam: "Ah, a crise de vida tá dura...". Que antigamente, a gente falava: "Onde come um, come dez". Não é bem assim mais, né ? [02]*

► = *...eu não podia ter mais que três filhos... Prá criar três filhos já é difícil, né ? Então eu procurei me operar mesmo. Ter filhos demais, não dá prá dar uma boa educação, né ? [16]*

► = *É que as coisas tão difíceis, né ? Eu tenho uma só estudando e às vezes, quando começa as aulas, a gente tem que comprar o material até à prazo porque não tem o dinheiro prá ir lá e comprar à vista. . [19]*

► - qual o número de filhos ideal prá você ?

= *Dois só!...*

- e se a situação financeira ficasse muito melhor, quantos filhos você acha que poderia ter ?

= *Mesmo assim ! Eu acho que dois filhos já tava bom. Porque com dois filhos a gente pode dar atenção. Eu tenho experiência própria. Não dá prá dar atenção prá todo mundo ! Às vezes um tá precisando de alguma coisa, de ir no médico, de ir buscar... ai, é tanta coisa que tem... tanta responsabilidade! De pequeno nem é tanto, mas quando começa a crescer, é tanta coisa !... A não ser que a gente seja aquele tipo de mãe que é igual cadela: é só parir os filhos e não acompanha a sua vida sentimental, sua vida financeira. Tem pai que nem liga, né ? A vida financeira dos filhos, se eles tão fracassados, se tá derrotado, nem liga. Agora, eu sou um tipo de mãe que eu gosto de me envolver nessas áreas... A gente fica triste quando vê um filho com problema...*

- então, no caso de uma nova relação, você não teria mais filhos ?

= *Não.... quem dera se eu pudesse voltar eles todos prá dentro... [risos] Não... é brincadeira... [27]*

A argumentação a favor de “criar melhor os filhos” ocorreu em várias faixas de renda. As entrevistadas de menor poder aquisitivo fazem mais referências às necessidades básicas, como alimentação e agasalho, mas aparece também a necessidade de propiciar maior escolarização, almejando futuro com menor dificuldade para os filhos.

► - qual o número ideal de filhos prá você ?

= *Ah, eu queria ter só dois mesmo ! Eu sou de família pobre, né ? Era aquela dificuldade... teve uma época que não podia estudar os filhos, tinha que trabalhar... Eu comecei a trabalhar com 12 prá 13 anos... Então é aquela dificuldade: a pessoa vai trabalhar, vem correndo...Ah, assim não dá...*

- e se a situação financeira muda, melhora, o número de filhos muda ? Com mais folga de dinheiro, você teria tido mais filhos ?

= *Ah, eu acho que não ! Ai eu já ia pensar assim: que eu ia querer estudar bem elas e dar o melhor ainda prá elas... melhor ainda !... [24]*

► - o sonho do teu marido e teu também é criar os filhos... estudar... [filho fazendo cursinho para vestibular]

= *É que nós não tivemos estudo, né ? Prá eles não terem que ficar camelando... Se hoje tá assim, difícil, imagina quando eles tiverem a nossa idade... [22]*

E quando a entrevistada possuía maior escolaridade (entrev. 07, terceiro grau incompleto), a expectativa de propiciar aos filhos melhor nível educacional, ficou ainda mais complexa, incluindo atividades educacionais além da escolaridade, como o estudo de línguas e informática.

► - mas se você pudesse escolher, [entre trabalhar fora ou ficar em casa] ficava em casa ?

= *Ah, sim! Eu ficava em casa ensinando [para os filhos] inglês, espanhol, computação... [07]*

O poder aquisitivo muito baixo da maioria da população, poderia ser apontado como um dos importantes na discussão sobre a queda da fecundidade no Brasil. A conjuntura nacional de baixos salários e desemprego que determina a necessidade do trabalho da mulher para dividir ou assumir a responsabilidade pelo orçamento familiar aumenta as dificuldades financeiras para a criação dos filhos (GIFFIN 1994). Neste grupo entrevistado, mesmo as mulheres que gostariam de ter tido mais filhos foram impedidas em sua pretensão devido à impossibilidade de prover até mesmo as suas necessidades básicas

► = *Na época, tava ele e eu desempregados... e um quarto filho... o método que eu queria era mais a laqueadura por causa da questão financeira, né ?*

- a questão financeira é o que te segura de não querer mais filhos ?

= *É. Porque se eu estivesse bem empregada e ele também, e mais conforto, eu não teria feito.*

- Aí você teria mais filhos...

= *É. Aí eu teria mais.*

- se a situação estivesse melhor você ia para o quinto...

= *Quinto, sexto... quantos quisesse vir, eu tinha. [20]*

Ter um grande número de filhos, fato comum em gerações anteriores, foi referido como um padrão desejado apenas por uma minoria deste grupo entrevistado.

As razões relatadas para que gerações anteriores tivessem um número de filhos maior foi a falta de opções contraceptivas na época..

► = *Minha mãe usou muito tempo isso aí. [coito interrompido] Ela falou que usava porque de primeiro não tinha muito anticoncepcional, essas coisas... só era camisinha e isso aí prá evitar filho. A minha sogra diz que ela usava camisinha... então cada camisinha que rompia ela engravidava. Ela teve quatro, e isso porque um morreu e ela casou com 33 anos... ela teria mais... porque o meu marido ela teve já com 43 anos. [09]*

► = *...todas com dois filhos querem fazer laqueadura.*

- Por que será que diminuiu tanto o número de filhos ? Antigamente era cinco, seis...

= *Mas eu acho que antigamente era mais difícil de fazer a laqueadura, né ? Só quem podia mesmo pagar, que tinha dinheiro...*

- as mulheres não gostavam mais de ter filhos antigamente ?

= *Minha mãe mesmo, teve dez filhos e morreu quatro...*

- quantos ela queria ter ?

= *Ela me falou que só queria só três ou quatro...[19]*

► = *Olha, prá falar a verdade, eu acho que mesmo a gente falando todos os problemas que dá, elas querem fazer... Você pode notar: todas as mulheres que você conversa, nova e tudo, essas mais novas... todas querem fazer !... “Ah, eu vou ter um ou dois e já vou fazer a laqueadura” !...*

- parece que antigamente a mulherada gostava mais de ter filho ?

= *É o que eu falo!...*

- por que será que as mulheres hoje não querem ter mais filhos ?

= *Ah, não sei... muitas falam que é por causa do corpo... mas eu acho que isso não tem nada a ver com o corpo... Eu tenho seis filhos, e graças a Deus, não tô quebrada !... E muitas, é porque filho dá trabalho, muitas também não sabe criar, sei lá... Hoje em dia, do jeito que tá, que ninguém quer ter filho... [31]*

7.1.3. As dificuldades “modernas” para educar os filhos

Nem só as dificuldades financeiras foram citadas como motivos para limitar os filhos. Outras dificuldades, surgidas pela deterioração do meio social foram

apontadas por algumas mulheres, como os problemas relacionados com o comportamento das novas gerações e o risco das drogas.

► = *Olha, pelas condições que a gente tá vivendo hoje... Tanto condição financeira como ensinamentos, moral, tudo! E então, quanto mais filho você tem, mais dor de cabeça, mais preocupação você vai ter. Porque não adianta: você pode ensinar dentro de casa, você orienta, mas lá fora... você não vai ficar 24 horas acompanhando ele... E você não pode confiar num filho seu, que é verdade tudo o que ele fala... a gente sempre confia desconfiando, então a gente fica preocupado. Porque hoje em dia não tem mais moral ! Tudo liberal, né ? É tudo liberal, então é difícil você criar um filho hoje em dia. Eu acho que se fosse como antigamente, apesar que era muita rigidez, muita braveza, mas se fosse prá uma família viver como antigamente com amor e carinho, acho que dava prá ter mais filhos... mas hoje em dia... [08]*

► - Qual o número de filhos ideal prá você ?

= *Ah, no máximo só uns três mesmo. Se tivesse naquele tempo jeito de operar, só tinha o primeiro só. Não tinha mais. Tinha só o rapaz e tinha operado.*

- e o que segura esse número de filhos ?

= *Ah, é que hoje em dia eles não obedecem mais o que a gente fala... Naquele tempo, dava prá gente educar um filho, nos tempos antigos. Mas hoje, não tem jeito de obedecer. Você fala, o filho não obedece ... [15]*

► = *E hoje também tá tão perigoso esse negócio de ter filhos, né ? Tá demais !... Virou a esquina ali, você já não sabe o que tá acontecendo... tem que ficar em cima, direto... Problema de drogas, essas coisas, né ? No meu tempo era mais sossegado, né ? Não tinha tanto essa bagunça de drogas... hoje em dia... Às vezes, eu vou levar as crianças cedo no postinho e vejo um rapazinho deitado no barranco passando droga prá crianças... É !... eu já vi isso! E um molequinho pegando... O rapaz ainda falou: “Corre, corre que a diretora tá vindo aí”... Você vê: a criança tá ali dentro e os pais não tão sabendo... Dão o dinheiro pro lanche !... Então eu penso tudo isso. Eu falo: “Meu Deus!” Se acontecesse comigo, eu ficava doida !... [24]*

► = *Elas falam [as amigas]: “Ah, graças a Deus você já se operou”... Porque tá muito difícil prá criar filho, né ? Não tá tendo mais jeito de dar educação... Não é mais como no tempo da minha mãe que ela teve 10 e educou os 10. Educar os 3 não é fácil!... Não é mais igual aquele tempo...*

- o que tinha de diferente naquele tempo ?

= *Eu não sei se é porque a gente morava no sítio, né ? Não é por causa de despesa que eu penso assim... é sobre drogas, esses negócios, né ? Porque antigamente, que nem minha mãe criou os dez filhos dela, ela nem pensava nisso daí... drogas, esses negócios... Agora, a gente, mora aqui e não sabe o que vai ser dos filhos da gente, né ? Eu peço a Deus todo dia prá que Deus me ajude a criar eles... prá que eles não sejam assim, da rua... Porque uma mãe não quer isso, né ? Uma mãe nunca quer, nem o pai... a gente faz de tudo prá por na cabecinha deles, mas a gente não sabe o que vai ser depois, né ?... [17]*

Além das dificuldades relacionadas à educação dos filhos e das preocupações com os custos de criação e de educação, uma outra questão diz respeito ao consumismo moderno que também afeta a maternidade. Ser mãe pode significar também poder ter acesso a um certo rol de produtos desenvolvidos para os bebês, e que compõem um “cenário” idealizado, mas de difícil acesso para mães de baixa condição financeira.

► = *... tá difícil em todos os sentidos. Você vê: uma criança quando vai nascer, a tua vontade é ter um enxoval completo, e é uma coisa que eu nunca consegui prá nenhum dos três filhos meus. Nunca consegui preparar um quarto ali prontinho... que o meu sonho era esse, sabe ?... Quer ver ? Eu nunca consegui comprar uma coberta daquelas fofinhas prá nenhum dos três meus ! Aquelas cobertas... então eu penso: prá que ter um filho ? Ah, porque é gostoso... mas eu falo: um nenenzinho com uma roupa usada, não fica bem... porque é nene, é novinho, tem que ser tudo novinho, tudo bonitinho... ah, sei lá... A da minha primeira filha, foi tudo ganhado, a do segundo também... Mas é pouco o que ganha, então, eu nunca pude ir numa loja, fazer uma compra... berço foi ganhado, carrinho foi ganhado... Por isso que eu imagino um filho só... não é que você vai dar tudo que o filho quer, mas fica mais fácil. ... Mas, mesmo que tivesse dinheiro, mesmo que a condição financeira ficasse bem, eu não teria mais filhos. Não, porque não compensa o sofrimento da gente ... Mesmo assim eu ainda tive três, né ?... [08]*

7.1.4. A falta de estabilidade nos relacionamentos

Apesar da crescente participação da mulher no orçamento da família, com alguns casos, neste estudo, de mulheres que sustentavam a casa sozinhas ou contribuía com parcela maior que o marido, a maioria das entrevistadas ainda vivia uma situação de dependência financeira em relação ao companheiro. A falta de

estabilidade dos relacionamentos pode ser também um fator limitador para o número de filhos. Ter um companheiro fixo, num relacionamento mais estável, que possa ajudar financeiramente, foi apontado como a condição mais favorável para criar os filhos.

► = *Prá quem tem um marido, um esposo, não importa o tanto de filho... E eu vi que esse marido meu não estava dando certo mais... ele é muito mau... não tinha responsabilidade com os filhos. Falar que ele é responsável, ele não é ! Então eu acho que prá mim não tinha mais condições não...[01]*

► - Qual é o número ideal de filhos para você ?

= *... Eu acho que o ideal mesmo seria quatro filhos... na minha opinião seria o ideal... um número bom.*

- *... mas você teve só três filhos?...*

= *Não, prá mim, não. Se eu tivesse tido um relacionamento seguro, um marido, talvez eu tivesse tido mais, mas como eu não tive... [04]*

► = *... Quatro tá bom demais. Eu não tenho uma coisa fixa prá mim, né ? Eu tenho ele, mas não é uma coisa segura, uma coisa fixa, né ? Tá ali prá ir embora a hora que quiser... Eu não prendo ninguém do meu lado...*

- e se de repente você arruma um parceiro fixo, o fato de estar laqueada não poderia prejudicar, não ?

= *Ah, não... já tá bem demais. Agora, se eu tivesse sido casada, tudo bonitinho, desde o início, eu encheria a casa de filhos. [risos] Ah, eu amo crianças !... Então, eu não arrependeria, não. Mas se eu tivesse um marido que tivesse condições, que fosse um casamento fixo, que continuasse e se desse bem, eu acho que teria uns seis, acho que por aí... Ah, eu teria, não me arrependeria, não. [26]*

7.1.5. A participação masculina na contracepção

Se a falta de um companheiro fixo foi usada como argumento para limitar o número de filhos, pela falta de apoio para as tarefas de criação e educação, as mulheres que referiram a convivência com um companheiro não tinham

obrigatoriamente apoio efetivo para uma outra tarefa: a contracepção, percebida por alguns desses homens como uma “tarefa de mulher”.

► = *Olha... eu tinha que me cuidar mesmo... porque ele não usava muito não... Mulher tem sempre que se cuidar mesmo, né ? Eles acham que é sempre uma tarefa de mulher mesmo, né ? [05]*

► - como foi a participação do teu companheiro nessa questão de evitar filhos ?

= *Ah, da minha parte eu é que me cuidasse, né ? Ele não tava muito aí não... Geralmente eu é que ia atrás, né ? Sempre eu! Aliás, sempre a mulher, né ?... [24]*

► = *Eles tinham que cooperar com a gente, né ? Eu já tinha três cesáreas já e ainda cortei outra vez... Ele tinha que operar e não deixar a mulher se operar. Eu ter que abrir outra vez, ter que fazer o resguardo tudo outra vez ? É a mesma coisa de ter uma criança... eu resguardei tudinho... os 40 dias. [15]*

► - os homens ajudam nessa questão de evitar filho ?

= *Não. A maioria não...*

- e o seu, ajudou ?

= *Não. Nem um pouco... Ele não. Quando eu fui lá no HC teve proposta dele fazer vasectomia, mas aí ele falou que não. Não queria saber de fazer... [20]*

A reprodução parecia ter, para alguns homens, um significado de afirmação da masculinidade, com um sentido explícito de “fazer filhos”, mas não de criá-los, de educá-los. Estas seriam tarefas também da mulher.

► - ... ele é um cara que gosta de por filho no mundo...

= *Só pôr, porque cuidar, ele não é um pai responsável, não. Ele não foi um pai excelente, não. Minha vida foi muito sofrida...[01]*

► - teu companheiro te ajudou nessa coisa de evitar filhos ?

= *Não mesmo! de jeito nenhum ! Sempre pensava do lado dele, nunca pensou do meu lado! Se eu não tivesse me cuidado eu tinha uns 10 ou 12 filhos, porque a família dele tudo tem bastante filho... 11, 10, 06, 09... Por ele, tinha uns doze ! Ele é igual aos irmãos dele lá no norte. Nortista gosta de filho, né ? Mas não colabora com nada ! Nem prá ajudar a*

educar, nem prá ajudar a criar !... Eles só pensam em botar filho no mundo... mas aqui é diferente, não é como lá. Ah, não, comigo, não!... [29]

Em alguns relatos, apareceu um certo reconhecimento de participação do companheiro nas atividades de contracepção, mas de forma eventual, nos intervalos de uso de um método feminino ou com um sentido de apoiar a mulher quando esta usava esses métodos.

► = *Ele sempre ajudou. Ele sempre foi de acordo. Se eu falava que não, que eu não queria mais filhos, ele apoiava, né ? Ele sempre deu força, deu o maior apoio prá mim.*

- mas prá ele usar os métodos, não...

= *Prá fazer a cirurgia nele, não. A única coisa que ele pulou fora. Se eu escolhesse a camisinha, ele usaria, sim. Ele usaria, porque eu estava escolhendo, né ? [03]*

► = *Ah... algumas vezes ele ajudou, mas poucas vezes... Reclama!... [risos] Depois a gente conversou e ele acabou assinando lá prá mim operar. Ele falou: “É, três já tá bom”. [09]*

► - O papel dos homens nessa coisa de evitar filhos: eles ajudam ?

= *Ah, ajudam! A maioria ajuda. O meu mesmo, sempre ajudava.*

- como que eles ajudam ?

= *Ah, eles ajudam dando apoio, né ? Que a mulher fala: “Ah, que não pode”, “Ah, vamos fazer isso”... Pelo menos esse marido da minha amiga ele apoia muito. [11]*

► = *Ajudava. Ah, ele usava camisinha, essas coisas, né ? [12]*

[usaram também o coito interrompido]

A oferta escassa de métodos contraceptivos reversíveis para uso masculino, reduzidos ao condom e coito interrompido, poderia ser um dos fatores que contribuem para a manutenção dessa ausência masculina no cenário da contracepção. Quando a opção é por um método definitivo, a representação incorreta da vasectomia como uma espécie de “castração”, também pode dificultar a atuação masculina.

► - Teu marido, te ajudou nessa coisa de evitar filhos ?

= *Ah, camisinha os homens não gostam muito. A vasectomia eles tem medo, né ? [13]*

► você acha que durante a vida, os maridos ajudam as mulheres a evitar filhos ?

= *Bem , pelo menos o meu não gosta muito não... dele evitar, não... de usar camisinha também não gostava muito não. Mas também eu tinha alergia... [16]*

► - A participação do teu marido nessa coisa de evitar filho: ele te ajudava ? ou poderia ajudar mais ?

= *Ah, ele se preocupava bastante, sim... Se bem que a camisinha, que ele podia usar, que é um método bastante seguro, ele não gostava... mas ele se preocupava bastante, sim... [19]*

► - teu marido ajudava a evitar filho ?

= *É, ele ajudou... inclusive essa menina menor veio por acaso... [25, marido não gostava e não usava a camisinha]*

► - o papel do teu marido nessa coisa de evitar filhos ?

= *Ele ajudava. A pretensão dele era também só ter dois, três no máximo. Não era mais. Aliás era só dois, no terceiro ele já queria fazer a vasectomia, mas aí começaram a colocar na cabeça dele... esse negócio de cabeça, né ? Mas do mesmo jeito que eu queria só dois filhos, ele também queria. [28]*

► - O teu marido te ajudava nessa coisa de evitar filhos ?

= *Foi tudo que eu abria a boca prá falar... eu sempre falo prá ele que ele vai muito na minha, que não dá... Então se eu falava que ia operar, ele dizia: " Então vai." e prá operar tem que fazer planejamento: "Então faz... Eu assino." Ele só não queria fazer vasectomia... [18]*

7.1.6. A mulher no controle de sua própria fecundidade

CORRÊA e PETCHESKY (1996), na defesa dos direitos reprodutivos das mulheres, aponta alguma incongruência na redação da "Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres", das Nações Unidas, onde encontra-se a afirmação que homens e mulheres teriam os mesmos direitos para

decidirem sobre o número de filhos que desejam ter. Esta visão sobre os direitos reprodutivos dos indivíduos (homens ou mulheres) traria em si uma contradição, uma vez que só as mulheres engravidam, não podendo, portanto, sua situação ser igualada à dos homens. Textualmente, afirma:

“Por que deveriam homens e mulheres terem os mesmos direitos quanto à reprodução, quando são as mulheres que ficam grávidas e, na maioria das sociedades são as responsáveis diretas pela educação das crianças e um crescente número de mulheres o fazem sem nenhuma ajuda dos parceiros ?”
(p.165)

Não havendo concordância entre um casal quanto ao número de filhos, principalmente quando a mulher não quer ter mais filhos mas o homem ainda quer, a questão que se coloca é: a quem cabe a decisão? Se o casal faz uso de um método masculino, ou que dependa de cooperação masculina para seu uso, se torna mais difícil para a mulher exercer a autonomia de decisão sobre um processo que, fisiologicamente e socialmente, recairá sobre si de forma mais acentuada que sobre seu companheiro. A posição oficial de serviços de saúde, assim como o próprio texto da Lei que regulamenta a esterilização feminina, reforçam esta situação de falta de autonomia da mulher sobre seu próprio corpo, quando consideram a concordância por escrito do cônjuge um ato obrigatório (e não apenas aconselhável), para que se respeite a decisão da mulher em submeter-se a uma intervenção cirúrgica que anula a sua capacidade reprodutiva - e não a de seu cônjuge (WONG e col. 1998). Ainda que a Lei especifique a mesma obrigatoriedade para a esterilização masculina, há que se considerar que o exercício de poder entre os gêneros não é equilibrada e podem ser grandes as dificuldades da mulher em fazer valer a sua vontade quando houver discordância entre o casal quanto ao número de filhos.

Obtivemos relatos deste tipo de conduta do serviço de saúde até mesmo quando o relacionamento era extra-conjugal, inclusive em situação de violência doméstica, apontando uma certa incapacidade dos profissionais de saúde para diagnosticarem e encaminharem corretamente situações conflituosas em relações de gênero.

► = *Eu, no segundo filho eu já queria fazer... ele não quis...ele não quis assinar de maneira nenhuma...*

- ... ele queria ter mais filhos ?...

= *De certo era, né ? porque me deu mais dois ainda, né ? Ainda depois dessa última menina, de tanto eu pedir, eu dizia que eu não podia mais, que eu não tinha condições...*

(...) Eu cheguei a largar dele, eu fui embora... ele não dava paz... Ele é dessas pessoas que bebia, que não dá sossego... Sabe, eu tinha que voltar prá ele ficar em paz e deixar a minha família em paz... Ele perturbava mesmo ! Bastante!... Ele é muito mau... se eu te contar a minha vida... meu Deus !...

- ... você não chegou a procurar a polícia, fazer uma queixa contra ele ?...

= *Eu fui uma vez porque ele quebrou o meu braço... Ele me batia muito, várias vezes ele me batia muito... Mas se eu largava ele, ele ia atrás... Ele é mau... nossa !, não tinha como... eu não tinha solução... Eu fui uma vez na delegacia da mulher... fiz a queixa, mas depois ele falou que ele não largava de mim, que eu tinha dois filhos dele, que ele não vivia sem os filhos, que não vivia sem eu... Falou lá a versão dele, do jeito dele e não deu em nada... Agora mesmo, prá registrar essas crianças, eu já fui várias vezes... ele fala que não registra, que se ele vier a registrar vai ser no dia que ele bem quiser... que ninguém faz ele registrar... Ele tem chácara, ele tem outra casa alugada lá em cima, tem essa aqui no fundo, que é alugada... e eu moro nesses dois cômodos dele aqui. É um pai que nunca deu apoio para os filhos... Ele foi casado na Bahia, e a mulher de lá, ele diz que ela não zelava bem dos filhos... ele teve dois lá na Bahia... que ela andava muito, não zelava dos filhos, não cuidava da obrigação... então ele largou, entregou na casa do pai e veio embora pro Paraná. Chegou aqui, ele casou com essa e teve sete... mais esses três comigo.. e mais ainda, viu ? Não é só isso não ! Ele teve mais esparramado por aí... . [01]*

► - O papel do teu marido nessa coisa de evitar filhos, você acha que ele te ajudou ?...

= *Muito pouco !... Muito pouco. Eu quase não consigo a laqueadura lá no HU, porque nas entrevistas que teve com ele, ele deixou claro prá psicóloga que ele queria mais filho. Ai eu fui lá e implorei prá mulher lá me fazer a laqueadura... E eles só fizeram por causa da minha história, que eu levei o comprovante que me deu diabetes... quase que eu não consigo fazer !... Porque eles chegaram à conclusão que ele queria mais, né ? Pela vontade dele ele teria mais...*

- mas ele assinou a autorização ?

= *Não, ele não assinou. Porque quando eu fui conversar com a psicóloga, ela disse : "Por você, dá, mas pelo seu esposo, não tem como, porque a vontade dele é de ter mais filho". Parece que ele não assinou, não. Quase que eu não consigo, porque ele queria ter mais filhos. [08]*

O controle que a mulher gostaria de exercer sobre sua própria fecundidade enfrenta dificuldades reais, quando não há o consenso com o companheiro sobre o número de filhos, e o método em uso exige participação masculina para sua eficácia. Neste caso, a mulher fica refém da falta de cuidado do homem em relação ao uso correto do método.

► - Nessa coisa de evitar filhos, teu marido te ajudou ?

= *Ah, ajudou ! porque tudo que eu falava prá ele: "Eu vou fazer...", ele falava: "Se é bom prá nós dois, vamos fazer". Nessas partes, ele sempre ajudou...*

- ..ele seguia as suas orientações ...

= *É, tudo que eu falava... Só no dia da tabelinha que ele não me seguiu, não. Aquele dia eu fiquei danada com ele.... que eu engravidei... Eu falei prá ele: "Não tá na hora ainda, tem que esperar ainda...", mas ele: "Ah, não, vamos lá." [02]*

Outra forma de dominação masculina exercida sobre a mulher é não lhe permitir o controle da própria fecundidade.

► = *Bem... tem aquelas que tem cinco filhos, seis, dez também. E muitas tem esse total de filhos e o marido não deixa tomar comprimido...*

- tem muito isso ?

= *Tem! Os maridos não deixam tomar comprimido e ainda quando elas engravidam, ainda ficam bravos.... A culpa não é só da mulher, é mais dele ainda, né? Eu acho que o principal é ele, né ? A culpa é dele... porque a mulher depois de três, quatro filhos, ela não quer mais, não ! A dor do parto normal não é fácil, né ? É uma dor que ninguém gosta de passar.... [13]*

O controle da mulher sobre sua própria fecundidade é considerado um dos pilares do processo de "empowerment" da mulher, no Brasil, "empoderamento". Uma vez que recaem sobre a mulher as conseqüências de uma gravidez não planejada, ou até mesmo indesejada, é compreensível que a mulher sinta a responsabilidade em assumir ela mesma a tarefa da contracepção. Por outro lado, esta seria mais uma tarefa assumida pela mulher, num processo penoso de tentar assumir todos os papéis considerados pela nossa cultura como femininos e

masculinos, ou seja, toda a carga da função reprodutiva e também a função de co-mantenedora sem dividir sequer as tarefas domésticas com o companheiro.

O relatório da Conferência da Mulher, realizada em Beijing (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS 1996), fala a respeito do direito à contracepção :

“Na maior parte dos países, a falta de atenção aos direitos reprodutivos da mulher limita gravemente suas oportunidades de educação e pleno exercício de seus direitos econômicos e políticos. A capacidade da mulher em controlar sua própria fecundidade constitui uma base fundamental para o desfrute de outros direitos. A responsabilidade compartilhada pela mulher e homem, nas questões relativas ao comportamento sexual e reprodutivo também é indispensável para melhorar a saúde da mulher.” (ONU, 1996, p. 79)

Trazendo a questão da responsabilidade sobre a contracepção como devendo ser compartilhada entre os sexos, a Conferência de Beijing destaca também a necessidade da “mulher controlar sua própria fecundidade”. Poder-se-ia argumentar a este respeito que, se dividida a responsabilidade da reprodução com o homem, podem surgir dificuldades em garantir a expressão de autonomia da mulher sobre seu próprio corpo, quando as relações não são igualitárias em termos de poder de tomar decisões. A participação do companheiro pode ser requerida no sentido de apoio, reforçando um estilo de união mais solidário. Mas é possível também que, reconhecendo a posição submissa de grande contingente de mulheres, ao invés de trabalhar no sentido do empoderamento destas, seria mais eficaz tentar sensibilizar o lado “mais forte” do casal sobre o direito da mulher ao controle de sua fecundidade. Muitas são as indagações neste campo da contracepção que envolvem argumentos e motivações originários de vertentes diversas de luta pela emancipação feminina, até interesses de várias origens sobre o controle demográfico, seja no sentido pró ou anti natalista. Este trabalho não pretende esgotar esta discussão que envolve profundas questões culturais, de gênero e de diferentes entendimentos sobre a importância do controle do crescimento populacional sobre o desenvolvimento sustentado ou sobre

as repercussões sociais do rápido declínio da taxa de fecundidade total. O importante é que nestas decisões não se perca de vista o referencial do direito reprodutivo que, antes de tudo, é um direito individual. Além disso, qualquer discussão sobre a queda da fecundidade das mulheres brasileiras deveria considerar obrigatoriamente em que condições está sendo exercida a maternidade e que tipo de apoio seria necessário para que as mulheres pudessem ter seus filhos em melhores condições.

7.1.7. A falta de apoio social à maternidade

Duas importantes revistas, a “Prospect” , inglesa, e a “The Washington Monthly”, americana, trouxeram matérias em junho de 2001 sobre o fenômeno social da queda da fecundidade na Inglaterra e nos Estados Unidos. Nos dois países, onde a natalidade vem sofrendo declínio constante, além de motivações pessoais, um possível fato a ser responsabilizado é a falta de políticas governamentais que assegurem à mulher a proteção social necessária ao exercício da maternidade. Licenças remuneradas, garantia de retorno ao emprego, equipamentos urbanos adequados à criação dos filhos, como creches e escolas, instituições e profissionais capacitados para o cuidado dos filhos de mulheres trabalhadoras são algumas das políticas citadas (TAYLOR 2001 e MENCIMER 2001).

No Brasil, a situação é ainda pior, como em todos os países de 3º mundo. A falta de apoio social à maternidade foi apontado por algumas mulheres entrevistadas neste estudo, como um dos fatores limitadores do número de filhos planejado, uma vez que a mulher precisaria assumir, não apenas o papel de reprodutora, mas também de mantenedora ou co-mantenedora da família.

O grande peso dessa sobreposição de papéis pode ter seus determinantes em vários fatores socio-econômicos e culturais. Para muitas mulheres, a motivação mais comum para exercer um trabalho remunerado é a necessidade de complementação do orçamento doméstico defasado em relação às necessidades da família, devido aos baixos salários recebidos por maridos ou companheiros. A desvalorização do trabalho doméstico, fundamental na reprodução da força de trabalho, também pode influir na decisão da mulher por exercer funções que sejam

reconhecidas socialmente, e por conseqüência remuneradas, fora do domicílio. Pode haver também o reconhecimento de que receber o seu próprio dinheiro pode significar mais autonomia e auto-estima numa sociedade onde apenas o valor econômico é considerado valor.

► - você trabalha fora. Entre ficar em casa cuidando dos filhos ou trabalhar fora, se pudesse escolher, se teu marido arrumasse um ótimo emprego, qual o estilo de vida que te atrai mais ?
= *Trabalhar fora. Continuaría trabalhando. Porque a mulher que fica em casa ela não é valorizada nem pelo marido nem pelos filhos.... Eles não dão valor. Conheço muitas por aí... Ela diz: "Ah, eu tô cansada" e o marido: "Mas o que foi que você fez ? Não fez nada..." Tem muitos casamentos por aí se acabando por causa disso. A mulher vive dentro de casa e o homem não valoriza... ele pode valorizar outra e não valoriza a dele. Eu jamais pararia de trabalhar !... [29]*

► - Trabalhar fora ou ficar em casa. Qual é a situação que você gosta mais ? Se você pudesse escolher...
= *Ah, eu gosto de trabalhar.... Ficar em casa não dá muito certo. Dá muito nervoso, né ? Ficar só em casa, em casa, não é bom... E serviço de casa não ganha, né ? Tem serviço o dia inteiro e você não recebe nada por ele. Pelo menos fora, você recebe... [13]*

► = *Ah, eu acho que trabalhar fora é melhor !... Porque cuidar de casa... Prá fora, você trabalha, você ganha o seu dinheiro. E em casa ? Você trabalha o dia inteiro e não ganha nada. Que nem no meu caso: lavo, passo, cozinho, tudo, né ?... Eu acho que trabalhar prá fora é melhor !... [23]*

Além de não ser uma função valorizada socialmente, o trabalho doméstico, por sua característica repetitiva e confinada ao ambiente da casa pode ser considerado como um trabalho que esgota a mulher física e mentalmente.

► - entre trabalhar fora ou ficar em casa cuidando dos filhos, se pudesse escolher, o que preferia ?
= *Ai meu Deus ! O meu maior sonho é ter um negócio próprio prá eu trabalhar...
- ficar só em casa não te atrai ?
= Não. Prá mim, isso é coisa do passado. Acho que nem é bom, né ? Ficar em casa só lavando roupa... ai meu Deus !... [27]*

► - Se você não precisasse ajudar em casa, se pudesse escolher entre trabalhar fora ou ficar em casa e cuidar dos filhos, qual o estilo de vida que te atrai mais ?

= *Trabalhar fora.*

- você não ficaria só em casa ?

= *Não ficaria em casa ! Eu não gosto de ficar em casa. Eu gosto de trabalhar. Acho que a mulher ela precisa trabalhar prá fora, sabe por que ? No serviço de casa, ela cansa muito. Filhos, casa, marido, cansa muito a mente da gente. Eu tiro por mim: se eu fico em casa, eu fico o dia inteiro trabalhando, coloco coisa na cabeça, é filho doente, sabe ?... Se eu saio e vou trabalhar, tá certo que o serviço em firma de limpeza é puxado, só que eu venho prá casa com outra cabeça. Dá impressão que distrai... [12]*

A pouca importância dada pela sociedade à maternidade, apesar dos discursos, traduz-se na falta de controle efetivo das políticas governamentais de apoio à função reprodutiva⁴. O risco de mortalidade materna no Brasil é 30 vezes maior que nos países desenvolvidos, sendo que a taxa é de 134 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, e a avaliação do próprio Ministério da Saúde sobre as ações do PAISM apontam uma deficiente implantação da assistência ao ciclo gravídico-puerperal (RSMLAC e RedeSaúde 1997).

A falta de apoio social à maternidade é visível também na falta de investimentos de peso em equipamentos sociais, qualitativa e quantitativamente suficientes, como por exemplo, as creches, indispensáveis numa conjuntura que exige cada vez mais a participação feminina no orçamento doméstico.

► = *Na minha opinião, eu pretendia ter dois filhos só, né ? Porque eu trabalho, então eu acho muito difícil deixar com os outros... sempre gera problema deixar filho com os outros. Agora que eu tive a minha terceira filha, não que eu esteja arrependida não, que eu adoro ela, mas... a minha mãe teve que se deslocar lá dos Cinco Conjuntos prá vim cuidar dela todo dia prá mim !... Porque eu não vou colocar um bebê recém-nascido na creche ! Porque um bebê recém-nascido não sabe o que é que fazem com ele, e qualquer coisa que fizerem com ele tá bem... Ai a minha mãe vem cuidar todo dia, até ela ter uma idade de uns três anos prá colocar na creche. Então é difícil assim, porque você tem que ficar dependendo dos*

⁴ Dossiê sobre Mortalidade Materna no Brasil, elaborado pela Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos disponível em <http://www.redesaude.org.br/html/folhetomortalidadematerna.html>

outros, porque eu não tenho dinheiro prá pagar uma pessoa prá cuidar. Se eu for pagar, é melhor eu sair do emprego, porque ninguém vai querer trabalhar por menos de um salário mínimo. Então a dificuldade é isso. Eu sempre gostei muito de criança, sempre gostei mesmo, sabe ?... se eu não tivesse que trabalhar prá ajudar, eu teria pelo menos mais um. [09]

► = *Ah, eu queria uns quatro filhos. Mas teve a idade, né ? Ficar muito velha com criancinha pequena... Outra coisa são as condições né ? de ter que trabalhar, ter uma pessoa certa prá ficar cuidando, prá manter a educação... [14]*

A falta de creches com boa qualidade de atendimento gera conflito constante na mulher que trabalha e não tem um local confiável onde deixar o filho. Dividida entre a necessidade de trabalhar e suas preocupações, a mulher pode cogitar o abandono de seu trabalho remunerado, solução nem sempre possível pelas dificuldades financeiras.

► - O que te atrai mais como pessoa: ficar em casa cuidando dos filhos ou trabalhar fora ?
= *Eu gosto muito de trabalhar fora mas se o meu marido tivesse um bom emprego, eu ficaria em casa cuidando das crianças pelo menos até que eles crescessem um pouco e já não precisassem dessa atenção.... A minha menininha já tá com três anos, então eu já pude colocar ela numa creche, agora, antes, se eu pudesse ter parado de trabalhar, eu tinha parado, prá esperar ela crescer, esperar esse período... não precisava ter sacrificado a minha mãe prá cuidar dela... ai, se eu tivesse condições, eu teria parado sim, pelo menos prá cuidar até que ela crescesse. [09]*

► - entre trabalhar fora ou ficar só em casa cuidando dos filhos, se você pudesse escolher, qual o estilo de vida que te atrai mais ?
= *Ah, acho que eu ficaria dentro de casa cuidando dos meus filhos e da minha casa, me dedicando totalmente pro lar.... se eu tivesse condições... Dar mais carinho pros filhos, né ?.. [26].*

Pressionada por duas necessidades, a de reprodução e a de prover meios de sobrevivência, a mulher pode optar por ter menos filhos do que poderia desejar caso tivesse maior suporte social (MENCIMER 2001).

As possíveis repercussões da esterilização feminina sobre a facilidade de entrada, ou de permanência, no mercado de trabalho foi um questionamento provocado por este estudo e não foi apontada espontaneamente em nenhuma entrevista como uma das motivações para a opção pela esterilização feminina. Colocada esta ressalva, chamamos a atenção sobre a força do conflito existente entre estas mulheres sobre o tema proposto, para estudos posteriores sobre a dificuldade de compatibilização entre a pressão socio-econômica para o exercício de função remunerada pela mulher e a sua condição de reprodutora, numa sociedade que parece não priorizar um suporte mínimo à mulher que queira ter filhos.

Entre o grupo de mulheres entrevistadas, 16 delas (52%) afirmaram que a mulher esterilizada pode ter maior chance de conseguir um emprego.

► =*Por exemplo, se eu pegar numa firma, se a gente engravidar, já é difícil, né ? A gente tem medo de ser mandada embora... então agora eu não tenho medo, não. Agora ficou melhor. Ajuda e muito ! Prá mim que trabalho, foi ótimo.*

- ... faz diferença na hora de arrumar emprego ?...

= *Ah, faz !... Faz, porque se a gente tem criança pequena, ninguém quer. É difícil quem aceita se a gente tem criança pequena. Agora mesmo, depois que eu tive ela, não consegui mais arrumar emprego... é só de diarista, e prá quem eu conheço, que sabe que eu deixo ela em casa e a outra cuida, né ? Se fosse prá arrumar um serviço assim por mês, eu já não consegui mais. Porque acha que tem criança pequena, fica doente, tem que parar, já não vem naquele dia, mata dia de serviço... Se for em firma, é pior ainda. [01]*

► - E prá trabalhar fora, faz diferença estar esterilizada ?

= *Faz, porque tem lugar que não pega a gente porque acha que a gente vai arrumar mais filho.*

- chegam a falar disso ?

= *Chegam!!!... Essa amiga minha que foi operada mesmo !... Ele perguntou prá ela se ia arrumar mais filho, aí ela falou que tinha feito laqueadura... aí ele pegou ela. Facilita. E é bem melhor, né ? Já pensou estar trabalhando e aparecer com barriga ? Nossa Senhora ! É problema para os dois lados... [02]*

► - ... facilita prá arrumar emprego ?

= *Facilita, com certeza. Que aí o patrão sabe que não vai ter mais filhos prá atrapalhar. Acho que eles dão até preferência. [03]*

► - ... é mais fácil uma mulher esterilizada arrumar emprego ?

= *Ah, isso eu acho que sim porque sempre que você vai arrumar um serviço, ela fala assim : "Você tem filhos ? Você não vai ficar grávida não, né ?" Sempre foi assim. Eu trabalho aqui há 11 anos ,mas eu sai um período de tempo... ai eu fui trabalhar na casa de uma familia bem rica.... assim que eu cheguei prá fazer a entrevista ela já falou: "Você é laqueada ? Você não vai engravidar mais não ?" Ai eu falei: "Não, não corro esse risco mais, graças a Deus" E ela disse: "Ah, então tá bom"...*

- então elas perguntam mesmo, né ?

= *Ah, perguntam... é que também criança atrapalha, né ? É difícil a patroa que te entende, que te deixa ir ao médico... sempre a criança tá doente... tá com febre, não dá prá deixar com alguém... tem que levar no dentista, tem que levar no médico... Prá mim já foi mais fácil porque a minha filha mais velha cuidou dela. Então, quando não era muito sério, a minha filha levava ela no médico, no dentista... ainda leva... ela sempre foi meu quebra-galho, mas os dois mais velhos, eu que tinha que ir...*

- mas prá quem tem todos os filhos pequenos, e não tem quem leve...

= *Ah, é difícil, ninguém quer... Prá trabalhar, se não for esterilizada, ninguém quer... Deus me livre ! atrapalha demais!... A criança atrapalha prá você trabalhar. Por isso que o pessoal já faz a pergunta... [04]*

► - prá arrumar emprego é mais fácil ?

= *Mais fácil. É bem mais fácil. O pessoal pergunta: "Vai ter mais filho ? Ah, já esterilizou ? Que ótimo!"... eles preferem, né ?*

- e se você não for esterilizada, isso chega a atrapalhar o emprego ?

= *Não sei se chega a atrapalhar, mas que ajuda, ajuda !... Não que se eu vou pedir serviço em algum lugar, o cara fale : "Ah, você não vai ser contratada porque não é esterilizada, mas se eu disser prá ele que eu sou esterilizada e tiver outra que não esteja, provavelmente, o emprego é meu...*

- vai servir como critério de desempate ?

= *Vai servir... vai servir porque se a outra engravidar, vai precisar daquelas férias, tudo aquilo, né ?... e eu não. Nessa eu saio ganhando. [07]*

► - E prá trabalhar ? Faz diferença estar esterilizada ou não ?...

= *Faz. Faz, porque a maioria dos lugares tem medo de pegar mulher porque mulher engravida e é despesa prá eles, né ? Ele tem que dar licença maternidade, aquela coisa, né ? Então é diferente. É bem diferente ! Eu acho que eles dão mais preferência , se ela for casada, se for laqueada. Pelos lugares que eu fui fazer ficha, eu achei assim...*

- eles chegam a perguntar isso na entrevista ?

= Perguntam. Quando passa com a assistente social... tem uma pessoa lá que pergunta quantos filhos tem e se pretende ter mais. Vários lugares me perguntaram. [08]

► - E prá trabalhar ? Você acha que uma mulher estar esterilizada faz alguma diferença prá arrumar emprego ?

= Olha, em algumas empresas privadas, sim, né ? Eles não vão falar que é isso, mas eles já perguntam. E tem a ficha médica, você passa por exame médico. No exame médico, você vai falar ali, ele vai perguntar tudo sobre você, se é operada. E eu me lembro que uma vez, eu tinha o meu menino pequeno, eu fui procurar emprego e tinha determinados lugares que eu ia que não pegava mulher casada. Então por que era ? É que mulher casada pode ter filho ! Tem filho, sai prá tirar licença... só pode ser isso, senão porque não ia querer pegar mulher casada ? Então eu tive problemas assim, no segundo filho, quando eu ia atrás de emprego, né ? E aí teve uma história que as mulheres laqueadas achavam melhor serviço... isso saiu assim, mas depois começaram a fiscalizar, ir atrás, aí eles pararam um pouco com isso. [09]

► = Você sabe que eu acho que sim ? Porque o povo hoje em dia tem medo, né ? Dá trabalho, né ? Se bem que hoje tem creche, né ? A creche se vira... Antigamente dava mais trabalho. Se a criança ficava doente, dava trabalho, né ? Então sabendo que é operada os patrão fica mais tranqüilo. [11]

► = É. Ouvi dizer que é mais fácil, mas eu só trabalho em casa. As mulheres não querem mulher grávida, porque pode cair e aí dá problema prá eles, né ? E a esterilizada, não, já é mais fácil. Não precisa perdendo dia de serviço indo em médico, prá fazer pré-natal, fazer consulta. Se tá querendo perder, se esforça muito no serviço... [15]

► = É !... Mais fácil porque em firma, você sabe, tem que fazer exame prá poder entrar... com medo de estar grávida. Pelo menos era assim quando eu trabalhava em Curitiba. Eles faziam exame, mesmo que você era solteira, tinha que fazer o exame prá saber se não tava grávida... mesmo solteira, eles não queriam nem saber: tem que fazer o exame, o teste de gravidez. Prá sair, também. Se eles vão te mandar embora... se mandar pro laboratório fazer o exame, já sabe que vai vir as contas... Até de doméstica, porque as patroas não querem pagar os quatro meses, né ? Tanto que quando eu tava grávida, eu parei de trabalhar porque ela falou prá mim: "Se você quer continuar trabalhando, você continua, só que você não vai ter os direitos de quatro meses". Aí eu abri mão e falei: "Já que eu estou com esse enjôo, prá que eu vou sofrer de trabalhar grávida se eu não vou ter os meus direitos no final ?" Aí eu parei de trabalhar. [17]

► = *É mais fácil. Por causa da licença maternidade, a maioria das empresas, quando vai preencher ficha, tem lá se é casada, se fez laqueadura... Porque a mulher que é casada e não fez laqueadura, e ela tem a mesma idade da outra que é casada e tem laqueadura, a que tem laqueadura é mais fácil de ser chamada que a outra. Porque a que tem laqueadura nunca vai ter licença maternidade, aqueles quatro meses, né ?*

- isso é alguma firma que faz isso ou...

= *A maioria. A maioria pega menina solteira e mulher laqueada. [20]*

► = *Sei lá... tá tão complicado trabalho que eu acho que a esterilizada tem até um pouquinho mais de chance... Não tem aquele problema do patrão ficar pensando que ela vai engravidar, vai ficar quatro meses... Infelizmente, eles pensam...*

- chegam a perguntar sobre isso ?

= *Acho que sim. Grávida, não vai bater em porta pedindo emprego que não tem... Se você estiver lá e engravidar, ainda fica, porque não tem jeito, mas se tiver grávida... Se não me engano, tem lugar que pede exame de urina prá comprovar se não tá grávida... [22]*

► = *Se pergunta se eu tenho criança pequena, eu digo: "Não, não tenho". "Tem alguma coisa que não dê prá você vir trabalhar tal dia ?", e eu digo: "Não, não tenho." Então quer dizer que eu posso ir tranqüila. Se eu quiser me arrumar agora e sair, o que pode me impedir ? Nada !... Agora, se eu já tenho uma ou duas ou três crianças pequenas, já atrapalha prá mim sair, né ?... [23]*

► - e prá arrumar emprego você acha mais fácil prá uma mulher se ela estiver esterilizada ?

= *Ah, com laqueadura, sim! Eu acho que sim! Eu acredito que sim porque eu trabalhei em departamento de pessoal, então geralmente o gerente vai fazer a entrevista com as mulheres, zeladoras, e geralmente ele gostam de mulheres casadas, né ? Ai eles perguntam: "Já fez laqueadura ?" e ai a mulher: "Ah, não"... "Bem, então não tem jeito, depois fica grávida e tem que tirar os quatro meses, ai tem que por outra pessoa" Então eles davam preferência prá quem já tinha feito laqueadura. [24]*

► = *Ah, eu acho que faz, porque tem firma que, nesse negócio de licença maternal, muda mesmo. Que nem, tem uma firma aqui em baixo que não pega mulher com criança de menos de seis anos. Muitas firmas querem as mulheres que fazem laqueadura, eles tem preferência... Acho que faz diferença, sim... Só por causa das licenças, né ?... Eu acho que é bem mais fácil. Depois que eu fiz cirurgia, eu saí e fui prá outra, então você vai ter entrevista com a psicóloga, se você não é operada, ela pergunta logo se pretende engravidar... Parece que eles já ficam com aquela preocupação, se a pessoa entra lá prá trabalhar e no ano*

seguinte já engravida, né ? E se você já pôe na ficha que já fez laqueadura... eles nem fazem a pergunta. Eu acho que muda um pouco...[28]

► = Muito! Muito melhor, porque é assim: a patroa não fica com aquele pé atrás: “Vai engravidar, vai ter filho e vai dar problema” A minha patroa mesmo perguntou prá mim se eu não ia ter problema de um dia querer arrumar outro nene, que o meu tava com 4 anos quando eu comecei a trabalhar lá. Faz 12 anos que eu trabalho com eles. Eu falei: “Eu não quero mais filho, não.” E ela: “Ah, porque criança atrapalha muito”. E atrapalha mesmo, né ? Fica doente a mãe tem que faltar prá levar no médico... Então até nisso aí ajuda bastante a gente. [29]

Todos estes depoimentos apontam um dos possíveis fatores influenciando na decisão de mulheres que buscam a esterilização. Numa sociedade em que ter filhos pode ser um indicador de maior dificuldade para obter trabalho, e conseqüentemente, de garantir os meios de sobrevivência, o controle da fecundidade pode ser encarada pelas mulheres como uma medida que, de alguma forma as capacitaria melhor para o mercado de trabalho (SERRUYA 1992).

É importante destacar que os avanços obtidos na legislação, no que diz respeito à proteção do trabalho da mulher, não têm garantido a proteção à função reprodutiva (SERRUYA 1992) . Se por um lado a legislação brasileira impede a demissão por motivo de gravidez, por outro, não pode obrigar os empregadores a darem emprego para mulheres unidas, em “risco” de engravidarem. A “Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher”, (UNITED NATIONS 1979), em vigor desde 1981, destaca a necessidade dos países signatários criarem mecanismos de proteção contra discriminações ou demissões baseadas no estado civil. O que percebemos nos diversos depoimentos acima é a representação clara da esterilização como um “facilitador” para obter emprego, baseada na percepção generalizada de que a reprodução e o trabalho remunerado não são compatíveis.

Similar à análise da sociedade norte-americana, também no Brasil a falta de proteção à mulher que precisa trabalhar para garantir a sobrevivência da família e quer ter filhos, pode ter influências decisivas na natalidade do país. Como afirma

MENCIMER (2001), o efeito dessa falta de proteção que poderia induzir as mulheres a ficarem mais em casa, acaba por induzi-las a não terem mais filhos.

7.2. O processo de decisão pela esterilização feminina

7.2.1. A procura por um método definitivo

A restauração da fertilidade de uma mulher esterilizada ainda não é uma possibilidade acessível ou possível a todos os casos. O procedimento cirúrgico realizado com a intenção de reversão é de alto custo e apresenta resultados incertos, trazendo aos serviços de planejamento familiar a preocupação com a possibilidade de arrependimento pela escolha deste método. Neste grupo entrevistado, composto de mulheres que não desejavam mais ter filhos, a irreversibilidade do método apareceu justamente como um dos fatores mais desejados, como uma característica positiva, que pode ter sido inclusive determinante no processo de escolha.

► = *Eu preferi a laqueadura mesmo. A laqueadura era definitiva - cortava e não voltava mais. [15]*

► = *Mas eu não me animei [com o DIU] porque eu queria uma coisa que fosse prá sempre, sabe? Laqueadura, você laqueou, não tem mais, acabou!... [28]*

O peso da irreversibilidade na decisão pela esterilização não foi menosprezada por estas mulheres. Ao contrário, percebem isso com clareza e demonstram ter levado em conta este fator em suas análises.

► = *Eu falo assim prá todo mundo: "Quem quer se operar, se opera, mas tem que pensar que é uma coisa definitiva. Tem que operar e saber que não vai ter mais filhos... Tem que ir pensando nisso. [02]*

► = *Hoje em dia, se a mulher tem três filhos, elas falam que a laqueadura é uma coisa boa, agora se a mulher só tem um filho, aí diz que não faria porque poderia ser que um dia poderia querer ter mais filhos, né ? [08]*

► = *Eu acho que antes de fazer a laqueadura tem que pensar bem, ver se está decidido mesmo, se é aquilo que quer. Agora, se tiver alguma dúvida, eu acho que não, né ?... Ah, as mulheres que tem dois filhos, todas querem fazer [19]*

A procura por um método definitivo representa para estas mulheres o fim das tarefas relacionadas à contracepção, seja na busca pelo método, seja nas ações exigidas pelo seu manejo.

7.2.2. Facilidade de uso: uma coisa a menos para se preocupar

Os cuidados de manutenção requeridos por outros métodos contraceptivos de alta eficácia (a ingestão diária do comprimido, lembrar da injeção mensal, os controles do DIU) são usados como argumento a favor da esterilização. Mesmo sendo um procedimento cirúrgico, realizado em ambiente hospitalar, por não demandar cuidados ou procedimentos posteriores para a usuária, é considerado um método “fácil de usar”.

► = *Ah, a maioria pende para o lado de fazer laqueadura, né ? Pende e quer esse lado, né ?... Porque é a maneira mais fácil de não ter filho. [1]*

► = *quando a gente falava de evitar filhos, a gente falava mais é da laqueadura mesmo. A gente falava: “Com a laqueadura a gente já fica livre e pronto!” Não precisa tomar nada, não precisa fazer nada e pronto !... [03]*

► = *Ah, o melhor prá mim, foi a esterilização ! Porque não fica aquela preocupação assim, de esquecer o comprimido, de fazer mal prá saúde... porque tirou fora, já não precisa ficar tomando aquilo direto... [09]*

► = *É porque aí a gente não precisa correr atrás de nada, né ? Só se falhar mesmo prá engravidar, né ? Os outros não, né ? Os outros tem que... o DIU tem que fazer exame prá ver se tá certo, a pilula tem que correr atrás, a injeção, a mesma coisa... Então acho que o mais certo... É o menos trabalhoso e também é o mais seguro, né ? [13]*

A vivência de uso de um método contraceptivo que demande cuidados e providências pode ser entendido como mais uma tarefa a ser cumprida, numa rotina diária já bastante sobrecarregada, às vezes em dupla jornada, trabalhando dentro e fora do domicílio, sem divisão de tarefas com o companheiro, e até mesmo sem poder contar com atendimento ágil e eficiente nos serviços de saúde mais próximos, caso necessite. No caso da esterilização, a imagem de eficiência dos hospitais pode gerar confiança em relação ao sucesso da cirurgia e liberar a mulher de quaisquer tarefas de manutenção posteriormente.

7.2.3. A busca pela eficácia, as falhas observadas e a recusa ao aborto

A eficácia da esterilização é apontada como uma das mais altas, com alguma discordância entre diferentes fontes quanto aos índices. Em NHS (1998), seria suplantada em eficiência apenas pela vasectomia. Em JAMA (1998) e HATCHER e col. (1999), aparecem a vasectomia e os contraceptivos hormonais injetáveis como mais eficientes que a esterilização.

Nas entrevistas realizadas porém, encontramos com frequência a representação da esterilização feminina como um método que teria eficiência quase absoluta. Em apenas algumas exceções, observamos uma consciência difusa da possibilidade de falha do método mas, mesmo assim, um risco em que não se queria pensar, que se tentava negar, minimizar.

► = *Porque é a maneira mais fácil de não ter filho... Eu acho que a laqueadura é o ponto final mesmo! Nunca ouvi falar de alguém que engravidou com laqueadura, né ? A laqueadura era a única coisa que eu confiava, porque eu não queria mais engravidar, né ?... [01]*

► = *Me esterilizar mesmo prá não ter problema de amanhecer: “Oh, tô grávida !”, de ficar com medo de ficar grávida. Eu não queria mesmo muito filho. Nós programamos prá não ter muito filho... [22]*

► = *... é uma coisa boa, né ? Quem decide não ter mais, não pode, é uma coisa boa, porque pelo menos não fica naquele medo de engravidar. Operando, você fica tranqüila. É um problema que você tira. [11]*

► = *Apesar de que pode engravidar ainda, né ? É difícil, mas ainda pode engravidar, né ?... Mas eu espero que o meu não falhe. [risos] [09]*

Encontramos no grupo de entrevistadas, um caso de falha de laqueadura após uma primeira cirurgia realizada por médico particular. Mesmo tendo vivenciado esta experiência, a mulher em questão procurou o serviço de planejamento familiar para fazer a laqueadura pela segunda vez. Para ela, a esterilização continuou sendo a melhor opção, mesmo tendo experimentado um caso de falha do método,

► = *Eu sou uma mulher que engravidou com a laqueadura, mas é mais difícil, eu acho... A laqueadura ainda é o método mais fácil que tem... Eu prefiro ainda. Acho que ainda é a melhor forma de não engravidar [03]*

É indicado pelos preceitos éticos do atendimento em saúde que um paciente seja informado sobre todas as opções de tratamento possíveis para seu caso, assim como sobre os riscos e vantagem de cada uma dessas opções. No caso da orientação em contracepção, informar às usuárias do serviço de planejamento familiar sobre os índices conhecidos de eficácia de cada método deveria ser um dos momentos indispensáveis no processo de informação que irá basear a opção por um ou outro método. É interessante observar que no Manual “Assistência ao Planejamento Familiar”, editado pelo Ministério da Saúde, esta informação não seja disponibilizada aos profissionais que trabalham na área. (MS 1992)

A vivência de um caso de falha de um método contraceptivo, com a própria entrevistada ou com pessoa próxima, pode ter um efeito demolidor sobre a confiança neste método, mesmo se tratando de métodos considerados de alta eficácia. Depois de presenciar uma falha, pode ser mais difícil a aceitação de uma margem de risco de

gravidez inerente à todos estes métodos, mesmo que sejam muito pequenas. Pode ser difícil conviver com a idéia do risco de falhas considerando-se que o aborto não é uma opção legalizada em caso de gravidez resultante da falha do método contraceptivo em uso.

Exploramos a temática do aborto, com base num questionamento de que a laqueadura poderia ser considerada uma alternativa mais segura para uma mulher que não quisesse ter mais filhos e que não aceitasse, por princípio, recorrer ao aborto para evitar uma gravidez indesejada. Neste caso, a eficácia do método em uso se revestiria de uma importância dramática, uma vez que uma falha desse método provocaria uma situação sem saída.

Apenas uma das mulheres entrevistadas em nosso estudo admitiu ter provocado um aborto e outras três afirmaram ter tentado fazer, mas sem sucesso. A possibilidade de recorrer ao aborto em caso de falha do método contraceptivo em uso foi rejeitada por todas as entrevistadas, sem exceção.

Explorando a temática do aborto, perguntamos se as entrevistadas eram a favor do mesmo e, caso fossem contrárias à sua realização, se abririam exceção nos casos já amparados por lei, como em caso de gravidez resultante de estupro e na ocorrência de risco de vida para a gestante. Perguntamos também sobre a aceitação do aborto em caso de malformações fetais - opção ainda não legal, mas em debate cada vez mais acentuado. Nas respostas que obtivemos, o número de entrevistadas que aceitariam fazer o aborto nestes casos foram:

- 11 entrevistadas (35%), em caso de gravidez resultante de estupro
- 12 entrevistadas (39%), em caso de risco de vida para a gestante
- 11 entrevistadas (35%), em caso de malformação fetal (não especificada)

Todas as 31 mulheres entrevistadas condenaram o aborto por princípio, mas apenas 12 (39%) não admitiram exceções. Nos depoimentos destas 12 radicalmente contrárias ao aborto os argumentos giram em torno de três linhas principais de argumentação:

- “evitar uma gravidez indesejada, mas assumir se acontecer” (05 entrevistadas);
- “aborto é um crime” / “é como matar uma pessoa” / “é tirar uma vida” (08 entrevistadas);
- o aborto como “pecado” (04 entrevistadas).

Neste grupo, estava a única entrevistada que provocou um aborto e uma das que tentaram provocar, mas não tiveram sucesso.

► - Aborto: você já fez algum na tua vida ?

= *Ah, eu fiz um... faz tempo já... depois da minha segunda filha.. Ah, eu não gosto de falar... eu... me arrependi amargamente... acho que foi a pior coisa que eu fiz durante a minha vida... eu já perdi perdão prá Deus... Eu tinha me separado dele um tempo... a gente brigava muito... foi a maior besteira... eu nem comento... eu não gosto de pensar... prá mim foi uma coisa muito chata... foi horrível.. foi esse desespero de não querer ter o filho, então... não gosto de comentar... prá mim foi torturante... Se eu pudesse voltar atrás, eu jamais faria isso... Ah, eu era mais jovem... eu brigava muito com ele e eu ia prá casa da minha mãe... eu não queria que a minha mãe soubesse... então eu fiz...*

- Você é favorável ao aborto ?

= *Não. Eu acho que desde que você sabe o que você tá fazendo, então você tem que assumir, nem que seja prá ter e dar prá alguém criar, mas não deve tirar uma vida, não... que é uma vida... e isso dói muito, eu acho...*

- Você fez a laqueadura. Se ela falhar e você ficar grávida de novo... você abortaria ?...

= *Não, de maneira alguma!... Imagine!... No meu modo de pensar, quando eu fiz isso eu não tinha o temor de Deus, eu não tinha Deus na minha vida, eu era muito rebelde, desobediente, jovem, eu não tinha opinião própria, eu não pensava, tomava as atitudes com muito medo, que eu fui criada muito reprimida, né ? Agora não, eu participo de uma igreja, e as igrejas todas condenam, né ?, então eu conheço Deus e sei que ele não aceita essa atitude de ninguém... então não. É melhor você ter um filho do que fazer isso. [04]*

► = *Não que eu me arrependa de ter tido as duas gêmeas, imagina, é uma bênção na minha vida... mas eu fiquei desesperada quando eu soube que tava grávida . Eu queria abortar mesmo!... Aliás, eu andei até tomando remédio que me ensinaram, fui pro hospital com sangramento, aí que eles fizeram ultra-som que eu vi que eram duas de novo. [entrevistada já era mãe solteira de um par de gêmeos] E eu entrei em desespero. Eu queria de qualquer maneira fazer o aborto, mas aí de tanto ouvir conselho, o psicólogo me procurou quando eu tava internada, um falando na cabeça, vem outro e fala isso e aquilo... O meu medo era dele não assumir, fazer igual o outro fez, né ? Não assumir, não querer mais saber, falar que não era dele... Mas não, ele me deu o maior apoio, me deu uma força e continua até hoje, vem ver elas... foi uma pessoa muito legal comigo, então, acho que ele disse que não me perdoaria se eu fizesse. E eu só tinha uma opinião: eu queria fazer de*

qualquer maneira, não tava nem aí !... Depois ele me deu tanta força, e é uma pessoa tão boa que eu decidi, quando eu vi que era duas, né ?... a minha consciência não dá prá fazer ... Eu ainda tava com a opinião de fazer quando eu pensava que era só uma, mas quando fez ultra-som e deu que eram duas... aí eu pensei: "matar duas vidas"... E eu comecei a pensar essas coisas... e ah, seja lá o que Deus quiser, né ?... E resolvi ter.

- a princípio, você é favorável ao aborto ?

= *De jeito nenhum!... Imagina!.. . Eu não aconselharia ninguém a fazer!.... Hoje eu agradeço a Deus de não ter feito essa loucura...*

- ah, então você é contra o aborto ?...

= *Eu sou ! Deus me livre ! Graças a Deus que não deu certo. Eu fui tão louca no início, né?, mas graças a Deus que não deu certo. [26]*

Nas outras entrevistas das mulheres que se declararam contrárias ao aborto, por princípio e sem exceções, os argumentos demonstram que uma gravidez não desejada seria suportada, assumida. Rejeitar um filho em gestação não era uma alternativa possível, qualquer que fosse a origem desta gravidez ou suas intercorrências.

► - Aborto...

= *Eu acho totalmente errado !*

- Você já fez aborto, ou faria em alguma situação ?

= *Não. Não.*

- E num caso de ser estuprada por um assaltante e ficar grávida, você abortaria ?

= *Ah, aí já aconteceu, né ? Eu não abortaria.*

- E no caso de risco de vida prá você, caso uma gravidez continuasse. Abortaria ?

= *Ah, eu acho que também não, porque tem que esperar, né ? Porque talvez até na última hora ainda dá tempo de salvar, né ?...*

- você grávida, e sabendo que o teu filho que está se formando tem deformações sérias. Você abortaria ?

= *Eu não. Esperaria nascer prá ver...*

- e no caso de você, esterilizada, engravidasse. Abortaria ?

= *Não. Eu teria. Fazer o que ? [02]*

► - Aborto. Alguma vez você precisou fazer ?

= *Não, nunca precisei.*

- Faria ?...

= Não, também. Por que eu acho assim, o aborto é a mesma coisa que você matar um adulto. Porque a partir do momento que você engravidou ali, é uma vida. Se você tirar ela, você tá sendo assassino, né? Mais que se tivesse matado um adulto. Então, se não quer o filho, faz qualquer coisa prá não engravidar, antes.

- ... e se falha, como falhou com você?

= Então, que nem é o meu caso, eu não tava querendo. Mas eu assumi, né? Eu sofri bastante, agüentei tudo... todo mundo aqui sabe...

- ...se você tivesse optado por não ter essa menina, fazer aborto, você teria condições de fazer?

= Teria muitos métodos de eu fazer, sim. Andaram me ensinando um monte de tranqueira prá fazer aborto. E até eu tomo aquele remédio de úlcera, que é abortivo, mas a gravidez inteirinha eu não tomei. Até quando ela nasceu eu fui parar no hospital que a úlcera estourou, por falta de tomar o remédio, prá não abortar!...

- ... vou te provocar mais um pouco... você fez a laqueadura de novo, porque a primeira falhou. E se falhar de novo?...

= Eu assumo de novo. Mesmo sem querer, mesmo morrendo...

- ... mesmo que o médico te oferecesse o aborto em hospital, em ótimas condições...

= Não quero! Eu não faria! De jeito nenhum!...

- Você é contra o aborto em qualquer caso?

= Em qualquer caso. Como é que eu vou carregar o peso de saber que eu matei alguém?

- Existem casos que a lei brasileira permite o aborto, em caso de estupro, de risco de vida prá mãe, ou em caso de feto muito malformado. Você nessa situação, faria?

= Ah, eu acho que não. Assim, por exemplo, se ele for malformado, vai morrer assim que nascer, então espera nascer e deixa morrer natural, né? O estupro, a criança não tem nada a ver com isso, né? A criança não tem nada a ver! É uma vida, do mesmo jeito! O pai não presta, mas será que a mãe não pode assumir?... E se nesse caso a mãe não quer o filho, quando nascer, dá prá alguém que queira, né?... Dá pros outros... tanta gente quer, que não pode ter filhos e tenta conseguir um... Todos os filhos que eu fui tendo era: "Ai, de novo? Por que você não toma remédio?" E muitas também vem me perguntar se eu não conheço algum remédio. Ter, tem, mas pergunta se eu passei prá alguém? Nunca! Por que eu falo: prá que? Por que que fez? Eu falo: "Você fez? Agora, você assume!" [03]

► - Qual a tua opinião sobre o aborto?

◦ Ah, eu não faria, não...

- ... em nenhuma circunstância?

= Em nenhuma circunstância! Não faria!... O meu conceito familiar, religioso, não aceita.... não aceita... Isso seria a mesma coisa que se tivesse cometido um crime!... [05]

► - Aborto. Qual a tua opinião a respeito do aborto ?

= *Aborto é pecado, né ?*

- você faria em alguma situação ?

= *Não, não, de jeito nenhum !... Eu poderia até ter feito quando eu fiquei grávida dela, né ? Inclusive o pai dela sugeriu [1º namorado com quem teve a 1ª filha] E eu disse não. E não só pelo conceito religioso, porque você sabe que pela Bíblia é pecado perante Deus, porque não importa, é uma vida, né ? Mas mesmo se eu não tivesse o conhecimento da Bíblia, talvez eu pensasse a mesma coisa porque ninguém tem o direito de tirar a vida de outra pessoa. Isso é um crime que não tem perdão. [08]*

► - Aborto. Você faria em alguma situação ?

= *Ah, não !... Deus me livre !... Viche !... Jamais !...*

- Tem alguns casos que a lei permite o aborto [e explico quais são]. Nesses casos, você faria o aborto ?

= *Ah, eu acho que não. Sabendo que tem um ser vivo ali... É tirar uma vida, né ? Deus é que faz, né ? Se ele quisesse matar, ele mesmo matava, né ? Se eu imagino ser estuprada, Deus me livre!, mas é uma criança, né ? Eu imagino que ele não tem culpa... eu vou tirar a vida ?... [11]*

► - Aborto. Você já fez algum aborto ?

= *Não! Eu nunca fiz, nem nunca tenho vontade de fazer. De jeito nenhum !... Eu não ! Nunca, nunca na minha vida ! Nunca me passou pela cabeça ! Quando eu engravidei da novinha, que a menstruação não veio, eu falei pro meu marido: "Eu acho que eu tô grávida, não sei, não." Ai ele falou: "Ah, bem, tem vários remédios aí. Toma uns remédios..." Ai eu falei: "Eu ?!! Eu tomar remédio prá abortar ?!! Deus me livre e guarde !!*

- e você não tomou ?...

= *Não ! De jeito nenhum !... Eu falava desde o começo: eu não queria, mas se Deus achou que eu devia ter essa graça de ser mãe mais uma vez, seja a vontade dele e não a minha. Nunca me passou pela cabeça tomar um remédio !!!*

- o aborto é contra a lei, mas mesmo a lei abre exceções, e permite em casos de gravidez por estupro, risco de vida prá mãe e feto malformado. Nesses casos, você faria o aborto ?

= *Ai, eu não sei... Ah, eu acho que eu não faria, não. Eu pensava assim comigo: seja o que Deus quiser. Eu não faria. Nunca passou pela minha cabeça. Se acontecesse comigo, eu não teria coragem de tirar um filho, não.*

- mesmo resultante de um estupro, ele seria o seu filho ?...

= *Ah, com certeza !!!... [12]*

► - Aborto. qual a tua opinião a respeito do aborto ?

= *Eu não faria isso!... Eu sou desesperada, tenho trauma de gravidez, mas caso eu ficar, vai ser normal prá mim. Eu vou tentar ter, não vou fazer aborto de jeito nenhum !...*

- mesmo que a laqueadura falhasse, você não faria ?

= *Não, isso aí nunca ! E se eu ficar sabendo de alguém assim da minha família que foi fazer eu falo assim: "Não faz ! Pode ter que eu crio !" Eu não concordo com aborto !*

- o aborto é ilegal, mas a lei permite [explico as exceções...] Nesses casos, você faria aborto ?

= *Não. Nem nesses casos ! Não faria ! De jeito nenhum ! Eu não faria, não... [17]*

► = *Ah, os quatro tava bom, né ? Mas Deus mandou mais o pequenininho e eu não pude tirar e jogar fora, né ? Ai veio e ficou aí... Já que foi pela vontade de Deus... Nem remédio eu tomei prá jogar fora...*

- você é contra tirar filho ?

= *Eu sou!... Não quer ? Então espera nascer e dá pros outros! Eu já ouvi falar tanto de gente que jogou recém nascido no bueiro... no saco preto no lixo... Uma vez acharam um nenzinho vivo no lixo... é um pecado!... Acharam no lixo com placenta e tudo... Isso é coisa que não se deve fazer, não !*

- mesmo sem querer ter o filho, nunca te passou pela cabeça tirar ?

= *Nunca! Não ! De jeito nenhum!... Viche! Se ou outros falam que vão fazer aborto, eu digo que complica, que faz mal... Se você não queria, então que fechasse as pernas ... Eu falo mesmo!..*

- às vezes, mesmo a pessoa evitando, fica... que nem você tomando comprimido e engravidou...

= *É, mas eu, graças a Deus, não pensei nem um minuto em tirar, de jeito nenhum ! Querer a gente queria, porque já que tava ali, a gente... depois que já tá ali, a gente não pode pensar em tirar e falar que não quer !... Eles sentem, né ? Desde quando vai se formando eles sentem, né?... o médico falou prá gente... [30]*

7.2.4. Inocuidade: menos importante que a eficácia

Todos os casos relatados de manutenção do uso de métodos contraceptivos reversíveis, mesmo sob o risco e o desconforto de efeitos colaterais, apontam na direção da representação da inocuidade como uma característica desejável, mas não indispensável, desde que a eficácia seja a maior possível. A mesma representação foi encontrada por OSIS e col. (1997, p. 8), de que "a motivação mais forte que atua na

escolha de um método é a certeza de não engravidar”. No caso da esterilização feminina, com todos os riscos e desconfortos inerentes ao processo cirúrgico, a mesma linha de raciocínio pode ser observada: a inocuidade seria menos importante que a eficácia.

Quando encontramos representação da esterilização feminina como um procedimento inócuo, esta construção se baseou geralmente na comparação com os efeitos colaterais dos outros métodos de alta eficácia, principalmente a pílula e o DIU.

► = ... e [a esterilização] *não prejudica a saúde em nada, né ?... O comprimido prá mim dava muito enjoó. Tem gente que às vezes tem que trocar por causa dos nervos, que fica muito irritada.... tem colegas minhas assim, que o comprimido dava muito nervoso, muita dor de cabeça... [13]*

► = *Ah, porque todos os remédios que eu tomava, me fazia mal e eu não podia ter mais que três filhos... Prá criar três filhos já é difícil, né ? Então eu procurei me operar mesmo. ... Todas ficam loucas prá fazer, porque elas tem o mesmo problema que eu tive com remédio. [16]*

► = *Eu vou falar uma coisa: além de evitar filho, eu ia ficar muito mais melhor, porque eu me sentia muito fria... uma geladeira !... não sei se era por causa do comprimido, eu não sei se era coisa da minha cabeça, mas depois que operou ficou muito mais melhor !... não posso reclamar de nada, não... [29]*

No depoimento da entrevistada que optou pela esterilização pela segunda vez após a falha da primeira tentativa, podemos ter uma visão mais clara da menor valorização do risco cirúrgico comparado ao risco de mais uma gravidez não desejada. Apesar de expressar as informações recebidas de seu meio social sobre os possíveis efeitos colaterais da laqueadura, do seu medo da cirurgia e até do apoio oferecido pelo parceiro para a adoção de outro método, a opção foi irreversível.

► - Antes de fazer a esterilização, o que você escutava dela ?

= *Ah, eu escutava os outros falar que era bom, que não engravidava mais, que às vezes deixava algum problema, que a mulher não ficava mais inteira... Mas prá dizer a verdade, eu*

não ligava prá isso, não. Eu não tava nem aí. Eu não tava preocupada com problema que podia causar, que a mulherada falava. Elas falavam que a gente ia ficar com dor de cabeça, vômito, ficar nervosa, essas coisas, né? Mas eu falava: "Ah, não tô nem aí!"

- mas isso não te dava medo?

= Punha medo mesmo, mas eu mesmo assim eu fui. Eu não queria engravidar mais! Eu tava louca! Eu não queria engravidar mais de jeito nenhum! Nossa Senhora! Até hoje, eu não gosto nem de lembrar que eu engravidei. Eu fiquei doente de saber que eu tinha feito laqueadura e estava grávida...

- ...ou seja, você fazia qualquer negócio...

= ...prá não engravidar !!!... Eu fui chorando no dia de fazer, de internar no hospital... fui à pé, daqui até lá em cima, chorando de boca aberta, de medo... parecia que eu ia morrer... mas eu falava: "Eu vou, mas eu não engravidar!!!" Chegando lá o meu marido falou assim prá mim: "Vamos voltar embora, você faz outra coisa..." Ai ele me oferecia vários métodos pelo caminho: "Nós faz isso, nós faz aquilo"... Mas eu falei: "Não, eu vou!" Fiquei lá de boca aberta... me encheram de calmante prá eu fazer a laqueadura... Eu não vi nada... [risos]

- Ai você se operou. O que você sentiu de diferente depois de operada?

= Depois que eu operei, eu não sentia nada. Só alívio. [03]

7.2.5. Aceitabilidade: os métodos considerados estranhos ou que interferem no ato sexual

O desenvolvimento de tecnologias contraceptivas não parece ter levado em conta questões culturais envolvidas na contracepção, como tabus relativos ao exercício da sexualidade e da auto-manipulação da genitália. Para muitas mulheres este pode ser um fator decisivo no processo de decisão pela esterilização, a partir do entendimento de que seria a única saída quando a pílula ou injetáveis são contraindicados ou não mais aceitos por seus efeitos colaterais. Nestes casos, a opção por métodos de barreira ou DIU (que também exige o auto-toque vaginal para verificação mensal da posição dos fios) pode estar sendo descartada pelo desconforto psicológico ou até físico que causariam.

► *= Eu queria a laqueadura mesmo porque com o remédio eu não me dou e usar essas coiseiras, eu não vou usar não!" [30]*

A esterilização pode ser encarada como um método de maior aceitabilidade para mulheres que tenham algum tipo de bloqueio em relação ao próprio corpo, já que não exige nenhum procedimento de auto-manipulação, negociações com o parceiro para o uso do condom ou a necessidade de exames ginecológicos posteriores para seu funcionamento. Ou seja, uma maneira fácil dessas mulheres evitarem filhos sem precisar enfrentar as questões mais profundas envolvidas na sexualidade feminina.

É importante ressaltar que nos serviços públicos de saúde raramente se assiste a iniciativas de trabalhos em grupo sobre o corpo e a sexualidade e sobre relações de gênero, como se esta não fosse uma ação prioritária em saúde.

► - e as palestras, consultas, conversas, são suficientes prá esclarecer sobre os métodos ?

= *Ah, eu acho que é sim, né ? Porque eu vi tudo bem explicadinho, os desenhos, né ? Porque tem mulher que não sabe como é por dentro... [14]*

7.2.6. Disponibilidade dos métodos: a possibilidade da opção

O acesso regular a todos os métodos contraceptivos não é garantido pelos serviços, principalmente as Unidades Básicas de Saúde.

► - ... mas se a mulher quiser evitar filhos, uma mulher pobre, ela tem essas condições gratuitas, ela tem onde procurar esses recursos ?

= *No posto ali tem o médico, né ? que consulta...*

- e os métodos ?

= *Isso eu acho que não tem... que eu saiba não tem no posto, né. Tem uma vizinha que volta e meia eu dava prá ela os comprimidos. [06]*

Este fornecimento irregular de métodos, pelas unidades básicas de saúde, pode comprometer a livre escolha, já que uma mulher de baixa renda deverá usar o que estiver disponível, e não obrigatoriamente o método que considere mais adequado para si.

É importante considerar também o fator tempo. No atendimento de uma necessidade ligada à contracepção, muitas vezes a demora no agendamento de consultas ou outros tipos de atendimento pode comprometer a utilidade do serviço para a mulher, caso ela engravide no período de espera. E não há, muitas vezes, como esperar pelo dia da consulta ou da reunião do Planejamento Familiar, sem que o risco de gravidez seja muito alto. A premência da necessidade acaba por conduzir à compra em farmácias, se houver poder aquisitivo suficiente para isto, ou o recurso do coito interrompido, este sem custo algum para o casal, desde que o parceiro concorde em cooperar.

► = *Só nos centros de saúde que tem isso... toda vez que vai não tem o anticoncepcional certo. Você vai procurar um e eles dão outro e diz que é a mesma coisa... e você vai saber se é o mesmo componente? A maioria das pessoas vai no posto de saúde pegar e nunca tem. Tem que comprar. Faz propaganda na televisão: "Pega anticoncepcional no posto, camisinha", mas nunca tem, sempre tá em falta. Por isso, a mulherada que não tem condições de comprar, engravida... porque elas vão procurar e não acham... A minha sobrinha, a minha filha, elas vão sempre procurar e nunca tem. Elas vão direto pra farmácia comprar. (...) Ah, eu acho que as palestras são boas, elas orientam bem, dá pra entender, elas explicam direitinho. As pessoas entendem... é muito boa as palestras... No posto de saúde tem bastante reuniões, palestras... todo mês as mulheres, as adolescentes vão... a minha filha já foi, ensinaram pra ela como que usa o anticoncepcional certo, a camisinha, tudo... Tá bom isso... O que falta é aquilo que eu te falei, o anticoncepcional que tá em falta no posto. E tem gente que não tem condições, que não tem um real!!!... Pra quem não trabalha, o anticoncepcional tá uns cinco reais, então, ninguém tem !... Se o governo faz a propaganda, tem que mandar pros postos, porque tem que ser doado pra mulherada... [04]*

Apesar de garantido por lei a realização da esterilização nos serviços públicos de forma gratuita, ainda persiste a representação de um método de difícil acesso. Os relatos de extremas dificuldades para conseguir vaga em serviço que ofereça a esterilização refletem uma demanda muito maior que a oferta. Mesmo considerando-se que a opção pela esterilização deve ser cercada de maiores cuidados, tendo em vista a sua irreversibilidade, esta deveria ser uma opção a ser respeitada, garantindo-se o acesso a este método quando for o escolhido pela mulher.

► - E o atendimento do planejamento familiar ?

= *Eu acho que tem que abrir mais espaço. Tá muito difícil prá marcar. A minha vizinha, tem três crianças.... ela tá esperando desde que nasceu o último. Esse terceiro já veio com ela esperando a laqueadura, daqui a pouco vem outro, e até agora... Ela fez o planejamento e tudo e tá esperando ser chamada... Daqui a pouco aparece mais um de novo. Ela fica numa situação, coitada.. [14]*

► = *Eu escuto que as mulheres fazem qualquer coisa prá fazer a laqueadura. [07]*

► = *Eu vejo mulher aí que tem seis filhos e não consegue fazer cirurgia. Você pensa bem o que é seis filhos ! Quer esterilizar prá não ter mais filhos, não se dá com outros métodos, quer esterilizar e não consegue... Tem mulher aí que tem quase quarenta anos e tá tendo filho ainda ! Se a pessoa tá começando, ainda nunca teve, é diferente... agora, já pensou se você tem seis filhos, tá com 38 , 39 anos e tá tendo filho ainda ?... e não tem como operar ? [09]*

► = *Ah, eu acho que deveria ter mais vagas prá operar. Tem gente que luta muito e não consegue. Fica um ano ou mais e não consegue ser chamada. [13]*

► = *Eu falo ainda: "Vai lá no HU, vai prá lá que você consegue !" Porque em outros hospitais é difícil fazer ! [17]*

► = *Ah, as minhas amigas que não são laqueadas: "Ai, você é sortuda, conseguiu e eu não consigo !" Tem uma da minha idade que vai inteirar o sexto filho. Mas é assim: um, dois anos de diferença, e agora tá grávida de novo... e ela não consegue...*

- *ela não usa outros métodos ?*

= *Eu não sei. Ela vive engravidando, engravidando, todo ano ela tá grávida... [20]*

► = *Naquele tempo, era tudo pago, então quando começou a sair era um comentário! Nossa! era um comentário... E era só o HU que fazia... tanto que eu quase amanheci lá no HC, tinha ficha prá cem pessoas e eu cheguei lá já tinha umas trinta na minha frente !... porque prá quem é pobre, tirar 800 reais e ir lá fazer ou 1.200... Agora, acho que faz até por 300, quando é particular... [17]*

► - *Como você acha que tá o planejamento familiar no posto, no hospital ?...*

= Ah, no tempo que eu fiz, eu penei, viu ?... As pessoas tem que pousar lá prá conseguir uma vaga.... Depois que andam lá pro HC aí vai só cedinho, umas seis, sete horas... Tava chovendo lá quando eu pousei. Foi um temporal e nem tinha abrigo lá, né ? E no HU eu também quase não operei. Foi por pouco ! Eu deixei o papel lá , dai eles esqueceram na mesa. E eles vieram me dar alta, eu falei que o papel tava lá e que eu não ia sair de lá. A sorte é que a anestesista tava lá ainda e foi rapidinho. [16]

Todos os serviços que oferecem a esterilização feminina ou masculina devem, por seriedade do serviço ou por exigência da legislação brasileira obedecer alguns critérios em relação ao acesso. Diz a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996:

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

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

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

Podemos observar em algumas entrevistas, que os critérios divulgados por profissionais de saúde ignoram a Lei e criam impedimentos adicionais sobre a idade mínima exigida ou em relação ao sexo dos filhos. Ainda que se possa argumentar que este excesso é menos danoso que uma indução à esterilização, caracteriza-se como paternalismo autoritário, onde os profissionais de saúde parecem assumir a função de decidir pela mulher o rumo que esta deve dar à sua vida reprodutiva.

► - e o atendimento do HC, do HU, do postinho, nessa questão de planejamento familiar, como é que está ?

= Ah, eu acho que não tá faltando nada... porque... a médica do posto falou que com 28 ou 29 anos e dois filhos não faz... não pode fazer ...

- A Lei brasileira diz 25 anos ou dois filhos...

= 25 anos e dois filhos ?!... então por que eles não fazem ?!... Então eu acho que é isso que tem que melhorar, porque é um tanto de mulher que quer fazer e não consegue... por que é isso que eles falam no posto: "É com 29 anos e três filhos" ?!... Quando eu fiz laqueadura, a psicóloga falou que se eu tivesse três meninas eu não ia poder fazer... ou se fosse três meninos, não podia fazer...

- mas isso não tá na lei, não...

= Então!... mas porque falaram isso?...[19]

► = Tem muitas que eu conheço que estão querendo fazer e não conseguem.... E diz que só com 33 anos que faz, né ? Eu mesma, consegui por que eu conversei com o médico, eu tava com o meu menino doente, expliquei prá ele, né ? Ai eu consegui... [01]

► - e a questão da idade. Tem muita gente nova procurando ?

= Tem gente nova. Eu tenho uma vizinha que ela tem sete filhos e ela tem 34 anos. Ela não conseguiu. [13]

► = Eu queria já operar do segundo, mas o meu médico não deixou. Não teve como ! Meu marido foi lá, falou com ele, mas ele falou que não. [17]

O desconhecimento das disposições legais que cercam o tema é flagrante nestes depoimentos, tanto por parte das mulheres entrevistadas como dos profissionais de saúde. Ainda que se possa supor boas intenções por parte destes profissionais, a omissão de informação, ou a desinformação e conseqüente conduta incorreta, pode contribuir ainda mais para o estabelecimento de certo grau de desconfiança em relação à maturidade das relações entre profissionais e usuárias. Não encontramos nos relatos das entrevistadas casos de indução à laqueadura feito por profissionais de saúde ou serviços. Ao contrário, encontramos um posicionamento de uma mulher defendendo que a esterilização fosse indicada por estes profissionais às mulheres que tivesse muitos filhos.

► = Eu acho que devia ser mais incentivado o planejamento familiar. Por exemplo, a mulher tá fazendo o pré-natal, vai no posto, às vezes tem 5 ou 6 filhos já, e o médico não orienta ela que faça uma laqueadura... A mulher às vezes tem 5 ou 6 filhos, não tem marido, não tem nada e continua fazendo filho porque falta orientação dos médicos ou alguém do posto, né ? Alguma propaganda maior... [06]

Talvez pelo receio de caracterizar algum tipo de indução, os profissionais estejam evitando a discussão da esterilização. É importante lembrar que o direito à opção requer a orientação sobre todos os métodos disponíveis. Cabe aos serviços de saúde a função de fornecer informações sobre todos os métodos contraceptivos e de garantir o acesso a todos estes métodos. A opção será sempre da mulher.

7.2.7. As diferentes fontes de informação e o peso de cada uma

Acreditamos que as opções em contracepção são influenciadas pelas representações sociais dos métodos, que circulam no meio social onde vivem as mulheres ou, como afirma JODELET (1989), estas representações constituem-se em conhecimento prático, embasando as ações de sujeitos sociais. Por tal importância, é vital que se discuta em que fontes estes sujeitos obtém as informações. Desempenham papel importante no processo de formação dessas representações, além de disposições psíquicas individuais, as instâncias e dispositivos institucionais assim como as redes de comunicação informais.

Em todas as entrevistas, chama a atenção a baixa ocorrência de referências à informações, recebidas de serviços de saúde sobre os métodos contraceptivos e algumas vezes estas orientações foram aparentemente inadequadas, podendo indicar despreparo de alguns profissionais para a avaliação de especificidades da situação de vida de cada mulher. Muito mais freqüentes que as referências aos serviços de saúde, foram as referências às redes de comunicação informais, mais precisamente às informações provenientes de amigas, parentes, conhecidas, ou seja, mulheres leigas, que serviram como base para o processo de decisão pelo uso de métodos.

O Sistema de Saúde, a exemplo de outros sistemas de natureza técnica, possuem como característica visível a impessoalidade das relações. Orientações sobre contracepção freqüentemente são fornecidas em consultas rápidas, muitas vezes com profissionais diferentes a cada vez, onde a mulher não tem a possibilidade de formação de vínculos de confiança, que possam lastrear também uma confiança nas orientações recebidas. Como aponta GIDDENS (1996), a característica despersonalizada dos “sistemas periciais”, poderia ser minimizada se os contatos

com seus representantes pudessem apresentar características de fidedignidade, baseada em amizade ou intimidade. No caso em estudo, a impessoalidade do Sistema de Saúde poderia ser atenuada caso houvesse contatos mais humanizados entre usuários e profissionais, e talvez com isso, a confiança nas informações recebidas fosse maior e estas pudessem competir com as informações leigas na formação de representações dos métodos contraceptivos. Mas ainda assim, a confiabilidade das informações técnicas poderia ter outro ponto frágil. Segundo Giddens,

“Embora todos tenham consciência de que o verdadeiro receptáculo da confiança está no sistema abstrato, e não nos indivíduos que, em contextos específicos, o “representam”, estes pontos de acesso veiculam a advertência de que os operadores desses sistemas são pessoas de carne e osso (que são potencialmente falíveis). Os compromissos presenciais tendem a ser fortemente dependentes daquilo a que podemos chamar a conduta dos representantes. (...) Está subentendido por todas as partes que é necessário um sentimento de confiança renovada de dois tipos: na credibilidade dos indivíduos específicos envolvidos ou nas competências (necessariamente misteriosas) aos quais o indivíduo comum não tem acesso efetivo. Uma atitude de rotina tende a ser particularmente importante quando os perigos envolvidos estão à vista, e não se constituem simplesmente uma base de riscos puramente contrafactuais” (GIDDENS 1996, p.59).

Mesmo com as relações usuária / profissional de saúde se revestindo de maior familiaridade, gerando algum grau de confiança, ainda poderia restar o temor das falhas dos contraceptivos, com estes riscos muito explícitos na observação de casos onde estas falhas ocorreram. Importante lembrar também que o estabelecimento da familiaridade pressupõe que o acesso aos profissionais fosse garantido para os retornos de manejo do método, para que a usuária não se sentisse “abandonada à própria sorte”, tentando administrar sozinha as suas dúvidas em relação ao método ou aos seus possíveis efeitos colaterais.

Ainda na construção das representações, as religiões, como uma das instituições sociais que poderíamos considerar como importantes na formação do modo de pensar destas mulheres, não foram uma referência espontânea. Quando provocado o assunto pela entrevistadora, encontramos poucas referências a influências diretas no processo de decisão. Ao contrário, em algumas falas encontramos rejeição explícita às posições das Igrejas de algum cerceamento à contracepção.

► - Qual a opinião da sua igreja sobre a laqueadura ?

= *Ela é contra.*

- e isso não pesou na tua decisão ?

= *Não porque foi indicação de saúde.*

- e se não fosse ?

= *Faria do mesmo jeito. [07, católica]*

► - E a tua igreja, o que ela acha da esterilização ?

= *Ah, não sei. Pelo menos o que eu sei é que eles não gostam, né ? Nenhum tipo de religião gosta que faz a laqueadura, que usa pilula... eles não gostam , nenhum deles... Eles não aprovam... nenhuma religião aprova...*

- e o que você acha disso ?

= *Ah, eu acho errado, né ? Porque isso é o físico da pessoa, não é espiritual...*

- Você já se sentiu arrependida alguma vez de ter se operado ?

= *Eu, nunca ! Eu dou graças a Deus ! [risos] [16, católica]*

► - qual a posição da igreja evangélica sobre a esterilização ?

= *Ah, é errado, né ? Não gostam nem que tome remédio.*

- mas você não seguiu essa orientação...

= *Eu não ! Se eu encher a casa de filho, eles não vão tratar prá mim. Quem vai tratar é o meu marido, né ? Eles dizem que Jesus disse: "Deixai vim a mim a criancinhas", mas eu vou deixar vir e depois passar dificuldade, passar fome ? Se eu não tenho prá comprar prá três eu vou comprar prá dez ? Eu não tenho como ! Então eu já preferi os três. [15, evangélica]*

► - você sabe a opinião da tua igreja sobre a laqueadura ?

= *Nem sei, nem interessa! Não é eles que vão criar o meu filho! Sou católica mas não dou ouvidos prá essas coisas. [22, católica]*

► - a tua igreja tem alguma posição a respeito da esterilização ?

= *Ah... eu quase não participo desses negócios... mas os padres são mais a favor desse negócio de tabelinha, né ?*

- e você, como uma boa católica...

= *[risos] Não, não... Eles é muito bom de palestra mas eles não entendem nada... [24, católica]*

Além de não encontrarmos alguma mulher que declarasse ter se preocupado com um possível desaprovação religiosa, em alguns casos a desinformação sobre as posições oficiais das igrejas era evidente.

► - a igreja católica que você frequenta, qual a posição dela sobre a esterilização ?

= *A igreja católica é contra o aborto, mas de evitar ou de fazer uma laqueadura, não. Eles são totalmente a favor!... [28, católica]*

► - Mais alguma coisa que você quer falar ?

= *Você não falou da pilula do dia seguinte, só isso que faltou.*

- E o que você acha da pilula do dia seguinte ?

= *Eu acho que ela devia ser muito mais divulgada, muito mais deixada com acesso prás pessoas, independente de estupro ou qualquer coisa... devia ter mais... por que a igreja não é contra, né ? [07, católica]*

Sem querer analisar aqui a forte influência das religiões na formação das culturas, não podemos deixar de cogitar que apesar de não encontrarmos ligação aparente com a decisão pela esterilização, alguma influência pode ter havido, indiretamente, na conceituação do aborto expressa como “pecado”, caracterizando a falha de um método reversível em uma situação sem saída.

Competindo com conceitos moralistas ou com a desinformação, as informações científicas devem ser fornecidas através de ações educativas pelos serviços de saúde. O fato das referências a estas ações educativas serem muito raras na formação das representações dos métodos contraceptivos, pode estar indicando uma insuficiência na oferta destas ações ou em sua ineficácia. Esta situação permite

que se fortaleçam as outras fontes de informação, nem sempre confiáveis em sua correção.

Os processos de decisão na área da contracepção são formados durante toda a vida reprodutiva de uma mulher. No caso destas mulheres entrevistadas, observamos que nem sempre tiveram garantido um espaço de informação e reflexão sobre os temas ligados à esta área. Muitas encontraram este tipo de assistência apenas quando procuraram pelo Projeto de Planejamento Familiar do H.C., já decididas pela laqueadura. As informações e acesso aos métodos deveriam ter sido garantidos ao longo da vida reprodutiva da mulher e não apenas quando ela, já com a paridade completa, expressa rejeição a qualquer margem de falha dos métodos contraceptivos reversíveis, por menor que sejam. A informação sobre os métodos que lhes é fornecida chega tarde. Seria necessário que as Unidades Básicas de Saúde, que acompanham por muito mais tempo a vida da mulher em seu período reprodutivo, trabalhassem a informação sobre os métodos contraceptivos e seu manejo correto para que os níveis de falhas fossem menos evidentes e os efeitos colaterais menos freqüentes. O importante é destacar que atividades educativas bem estruturadas e regulares, oferecidas apenas em serviços que oferecem a esterilização, é de pouca valia, uma vez que a mulher, quando chega a estes serviços, dificilmente desiste dessa opção.

► = *Olha, eu acho que planejamento familiar e esses postinhos de saúde não tão ajudando em nada... As pessoas ainda tão muito mal informada. Você vê essas pessoas de classe bem baixa, essas mulheres assim que vão no postinho... E tem uns postos que tratam com muita má-vontade... No meu caso mesmo você vê !... Precisava animar mais...*

- no posto tem as coisas prá evitar ?

= *Às vezes você procura e não tem!... Já vi mulher chegar no posto e procurar e não ter nada !... Então, nesse caso... Só tem comentário... folhetos nas paredes... você vê bastante coisa, mas e prá quem não sabe ler, não adianta nada !... Tô muito fraco ! muito fraco!...*

- e as palestras no HC ?

= *A palestra até que é boa.. mas eu acho que essas palestras tem que ser feito fora dali... As pessoas que estão ali, já tão encaminhadas prá fazer a tal da laqueadura. Já tão com a cabeça virada prá laqueadura... então ali, pode fazer palestra até cansar... elas não vão desistir... [31]*

7.2.8. Serviços de Saúde Reprodutiva: qualidade e suficiência

Uma assistência em Saúde Reprodutiva, de boa qualidade e suficiente para atender à demanda, pode ser um dos determinantes para que os serviços consigam ter maior influência sobre a construção de representações sociais na área da contracepção. Sobre esta suposição, buscamos algumas informações sobre a assistência recebida, sem a pretensão de executar uma avaliação da qualidade destes serviços, mas apenas de captar algumas possíveis insuficiências.

As mulheres entrevistadas para este estudo foram esterilizadas no serviço de Planejamento Familiar do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Londrina, e neste serviço foram atendidas de acordo com os critérios estabelecidos pela legislação brasileira. Entretanto, durante toda a sua vida reprodutiva, antes que cheguem a este serviço, estas mulheres foram atendidas, ou deveriam ter sido, pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de seu bairro.

Solicitadas a falarem a respeito da qualidade da assistência recebida nestes dois tipos de serviço, registramos que a avaliação feita sobre o “HC” foi geralmente positiva, surgindo críticas geralmente relacionadas à dificuldade de acesso ao serviço ou à demora na realização da cirurgia, depois de cumpridas todas as rotinas e formalidades legais.

Quanto às UBS, a avaliação destas mulheres sobre o atendimento em Planejamento Familiar apontou uma grande variabilidade na qualidade dos serviços ofertados, sugerindo não haver uma exigência da coordenação destes serviços em relação a um padrão mínimo de atendimento em contracepção. É importante destacar que as mulheres entrevistadas neste estudo foram aleatoriamente escolhidas da relação de mulheres esterilizadas no HC, e eram provenientes das mais variadas regiões da cidade.

os serviços que atendem bem...

► = *Ah, tá fácil. Não tá difícil, não. Tá fácil. Se quiser evitar, é só procurar o posto de saúde, pedir informação. A laqueadura é que tá difícil. Mas tem os outros métodos. Se for prá evitar mesmo, pode usar... Vai no posto de saúde, conversa com as meninas, que são atenciosas. No posto tem tudo: tem camisinha, tem comprimido, tem o DIU. [03]*

► = *Olha, na época que eu fiz, no HC, não tenho o que reclamar, é bem atendido. Eles explicam bem, deixam bem claro o que você vai fazer. Eles apresentaram todos os outros métodos prá depois apresentar a laqueadura, prá ver se você não quer aqueles outros métodos.... Agora, que nem no meu caso, que eu já tinha usado todos os métodos, então eu já fui direto prá laqueadura. Tem umas entrevistas, tem uma psicóloga, assistente social...*

- e prá conseguir chegar lá ?

= *Não é fácil... É tão difícil !... Tem que ir atrás, porque é difícil...*

- e no posto de saúde ?

= *No posto de saúde eu fui e consegui o DIU, né ?*

- e pílula, camisinha, essas coisas, a mulherada tá conseguindo no posto ?

= *Elas tão... Até na época, eu fiz carteirinha e pegava camisinha no posto. [20]*

► = *Ah, desde o começo, quando eu ia lá, [no HC] eu achei que foi muito bom, muito bem atendido... muito bom...*

- e antes de ir fazer laqueadura ? prá uma mulher, que não tá pensando em laqueadura, os postinhos tão atendendo prá isso ? Tem lugar prá essas mulheres procurarem assistência ?

= *Tem! nos postinhos tem...*

- DIU, pílula, camisinha, orientação, tá tendo isso ?

= *Tá tendo sim... [21]*

► - e no postinho tem palestras, tem os métodos ?

= *Tem, que a minha filha faz ali. Eles tem comprimido, camisinha, dois tipos de DIU: o T e um tipo cobrinha.*

- e se quiser usar tabelinha, tem alguém que explique ?

= *Tem. [29]*

os serviços com deficiências de atendimento ...

► - e o atendimento de planejamento familiar na cidade, como está ?

= *Ai... precário... A gente vai no posto, tem que madrugar. Não é chegar lá e marcar consulta. Os médicos chegam na hora que dá na veneta deles. Ai a gente que trabalha, tem que ficar lá esperando um bom tempo !*

- e os métodos, tem ?

= *Pelo menos nesses que eu fui tinha comprimido, tinha camisinha...*

- e as palestras?...

= *Só tinha no HC... no posto, nenhuma. No HC eu gostei, eles explicaram muito bem. Mostraram umas coisas na televisão sobre agressão à mulher, de exploração... eu gostei deles terem passado aquilo lá, porque tem mulher que sofre... e bastante !...*

- e os métodos. Se uma mulher que não conhecesse os métodos fosse lá, dá prá ter uma idéia pelo que explicam na reunião ?

= *Dá. Só que devia ter mais tempo a palestra... muito corrido, muito rapidinho... [02]*

► = *Olha, eu não acho que é suficiente, não. Eu vejo mulher aí que tem seis filhos e não consegue fazer cirurgia. Você pensa bem o que é seis filhos ! Quer esterilizar prá não ter mais filhos, não se dá com outros métodos, quer esterilizar e não consegue... Tem mulher aí que tem quase quarenta anos e tá tendo filho ainda ! Se a pessoa tá começando, ainda nunca teve, é diferente... agora, já pensou se você tem seis filhos, tá com 38 , 39 anos e tá tendo filho ainda ?... e não tem como operar ? Não é suficiente para o número de mulheres que querem fazer cirurgia, sabe ? Eles atendem bem , mas devia dar chance prá mais. Eu acho que devia ter uma equipe especializada prá marcar o dia e fazer essas cirurgias prá mulheres. Teve um mulher que entrou um dia antes de mim prá ganhar nene lá no HU, e era tantas mulheres prá ter filho aquele dia... Essa mulher já tinha filha com 22 anos, já tinha neto, e ela teve uma menina. Ela fez planejamento familiar, tudo certinho, no HC, mas no dia de fazer a laqueadura dela, ela ganha tudo normal... não deu certo de fazer a laqueadura depois porque chegou muito nenê prá nascer. Ai falaram prá ela voltar dali a seis meses prá fazer a laqueadura. E se essa mulher engravida de novo nesses seis meses ? Vai voltar lá de barriga e acontecer tudo de novo ? [09]*

► - O atendimento do planejamento familiar, o que você passou ou que alguma vizinha ou amiga passou, no posto do bairro, como você acha que está ?

= *Do posto tem que melhorar, eu acho. Tem que melhorar bastante ! Eles não atendem bem a gente, os médicos... eu vou porque eu não tenho onde... [12]*

► - e no postinho ?

= *Ah, a palestra é muito... lá do HC é melhor explicado... o postinho é aquela coisa ali, só fala que tem isso, tem aquilo, fornece a camisinha, a pilula... DIU eu nunca ouvi eles falar... injeção também não... [24]*

Uma avaliação qualitativa feita pelas usuárias de um serviço, que caracterize um atendimento como “bom” ou “mau”, deve ser analisada com cuidado. A rotina criada por alguns serviços, como o de estabelecer um certo dia de atendimento, pode dificultar o acesso de uma usuária que tenha urgência de atendimento, gerando uma avaliação negativa do serviço. Uma iniciativa de atendimento médico nos primeiros retornos para usuárias de pílula que seria, a princípio, um procedimento correto, pode se chocar contra a falta de tempo da usuária ou a dificuldade de agilizar o atendimento em caso de médico sobrecarregado pela demanda. Já em outros serviços, uma “agilização” de entregar pílulas em maior quantidade pode levantar uma certa preocupação sobre os controles que deveriam ser feitos em cada retorno, principalmente de pressão arterial, assim como a pesquisa de sinais e sintomas de possíveis efeitos colaterais.

► - e se uma mulher aqui do seu bairro quiser evitar filhos, tem onde procurar recurso ?

= *Ah, tem. As mulher diz que tem pilula que fornece no posto... eles dão duas, três cartelinhas de uma vez... [10]*

A assistência à saúde reprodutiva, deficiente e irregular no provimento de serviços, soma-se à todos os outros possíveis fatores influenciando nos processos de decisão em contracepção. Depois desta trajetória, de filhos planejados ou não, e de experiências com vários métodos, em diversos serviços ou na falta deles, este grupo de mulheres chegou à esterilização feminina. As repercussões desta opção em sua qualidade de vida foi o questionamento seguinte.

8. A VIDA DA MULHER ESTERILIZADA:

8.1. Satisfação com a esterilização feminina

Uma das repercussões mais estudadas na vida das mulheres esterilizadas é a possibilidade de arrependimento. Além do risco óbvio, de impossibilidade para essa mulher ter mais filhos, principalmente em caso de novos relacionamentos, a pesquisa sobre este tema revela indícios da satisfação ou insatisfação com o método. Qualquer repercussão negativa na qualidade de vida, que fosse causada pela cirurgia, poderia se expressar como arrependimento em relação à opção adotada.

referem arrependimento ?

As respostas à questão: “Já se sentiu arrependida alguma vez de ter se operado ?” foram negativas para 30 das entrevistadas (97%), geralmente em respostas curtas e enfáticas.

- ▶ = *Não. Eu me arrependeria é se eu engravidasse ! [02]*
- ▶ = *Não, de forma alguma, porque se eu não tivesse esterilizado, talvez eu tivesse grávida de novo. Já pensou eu com mais um nenê ? Viche!... não dá... [06]*
- ▶ = *Não! Viche ! Fazia hoje de novo!... [17]*
- ▶ = *Não. Arrependimento não. Jamais !...Se fosse prá fazer de novo, eu fazia! [23]*
- ▶ = *Não, não me arrependi, não. [24]*
- ▶ = *Não, nunca arrependi. Arrependi de não ter feito antes, né ? Era prá fazer antes, né ?... [25]*
- ▶ = *Nem um pingão !... [29]*

A indicação correta da esterilização feminina, como um método adequado apenas para as mulheres que tenham certeza absoluta de não querer ter mais filhos, é

um argumento freqüentemente utilizado em todas as atividades educativas de planejamento familiar, e parece já ter sido absorvido pelo meio social, passando a fazer parte das conversas entre as mulheres.

O único caso de arrependimento encontrado [entrevista 31] esteve ligado ao aparecimento de dores abdominais, provavelmente devido à formação de aderências após a laqueadura, mas sem manifestação de desejo de retorno à fertilidade.

► - já se sentiu arrependida de ter se operado ?

= *Ah, eu já ! Eu já sim... Não por não ter mais filho, mas por causa de ficar sentindo umas coisas... Também prá arrumar outra criança, meu marido não anda bem de saúde, né ? Então a gente tem medo. Ele também tinha muito medo de escapar outra criança... então foi onde a gente chegou na laqueadura...*

- então você se arrependeu porque ?...

= *Ah, é que eu não sentia tontura, depois da operação eu sempre tenho umas tonturas e eu acho que é disso... Dá essas dores que eu tenho, que eu paguei até um médico particular prá ver se ele descobre o que é, né ? No postinho eu não tenho condições de ir mais... Porque tava do mesmo jeito ! Eu acho que é da laqueadura... [31]*

a possibilidade de reversão

Acreditamos que o arrependimento em relação à esterilização poderia ser melhor avaliado se as mulheres fossem informadas, durante a entrevista, sobre a existência da cirurgia de reversão e do acesso possível a ela, através do ambulatório de esterilidade do Hospital das Clínicas. Em 30, das 31 entrevistas, a recusa à possibilidade foi enfática. Deixamos claro às entrevistadas que o retorno à fertilidade após a cirurgia de reversão não era assegurado, procurando evitar a propagação de idéias falsas a respeito da reversibilidade da laqueadura.

► = *Ah, não!... Eu quero ficar assim que nem eu estou... Não gostaria... De maneira nenhuma !... [01]*

► = *Deus me livre ! Eu não quero nem pensar nisso, não!... [03]*

► = *De maneira nenhuma !... [13]*

Apenas a entrevistada 31, o único caso de arrependimento, cogitou a possibilidade de uma reversão, mas numa avaliação equivocada de que poderia reverter o quadro de dores abdominais, possivelmente causadas por aderências pós cirúrgicas. Mesmo neste caso, não foi referido desejo de retorno à fertilidade.

► - existe uma cirurgia prá reverter a laqueadura, prá desmanchar a laqueadura. Você faria essa cirurgia ?

= *Ah, se fosse prá eu voltar ao normal, acho que eu faria ...*

- prá ter filhos...

= *Não, prá ter filho não!... Prá tirar essa dor... essa dor da barriga que eu tenho... [31]*

usuária satisfeita faz propaganda do método

O alto nível de satisfação com a esterilização, expressado por este grupo, foi traduzido também pela forma com que propagavam sua vivência junto às mulheres de seu meio social . Perguntado se recomendavam a esterilização como um bom método para filhas ou amigas, apenas a entrevistada 31, coerente com seu posicionamento anterior, não recomendaria, indicando o uso, se possível, de outros métodos reversíveis.

► = *Olha, eu falo assim, se for uma pessoa que sabe se cuidar, então eu não recomendo. Se ela souber se cuidar, trazer tudo direitinho, igual antes de eu ter esses dois pequenos [quando fazia uso contínuo de pílula] - foi quase dez anos de diferença entre um e outro, aí eu não recomendo, de jeito nenhum!... [31]*

A atitude predominante, de recomendar o método, variou desde matizes suaves de ponderações sobre as especificidades de cada história de vida, até os tons fortes de uma quase coerção.

No primeiro estilo de recomendação percebemos o reconhecimento da adequação ou não de um método definitivo, conforme a paridade desejada. As

advertências e recomendações feitas em atividades educativas do planejamento familiar são similares às argumentações expressadas por este grupo.

► = *Recomendaria se elas não tivessem vontade de ter mais filhos, porque aí é uma decisão pessoal, né ?... [08]*

► = *Eu recomendo, desde que a pessoa esteja decidida a não ter mais filhos mesmo, né ? Eu acho que antes de fazer a laqueadura tem que pensar bem, ver se está decidido mesmo, se é aquilo que quer. Agora, se tiver alguma dúvida, eu acho que não, né ?... [19]*

► = *Depende do caso. Dependendo do caso, eu recomendo, dependendo do caso, não. Seria bom naqueles casos que a mulher não tem mais condições psicológicas de ter filhos, ou uma pessoa, mesmo jovem que já tivesse três ou quatro filhos e sem condições de tratar, daí sim, né ? [06]*

► = *Ah, eu já recomendei prá um monte de gente ! Eu falo assim prá todo mundo: “Quem quer se operar, se opera, mas tem que pensar que é uma coisa definitiva. Tem que operar e saber que não vai ter mais filhos... Tem que ir pensando nisso. Uma amiga minha mesmo, veio me dizer que quer operar. Eu disse prá ela: “Você só tem um... pensa bem que não tem retorno!!!...” Prá ela, que casou agora, que tá começando a viver, eu acho que tem que pensar, que continuar com o comprimido, ou colocar o DIU. Vai no posto, marca com o médico, conversa com ele. Tem vários métodos. Agüenta um pouco. Porque um filho com um ano, não é tempo de pensar em operar, só porque o filho tá dando trabalho... a coisa também não é assim, né ? [02]*

► = *Ah, eu acho que é o último método que tem que se tentar, acho que é a última opção prá evitar filhos, porque daí não tem retorno, né ? Não é que nem você tá tomando a pílula e aí você fala: “Ah, eu quero ter um nenezinho”, e aí você para com a pílula. Agora a laqueadura, você faz e não adianta daqui a cinco anos você dizer que quer ter filho que aí não tem mais jeito, né ?... prá gente fazer, tem que tá bem preparada e consciente, né ? É um passo importante! Você vai parar de ter filho ! Não vai mais ter filhos. [20]*

No segundo estilo de recomendação que detectamos, o “coercitivo”, algumas mulheres assumem a defesa de uma certa paridade, que seria a ideal para um padrão “moderno” de sociedade, não levando em conta os desejos próprios de cada mulher ou casal.

► = [aconselha ?] *Prá todo mundo ! ... E aconselho minhas cunhadas que ficam grávidas a não ter mais não. Eu falo dois é bom, três é muito ! [17]*

► = *Eu recomendo, só que elas não entendem... Porque elas põe na cabeça que a mulher fica gelada... Que nem o caso da minha nora... ela tem quatro crianças, né ? Não tomava nada, não lembrava de tomar o comprimido, quando acabava as camisinhas, ele ia mesmo sem nada, acabou arrumando três crianças. Menina!... nós vai daqui, vai dali, lutei, lutei, lutei, pus a mãe dela em cima, e graças a Deus conseguimos. Ela fez lá com o Dr. X. Agora ela tá tranqüila... a menininha dela vai fazer três anos... tá tranqüila cuidando das crianças, não teve mais aborrecimento, não teve mais nada !... Agora eu falo prá você: se não tivesse feito isso há uns dois anos atrás, já tava com mais duas crianças... [23]*

► = *Nossa! eu falei prá ela [a filha] que se ela for prá um casamento, seja com o pai do filho dela, ou outro, eu vou ficar em cima... Quando ela tiver o segundo filho eu já vou ficar incentivando ela. Uma, que criança dá muito trabalho e com a condição financeira que pobre tem, não dá prá ficar pondo muito filho no mundo! [27]*

Este tom “coercitivo”, tem similaridades com as argumentações da linha de pensamento da “paternidade responsável”, que recomenda que o casal tenha apenas os filhos que puder criar com dignidade. Esta posição traz implícita uma relativa crueldade no argumento, pela impossibilidade dos casais de faixas de renda mais baixas não poderem sequer sustentarem a si mesmos com dignidade, o que implicaria em não ter filho algum.

a esterilização poderia atrapalhar um novo relacionamento ?

Um dos riscos envolvidos na questão do arrependimento, como já discutimos anteriormente, diz respeito à possibilidade de mudança de parceiro com possível prejuízo no estabelecimento de uma nova união, em que não haveria a possibilidade de filhos. Indagado se seria um problema ter uma nova relação estando esterilizada, em nenhum caso foi expressa preocupação nesse sentido. O que percebemos nos depoimentos, parece demonstrar a emergência de novos conceitos na área dos relacionamentos, em que pode haver clara dissociação da esfera sexual e da

reprodutiva. Como afirma GIDDENS (1993, p. 37), a possibilidade de desvincular sexo de reprodução, conseguida através da contracepção, abriu possibilidades antes não colocadas, de uma sexualidade “maleável, sujeita a ser assumida de diversas maneiras e uma propriedade potencial do indivíduo”. Para algumas destas mulheres, ter um novo companheiro foi uma possibilidade consentida, mas numa perspectiva de relacionamento sexual, sem a conotação da reprodução, sem ter outros filhos nesta nova relação.

► = *Eu acho que não. Eu acho assim, se a pessoa está interessada em você não é por causa dos filhos que você iria ter. Tem que ser por você !... [16]*

► = *Olha, prá ser franca, se eu arrumar um novo companheiro, e ele aceitar eu assim, tudo bem. Se ele não aceitar... filho eu não quero mais. Eu não imagino ter mais filhos não, de ninguém. Quatro tá bom. Criar esses, e pronto! [01]*

► = *Não. Prá mim não, porque eu não quero mais ter filhos. Eu posso até ter um novo parceiro, mas eu não quero mais ter filhos... mesmo com um novo parceiro... já esgotou, já... [06]*

► = *Não. Não, porque eu não quero mais ! Não, porque mesmo se acontecer um negócio desse, e ele quiser, e eu não quiser, então se não der certo logo no começo, tchau, tchau ... [21]*

► = *Ah, atrapalha se ele falar que quer um filho, mas como eu não quero mais filho, prá mim não é problema!... Ele, se quer, que arrume com outra!... Eu mesma não queria mais filho com ninguém ! Da minha parte... se eles quiserem que arrumem filho com outra pessoa! Comigo, não. Eu jamais vou querer desmanchar a laqueadura prá arrumar filho. Prá fazer gosto de homem, não!... Viche !... De jeito nenhum ! [25]*

► = *Prá mim, não é problema. Prá minha cabeça, já é bem suficiente, que eu já fiz a laqueadura ciente de que filho eu não quero nunca mais. Se eu ficar, não é porque eu quis. Se depender de mim, se eu casar um dia, que eu não pretendo, o marido pode arrumar filho onde ele quiser, mas comigo, não. Eu não quero mais não. Até deixo, [risos] até deixo ele procurar outra. [03]*

A hipótese do fim do relacionamento atual, para algumas, não parece inspirar desejo de novas relações, e também foi expresso o desejo de “ficar sozinha” ou “ficar livre”, numa conjuntura em que isto é uma das escolhas possíveis para uma mulher, e não mais a busca obrigatória de um novo companheiro.

► = *Não, Deus me livre! Eu não quero! Nem penso nisso, de jeito nenhum. Não! Eu não quero, se Deus o livre perder esse aqui, não quero outro marido, não. Eu quero ficar livre. Sozinha... [30]*

► = *Eu não !... Eu penso assim, se Deus me livre e guarde eu perder o meu marido, eu não tenho mais vontade de arrumar mais marido, não. Vou ficar só com os meus filhos. Eu não tenho esse pensamento se o meu marido faltar arrumar outro companheiro. [12]*

Em dois casos, onde as entrevistadas realmente vivenciaram a situação em que houve, de fato, um novo relacionamento após uma separação, o planejamento inicial sobre o número de filhos ideal sofreu modificações em um dos casos, enquanto que no outro, não.

Não ficou caracterizado um problema para a mulher que resolveu ter mais filhos em sua nova relação porque ainda não estava esterilizada na época e pode modificar seu planejamento de paridade. De qualquer forma, fica evidenciado que os novos relacionamentos, fator mais comum para o arrependimento em relação à esterilização, deve ser objeto de reflexão no atendimento à mulher que solicita a esterilização.

► - Qual o número ideal de filhos prá você ?

= *Uns dois, três. Eu queria só dois, né ? Mas aí veio um segundo casamento, né ? Ele queria um... se não, ia ser só dois... [13]*

► = *... mas esse cara que eu tô é legal prá caramba! Já não tô morando com ele porque aí eu vou ter que deixar a minha casa, porque aqui dentro o meu ex-marido não aceita... E nesse caso, ele diz que se eu for morar com o cara, ele entra na justiça e toma as crianças de mim ... O cara que eu tô com ele é legal... nesse meu sofrimento todo, ele é a única pessoa que tá comigo, dá conselho, me ajuda, cuida das crianças junto comigo...*

- e você não pode querer ter um filho dele ?

= Não! Eu não quero !... De jeito nenhum!... Eu nunca pensei. Já faz um ano e meio que eu estou com ele e nunca pensei !... Eu só queria ter uns três mesmo. Só três mesmo!... Já tá bom... [25]

Mesmo nesta era atual de novos padrões de família, ainda persiste para algumas mulheres, uma concepção da família nuclear como a única aceitável, não sendo bem vistas as relações entre um novo casal, com filhos advindos de relacionamentos anteriores. Nestes casos, a impossibilidade de ter filhos de um novo relacionamento, não representa uma preocupação real por não ser uma situação bem aceita por seus próprios padrões.

► = *Agora, no caso de acontecer, se o meu marido vier a falecer ou separar, eu tenho quatro filhos... é aqueles lá e pronto !... É que eu fui criada assim: irmão é aqueles do mesmo pai e da mesma mãe. Não tem esse negócio de outro marido, outra mulher... Irmão... fica estranho... Se fosse prá mim casar de novo e ter filhos de outro homem, eu ia achar que não era tão irmão assim, né ? Acho que é a minha criação... A minha mãe separou, eu tinha um ano de idade... nunca mais casou. E ela não arrumou mais filhos. Meu pai casou novamente, teve vários filhos por aí, mas nenhum eu considero irmão, né ? É só o meu irmão que eu tenho com a minha mãe. E acho que se ela tivesse tido filhos de outro homem, eu também acho que eu não ia considerar tão irmão... Não tem esse negócio de filho de um, filho de outro. Não é irmão !... [20]*

► = *É o que eles mais perguntam lá no planejamento: “E se você ficar viúva ou separar...” Mas os meus filhos eu já tenho. Eu sei lá... esse negócio de: “Eu sou irmão de fulano por parte de pai, por parte de mãe”... eu não concordo não... eu sou antiga ainda... [22]*

8.2. Alterações fisiológicas referidas e possíveis seqüelas da esterilização

Muitas são as seqüelas que vem sendo atribuídas à laqueadura tubária, nos estudos realizados sobre esse tema. São citadas alterações como irregularidades menstruais, maior incidência de histerectomias, dores pélvicas, alterações na libido, doenças funcionais de mama, câncer de mama, dores lombares. Nem sempre há concordância entre os pesquisadores sobre estes resultados, e “muitos destes estudos

são criticados por falhas metodológicas e resultados conflitantes com outras pesquisas” (MOLINA 1999, p. 135).

PEREIRA FILHO (1995) afirma não ser possível a confirmação da existência de uma “síndrome pós-ligadura tubária” pelos estudos realizados até agora, e afirma que as alterações, principalmente as menstruais, quando presentes, podem ser atribuídas à suspensão do método contraceptivo anteriormente utilizado, como o DIU e contraceptivos hormonais, que produzem alterações no ciclo natural da mulher.

Em alguns casos, conforme a técnica cirúrgica utilizada para a esterilização, pode haver alguma disfunção ovariana, *“possivelmente por insuficiência venosa, alterações no sistema linfático e lesões neuroendócrinas locais em decorrência de traumatismos no mesosalpinge”* (MOLINA 1999, p. 137) e que poderiam explicar os casos de irregularidades menstruais e até de menopausa precoce. O mesmo autor, baseado em extensa bibliografia, defende alterações na técnica de laqueadura tubária, que poderia, segundo seu entendimento, minimizar o risco desta intercorrência.

No presente estudo, nosso interesse foi a percepção de mulheres esterilizadas sobre as possíveis repercussões da esterilização feminina sobre seu bem-estar. A princípio, numa questão ampla sobre “alguma coisa diferente no seu corpo após a cirurgia”, colhemos impressões gerais sobre a ocorrência destas repercussões, fossem estas consideradas positivas ou negativas e procuramos, em seguida, obter informações sobre a ocorrência das seqüelas mais citadas pela literatura, como alterações de peso, alterações do ciclo menstrual e algum tipo de repercussão sobre a sexualidade.

sem alterações

Para 12 mulheres (39%) não houve percepção de mudanças em seu corpo após a esterilização. As respostas até fazem referência a algumas representações existentes em seu meio social sobre possíveis seqüelas da cirurgia, mas que não se verificaram em seus casos.

▶ = Não. Até hoje não senti nada de diferente, não. Menstruação é certinha, minha saúde tá ótima, não sinto nada. [01]

▶ = Ah, eu achei que foi uma ótima coisa ! Eu não senti nada... Tem gente que fala que a gente fica diferente, muda o corpo, fica mais fria... eu não achei nada de diferente, mesma coisa!... [12]

▶ = Ah!, o povo dizia que eu ia engordar mais ainda, que eu ia ficar um balão, mas ficou a mesma coisa. [09]

▶ = Ah, eu acho que não mudou nada ! Os outros falam que a gente pode ficar com dor na barriga... Graças a Deus, eu não sinto nada ! [21]

aumento ou diminuição do peso corporal

Para 11 entrevistadas, a esterilização teve alguma repercussão no peso corporal, entre as quais 08 referiram aumento de peso e 03 perda de peso. Algumas mulheres atribuíram estas mudanças à esterilização, enquanto que outras responsabilizaram outras variáveis como idade, alteração de rotina de trabalho ou dieta adotada.

▶ = Engordei. Engordei e não consigo emagrecer. Antes eu engordava e emagrecia rapidinho, mas agora... eu não consigo mais emagrecer [08].

▶ = Ah, eu engordei muito. Porque sempre que eu tive os outros, eu sempre fiz cesárea e o meu corpo sempre normal. Agora, desse último, não voltou mais o meu corpo normal. Porque quem pesava 50 e passou prá 72 quilos... E muita gente fala: "Ah, é porque você fez a laqueadura". E eu acho que é mesmo. [10]

▶ = Eu não sei se é a idade, né ? Mas eu não consigo mais emagrecer... às vezes é a idade também... primeiro eu tinha facilidade prá emagrecer, agora não tenho mais... [17]

▶ = No meu corpo, nada. Engordar, eu engordei... mas é que a gente come, né ?... mas assim... eu não senti nada... tudo normal... [04]

► *A minha barriga cresceu... sem filho, né ? [risos] No começo eu engordei bastante, mas agora eu já emagreci de novo. [02]*

► = *Olha... o peso, eu emagreci bastante... mas eu não sei se devido à aceleração de trabalhar, cuidar das crianças, cuidar da casa... eu perdi uns dez quilos... [05]*

► = *Não, não... continuo a mesma. Não engordei, pelo contrário, emagreci 15 quilos. [29]*

► = *Eu era até mais gordinha quando eu tomava anticoncepcional, acho que deu uma desinchada. [09]*

dores pélvicas

As referências a dores pélvicas após a esterilização ocorreram, como no caso da variação no peso corporal, nos dois sentidos: em um caso, a dor se iniciou após a cirurgia, em outro, uma dor pré existente melhorou após a cirurgia.

► - *O que mudou no teu corpo depois da cirurgia ?*

= *Tinha umas dor na barriga antes da cirurgia, que agora não tem mais... [06]*

► = *Mas eu fiquei com uma dor na barriga... vou direto no médico, não tem mais o que fazer e eles não descobrem nada !... e foi depois que eu fiz a laqueadura ! Diz que eu não tenho problema de corrimento, essas coisas, mas essa dor na barriga !... Até era prá eu fazer a cirurgia prá erguer a bexiga, né ? Não fez ainda porque não sabe porque eu tenho essa dor na barriga... diz que tem que descobrir primeiro... Eu tava indo em postinho, mas até parei de ir, porque é só dar pernada... Eu vou direto e eles mandam fazer exame e falam que enquanto não souber porque que tem essa dor, eles não vão fazer... [31]*

alterações menstruais

Em 12 entrevistas (39%) , encontramos algum tipo de alteração menstrual. A referência mais comum foi em relação a mudanças no intervalo entre menstruações.

Percebemos que algumas mulheres associam a normalidade de seu ciclo à chegada da menstruação, em todos os meses, no mesmo dia de calendário, o que implicaria um ciclo de 30 dias. Elas expressam como parâmetro de normalidade que a menstruação se inicie sempre no mesmo dia do mês, o que seria improvável em ciclos que podem apresentar, dentro da normalidade, duração de 25 a 35 dias. A imagem de “menstruação normal” em ciclos rigidamente fixados de 30 dias pode ter se originado no padrão provocado pelo uso da pílula anticoncepcional.

► = *A única coisa que mudou em mim, foi que a menstruação começou a mudar. Ela vinha todos os dias certinho. Se ela vinha dia primeiro, era todo dia primeiro. Ai agora, não. Agora ela vem dia primeiro, depois ela vem dia 4, depois dia 6, cada mês vai mudando o dia.*
[03]

► = *Alterou [a menstruação]. Agora não tem dia certo. Antes todo mês vinha no mesmo dia... agora eu nunca sei... aumentou bem mais o ciclo. Por exemplo, num mês vem no dia 30, no outro vem no dia vinte e pouco, depois vem no dia 19, esse mês veio no dia 16...*

- mas se vem no dia 19, depois no dia 16, aí no mês que vem, chega no dia 12, você tem um ciclo de mais ou menos 28 dias. E quando o ciclo é de 28, nunca cai no mesmo dia [do calendário].

= *Mas antes, chegava sempre no dia do pagamento....* [14]

► = *Mas que nem eu, vinha a menstruação naquele dia certinho... agora eu não sei. Você espera a menstruação pro dia primeiro. vem no dia 28, vem no dia 16, dia 07... tudo irregular... Basta passar um nervoso... Então o comprimido era bom por isso... você controla, né ? Agora, a laqueadura, não. Fica meio... irregular... não vem nos dias certinho assim... Você marca aquele dia e sempre vem...* [25]

Fica mais claro em alguns relatos que a esterilização, ou mais provavelmente a interrupção de uso de outros métodos, pode ter restaurado um padrão anterior, reconhecido por estas mulheres como o seu padrão característico original.

▶ = *Antes era bem irregular e agora tá bem melhor !... [27]*

▶ = *Igual mesmo. Igual ao de solteira, né ? Porque sempre que toma esses remédios de evitar, vem menos. Agora vem normal de quando vinha de solteira. [16]*

Pílulas de baixa dosagem podem provocar diminuição do volume do fluxo menstrual. Após a interrupção de seu uso, este volume poderia voltar a um padrão anterior maior, causando a percepção de um aumento de fluxo.

▶ = *Não, não mudou nada. Só o fluxo menstrual que aumentou. Eu já fui no médico, mas ele disse que é normal. Tá a mesma quantidade de antes de eu ter filhos. Depois que eu tive filhos, eu menstruava quatro ou cinco dias, e antes de ter filho, era sete, oito... [20]*

▶ = *Eu acho que depois que eu operei eu tô com muita menstruação. Bastante mesmo. E eu tinha muito problema de anemia na minha adolescência... [18]*

cólicas

As referências às cólicas menstruais também ocorreram nos dois sentidos: de piora e de melhora de um quadro de referência anterior à cirurgia.

▶ = *Eu não sei se é porque eu não ligo mais de controlar a menstruação, mas eu acho que desregulou um pouquinho... Acho que desregulou sim. Eu tenho muita cólica e dor de cabeça antes de descer a menstruação. Uns dias antes eu já sei que vai descer porque eu passo muito mal. Antes eu nunca tinha tido problema... talvez seja a idade também, né ? [26]*

▶ = *Eu tenho muita cólica, e eu não tinha muita cólica. Eu tenho uma cólica de suar na cama... [31]*

▶ = *A menstruação eu sempre tive problema de cólica... Agora, depois que eu operei, parece que soltou mais, tem mais menstruação, então a cólica aliviou um pouco... [22]*

Mas se diversas alterações podem ter causas não relacionadas à esterilização em si, é importante lembrar a possibilidade de ocorrência de lesões de

mesosalpinge (PEREIRA FILHO 1995). Algumas dessas informações contraditórias, de atribuir-se à esterilização melhoras e pioras em vários aspectos fisiológicos, podem indicar a ocorrência deste tipo de seqüela, o que exigiria, além de maiores estudos sobre a inocuidade das diversas técnicas cirúrgicas utilizadas, também um acompanhamento posterior à laqueadura, com retornos periódicos para observação destas intercorrências. Além disso, este risco deve ser discutido em todas as ações educativas a fim de que as mulheres que solicitam a laqueadura possam avaliar com mais clareza os riscos de sua opção. Como exemplo, em uma das entrevistas, podemos ter localizado um caso de menopausa precoce, em mulher com 33 anos que foi submetida à laqueadura tubária três anos antes.

► - E a menstruação ?

= *Não veio mais, desde que eu tive essa menina. Faz dois meses que eu tirei ela do peito, né ? Falaram que era porque eu tava dando de mamar. Mas já faz dois anos que eu tirei. Já faz três anos que não vem. Vou esperar mais esse mês. Se não vier, eu vou no médico. Vou ver o que tá acontecendo, né ? Por que não tá vindo. Às vezes, quando eu tava dando de mamar prá ela, ainda veio algumas vezes, uns dois dias assim, mas bastante mesmo, e agora, parou assim ,de repente... [10]*

Em outro caso, um sintoma que poderia ter sido considerado como indicativo de menopausa precoce, não se manteve, havendo retorno à normalidade.

► = *Teve um tempo aí que eu tava sentindo um calor muito estranho, como se fosse aquele calor das mulheres na menopausa. Mas graças a Deus acabou! [27]*

Com apenas uma exceção (entrevistada 31), em todos os casos onde houve alguma alteração fisiológica considerada como negativa pela mulher esterilizada, mesmo assim não houve arrependimento ou insatisfação com o método, indicando que, para estas mulheres, provavelmente a eficiência seja mesmo mais valorizada que a inocuidade.

8.3. Possíveis influências na sexualidade

Não existe fundamento fisiológico conhecido para justificar alterações na sexualidade feminina após a esterilização cirúrgica mas, do ponto de vista psicológico é possível justificar alguns casos de alterações. Nos casos de diminuição do desejo sexual, pode haver alguma relação com a associação forte, feita por algumas mulheres, entre os aspectos *prazer* e *reprodução*, envolvidos na sexualidade (LOPES 1996, p. 399). Em sentido inverso, nos casos referidos de uma melhora na área sexual poderia existir relação com a perspectiva de uma sexualidade exercida com mais tranquilidade, sem o risco de uma gestação indesejada.

Neste grupo entrevistado, para 10 mulheres (32%) não houve modificações em sua sexualidade, para 7 mulheres (23%) houve algum tipo de prejuízo e para 14 mulheres (45%) houve melhora.

prejuízos para a sexualidade

A queixa de diminuição do desejo sexual apareceu com mais frequência associada a algum tipo de problemática anterior à esterilização. Quando obtivemos resposta indicando algum prejuízo da sexualidade, procuramos incentivar a fala sobre como era a sexualidade antes da cirurgia, para esta mulher, e encontramos referências à um baixo interesse ou até à rejeição.

► - ... e na questão da sexualidade, da relação com o marido. Deu alguma diferença depois que você se operou ?

= *Eu acho que ficou um pouco mais frio. Do meu lado. Isso eu fiquei mesmo... Porque eu não ligo, não. Eu nem preciso disso.*

- e antes?...

= *Antes eu tinha mais... Pouco... que eu sempre tive pouco, mas agora é indiferente... [03]*

► - e como você se sente depois de operada ?

= *Ah, eu fiquei fria... apesar que eu já tinha problema, né ? Já tinha antes, eu acho que é um problema de cabeça, né ? o problema é na cabeça... Tinha dias que eu ficava assim... normal, ia tudo assim, legal... e tinha tempo que eu murchava.... Depois que eu opereei, não*

sei se eu pus na cabeça, não sei se é verdade... inclusive eu vou marcar um ginecologista prá ver se tem um remédio.... [11]

► - depois que operou, mudou alguma coisa no teu corpo ?

= *Mudou. Eu não sinto mais nada, assim, de ter relação, não sinto... Mas eu achei até bom, porque eu não gosto disso. Ai, credo, que ojeriza...*

- mas e antes da operação, você gostava ?

= *Não muito, também.*

- e depois da cirurgia ?

= *Ah, se procurar, a gente faz, né ? Se não procurar, eu não ligo também. Prá mim, tanto faz, tanto fez. Eu não ligo muito não... [15]*

No caso da entrevistada 31, o único caso de arrependimento detectado neste grupo, o mesmo motivo para o arrependimento - as dores pélvicas - são também o argumento para justificar uma possível piora, além de outro fator, a doença do marido.

► *E... eu não sei, não posso te explicar sobre relações, mas depois que eu fiz essa laqueadura.. o meu marido é muito doente, então a gente.. sobre sexo... a gente quase não... Então nem isso eu posso explicar prá você, porque eu não sei... Não sei se essa dor que eu tenho podia agravar mais... Mas, se ele fosse um homem saudável e tudo, talvez eu não poderia ter sexo com ele, porque eu tenho muita dor no pé da barriga... Quer ver é de manhã cedo na hora que eu levanto!... [31]*

Em apenas um caso, a expectativa de um possível aumento do desejo sexual que viria com a laqueadura, foi frustrada (entrevistada 02).

► = *Cada um pensa de um jeito, mas comigo, depois que eu operei, eu já era parada e piorou... [risos] Parou, de uma vez. Antes eu ainda sentia alguma coisa, agora, nada. Eu pensei que ia ser melhor, né, que eu ia estar operada, ia estar segura, porque antes eu ia com medo, né? E não resolveu nada... [02]*

Com exceção da entrevistada 31, todas as mulheres que referiram ter percebido algum tipo de prejuízo em sua sexualidade, mesmo assim, declararam-se satisfeitas com a escolha feita, inclusive recomendando para amigas que não desejassem ter mais filhos, demonstrando nestes casos, que a principal expectativa em relação à

esterilização era a sua eficiência em evitar novas gestações. É importante comparar esta informação com a rejeição dos homens à oferta da vasectomia, que usam como argumento o risco de um hipotético prejuízo da sexualidade. No caso destas mulheres, o prejuízo à sua sexualidade, mesmo quando constatado, parece não ter afetado sua satisfação com o método, como se para elas, a sexualidade fosse algo de menor importância que o controle de sua própria fecundidade.

benefícios para a sexualidade

A possibilidade de desvinculação do sexo e da reprodução, de ter relações mais tranquilas sem o risco da gravidez não desejada, aparece para muitas como o principal motivo de melhora da atividade sexual. Nos vários depoimentos, em diferentes graus de intensidade, a fundamentação parece ser a mesma: maior segurança e tranquilidade.

Comportamento possivelmente similar foi observado em estudo realizado na cidade de Campinas, onde foi constatada associação significativa entre a esterilização feminina e melhora na vida sexual. A justificação deste posicionamento, segundo o grupo de pesquisadores, fundamentados em grupos focais prévios e nos resultados obtidos, seria que esta melhora poderia se referir à uma vida sexual menos atemorizada, pela segurança de não engravidar (CEMICAMP 1998).

= Melhorou bastante, porque antes a gente tinha medo de engravidar, então não soltava na cama... Ia ter relação sempre pensando: "Vou engravidar... vou engravidar..." Nossa ! depois da laqueadura é outra coisa ! É diferente... você sabe que não vai engravidar... nossa ! melhorou muito !... Às vezes, por causa de tanto medo de engravidar, eu não sentia orgasmo, com medo, não me soltava na cama... Morria de medo de engravidar, então era uma coisa assim rapidinho e já ia tomar banho, se é que adiantava alguma coisa... Agora, depois da laqueadura, parece que eu rejuvenesci... parece que eu fui pros meus quinze anos... [risos] Eu me sinto muito bem... adorei a laqueadura. Prá mim foi ótimo. Por que antes, quando a gente ia ter relação, eu não sentia nada, eu tinha medo, então eu achava que eu era fria... porque que isso acontecia comigo... depois... mudou totalmente... Mudou totalmente... Então.. isso que eu fui analisando com o tempo. Por causa do medo de engravidar, eu não me soltava, ficava morrendo de medo... Depois eu fiquei despreocupada, melhorei cada dia mais, né ?... no ato sexual... nas maneiras de ser assim, né ?... sem medi

sem vergonha... Foi melhor prá mim porque antes eu me reprimia com medo, né ? Se fosse prá eu ter feito antes, prá me sentir bem melhor como mulher, eu tinha feito antes... [04]

▶ = *Normal... quer dizer... eu acho que melhorou um pouquinho mais... pela segurança... É que às vezes eu ficava preocupada, com medo de pensar em engravidar... depois, melhorou mais ainda... [05]*

▶ = *Ah, mudou ! Melhorou bastante !... Maior liberdade, né ?... A liberdade de ter relação na hora que a gente quiser. É bem melhor . [07]*

▶ - e a relação com o marido, ficou diferente depois que operou ?

= *Não, tá normal. Agora não tem problema de : "Ai, vou ficar grávida"...*

- *mas antes de operar, você já tomava a pílula, então já fazia amor sossegada ...*

= *É, mas às vezes, a gente esquece. A gente fica assim: "Ai, será que eu tomei ?" Você não sabe se você tomou ou não tomou ? Ai eu tinha que vir correndo olhar na cartelinha.... Então com a laqueadura a gente fica mais sossegada, né ? [10]*

▶ = *Eu achei até melhor porque quando eu tomava o anticoncepcional e eu andava muito nervosa, eu não tinha nem prazer!... Agora, não sei se é porque eu sinto que não vou engravidar... acho que um pouco é a cabeça da gente, né ? é psicológico... [12]*

▶ - e na relação sexual, mudou alguma coisa ?

= *Não sei se é a idade da loba...[risos]*

- o que é "idade da loba" ?...

= *[risos] É que a mulher depois dos 40, dá mais fogo...*

- *aumentou o desejo sexual, você acha ?*

= *Aumentou. Não sei se é por causa da idade... que é uma coisa que falam, né ? ou se foi a laqueadura... [14]*

▶ = *Prá mim, mudou prá melhor, porque quando eu tava tomando a pílula, eu não tinha nem prazer mais. Não dava nem prazer... eu não tinha mais gosto prá nada... Eu me sentia mal, não tinha prazer prá nada... Cada um virava pro seu lado... Depois que operou, voltou a normal... [16]*

▶ = *Ah, melhor agora !... Melhor agora porque eu não tenho mais medo. Porque antes, assim, na hora que ia penetrar, eu sentia aquela dor, aquela dor !... Ai eu falava pro meu*

marido: "Ai, eu acho que eu sou virgem de novo", mas é da cabeça da gente, né ? Quando eu tive o primeiro filho eu achava que a médica do HU tinha me deixado virgem, de tanto que doía... E depois que eu operei, acho que porque eu relaxei, agora eu não tenho mais medo, agora eu não sinto dor nenhuma mais. Nenhuma mais! Agora não tenho mais medo, não ! Ficou bem melhor ! [17]

▶ *= Ah, é uma coisa tranqüila ! Me dá uma tranqüilidade quando eu lembro assim... que a única coisa que me impede é a menstruação... eu fico pensando isso... eu acho bem tranqüilo. Não ter que ficar contando os dias... e eu esquecia muito o comprimido ! Quando eu via já tava descendo... aquela coisa louca... [18]*

▶ *= Mudou, mudou. É que no começo, a gente fica assim com aquele medo de engravidar ... parece que a gente põe aquilo na cabeça e fica ... Depois, não... Você operou, sabe que não vai mais... que não tem mais perigo, aí já é bem diferente, né ?*

- diferente ? prá melhor ? prá pior ?...

= Prá melhor ! [19]

▶ *= Não. Ah, agora é mais tranqüilo, né ? Melhorou, melhorou... Porque agora não fico mais preocupada de engravidar, não fico naquele medo: "Ai, será que eu vou menstruar este mês ?" Melhorou porque é mais segurança, né ? Antes era bom, mas eu ficava com medo de vir mais um nenezinho, né ? Todo mês, todo mês eu esperava o dia da menstruação... Se atrasava dois, três dias eu já tava preocupada pensando nas roupinhas, nos sapatinhos... [risos] [20]*

▶ *= Até melhor... porque não fica aquela preocupação se pode, se não pode, se acabou o comprimido... [22]*

▶ *= Eu vou falar uma coisa: além de evitar filho, eu ia ficar muito mais melhor, porque eu me sentia muito fria... uma geladeira !... não sei se era por causa do comprimido, não sei se era coisa da minha cabeça, mas depois que operou ficou muito mais melhor !... não posso reclamar de nada, não...*

- passou a frigidez...

= Passou ! Hoje é ele que tá mais fraco... [risos] [29]

a sexualidade depende também de outros fatores

A sexualidade humana é uma realidade complexa que dificilmente poderia ser analisada sem detalhamento do contexto onde ela é exercida. Fatores fisiológicos, psíquicos e culturais compõe esta complexidade, criando histórias únicas para cada ser humano. Quando tentamos estabelecer uma relação simplificada entre esterilização feminina e suas repercussões na sexualidade, o resultado será sempre insatisfatório e, na melhor das hipóteses, um mostruário da diversidade de fatores intervenientes em cada história de vida, provocando diferentes resultados e interpretações. Na própria fala de algumas mulheres, estes outros fatores são colocados com muita propriedade, apontando para outros determinantes das respostas dadas quanto à melhora ou piora do exercício da sexualidade após a esterilização. Como exemplos, a qualidade do relacionamento do casal, a fase de vida em que se encontra a mulher, problemas anteriores com outros métodos. Nos outros depoimentos, onde foi apontada melhora ou piora após a esterilização, pode-se cogitar a ação possível destes outros fatores.

► = *Ah... eu notei que eu fiquei meio gelada... nesse negócio de homem... não ligo muito prá coisa ... única coisa que eu notei, mas... nas outras coisas, foi bom...*

- antes de fazer a laqueadura, você falou que transava preocupada, né ?

= *É, preocupada.*

- e depois ?...

= *Ah, depois veio esses problemas, né ? Veio a separação, ciúme e tanta coisa...*

- por que vocês se separaram ? Não teve nada a ver com a laqueadura ?

= *Não! Foi que o meu ex-marido é muito namorador... é dessas pessoas que não ficam com uma mulher só, sabe ? e aí eu fui descobrindo, flagrei... Aí fez a separação, né ? [25]*

► - na relação com o marido não mudou nada... Antes da cirurgia, você gostava de sexo ?

= *Ah... gostava...*

- que “gostava” mais sem graça... [risos]

= *[risos] É que quando a gente é solteira, a gente gosta muito mais, né ? Aí depois vem filhos e a gente... vai diminuindo mais... mas prá mim, gosto... [21]*

► - você gostava de sexo antes ?

= *[risos] Ai meu Deus do céu... Eu acho que todo mundo gosta, né ? É normal do ser humano, né ? Até os bichos gostam... [risos]*

- e depois que você operou, você nota alguma diferença no teu desejo ?

= *Olha, eu tive um tempo assim que eu não sei se foi por causa dos traumas do casamento ou se foi a laqueadura, eu não posso botar a culpa na laqueadura, porque trauma bloqueia muita coisa, né ?... mas eu notei uma falta de interesse muito grande...*

- o nível do teu desejo baixou...

= *Acho que zerou !... Zerou!... Zerou completamente... meu Deus do céu...*

- e hoje ?

= *Ah, agora tá bom, né ? Apesar de alguns desentendimentos que todo casal tem... Essa fase que eu te falei que tinha zerado o meu interesse, daí eu comecei a pedir pra Deus que eu não poderia ficar daquele jeito... aquela falta de interesse... tanto prá mim quanto prá ele, né ? Então ele começou a perceber que tinha alguma coisa errada . Eu fui falando prá ele que tinha alguma coisa errada, só que eu não sabia o que era. Eu pensei até em procurar um médico prá ver essa área aí. Mas aí eu pedi prá Deus e agora tô normal. Eu acho que foi uma fase, não sei. Os problemas vão acontecendo e eu acho que sexo depende da mente. Se a mente tá boa, vai uma maravilha. Se a mente tá com algum bloqueio, lá também bloqueia tudo. Acho que tanto pro homem quanto prá mulher. Eu acho que o sexo tá na cabeça. [27]*

A sexualidade feminina, objeto de tantas repressões em muitas civilizações e na nossa em particular, vem sofrendo modificações sensíveis e talvez ainda não suficientemente claras em sua profundidade e extensão. Conforme afirma GIDDENS (1996, p.190),

“As mulheres conseguiram liberdades sexuais que, por mais parciais que ainda possam ser, são notáveis em comparação com algumas décadas atrás. Sejam quais forem as limitações e distorções a que se esteja sujeito, existe hoje um diálogo mais aberto sobre a sexualidade, em que virtualmente toda a população está envolvida, do que parecia concebível às gerações anteriores.”

A representação social ainda dominante, da sexualidade feminina ligada fortemente à reprodução, da feminilidade associada à maternidade e à maternagem, da submissão do desejo feminino ao poder masculino (VILLELA 1999), ainda permanece forte e visível, mas os matizes de uma evolução rumo a novos padrões de relacionamentos podem ser percebidos, em maior ou menor intensidade, em algumas

histórias individuais. O desejo expresso por muitas mulheres deste estudo por uma sexualidade liberada do risco de engravidar pode estar apontando nesta direção.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações sociais da contracepção, a esterilização feminina, as desigualdades de gênero e o movimento dinâmico das transformações sociais.

Os questionamento que dirigiram a construção deste trabalho, fundamentaram-se na observação de que as mulheres que procuravam pela esterilização feminina, mesmo sendo atendidas em um serviço estruturado em conformidade com as exigências da legislação, muito raramente mudavam a sua opção. A informação e acesso sobre todos os métodos, garantido durante o atendimento, não modificava essa opção, aparentemente baseada em representações muito positivas sobre a esterilização feminina. Os outros métodos não eram considerados uma boa opção, ou porque já tinham sido experimentados e não foram aprovados ou porque de tanto ouvirem más referências à eles em seu meio social, preferiam não arriscar. Estas mulheres expressavam um profundo medo de engravidar e buscavam por um método que fosse o mais eficaz possível.

As informações recolhidas durante as entrevistas deste estudo, sobre as vivências relativas à contracepção, apresentadas e analisadas durante os capítulos anteriores, permitiram desvendar representações sobre os métodos contraceptivos reversíveis e sobre a vasectomia que fundamentaram a ação de descartá-los como opção contraceptiva.

- ✓ a pílula, foi representada como “*um método que faz mal à saúde*” (baixa inocuidade) e/ou “*que falha muito*” pela ocorrência do esquecimentos de tomá-la (baixa eficácia);
- ✓ o condom, como “*um método pouco seguro*” pelo risco de rompimento (baixa eficácia) e/ou como um método considerado “*estranho*”, “*diferente do sexo normal*” (baixa aceitabilidade);
- ✓ o coito interrompido, como “*método que falha muito*” (baixa eficácia) e/ou que “*atrapalha a finalização do ato sexual*” podendo provocar insatisfação para o homem, para a mulher ou para os dois (baixa aceitabilidade);

- ✓ os injetáveis, como “*método que altera a menstruação*” (baixa inocuidade), que deve ser “*mais fraco que a pílula*”, já que não são tomados todos os dias e sim, a intervalos muito grandes (baixa eficácia) e/ou por ser um “*método doloroso*” para quem teme as injeções intramusculares (pouca facilidade de uso);
- ✓ a tabela, como um “*método que falha muito*” uma vez que o ciclo da mulher não apresenta sempre a mesma regularidade (baixa eficácia) e/ou por ser um “*método muito difícil de aprender*” o modo correto de uso (pouca facilidade de uso);
- ✓ o diafragma, por ser um “*método que exige auto manipulação genital*” (baixa aceitabilidade) e/ou por parecer muito “*difícil de colocar*” (pouca facilidade de uso);
- ✓ o Billings, por não conhecerem ninguém que tivesse usado, as entrevistadas não tinham informação positivas ou negativas sobre ele, mas talvez por isso mesmo, por ser um “*método ainda não testado (e comentado) pelas mulheres*”, não foi aceito como alternativa (método desconhecido pela maioria);
- ✓ a vasectomia, por ser um “*método que pode provocar impotência masculina*” (baixa inocuidade) e/ou por ser um “*método que pressupõe que o homem assuma para si o encargo da contracepção*”, apesar desta ser caracterizada como tarefa feminina (baixa aceitabilidade).

Em contraste, a esterilização feminina, referida como um método que supera as deficiências apresentadas pelos outros métodos, foi representada como:

- ✓ um “*método muito eficaz e definitivo*”
- ✓ um “*método que não faz mal à saúde*”,
- ✓ um “*método fácil de usar*”, já que não pressupõe tarefas adicionais de manejo;
- ✓ um “*método que não interfere no momento da relação sexual*” e que propicia uma sexualidade mais tranqüila, desvinculada do risco de uma gravidez indesejada;
- ✓ um “*método que independe da participação do homem.*”

A única representação negativa da esterilização feminina, referida em várias entrevistas, foi a de ser um “*método de difícil acesso*”, ou pela falta de dinheiro para

pagá-la num serviço privado de saúde ou pela longa fila de espera dos serviços públicos que a realizam.

Pesquisando sobre algumas das possíveis seqüelas da cirurgia apontadas pela literatura (MOLINA 1999, PEREIRA FILHO 1995, LOPES 1996), como alterações do ciclo menstrual, alterações de peso, influências negativas na sexualidade, encontramos grandes variações. Perguntadas sobre estas alterações, foram obtidas as respostas:

- 39% não perceberam alterações de peso corporal, 26% relatam que ganharam peso e 9% perderam peso;
- 39% perceberam alteração na duração de seu ciclo menstrual (a maioria referiu uso de contraceptivo hormonal antes da esterilização, algumas referindo ter voltado ao padrão “de solteira”);
- 6% referiu aparecimento de cólicas menstruais e 3% referiu melhora destas cólicas;
- em relação à sexualidade, 32% não percebeu alteração, 23% relatou ter “esfriado”

Mesmo nos casos em que alterações corporais, de ciclo menstrual ou de desejo sexual foram constatadas, a satisfação com o método foi expressada de forma enfática, assim como a recusa à possibilidade de reversão. O único caso de arrependimento foi justificado pelo surgimento de dores pélvicas, provavelmente atribuíveis à ocorrência de aderências pós-cirúrgicas porém, mesmo neste caso, não havia o desejo de retorno à fertilidade. O alto nível de satisfação com o método ficou expresso também através da recomendação deste às amigas ou familiares.

O raciocínio de que a usuária satisfeita faz propaganda do método é perfeitamente aplicável às mulheres deste estudo. Em muitos casos, afirmaram que a recomendação deveria ser precedida de algum tipo de análise sobre a adequação do método à cada história de vida, indicando a percepção clara do peso da irreversibilidade do método. Em outros casos, a recomendação era enfática, demonstrando a representação de uma certa “obrigatoriedade” de se controlar com rigor o número de filhos, como pode ser exemplificado na frase dita por um médico a uma das mulheres entrevistadas: *“A senhora tá certa. Mais que três filhos prá rico é vaidade, prá pobre é irresponsabilidade”* [entr. 24]

É importante destacar que há muitos anos vem sendo constatada uma “cultura da esterilização”, com vários estudos indicando que a satisfação das mulheres esterilizadas com a opção que fizeram tem sido a maior “propaganda” do método. Muitas mulheres esterilizadas relataram que a indicação da laqueadura foi feita a elas por mulheres da família ou amigas (BERQUÓ 1993; VIEIRA 1994, COSTA e col. 1996)

Várias representações da esterilização feminina e dos outros métodos contraceptivos reveladas por este estudo, podem ser também observadas nos resultados de estudos realizados no Brasil (MORELL 1992, SERRUYA 1992, MARCOLINO 1995, COSTA e col. 1996, CORRÊA e PETCHSKY 1996, OSIS e col. 1997, PIROTTA 1998, MINELLA 1998b, VIEIRA 1999), demonstrando a ampla disseminação destas representações.

Estes mesmos estudos, também denunciam a situação da assistência à saúde reprodutiva no Brasil, quantitativa e qualitativamente insuficiente, onde a garantia de informação e acesso a todos os métodos contraceptivos não é uma realidade. Em nosso estudo, por exemplo, a assistência de boa qualidade provida pelo serviço do HC às mulheres entrevistadas, não anularia um possível histórico anterior de falta de acesso e de desinformação, durante todas as fases anteriores do ciclo reprodutivo, e que pode ter sido decisivo para a rejeição *a priori* dos outros métodos .

A falta de políticas públicas, claras e eficientemente implementadas, em relação à Saúde Reprodutiva não pode ser descartada como um dos fatores importantes agindo na obstrução do exercício do direito de controlar a própria fecundidade. A implantação do P.A.I.S.M., iniciada em 1984 e que vem se desenvolvendo em ritmo inaceitavelmente lento no país - provavelmente em consonância com o descaso do Estado com todo o setor saúde - se configura em objetivo a não ser abandonado, uma vez que as más condições da assistência à saúde reprodutiva no Brasil, que inspiraram a necessidade desse programa, ainda não se modificaram. Um triste exemplo está na seguinte citação de estudo de XAVIER (1989), realizado sobre dados colhidos em Recife em 1982 - há vinte anos atrás - que apontava como principais determinantes da grande procura pela esterilização feminina, as precárias condições de vida, oferta limitada de métodos contraceptivos reversíveis, falta de

assistência adequada e ausência de participação masculina na contracepção. Infelizmente, este diagnóstico poderia ser atual.

Entretanto, o exercício da contracepção não pode ser problematizado apenas em termos de inexistência de serviços de saúde de boa qualidade. Para a maioria das mulheres entrevistadas neste estudo, o motivo para solicitarem a esterilização está baseado no argumento “não querer mais filhos” e esta motivação, claramente expressa, tem sido freqüente em outros estudos (MORELL 1992, MINELLA 1998a). As reivindicações das mulheres relacionadas à contracepção e aos direitos reprodutivos não se resume a métodos e serviços de saúde, mas envolve a situação sócio-econômica, cultural e política. Envolve provavelmente a própria representação atual da maternidade.

SERRUYA (1992, p.51) apontava como contradição o fato de “mulheres tão marcadamente maternais” se submeterem à esterilização, que justamente as impede de serem mães. Esta análise talvez possa ser cotejada com a de OSIS (2001) que detectou em seu estudo uma representação da maternidade nas mulheres esterilizadas como um processo de criar e educar os filhos e não simplesmente o ato de gerá-los, numa possível reconstrução da representação da maternidade. O que pode ser debatido é se esta representação “ampliada” de maternidade é construída após a esterilização, como uma justificativa pessoal ou se, justamente por possuir esta representação ampliada de maternidade, a esterilização pode ser uma alternativa concreta. Ou seja, a mulher que se esteriliza pode não estar “abandonando” a capacidade de ser mãe, e criando justificativas para isso, mas sim, recorre à esterilização justamente por considerar que “continua” sendo mãe, apesar de esterilizada, até que os filhos estejam criados. Encontramos em nosso estudo a representação de “*ter menos filhos para criá-los melhor*”, que pode ser relacionada a esta discussão.

Outra representação forte entre as mulheres entrevistadas neste estudo, foi a negação do aborto como opção a uma falha de método contraceptivo por 100% delas. A simples argumentação de um filho não desejado não sustentaria a opção pelo aborto. Em nenhum caso houve referência à ilegalidade do procedimento. A interdição ao aborto parece internalizada como “*não faria por questão de princípios*” ou “*pecado*”. O uso de métodos contraceptivos reversíveis, com menor

eficácia que a esterilização, poderia conduzir a uma situação sem saída, em caso de falha, já que a possibilidade do aborto, pelo menos em nível de retórica, foi afastada com ênfase. VIEIRA (1999) encontrou associação significativa entre a tendência de se submeter à esterilização mais jovem com atitudes mais negativas em relação ao aborto e CORRÊA e PETCHESKY (1996) afirmam que normas culturais apontam a esterilização feminina como menos pecaminosa que o aborto podendo, com isso, reforçar ainda mais a popularidade do método.

A situação financeira ruim, foi o argumento mais citado pelas mulheres entrevistadas para justificar a limitação do número de filhos frequentemente associado à necessidade do trabalho assalariado da mulher para complementação do trabalho doméstico. A necessidade da limitação do número de filhos, que são considerados como obstáculos ao trabalho assalariado da mulher, demonstra a lógica da subordinação da reprodução humana aos interesses da produção (GIFFIN 1994).

Outra representação encontrada, possivelmente relacionada a esta discussão, foi a de que “*os filhos são da mulher*”, e que ela seria a responsável pelo seu sustento no caso de rompimento de uma relação ou quando a relação nunca chega a ser oficializada. Na maioria dos casos de separação os filhos geralmente ficam com a mulher, assim como há maior incidência de viuvez entre as mulheres, o que explica o aumento do número de famílias monoparentais do tipo “mãe e filhos” (BERQUÓ 1989). O trabalho da mulher pode ser uma retaguarda necessária para garantir seu próprio sustento e o de seus filhos, em casos de separação ou abandono, relatados muito frequentemente pelas mulheres entrevistadas neste estudo. Uma representação social dos relacionamentos entre casais como pouco estáveis e duradouros, poderia estar reforçando a necessidade do trabalho assalariado da mulher como um indispensável “seguro” contra incertezas futuras (MINELLA 1998b).

A discussão do trabalho das mulheres tem enraizamentos ainda mais profundos, na desigualdade entre os gêneros. Dividida entre o trabalho produtivo assalariado e o trabalho doméstico não assalariado e ligado às tarefas da reprodução, a mulher vive em situação de sobrecarga constante. O antigo papel de mãe e dona de casa vem se modificando nos últimos tempos, ilustrado pelo aumento do número de domicílios chefiados por mulheres apontado pelo último Censo (IBGE 2000). E esta inserção no mercado de trabalho sofre as conseqüências de uma divisão sexual do trabalho, com

as mulheres sendo aproveitadas por empregadores que buscam por uma mão de obra disciplinada, com habilidade manual fina, capaz de suportar trabalhos repetitivos e jornadas longas e salários mais baixos, num contexto de exploração muitas vezes pior que a dos trabalhadores homens(RÍOS 1993).

As políticas econômicas recentes não reconhecem as implicações da divisão de trabalho por Gênero e o trabalho não remunerado exercido pelas mulheres na reprodução da população. Ignoram também as desigualdades de poder intradomiciliares e que quando transferem os custos dos ajustes da economia remunerada para a economia não remunerada, eles recaem desproporcionalmente sobre as mulheres. Nesse sentido, cada corte de orçamento em políticas sociais ou quando as políticas salariais achatam o poder aquisitivo dos salários, os bens ou serviços antes adquiridos no mercado ou recebidos de serviços públicos, passam a ser produzidos no domicílio pela mulher. O que significa economia para o Tesouro implica em maior sobrecarga de trabalho para as mulheres(SEN 1996).

A carga das crises econômicas é repartida de modo desigual entre os gêneros. Enquanto a mulher vem assumindo mais esta tarefa, de mantenedora ou co-mantenedora do núcleo familiar, o trabalho doméstico e todas as tarefas relacionadas à reprodução continuam sendo exclusivamente suas, gerando sobrecarga física e emocional (RÍOS 1993, SERRUYA 1992, OLIVEIRA 1989) O trabalho assalariado da mulher, exigido pela conjuntura econômica pode ser encarado por alguns homens, como prejudicial à família e à educação das crianças (GIFFIN 1994), e no sentido inverso, as exigências do trabalho doméstico e cuidado dos filhos pode comprometer a sua aceitação no mercado de trabalho, como foi relatado pelas mulheres entrevistadas neste estudo.

Pode-se também afirmar que são absolutamente insuficientes o apoio da sociedade ou do próprio companheiro para o exercício da maternidade. Do Estado, a mulher não recebe apoio no sentido de equipamentos urbanos que facilitem sua rotina de trabalhadora e mãe, como por exemplo, creches e serviços sociais e de saúde ágeis, que funcionem em horários compatíveis com seu trabalho assalariado. Dos companheiros, não recebem ajuda com as tarefas domésticas, por serem estas “femininas” e, portanto, desvalorizadas socialmente.

A contracepção, também classificada socialmente na divisão por gêneros como “tarefa feminina”, não é assumida pela maioria dos homens (SEN 1996, MINELLA 1998b, RÍOS 1993, SERRUYA, 1992). As entrevistadas deste estudo relataram essa ausência masculina, inclusive no processo de decisão pela esterilização, que se constitui em “*decisão solitária da mulher*” frente às alternativas de que dispõe. Geralmente, o companheiro é comunicado a respeito dessa decisão e a mulher considera positivo que ele apoie, sem opor obstáculos. Entretanto, apenas uma minoria questiona claramente essa falta de participação, enquanto que a maioria expressa como natural que as decisões contraceptivas sejam da mulher.

Pensar em desigualdades de gênero é pensar em exercício de poder de um gênero sobre outro (SCOTT 1991) e em desigualdades de valor entre o feminino e o masculino em nossa sociedade, sendo estas desigualdades perpetuadas através da família, escola, igrejas, serviços de saúde, políticas públicas e outros espaços de interação social, sempre que estas desigualdades não são detectadas e, portanto, não são trabalhadas como pontos a corrigir para que a sociedade tenha um desenvolvimento menos desequilibrado (RÍOS 1993).

Na desvalorização do feminino, um dos eficientes dispositivos de controle é o desconhecimento da mulher sobre seu próprio corpo, que se apresenta em diversas classes sociais e parece não ter relação com a escolaridade (XAVIER 1989). Não conhecendo seu próprio corpo e seus ciclos naturais, a mulher tem enormes dificuldades em assumir o controle de sua própria fecundidade e acaba sendo dirigido por desinformações, por representações mais fortes em seu meio, por determinações de poder de profissionais de saúde ou de seu marido ou companheiro.

Mas as construções sociais de gênero possuem historicidade própria e a reflexividade intensa, característica das sociedades modernas, faz com que informações circulem rapidamente em toda a sociedade, influenciando na dinâmica das representações sociais (GIDDENS 1996).

O poder exercido nas relações desiguais de gênero, deve ser pensado como uma rede complexa exercida entre os sujeitos, que pressupõe formas de resistência e contestação e entende que o poder não é simplesmente algo que existe num polo e está totalmente ausente no outro. É possível avançar além das oposições fixas de masculino e feminino (LOURO 1996), encontrando assim mulheres e homens que

estejam reinventando as relações ou, pelo menos, encontrando formas de reagir às desigualdades de gênero. Por exemplo, em relação à esterilização feminina, MINELLA (1998) analisa que a renúncia à maternidade pode significar tanto a submissão quanto à capacidade de romper a subjetividade dominante e CORRÊA e PETCHESKY (1996) alerta quanto a não desqualificar as decisões que as mulheres tomam em suas vidas, mesmo quando vivem sob constrangimentos sociais e econômicos, enquanto atacamos estes constrangimentos. Voltando à possibilidade de desconstrução das oposições binárias apontada por LOURO (1996), VAITSMAN (1994, p.15) defende que:

“Não existe uma essência daquilo que é masculino ou feminino, pois apesar de corpos físicos diferentes e de normas e valores que dizem como se comportar (as construções sociais de gênero), homens e mulheres apresentam variações, escolhas, pluralidades, dentro de um mesmo gênero e em uma determinada configuração histórico cultural.”

A esterilização feminina pode, ao mesmo tempo, caracterizar diferentes formas de pensar, de representar os significados desta opção radical de contracepção. Em uma tentativa de exemplificar, as representações da esterilização feminina no grupo de mulheres entrevistado neste estudo são interpretadas de formas diversas pelas próprias mulheres:

representações da esterilização feminina no grupo entrevistado	uma possível interpretação	outra possível interpretação
um “ <i>método muito eficaz e definitivo</i> ”	acreditam que um método com a chancela do saber médico seria mais confiável que sua própria capacidade de utilizar outros métodos	desejam dissociar definitivamente a sexualidade da reprodução, abolindo a tensão constante do risco de falha de método contraceptivo que prejudica o prazer.

um “ <i>método que não faz mal à saúde</i> ”,	acreditam mais na competência técnica da assistência hospitalar onde será realizada a cirurgia que na inocuidade dos métodos reversíveis e na qualidade dos serviços de atenção primária onde serão manejados estes métodos.	numa avaliação de riscos e benefícios, consideram que o risco cirúrgico pode ser menor que danos possíveis causados pelos efeitos colaterais dos métodos reversíveis de alta eficácia.
um “ <i>método fácil de usar</i> ”,	desejam um método que não tenham tarefas adicionais de manejo, diminuindo a carga de tarefas a elas atribuída	não consideram lógico administrar o manejo de métodos contraceptivos ao longo da vida reprodutiva se não deseja ter filhos ou se já teve os filhos que pretendia
um “ <i>método que não interfere no momento da relação sexual</i> ”	desejam um método que não exija diálogo sobre sexo ou negociação com o parceiro, ou auto manipulação e conhecimento de seus próprios genitais, por essas capacidades não terem sido aprendidas em sua educação sexual inexistente ou repressora. E que não exija que o sexo seja programado, intencional e não como aprendeu que devia ser : espontâneo e submisso ao desejo masculino	desejam uma sexualidade mais natural, sem o desconforto de artefatos ou respeito à períodos de abstinência.
um “ <i>método que independe da participação do homem</i> .”	já que não acredita que o companheiro assuma essa participação (e tampouco a mulher se sente no direito de solicitar) e já que lhe foi ensinado ser uma obrigação da mulher “se cuidar”	acredita que, como as conseqüências de uma gravidez indesejada recaem sobre a mulher, é preferível que o controle da fecundidade seja exercido por ela.
um “ <i>método de difícil acesso</i> ”,	como tem sido também difícil conseguir vagas para um atendimento ginecológico de boa qualidade, ou uma assistência ao parto humanizada e eficiente	questiona os critérios dos serviços que, contrários à lei, estabelecem quem pode ou não fazer uso desse método.

Estas variações de interpretações, num mesmo grupo, nos aponta que uma mesma representação pode ter mais que um significado e que as individualidades têm o poder de reinventar a sociedade, mesmo em sistemas de constrangimento do exercício dos direitos.

“Ao tratar a concepção como um direito reprodutivo, isto é, como um direito individual e de cidadania, o movimento feminista contextualizou essa questão do ponto de vista do sujeito, das mulheres enquanto indivíduos. Nem o aborto, nem as diferentes formas de contracepção, inclusive a esterilização, possuem significados intrínsecos ou fixos, pois as necessidades não são as mesmas para todas as mulheres, nem mesmo o são para uma mesma mulher, ao longo de sua trajetória de vida. As necessidades contraceptivas de mulheres, além de vincularem-se aos conteúdos específicos de suas identidades, dependem de certos contextos, da situação de vida em que se encontram.” (VAISTMAN 1994, p.15)

Em consonância com este raciocínio, a única recomendação possível, ao final deste trabalho, é a necessidade imperiosa de se desvelar, todos os dias e em todas as instâncias da vida em sociedade, as desigualdades de gênero que, mais que um problema das mulheres, é um problema da humanidade enquanto um todo indivisível. Apenas quando as mulheres forem respeitadas em seus direitos básicos de cidadania os direitos reprodutivos serão plenamente exercidos.

Em todas as informações colhidas neste estudo, acreditamos ter encontrado um sentido comum: tentativas no sentido de contornar continuamente obstáculos sócio-econômicos e culturais, procurando viver melhor a vida que têm, nem sempre com expectativas de mudança, mas buscando aproveitar as poucas oportunidades que lhes surgem pela frente para melhorar seu cotidiano. Uma intenção sempre presente é a de dominar o próprio corpo, não entender mais a maternidade como destino, não mais aceitar “os filhos que Deus mandar”. A Teoria da Escolha Racional de John Elster, marxista norueguês, citado por HAGUETTE (1997, p. 199), “supõe que as pessoas escolherão o curso de ação que preferem ou que acreditam melhor. Agir racionalmente é escolher a melhor ação no conjunto viável”. Talvez esta possa ser

uma boa interpretação para a opção pela esterilização feminina. Ao invés de considerar-se a mulher que solicita a esterilização sempre como um indivíduo mal informado ou mal assistido, pode ser colocada também a possibilidade desta opção ter sido o fruto de uma longa racionalização sobre as opções que lhe são acessíveis, como demonstram as inúmeras tentativas anteriores de adoção de outras opções, sem atingirem o resultado que esperavam: o direito de controlar sua própria fecundidade. Este direito, segundo o documento final da Conferência de Beijing (ONU 1996), constitui a base para que a mulher possa desfrutar de todos os outros direitos, entendendo-se como ser humano pleno de potencialidades, além de seu papel no processo de reprodução da espécie.

7. REFERÊNCIAS

1. Ades A. Identificação de fatores associados ao arrependimento após laqueadura tubária. **Rev.Gin.Obst.** 1997; 8(1):30-6.
2. Ali M, Cleland J. Contraceptive discontinuation in Six Developing Countries: a cause-specific analysis. **Internacional Family Planning Perspectives** 1995; 21(3): 92-7.
3. Alvarenga AT, Schor N. Contracepção feminina e política pública no Brasil: pontos e contrapontos da proposta oficial. **Saúde e Sociedade** 1998; 7(1):87-110.
4. Alves JED. Relações de Gênero e transição da fecundidade. In: **Anais do 10º Encontro Nacional de Estudos Populacionais** 1996; Caxambú, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1996. , p.1455-72.
5. ANEP. **Critério de Classificação Econômica Brasil.** [on line] Disponível em
<<http://www.anep.org.br>> [13/05/1999]
6. Bahamondes L, Petta CA, Faúndes A, Bedone A. Significado do recente aumento do número de solicitantes de reversão de laqueadura em um serviço de esterilidade. **Femina** 1992; 20(5):360-2.
7. Barbieri T. **Sobre a categoria gênero: uma introdução teórico-metodológica.** Trad. A. Lewinsky. Recife: SOS Corpo;1993.

8. Barbosa RHS. Aids e Saúde Reprodutiva: novos desafios. In: Giffin K e Costa SH. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 281-296.
9. Bardin L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1995.
10. Barsted LAL. Sexualidade e Reprodução: Estado e Sociedade. In: Bilac ED e Rocha MIB. (orgs.) **Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas**. Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP / São Paulo: Ed.34; 1998. p. 147-181.
11. Bastos AC. **Noções de Ginecologia**. 7^a ed. São Paulo: Atheneu; 1987.
12. BEMFAM (Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil). **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - 1996**. Rio de Janeiro: Bemfam, 1997.
13. Berquó E. Sobre a política de planejamento familiar no Brasil. **Rev. Bras. Estudos Pop.** 1987; 4(1):95-103.
14. Berquó E. A família no século XXI: um enfoque demográfico. **Rev. Bras. Est. Pop** 1989; 6(2):1-16.
15. Berquó E. Uma nova onda para atropelar os direitos reprodutivos. **Rev.Bras.Estudos de População** 1990; 7(1):87-94.
16. Berquó E. **Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos**. [Apresentado ao Seminário A situação da mulher e o desenvolvimento. Núcleo de Estatística Populacional da UNICAMP; 1993; Campinas, Brasil 1993]
17. Berquó E. Ainda a questão da Esterilização Feminina no Brasil. In: Giffin K e Costa SH. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 113-126.

18. Canesqui AM. Planejamento Familiar nos Planos Governamentais. **Rev. Bras. Estudos Pop.** 1985; 2(2):1-20.
19. Carvalho MLO, Furegato AR. O exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** 2001; 3(3). Disponível em [http:// www.fen.ufg.br/revista4/gineco.html](http://www.fen.ufg.br/revista4/gineco.html)
20. Carvalho MLO, Pirotta KCM, Schor N. **Participação masculina na contracepção pela ótica feminina.** Rev. Saúde Pública. 2001; 35(1): 23-31.
21. [CEMICAMP] Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas. **Estudo comparativo sobre as conseqüências da laqueadura na vida das mulheres.** Campinas, 1998. [Relatório técnico final - CEMICAMP - FHI]
22. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL,** 11^a edição. São Paulo: Editora Atlas; 1998.
23. Corrêa S. Anticoncepcionais Injetáveis na perspectiva feminista: o debate histórico e os novos desafios. In: Arilha M e Citeli MT. **Políticas, Mercado, Ética: Demandas e Desafios no Campo da Saúde Reprodutiva.** São Paulo: Ed. 34: Comissão de Cidadania e Reprodução; 1998. p.25-41.
24. Corrêa S, Petchesky R. Direitos sociais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **PHYSIS:Rev.Saúde Coletiva** 1996; 6(1/2):147-77.
25. Costa AM. Desenvolvimento e Implementação do PAISM no Brasil. In: Giffin K e Costa SH. **Questões da Saúde Reprodutiva.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.p.319-335.

26. Costa RG, Osis MJD, Hardy E. **Considerações sobre o processo de decisão pela laqueadura.** Campinas, CEMICAMP, 1996. [mimeografado]
27. Doise W. Les représentations sociales: definitions d'un concept. **Conexians** 1985, 45:245-253.
28. Espejo Arce, X Del C. **Variáveis associadas ao conhecimento em relação a métodos anticoncepcionais entre mulheres.** São Paulo, 2001. [dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública / USP]
29. Farr R. Las representaciones sociales. In: Moscovici S. **Psicologia social: pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales.** vol. 2 Barcelona - Buenos Aires - México: Paidós, 1986. p.495-506.
30. Faúndes A, Hardy E. Ética Médica e Planejamento Familiar no Brasil. **Bioética** 1996; 4:221-226.
31. Gadzekpo A. Pocos consideran someterse a una vasectomia. In: Population Reference Bureau, Inc. **Inquietudes Femeninas: las mujeres escriben sobre la participación de los hombres en la familia.** Washington: Population Reference Bureau, Inc; 1995.
32. Garcia S G; Snow R; Aitken I. Preferencias por los atributos de los anticonceptivos: voces de mujeres en Ciudad Juárez, México. **Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar** 1997; (nº especial): 28-35.
33. Germain A. **Are we speaking the same language ? Women's health advocates and scientists talk about contraceptive technology** [monograph on line]. Internacional Women's Health Coalition. New, New York. Available from
<<http://www.iwhc.org/febcindex.html>> [1998 Sept 12]

34. Giddens A. **A Transformação da Intimidade**. Trad. M. Lopes. São Paulo: UNESP; 1993.
35. Giddens A. **Conseqüências da Modernidade**. Trad. F.L. Machado e M.M.Rocha. Portugal: Celta Editora; 1996.
36. Giffin K. Esfera de Reprodução em uma Visão Masculina: considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classe e de gênero. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva** 1994; 4(1):23-40.
37. Gómez A. Hombres: los retos del genero. *Revista Mujer Salud/Red Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe* 1997; 1:33-56.
38. Guareschi P, Jovchelovitch S. (orgs) **Textos em Representação Social**. 2a ed. Petrópolis: Vozes; 1997.
39. Haguette T M F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 1997.
40. Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton Jd. **Lo Essencial de la Tecnologia Anticonceptiva: manual para personal clínico**. Baltimore, Facultad de Salud Publica, Universidad de Johns Hopkins, Programa de Información em Población, 1999.
41. IBGE. **PPV aprofunda investigação de indicadores sociais**. [on line]. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/novo/novo.htm>> [03/09/98].
42. IBGE. **Resultados preliminares do Censo 2000**. [on line] Disponível em <http://www.ibge.gov.br> [02/11/2000]

43. JAMA - Contraception Information Center of Journal of the American Medical Association, U.S. [on line] Available from <<http://www.iwhc.org/febcindex.html>> [1998 Sept 20]
44. Jodelet D. La representación social: fenomenos, concepto y teoria. In: Moscovici, S. **Psicologia social: pensamiento y vida social, psicologia social y problemas sociales**. vol. 2 Barcelona - Buenos Aires - México: Paidós; 1986. p.469-94.
45. Jodelet D. Representations Sociales: un domaine en expansion. In: Jodelet D. (org.) **Les Representations Sociales**. Paris: P.U.F.; 1989.
46. Kalckman S. Métodos de Barreira Controlados pela Mulher. In: Giffin K e Costa SH. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.p. 147-162.
47. Kalckmann S; Lago TG; Barbosa RM; Villela W; Goihman S. O diafragma como método contraceptivo: a experiência de usuárias de serviços públicos de saúde. **Cad. Saúde Públ.** 1997; 13(4):647-657.
48. Leme MAVS. O impacto da teoria das Representações Sociais. In: Spink MJ. **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense; 1993. p.46-57.
49. Lopes G. Anticoncepção e Sexualidade. **Femina** 1996; 24(5):395-401.
50. Louro GL. Nas redes do conceito de gênero. In: Lopes MJ, Meyer DE, Waldow VR. (orgs.) **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

51. Mane P e Aggleton P. Gênero e Poder: comunicação, negociação e preservativo feminino. In: Barbosa RM e Parker R. (orgs.) **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34; 1999. p.215-228.
52. Marchi NH. **Vasectomia: razões da opção pelo método**. São Paulo, 2001. [dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública / USP]
53. Marcolino C. **Trajetória da mulher em direção à esterilização cirúrgica feminina: um estudo fenomenológico**. São Paulo, 1995. [Dissertação mestrado - FSP / USP]
54. Martine G. Brazil's Fertility Decline, 1965-95: a fresh look at key factors. **Population and Development Review** 1996; 22(1):47-75.
55. Matamala MI. Derechos Sexuales y Reproductivos, Estado y Sociedad. In: Bilac ED e Rocha MIB. (orgs.) **Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas**. Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP / São Paulo: Ed.34; 1998. p. 125-146.
56. McCarthy J. Transições de Fertilidade e Políticas Demográficas. **Bioética** 1996; 4: 175-187.
57. Mehy, JCSB. **Manual de História Oral**. São Paulo: Loyola; 1996. 78p.
58. Mencimer S. The Baby Boycott. **The Washington Monthly**, June 2001. [online] Available from:
<<http://www.washingtonmonthly.com/features/2001/0106.mencimer.html>>
[2001 June 12]

59. Michelat G. Sobre a Utilização da Entrevista Não-Diretiva em Sociologia. In: Thiollent M. **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária**. 5ª ed. São Paulo: Polis; 1987. p.191-211.
60. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1996.
61. Minella LS. Aspectos positivos e negativos da esterilização tubária do ponto de vista de mulheres esterilizadas. **Cad. Saúde Pública** 1998a; 14(Supl.1):69-79.
62. Minella LS. A produção científica sobre esterilização feminina no Brasil nos anos 80 e no início dos 90: um debate em aberto. **Rev. Bras. Estudos Pop.** 1998b; 15(1):3-22.
63. Molina A. Laqueadura Tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais. In: Giffin K; Costa SH **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 127-45.
64. Moreira ASP, Oliveira DC. (orgs). **Estudos interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia, AB, 1998.
65. Morell MGG. A prática de esterilizações em São Paulo: uma tentativa de caracterização. In: **Anais do 8º Encontro Nacional de Estudos Populacionais** 1992; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1992. p.61-82.
66. Moscovici S, Hewstone M. De la ciencia ao sentido comum. In: Moscovici, S. **Psicologia social: pensamiento y vida social, psicologia social y problemas sociales**. vol. 2 Barcelona - Buenos Aires - México: Paidós; 1986.

67. [MS] Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Materno-Infantil. **Assistência ao Planejamento Familiar**. Brasília (DF): COSMI; 1992. (série A: Normas e Manuais Técnicos).158p.
68. [MS] Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Mulher. Serviço de Assistência à Saúde da Mulher. **Assistência ao Planejamento Familiar**. Brasília (DF): COSAM; 1996. (Série A: Normas e Manuais Técnicos). 156 p.
69. NHS (National Health Service - U.K.). Contraception: failure rates, [*on line*] Available from: <<http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier/band50/b50-3html#Heading2>> [1998 Sept 20]
70. Oliveira DC. **A promoção da saúde da criança: análise das práticas cotidianas através do estudo de representações sociais**. São Paulo, 1996. [Tese de doutorado - FSP / USP]
71. Oliveira MCFA. Trabalho, Família e Condição Feminina: considerações sobre a demanda de filhos. **Rev. Bras. Est. Pop.** 1989; 6(1):25-33.
72. Omondi-Odhiambo. Men's Participation in Family Planning Decisions in Kenya. **Population Studies** 1997; 51:29-40.
73. [ONU] ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS **Conferência Mundial sobre a Mulher**. Beijing / Organização das Nações Unidas, Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
74. Osis MJMD, Duarte GA, Bento SF. **O que as mulheres pensam sobre a laqueadura tubária**. [Apresentado ao IV Congresso Latino-Americano de Ciências Sociais e Medicina; 1997 junho 2-6; Cocoyoc, Morelos, México].
75. Osis MJMD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.** 1998; 14(Supl.1):25-32.

76. Osis MJMD. **Laqueadura e representações acerca da sexualidade e do papel reprodutivo.** São Paulo; 2001. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública / USP]
77. Palmonari A, Doise W. **Caracteristiques des Representations Sociales.** In: Doise W, Palmonari A (orgs.) **L'Étude des Representations Sociales.** Paris: TDB; 1986.
78. Pena, MVJ. Política e população: dados sobre um Estado duas-caras. **Physis: Rev. Saúde Coletiva** 1991; 1(1):97-115.
79. Pereira Filho A S. **Seqüelas da Anticoncepção Cirúrgica: relatório apresentado e aprovado na XV Reunião do Comitê Nacional de Reavaliação dos Métodos Anticoncepcionais da FEBRASGO, 1994.** **Femina** 1995; 23(4): 373-8.
80. Perpétuo IHO, Wajnman S. **A mulher que se esteriliza no Brasil.** In: **Anais do 8º Encontro Nacional de Estudos Populacionais** 1992; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1992. p.23-41.
81. Philliber S G, Philliber W W. **Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: a review.** **Studies in Family Planning** 1997; 20(16):1-29.
82. Pirotta KCM. **A mulher e a esterilização: do mito da emancipação ao desvelamento da subalternidade.** São Paulo, 1998. [dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública / USP]
83. RADIS / FIOCRUZ **Epidemiologia e esperança.** **Tema / Radis** n.16, outubro 1998.

84. [REDESAUDE] Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. **Saúde Materna: componente essencial dos direitos reprodutivos**. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/html/cartilhas.html> [em 10/12/2000]
85. Ringhein K. Factors that determine prevalence of use of contraceptive methods for men. *Studies in Family Planning* 1993; 24:87-99.
86. Ríos R. de los. Genero, Salud y Desarrollo: un enfoque en construccion. In: Gómez EG (ed.) **Genero, Mujer y Salud en las Americas**. Washington D.C.: OPS/OMS; Publicación Científica n. 541; 1993.
87. Rocha MIB. **Política Demográfica e Parlamento: debates e decisões sobre o controle da natalidade**. Campinas: UNICAMP, Núcleo de Estudos de População, 1993. 148 p.
88. Rogow D, Horowitz S. Withdrawal: a review of the literature and agenda for reserch. *Studie in Family Planning* 1995; 26(3):140-153.
89. [RSMLAC e RedeSaúde] Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. **A saúde das mulheres no contexto sócio político brasileiro: Seguimento do Programa de Ação da Conferência Mundial da ONU sobre População e Desenvolvimento Cairo 94**. Recife; 1997. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/caiobr/html/diagnostico.html> [em 10/11/2000]
90. Sá CP. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998.
91. Salas O. **A Feminilidade: uma revisão da fase fálica**. Trad. de Sttineri F F. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
92. Schor N. **Adolescência e anticoncepção - conhecimento e uso**. São Paulo, 1995. [Tese livre-docência - FSP/USP]

93. Scott J. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica.** Trad. Dabat CR, Ávila MB. Recife: SOS Corpo; 1991.
94. Sen G. Reprodução: o desafio feminista para uma política social. **PHYSIS Rev. Saúde Coletiva** 1996; 6(1/2):179-194.
95. Serruya S. Ligação de trompas e imaginário feminino. In: **Anais do 8º Encontro Nacional de Estudos Populacionais** 1992; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1992. p.43-59.
96. Shallat, L, Paredes U. **Conceitos de Gênero no planejamento do desenvolvimento: uma abordagem básica.** Instituto Internacional de Pesquisas e Capacitação das Nações Unidas para a Promoção da Mulher - INSTRAW, 1995.[edição em português pelo Conselho dos Direitos da Mulher do Distrito Federal]
97. Skodol W H. **Introducing Reserch in Nursing.** California: Addison-Wesley Publishing Co. 1987.
98. Souza R. **Sob o signo de Marte: relações conjugais, gênero e saúde reprodutiva no discurso de mulheres de baixa renda.** São Paulo, 2000. [dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública / USP]
99. Taylor L, Taylor M. Politics for Babies. **Prospect Magazine**, June 2001. [*on line*] Available from:
<http://www.prospect-magazine.co.uk/highlights/essay_taylors_june01/index.html>
[2001 June 12]

100. [TG/CWG e WHO] Technical Guidance/Competence Working Group and World Health Organization/ Family Planning and Population Unit. Family Planning methods: New Guidance. **Population Reports**, Series J, nº 44. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, October 1996.
101. Triviños ANS. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas; 1987.
102. UNITED NATIONS **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer**. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 1979. Disponível em http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/elcedaw_sp.htm [em 13/09/1999]
103. UNITED NATIONS **Programme of action of the International Conference on Population & Development. Cairo, 1994** [on line]. Available from <http://www.mbnet.mb.ca/linkages/Cairo/program/p000000.html> [1998 Out 10].
104. Vaitsman J. Hierarquia de Gênero e Iniquidade em Saúde. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva** 1994; 4(1):7-22.
105. Vieira EM. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. **Rev. Saúde Pública** 1994; 8(6):440-8.
106. Vieira EM. O arrependimento após a esterilização feminina. **Cad. Saúde Pública** 1998; 14(Supl. 1):59-68.
107. Vieira EM. Do women's attitudes towards abortion and contraceptive methods influence their option for sterilization ? **Cad. Saúde Pública** 1999; 15(4):739-747.

108. Villela VV. Prevenção do HIV/Aids, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: Barbosa RM, Parker R. (orgs.) **Sexualidades pelo Avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed.34; 1999. 272 p.
109. Wong LLR, Badiani R, Quental I. Achados e perdidos sobre saúde reprodutiva na PNDS-1996. **Rev. Bras. Estudos Pop.** 1998; 15(1):23-42.
110. Wulf D. La baja fecundidad en Europa: un informe sobre la reunión de la UIECP em 1981. **Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar** 1982; 8(2): 66-72.
111. Xavier D, Ávila MB, Corrêa S. Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In: Laba ME. **Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes; 1989.

11. ANEXOS

- **Anexo 1** - Termo de Consentimento Livre e Informado
- **Anexo 2** - Instrumento de coleta de informações
- **Anexo 3** - Dados de caracterização das mulheres entrevistadas
- **Anexo 4** - Tabelas construídas a partir de dados de caracterização socio-demográficos e de vida reprodutiva.
- **Anexo 5** - Apresentação esquemática dos resultados.

ANEXO 01

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(a ser lido e assinado pelas mulheres que serão entrevistadas, conforme exigido pela Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Título do projeto: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ESTERILIZAÇÃO FEMININA E DOS OUTROS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS ENTRE MULHERES ESTERILIZADAS. (projeto de tese de doutoramento, Faculdade de Saúde Pública / USP)

Autora: Marta Lucia de Oliveira Carvalho.

A esterilização feminina (ou laqueadura, ou ligar as trompas ou operar para não ter mais filhos) é uma opção definitiva na vida de uma mulher porque voltar a ter filhos será muito difícil, mesmo que ela mude de idéia. Por isso, achamos que as mulheres que pedem para serem operadas devem ter todas as informações necessárias para decidir com mais segurança se esta maneira de evitar filhos é a mais adequada para ela. As mulheres devem também saber que se escolherem uma outra maneira de evitar filhos, conseguirão ter esses métodos de graça, nos postos de saúde, ou conseguir comprar a um preço possível de pagar.

O que queremos saber, com esta pesquisa é se as informações que você recebeu sobre a esterilização foram suficientes para lhe dar segurança de fazer a escolha certa para a sua vida e se você tinha possibilidades de usar outras maneiras de evitar. Queremos também saber sua opinião sobre a esterilização (ou laqueadura, ou operação para não ter mais filhos) e sobre as outras maneiras de evitar filhos.

Sabendo essas coisas, poderemos melhorar o jeito de atender as mulheres que nos procuram para aprender como evitar filhos ou para pedir a laqueadura.

E para saber mais sobre isso, precisamos da sua colaboração respondendo à nossas perguntas e permitindo que a nossa conversa seja gravada. O gravador serve para que eu não perca nada do que você vai falar. Depois da nossa entrevista, o que foi conversado vai ser escrito e a fita do gravador será apagada. O seu nome, endereço ou número de registro não vão aparecer em nenhum papel da pesquisa ou de outro lugar, ou seja, o que você me falar não vai ser ligado à sua pessoa de forma alguma.

É importante que você saiba que tem toda a liberdade em participar ou não desta pesquisa, podendo desistir a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ao seu atendimento pelo HC ou HU.

Qualquer dúvida que você tiver ou qualquer informação que você precisar, poderá entrar em contato comigo, no Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. (recado com Neusa - 371-2249)

Compreendo o que foi explicado e concordo em participar.

Data: _____ **Nome:** _____

Assinatura: _____

ANEXO 02 - INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES:

dia:		entrevista número:	
1. Caracterização socio-demográfica			
1	idade:		
2	naturalidade:		
3	onde / com quem se criou:		
4	profissão / ocupação:		
5	renda pessoal da entrevistada: R\$		
6	responsabilidade no orçamento doméstico: () responsável () co-responsável () não contribui		
7	renda familiar total: R\$		
8	escolaridade: () série () grau		
9	porque parou de estudar:		
10	idade em que parou de estudar:		
11	situação conjugal atual:		
12	número de uniões:		
13	tipo (s) de união:		
14	tipo de família atual: () nuclear típica () nuclear atípica () extensa		
15	tipo residência: () próprio () alugado () favela / cortiço () n. habitantes () n. cômodos		
16	classificação econômica : (ABEP / ABIPEME)		
17	idade menarca:		
18	idade início atividade sexual: usando MAC: () sim () não		
19	idade na esterilização:		número de filhos vivos:
20	Educada na religião:		hoje frequenta:

2. História reprodutiva:

gestação n°	idade da entrev. nesta gestação	união n°	engravidou usando MAC ? (falha?)	fez pré-natal ?	resultado: 1. aborto espont. 2. aborto provoc. 3. parto normal 4. cesárea	RN: (V) vivo ou (M) morto / masc. ou fem.	idade dos filhos ao se esterilizar
1ª gestação							
2ª gestação							
3ª gestação							
4ª gestação							
5ª gestação							
6ª gestação							

2.4. Idade da entrevistada ao esterilizar-se: _____ anos.

3. Métodos contraceptivos conhecidos e usados:

MÉTODO	QUESTÕES
<input type="checkbox"/> Tabelinha	= conhece ?
<input type="checkbox"/> Muco cervical ou Billings	= usou ? - como se sentiu com ele ?
<input type="checkbox"/> Condom	= não usou ? - por que ?
<input type="checkbox"/> Diafragma	
<input type="checkbox"/> D.I.U.	
<input type="checkbox"/> Pilula	
<input type="checkbox"/> Injetáveis	
<input type="checkbox"/> Vasectomia	
<input type="checkbox"/> Esterilização feminina	
<input type="checkbox"/> Coito interrompido	

4. Temas :

<p>1. O que mudou na sua vida depois de esterilizada ?</p> <ul style="list-style-type: none">- o que mudou no seu corpo ? (menstruação, peso, etc)- na sexualidade ?- no trabalho ?
<p>2. Papel do companheiro na contracepção ?</p> <ul style="list-style-type: none">- ele ajudava?- como ajudava ?
<p>3. Já se sentiu arrependida alguma vez por ter se operado para não ter mais filhos ?</p> <ul style="list-style-type: none">- e no caso de uma nova relação ?- recomendaria para filhas ou amigas ?
<p>4. O que escutou falar sobre a esterilização ?</p> <ul style="list-style-type: none">- o marido- as amigas- a igreja
<p>5. Aborto: qual a sua opinião ?</p> <ul style="list-style-type: none">- já precisou fazer ?- faria em alguma situação ? (estupro, risco de vida, malformação fetal, falha de MAC ?)
<p>6. Qual o número de filhos ideal ? Se a condição financeira de vida melhorasse, teria mais filhos ?</p>
<p>7. Poder ficar só em casa, cuidando dos filhos / trabalhar fora - se puder escolher, qual prefere ?</p>
<p>8. Como foi o atendimento do Planejamento Familiar ?</p>

ANEXO 03 - DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DE TODAS AS ENTREVISTADAS

(*) anos compreendidos entre início de atividade sexual e a esterilização.

entr. nº	idade atual	início atividade sexual	idade na 1ª gestação	idade na esterilização	(*) anos disponíveis à reprodução	nº de gestações	nº MACs usados	anos de estudo	renda pessoal	renda familiar	nº de habitantes/domicílio	renda 'per capita' no domicil.	classific. econômica
1	33	18	18	31	13	4	3	06	0	120	5	24	D
2	32	16	16	30	14	4	6	08	260	700	6	116	D
3	35	17	19	33	16	6	5	02	0	450	9	50	C
4	40	22	23	37	15	3	5	09	240	650	5	130	D
5	33	24	29	31	07	2	5	10	200	500	4	125	D
6	42	21	21	39	18	2	3	11	620	2000	4	500	B2
7	40	23	36	37	14	2	2	12	250	700	4	175	D
8	32	17	17	29	12	3	3	04	0	600	5	120	D
9	36	24	25	33	09	3	6	11	205	500	5	100	C
10	33	17	17	30	13	4	2	05	0	500	5	100	C
11	39	18	27	37	19	3	5	06	120	520	4	130	D
12	41	24	25	39	15	3	5	03	180	780	5	156	D
13	44	18	19	40	22	3	2	04	150	300	5	60	D
14	42	22	33	38	16	4	3	11	900	1200	4	300	B2
15	37	16	17	33	17	3	4	05	30	200	5	40	E
16	36	20	28	33	13	3	4	04	0	600	5	120	C
17	33	21	23	30	09	3	4	09	400	1200	5	240	C
18	39	23	25	37	14	3	4	11	50	650	5	130	C
19	32	23	23	29	06	3	2	07	0	1200	4	300	D
20	31	15	16	28	13	6	7	05	200	450	6	75	D
21	30	16	18	27	11	3	4	05	0	450	5	90	C
22	36	18	20	33	15	2	3	04	0	800	5	160	C
23	46	18	19	43	25	3	5	01	0	200	3	66	D
24	40	34	35	37	03	2	3	11	0	600	4	150	C
25	36	19	19	33	14	5	5	0	0	151	3	50	D
26	39	25	26	35	10	3	2	04	480	480	6	80	C
27	34	16	16	30	14	4	4	06	0	400	7	57	D
28	39	16	17	36	20	5	4	04	0	400	6	66	C
29	39	15	17	36	21	4	3	04	275	500	5	100	C
30	36	15	16	32	17	7	3	0	0	200	6	33	E
31	38	15	20	34	19	6	3	06	0	700	9	77	C
média	37	19	22	34	14	3,6	4	6	147	603	5	126	02 B ₂
mediana	36	18	20	33	14	3	4	5	15	500	5	100	13 C
moda	36 e 39	16 e 18	17	33	14	3	3	4	0	500	5	100 e 130	14 D 02 E
Mínimo - Máximo	30 - 46	15 - 34	16 - 36	27 - 43	03 - 25	02 - 07	02 - 07	0 - 12	0 - 900	120 - 2000	03 - 09	24 - 500	E - B ₂

Anexo 04 - Tabelas construídas com dados de caracterização socio-demográfica e de vida reprodutiva

Tabela 01 - Distribuição em número e porcentagem das mulheres segundo idade

idade em anos	n	%
30 a 34	10	32
35 a 39	13	42
40 a 44	7	23
45 a 49	1	3
Total	31	100

Média = 37 anos

Mediana = 36 anos

Modas = 36 e 39 anos

Mínimo - Máximo = 30-46

Tabela 02 - Distribuição em número e porcentagem das mulheres segundo escolaridade

escolaridade	n	%
analfabeta	2	7
1º grau incompleto	19	61
1º grau completo	1	3
2º grau incompleto	3	10
2º grau completo	5	16
3º grau incompleto	1	3
Total	31	100

Tabela 03 - Distribuição em número e porcentagem das mulheres segundo anos de estudo

escolaridade	n	%
sem instrução	2	6
1 a 3 anos	3	10
4 a 7 anos	16	52
8 a 10 anos	4	13
11 anos ou +	6	19
Total	31	100

Média = 6 anos

Mediana = 5 anos

Moda = 4 anos

Mínimo - Máximo = 0-12

Tabela 04 - Distribuição em número, porcentagem das mulheres segundo a idade em que parou de estudar

idade em anos	n	%	% freq.acum.
10	4	14	14
11	2	7	21
12	3	10	31
13	2	7	38
14	1	4	42
15	2	7	49
16	2	7	56
17	3	11	67
18	4	14	81
19	3	11	92
21	1	4	96
33 ^(*)	1	4	100
Total	28	100	

^(*) reiniciou estudo após casamento

Média = 14 anos

Mediana = 16 anos

Tabela 05 - Distribuição em número e porcentagem das mulheres segundo motivos para parar de estudar

por que parou	n	%
para trabalhar	15	53
não tinha mais séries na cidade/sítio	6	21
engravidou	2	7
para casar (não grávida)	2	7
não quis continuar	1	3
repetiu ano e não voltou	1	3
não conseguiu aprovação no vestibular	1	3
faculdade muito cara	1	3
Total	29	100

Tabela 06 - Distribuição em número e porcentagem das mulheres segundo tipo de habitação

tipo	n	%
própria	20	64
alugada	04	13
cedida	04	13
favela	03	10
Total	31	100

Tabela 07 - Distribuição em número e porcentagem dos domicílios das mulheres segundo o número habitantes por cômodo

habitante / cômodo	n	%
menos de 1	11	35
de 1 a 2	18	58
mais de 2	02	7
Total	31	100

Tabela 08 - Distribuição em número e porcentagem das mulheres segundo tipo de família

tipo família	n	%
nuclear típica	19	61
monoparentais	03	10
extensa	09	29
Total	31	100

Tabela 09 - Distribuição em número e porcentagem das mulheres segundo sua ocupação / profissão

profissão /ocupação	n	%
do lar	11	36
doméstica / diarista	08	26
serviços gerais / zeladora	05	16
comerciária	2	7
costureira industrial	1	3
auxiliar administrativo	1	3
auxiliar de enfermagem	1	3
comerciária	1	3
serviço funerário	1	3
Total	31	100

Tabela 10 - Distribuição em número e porcentagem das mulheres segundo sua contribuição no orçamento doméstico

contribuição no orçamento doméstico	n	%
responsável	01	3
co-responsável	14	45
não contribui	16	52
Total	31	100

Tabela 11 - Distribuição em número e porcentagem das mulheres segundo a porcentagem do orçamento doméstico sob sua responsabilidade

% da contribuição	n	%
não contribui	16	53
até 25 %	2	7
26 a 50%	9	30
51 a 75 %	2	7
76 a 100 %	1	3
Total	30 (*)	100

(*) 1 entrevistada refere renda pessoal mas não sabe referir quanto (atende pequeno comércio junto com marido)

Tabela 12 - Distribuição em número e porcentagem das mulheres conforme Classificação Econômica ABEP/ABIPEME

classe	n	%
B2	02	6
C	13	42
D	14	46
E	02	6
Total	31	100

88 %

Tabela 13 - Distribuição em número e porcentagem das mulheres segundo sua renda pessoal e renda familiar

Renda (R\$) (*)	Pessoal ♀		Familiar	
	n	%	n	%
até 200	6	38	5	16
201 a 300	6	38	1	3
301 a 400	1	6	2	6
401 a 500	1	6	8	27
501 a 600	0	0	4	13
601 a 700	1	6	5	16
701 a 800	0	0	2	6
801 a 900	1	6	0	0
901 a 1000	0	0	0	0
1001 a 1100	0	0	0	0
1200	0	0	3	10
2000	0	0	1	3
Total	16 (**)	100	31	100

(*) salário mínimo na época das entrevistas: R\$ 136,00

(**) 1 entrevistada refere renda pessoal, mas não contribui no orçamento doméstico

Média renda pessoal ♀ = R\$ 285,00 - Mediana = R\$ 200,00

Média renda familiar = R\$ 603,00 - Mediana = R\$ 500,00

Mínimo - máximo = R\$120,00 - R\$2.000,00

Tabela 14 - Distribuição em número e porcentagem das família segundo renda familiar dividido pelo n° de habitantes no domicílio

renda 'per capita' no domicílio (R\$) (*)	n	%
menos de 50	03	10
50 a 99	10	32
100 a 199	14	45
200 a 299	01	3
300 a 399	02	6
400 a 499	01	4
Total	31	100

(*) salário mínimo na época das entrevistas: R\$ 136,00

Média = R\$ 126,5

Mediana = R\$ 100,0

Tabela 15 - Distribuição em número e porcentagem das mulheres segundo sua idade na menarca

idade	n	%
10 anos	01	3
11 anos	08	26
12 anos	04	13
13 anos	07	23
14 anos	10	32
15 anos	01	3
Total	31	100

Média = 12,6 anos

Mediana = 13 anos

Tabela 16 - Distribuição em número e porcentagem das mulheres segundo idade de iniciação sexual

idade (anos)	n	%
15	04	14
16	05	16
17	03	10
18	05	16
19	01	3
20	01	3
21	02	6
22	02	6
23	03	10
24	03	10
25	01	3
34	01	3
Total	31	100

59%

Média = 19,5 anos

Mediana = 18 anos

Tabela 17 - Distribuição em número e porcentagem das mulheres segundo idade na 1ª gestação

idade	n	%
16	4	13
17	5	16
18	2	7
19	4	13
20	2	7
21	1	3
23	3	10
25	3	10
26	1	3
27	1	3
28	1	3
29	1	3
33	1	3
35	1	3
36	1	3
Total	31	100

49%

Média = 22 anos
Mediana = 20 anos

Tabela 18 - Distribuição em número e porcentagem das mulheres segundo número de gestações

n. gestações	n	%	
2	05	16	
3	14	46	
4	06	19	
5	02	6	84%
6	03	10	
7	01	3	
Total	31	100	

Média = 3,6 filhos
Mediana = 3 filhos

Tabela 19 - Distribuição em número e porcentagem das mulheres segundo tipos de união

tipos de união	n	%	
só 1 casamento	19	61	68
só 1 união estável	02	7	
1 casamento + 1 união estável	04	13	
1 casamento + 1 namorado	02	7	
2 uniões estáveis	01	3	32
1 união estável + 1 namorado	01	3	
2 namorados	01	3	
1 namorado	01	3	
Total	31	100	

Tabela 20- Distribuição em número e porcentagem das mulheres segundo idade na esterilização

idade em anos	n	%	
27	01	3	
28	01	3	13
29	02	7	
30	04	13	
31	02	7	
32	01	3	
33	06	19	
34	01	3	
35	01	3	87
36	02	7	
37	05	16	
38	01	3	
39	02	7	
40	01	3	
43	01	3	
Total	31	100	

Média = 34 anos

Mediana = 33 anos

Tabela 21 - Distribuição em número e porcentagem das mulheres segundo época de realização da esterilização:

esterilização realizada em	n	%
1 ano ou mais após último parto	10	32
menos de 1 ano após último parto	09	29
durante cesárea	06	19
(com cesáreas anteriores)		
durante cesárea	03	10
(sem cesáreas anteriores)		
pós parto normal imediato	03	10
TOTAL	31	100

Anexo 05 - Apresentação esquemática dos resultados:

temas	categorias	apresentação	discussão
- inocuidade dos métodos contraceptivos (I)	- sofrendo os efeitos colaterais dos métodos contraceptivos	<p>- os mais comuns:</p> <p>- pílula : náuseas, vômitos; dor de estômago, azia; dor de cabeça; mal-estar; tonturas, dor de cabeça; alteração de ciclo menstrual; aumento de peso; pressão alta, varizes, dor na pernas.</p> <p>- injetáveis: alteração ritmo menstrual; metrorragia; aumento de peso;</p> <p>- DIU: hemorragias; infecções repetidas; dor em baixo ventre; pode dar câncer / ter que tirar o útero.</p> <p>-condom: alergia ao látex</p>	<p># se são cientificamente atribuíveis aos métodos contraceptivos ou não , os efeitos colaterais são uma realidade para a mulher que convive com eles e tem o direito de não aceitá-los como “previsíveis”.</p> <p># se os efeitos colaterais são realmente imputáveis aos métodos ou à outros fatores da vida da mulher a única forma de avaliar seria através de um atendimento personalizado de boa qualidade</p> <p># os possíveis efeitos colaterais dos métodos contraceptivos podem se revestir de maior gravidade se o acesso ao serviço de saúde é difícil (falta de vagas para consulta, demora em exames)</p> <p># a ciência ainda tem muitos métodos contraceptivos sob estudo quanto aos seus possíveis efeitos colaterais, e portanto, muitos temores das mulheres podem vir a ser confirmados. (por exemplo, a nova pesquisa de Richard Doll nos EUA indicando aumento de câncer de mama em usuárias de pílula).</p> <p># a dificuldade em manter a confiança nas orientações recebidas, mesmo observando riscos reais: o peso da informação científica parece ter menor peso que as vivências da mulher e das informações recebidas de seu meio social.</p>

temas	categorias	apresentação	discussão
- inocuidade dos métodos contraceptivos (II)	- as mulheres desenvolvem estratégias para conviver com efeitos colaterais	- “esquecer de tomar” a pílula .	# o conflito entre aceitar os efeitos danosos de um método por sua maior eficácia, temendo estes efeitos, pode levar à estratégia de “esquecer” de tomar, comprometendo assim esta desejada eficácia.
		- simplesmente suportando, por não ter outra opção ou por não aceitar as opções que lhe são oferecidas (para estes efeitos há tratamento médico - para uma gravidez não)	# seria preferível conviver com os efeitos colaterais que enfrentar uma gravidez indesejada - a inocuidade teria menos importância que a eficácia, já que a alternativa do aborto não existe (tanto por sua ilegalidade como por ferir princípios da própria mulher). (* interligação com tema “eficácia”
	- informações recebidas pelos serviços de saúde sobre os possíveis efeitos colaterais não são dominantes na construção das representações.	- as informações recebidas nos serviços de saúde nem sempre traduzem a realidade de uso dos métodos.	# a opção informada: informar é dever do profissional que faz o atendimento mas bibliografia é contraditória e traz o “estado atual” das pesquisas, sempre sujeito à refutação.
		- as informações recebidas do meio social trazem o selo de confiança da procedência (parentesco, amizade) e da experiência de quem já usou.	# o que se “ouve falar” , o que se observa e o que se vivencia, tem peso maior no processo de escolha ou de interrupção de um método contraceptivo, pela confiança existente nesses informantes. # as “conversas” entre as mulheres disseminam informações nem sempre bem interpretadas.

temas	categorias	apresentação	discussão
- a eficácia	- a paridade ideal atingida - o não querer mais ter filhos.	- predomínio do conceito de família ideal como a nuclear, com 2 a 3 filhos	# o estabelecimento do número ideal de filhos se baseia em: - questão financeira - busca por melhor qualidade de educação dos filhos (tempo e recursos) - as dificuldades de se educar filhos nos dias atuais (drogas, desobediência)
	- o medo de engravidar e a negação do aborto	- a necessidade de controlar a própria fecundidade determina a busca por um método mais eficaz - não há escapatória para uma possível falha de um método contraceptivo, já que o aborto, além de ilegal, é rejeitado por motivos geralmente religiosos ou morais	# a interdição do aborto é expressa como um princípio de vida, nem sempre atribuída à Lei ou à religião, mas aparece muitas vezes associada à noção de “crime” ou de “pecado”. (possível a internalização dos preceitos religiosos - apenas uma entrevistada foi criada “sem religião”) # quando o aborto seria aceitável: - na gravidez “ilegal” do estupro - desde que o agressor não seja o próprio marido - neste caso, seria “legal”; - nos casos de risco de vida para a mãe - é importante garantir a criação dos filhos já nascidos.
	- informações sobre a eficácia dos métodos contraceptivos não é fornecida por muitos serviços.	- as informações prestadas pelos profissionais de saúde não abrangem obrigatoriamente a eficácia dos métodos.	# a eficácia em uso ideal e em uso típico: fatores pessoais e culturais interferem e deveriam ser melhor discutidos na opção por métodos. # o direito à informação e a busca óbvia pelo mais eficaz - no manual do Ministério da Saúde de Assistência ao Planejamento Familiar foram incluídos dados sobre a eficácia de cada método, a partir de sua 2ª edição.
		- as informações processadas após confronto com as próprias vivências e por outras informações recebidas do meio social	# as vivências de falhas ou relatos de falhas em pessoas próximas compõe o quadro de referência usado na avaliação de cada método.

temas	categorias	apresentação	discussão
- a aceitabilidade dos métodos	- os métodos que interferem no ato sexual são considerados difíceis de usar.	- a imprevisibilidade do ato sexual e os métodos que exigem ritmo ou antecedência de algum preparo não combinam com sexo não programado.	# falta autonomia da mulher no exercício de sua sexualidade - o homem determina o ritmo da vida sexual do casal. # sexo é espontâneo, acontece, não é planejado.
		- os métodos que interferem no ato sexual exigem boa comunicação entre parceiros, e naturalidade em relação ao sexo.	# a sexualidade humana em nossa cultura é fortemente influenciada por tabus e posturas moralistas e conversar sobre sexo com seus parceiros de forma habitual e natural não é atividade comum na vida de muitas mulheres.
	o DIU como um "corpo estranho"	- o comportamento imprevisível de um corpo estranho no organismo - O DIU poderia "andar", "sumir dentro do corpo". - corpo estranho poderia provocar rejeição por parte do organismo - infecções e até câncer. - poderia ser abortivo.	# desconhecimento sobre anatomia e fisiologia dificulta entendimento e aceitação do método. # serviços de saúde não trabalham a disseminação de conhecimentos sobre o corpo e a sexualidade.
- o diafragma / a camisinha feminina são considerados estranhos e pouco aceitáveis	- a vagina ainda é cercada de tabus e interdições.	# a vagina é um território desconhecido para a mulher por deficiências e desvios na educação das meninas, negando ou ocultando a existência e funções de vulva e vagina. # a dificuldade de auto-manipulação: a repressão à masturbação na infância, com as recomendações típicas de não tocar, com associações à pecado.	

temas	categorias	apresentação	discussão
- a participação masculina na regulação da fecundidade	- o controle da fecundidade é considerado uma tarefa feminina.	- homens não aceitam uso de métodos masculinos, não cooperam em métodos que exijam períodos de abstinência e não aceitam a vasectomia.	# o homem “não se importa” - o descompromisso masculino aparece tanto em relação ao controle da fecundidade como também, em alguns casos, com a criação dos filhos. # em caso de separação do casal, os filhos ficam com a mulher. O grande número de separações, dentro de um processo de reflexividade social, pode aí receio de ter que sustentá-los sozinha caso isso aconteça.
	- a escassez de métodos para uso masculino ainda é mais agravada pelas representações negativas destes métodos.	- o condom, seria “desnecessário quando existe a fidelidade”.	# a representação do condom como um método adequado apenas para uso em relações eventuais, prejudica a sua aceitação para uso entre casais. # sendo a confiança a base dos relacionamentos, como solicitar ao marido/companheiro o uso da camisinha, sem sugerir infidelidade ?
		- coito interrompido: o sexo “esquisito”, sem finalização.	# a queixa de interrupção do relação com prejuízo do prazer também demonstra que a sexualidade pode estar sendo reduzida à penetração, com pouca criatividade e diversidade.
		- a vasectomia pode prejudicar a potência sexual.	# a potência sexual é a mais forte representação de masculinidade: qualquer ameaça a esta potência é supervalorizado, mesmo não havendo a observação de casos concretos. # se existe uma separação, os filhos ficam com a mulher - o homem teria que “construir nova família”, devendo preservar sua fertilidade para esta eventualidade.

temas	categorias	apresentação	discussão
- a disponibilidade / acesso ao método	- quando o dinheiro faz falta para outras coisas.	- a falta de provisão dos métodos para distribuição nas unidades básicas de saúde: um evento pouco freqüente ou pouco citado ?	# o problema em adquirir os métodos ou a compra em farmácia não é referido por já ser considerado um fato normal ?
	- a dificuldade em conseguir vagas para atendimento nos serviços.	- vários comparecimentos são necessários para exames preliminares, treinamentos de utilização correta do método ou acompanhamentos posteriores: os serviços de saúde não conseguem garantir a agilidade necessária às atividades de contracepção. (o risco de gravidez não é considerado uma urgência)	# toda a assistência à saúde, de forma geral, é sinônimo de falta de vagas e filas de espera. # não ter tempo para retornos, mesmo quando não trabalham fora: a rotina doméstica não deixa tempo para cuidar da própria saúde ? # como a falta de vagas foi citada apenas para DIU e Laqueadura, isto pode significar entendimento de que os outros métodos dispensariam o acompanhamento do serviço de saúde ?

temas	categorias	apresentação	discussão
assistência recebida em planejamento familiar (I)	- falta de assistência adequada para os problemas que possam surgir no manejo dos métodos.	- as consultas de retorno podem ser um problema pela falta de vagas ou pela rotatividade dos profissionais que atendem as mulheres.	# falta de vagas para consultas num momento de dificuldade com um método pode contribuir para o abandono do mesmo. # diferentes profissionais atendendo a mesma mulher exigiria bom entrosamento de equipe e registros claros do que foi discutido em cada comparecimento: a dificuldade em desenvolver vínculos de confiança com profissionais desconhecidos. # a falta de tempo da mulher para cuidar-se: a sobrecarga de tarefas no cotidiano pode dificultar retornos.
		- interrupções do método em uso indicadas, sem orientar e assegurar a possibilidade de um método substituto.	# fatores pessoais de cada mulher não são levados em conta no manejo dos métodos contraceptivos (marido que não aceita condom, mulher que não suporta mais a pílula, não aceita o DIU e não quer métodos de menor eficácia) # falta de preparo técnico dos profissionais para lidar com questões de gênero ou descompromisso com a clientela ?
	- a informação que chega tarde.	- a “ação educativa” que mostra e demonstra todos os métodos contraceptivos não é considerada adequada às mulheres que já não querem mais ter filhos.	# as palestras são consideradas interessantes, alguns métodos poderiam ter sido um opção na fase de espaçamento dos filhos, mas quando a mulher já optou pela esterilização, dificilmente muda de opinião (a busca pela maior eficácia) # o atendimento com informação e acesso a todos os métodos como exigência da lei apenas para os serviços que oferecem a laqueadura: muito tarde para mudar de idéia com a paridade ideal já atingida.

temas	categorias	apresentação	discussão
assistência recebida em planejamento familiar (II)	- o acesso à esterilização dificultado por critérios diferentes dos previstos em lei ou por falta de vagas para atendimento	<p>- critérios de acesso à laqueadura criados por alguns serviços ou equivocadamente divulgados por profissionais de saúde são mais restritivos que os previstos pela Lei brasileira em termos de idade ou de número de filhos.</p> <p>- a rotina de atendimento à mulher que solicita a esterilização prevê uma longa espera entre consultas, reuniões, e depois de todas as exigências legais cumpridas, ainda mais uma espera por vaga no setor cirúrgico</p> <p>- a necessidade de internação hospitalar dificulta o acesso à laqueadura para mulheres de menor poder aquisitivo pela falta crônica de leitos que enfrenta o setor público.</p>	<p># o paternalismo autoritário dos serviços que temem pela possibilidade de arrependimento da mulher, mesmo que esta solicite a esterilização. Evitar o arrependimento que gera custos com reversão: no caso de arrependimento por uma gravidez indesejada - os "custos" não seriam do serviço, mas da mulher ?</p> <p># pode haver o entendimento implícito que a ocorrência não planejada de uma gravidez não poderia ser tão problemática, partindo-se do princípio de que a maternidade é entendida como a função mais importante das mulheres, algo como uma dádiva divina.</p> <p># uma certa dificuldade em agendar esterilizações no setor cirúrgico por não ser uma "urgência". Em alguns casos, considerando-se as possíveis repercussões de uma gravidez indesejada na vida de uma mulher, talvez pudesse ser considerado até como "emergência".</p> <p># como as restrições não afetam o setor privado, as mulheres de maior faixa de renda não são atingidas por todas estas restrições ao exercício do direito de opção.</p>

temas	categorias	apresentação	discussão
- a esterilização no imaginário destas mulheres - o que esperavam alcançar	- a maior eficácia possível	- o fim do medo de engravidar, da eterna insegurança.	# poderia estar implicado o afastamento do risco (ou da “tentação”) de recorrer ao aborto ?
	- diminuir a carga de tarefas	- menos uma coisa para se preocupar na rotina diária estafante.	# a esterilização como um método “fácil de usar”, mesmo sendo um procedimento cirúrgico, por não demandar nenhum cuidado de manutenção posterior para seu funcionamento.
	- ficar independente dos serviços de saúde e suas dificuldades no atendimento	- não poder contar com serviços cada vez menos eficientes	# os serviços na área da saúde reprodutiva, insuficientes e também ineficientes, não oferecem segurança para uso de métodos que exigiriam acompanhamentos posteriores
	- não precisar mais do raro, ou até ausente, apoio masculino nas tarefas de contracepção.	- mesmo com consciência de que a situação é de sobrecarga para a mulher, não há disposição de mudança por parte dos homens e nem esperança por parte da mulher numa mudança a curto prazo.	# a mudança de hábitos culturais pode demorar gerações, e o problema do controle da fecundidade pede resolução imediata.
	- nenhuma interferência no ato sexual	- a espontaneidade do ato sexual como algo que pode aumentar o prazer. - a dificuldade de negociação com o parceiro, ou até mesmo de falar sobre sexo, situação comum entre as mulheres.	# as mulheres querem a tranquilidade do prazer sexual sem risco de gravidez. # as questões de gênero não são sequer detectadas por grande parte dos serviços de saúde reprodutiva e muitas destas questões podem ser vivenciadas como “normais” na vida das mulheres.

temas	categorias	apresentação	discussão
a vida das mulheres após a esterilização feminina (I)	arrependimento é raro	- encontrado apenas 1 caso, justificado pelas dores abdominais causadas por aderências, mas sem expressar desejo de retorno à fertilidade	# alto índice de satisfação neste grupo (97%) - pode ter sido determinado pela boa assistência recebida no serviço que realizou a esterilização, precedida por ampla informação, atendimento por equipe multidisciplinar e garantia de acesso a outros métodos.
		- em dois outros casos, transpareceu um certo temor de prejuízo da relação porque os maridos ainda gostariam de ter mais filhos - apesar disso, não demonstraram arrependimento, recusam a possibilidade de tentar a reversão e afirmam não desejar mais filhos.	# o problema da falta de consenso do casal sobre o número de filhos. Nestes casos, apesar do conflito entre a vontade da mulher e a do homem, a ausência de arrependimento aponta no sentido de um desejo maior da mulher por autonomia nas decisões sobre seu próprio corpo.
	- possíveis efeitos colaterais são percebidos, mas afetar a satisfação com a esterilização	- alteração do ritmo menstrual	# apesar da queixa de "irregularidade menstrual, em alguns casos parece ter havido a volta a um tipo de ciclo mais natural, "de solteira", sem a influência de métodos hormonais ou DIU. Pelos altos índices de uso de métodos hormonais, as mulheres podem estar não reconhecendo mais seus ciclos naturais, sujeitos a irregularidades como qualquer organismo biológico.
		- o risco de alterações na função ovariana	# pelo menos um caso parece ter havido alteração dessa função, com suspensão das menstruações. (menopausa precoce?) A falta de seguimento posterior à cirurgia pode ser considerado uma falha do serviço que realizou a esterilização.
		- as dores pélvicas por aderências pós-cirúrgicas	# um caso possível de aderências com dores pélvicas, causando desconforto constante e arrependimento em relação à opção pela esterilização. O risco de aderências, ao lado de outros riscos relacionados à cirurgia devem ser expostos em todas as ações educativas.

temas	categorias	apresentação	discussão
a vida das mulheres após a esterilizaã o feminina (II)	- alterações na vida sexual: ficando igual, melhorando ou piorando, não afeta a satisfação com o método.	- a maioria refere melhora por resolver o eterno medo de engravidar - algumas mulheres que referem ter “esfriado”, afirmam que já “não gostavam” de sexo antes da esterilização.	# a sexualidade exercida com mais tranquilidade. Livrar-se da vinculação sexo / reprodução pode aumentar o prazer na relação. # em casos onde a sexualidade apresentava problemas, a esterilização não propiciou melhora.
	- a eficácia como representação mais forte da esterilização feminina, até quando falha.	- a característica mais citada como fundamentando a escolha foi a grande eficácia do método. - em um caso de falha da esterilização, a opção da mulher foi por fazer uma nova esterilização	# o julgamento da esterilização como “o mais eficaz” não está de acordo com os dados disponíveis a respeito da eficácia dos diversos métodos contraceptivos. Mas a vasectomia, que aparece como ainda mais eficaz, não foi uma opção possível para estas mulheres pelas dificuldades de sua aceitação pelos homens. A melhor opção entre as disponíveis pode ser uma melhor caracterização.
	- repercussões sócio-econômicas da esterilização na vida das mulheres: não melhora o nível sócio-econômico, mas pode ajudar a conseguir emprego.	- a influência da esterilização considerada como benéfica, aumentando as oportunidades no mercado de trabalho.	# mais fácil arrumar emprego se for esterilizada. As empresas não querem mulheres com filhos. A falta de apoio social para o exercício da maternidade. # apesar de quase unânime, o fato de acharem que a esterilização facilita a colocação no mercado de trabalho não foi citado como motivo para essa opção por nenhuma das entrevistadas. (imposição de problemática por parte da pesquisadora ?) Mas a presença forte dessa representação de incompatibilidade entre a maternidade e o trabalho merece aprofundamento.