**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Desencontros entre direitos e desejo da
mulher e a decisão da equipe médica na
prática da esterilização cirúrgica**

Sergio Toshio Yamamoto

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Doutor em Ciências.**

**Área de concentração: Saúde, Ciclos de
Vida e Sociedade**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Nélia Schor

**São Paulo
2017**

**Desencontros entre direitos e desejo da
mulher e a decisão da equipe médica na
prática da esterilização cirúrgica**

Sergio Toshio Yamamoto

**Tese apresentada ao Programa de
Pós – Graduação em Saúde Pública
da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em
Ciências.**

**Área de concentração: Saúde, Ciclos
de Vida e Sociedade.**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Nélia Schor

**Versão Revisada
São Paulo
2017**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Dedico este trabalho aos meus pais, Toshiko e Ryoiti (in memoriam), aos meus irmãos e, em especial, à minha avó, Kin Sakuma (in memoriam), que nunca deixaram de acreditar na conquista dos meus sonhos, que foi a de conseguir obter a minha graduação médica.

À minha querida esposa Cristina, pelo incentivo e apoio nos momentos de dificuldades e a compreensão pelos períodos de minha ausência.

Aos meus filhos, Rafael e Letícia, que me proporcionaram muitos momentos de alegrias em minha vida e a dose de estímulo redobrado para prosseguir em busca dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Néia Schor, pela dedicação e incansável empenho na orientação desta tese e que se fez presente desde a entrevista de ingresso na pós-graduação, no mestrado e doutorado, expresse minha eterna gratidão.

À Prof.^a Dr.^a Augusta Thereza de Alvarenga, que acompanhou toda minha trajetória desde a orientação da dissertação de mestrado até o doutorado, serei eternamente grato pelo carinho, dedicação e empenho nos seus ensinamentos, além da inestimável contribuição com seu conhecimento na elaboração desta tese.

À Prof.^a Dr.^a Maria José Duarte Osis, pela simpatia e sua inestimável contribuição com seu conhecimento desde a dissertação do mestrado até o doutorado, manifesto minha eterna gratidão.

À Prof.^a Dr.^a Ana Luiza Vilela Borges, pela sua inestimável contribuição com seu conhecimento e de ter aceitado o convite para a participação da banca examinadora.

À Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Cavalcanti, pela sua inestimável contribuição com seu conhecimento, além de conhecida de longa data em minha carreira profissional, que prontamente aceitou o convite para participar da banca examinadora.

Aos professores da pós-graduação, especialmente a Prof.^a Dr.^a Maria da Penha Vasconcellos, pelo constante incentivo.

À funcionária Carmen de Almeida Castellani do Departamento de Saúde, Ciclos de vida e Sociedade, pela sua presteza e ajuda durante a realização deste trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Marcia Maria de Aquino, Diretora da Divisão Médica do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, pelo incentivo e compreensão.

Às secretárias da Diretoria da Divisão Médica do Hospital Leonor Mendes de Barros, Valquíria e Marlene.

A todas as mulheres e os profissionais médicos que colaboraram com suas entrevistas e as assistentes sociais que disponibilizaram os dados pertinentes a tese.

A todos os amigos e médicos residentes do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros pelo apoio e incentivo.

À Rachel Altman que prontamente fez a transcrição das minhas entrevistas.

Ao Professor Marcello Pimentel que se prontificou a fazer a revisão de português.

Às pessoas que indiretamente deram suporte para a realização deste trabalho Maria Damiana e Luzinete de Jesus.

A todos aqueles cujos nomes deixei de citar, mas ao lerem estas palavras incorporarão meus sinceros agradecimentos.

Yamamoto ST, Desencontros entre direitos e desejo da mulher e a decisão da equipe médica na prática da esterilização cirúrgica [tese] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2017

RESUMO

Introdução - A esterilização cirúrgica é o método contraceptivo mais utilizado no mundo, com diferenças significativas entre países de alta renda e de média e baixa renda. Em nosso país, os últimos dados de 2006 (PNDS) revelaram que a prevalência da esterilização feminina era de 29% e da pílula anticoncepcional, de 21%, sendo a esterilização o método contraceptivo mais utilizado. A regulamentação da Lei 9263/96 inseriu a esterilização cirúrgica como um direito e em condições de igualdade de livre escolha dentre todos os outros métodos contraceptivos. Entretanto, as imprecisões presentes no texto da lei e as diferentes interpretações, por parte de profissionais, como de usuários, podem implicar em desencontros entre direitos e desejo da mulher e decisão da equipe médica. Conhecer o contexto social, conjugal e reprodutivo em que ocorrem esses desencontros e as implicações de diferentes naturezas apresenta-se como importante tema de pesquisa em saúde pública. **Objetivos** - Analisar os desencontros entre o desejo da mulher pela esterilização cirúrgica e motivos da discordância da equipe médica na tomada de decisão em relação aos critérios da Lei 9263/96. **Metodologia** - A pesquisa foi de natureza qualitativa, baseada na técnica de depoimento oral e roteiro do tipo temático, foram entrevistadas dez mulheres que optaram pela esterilização cirúrgica, as quais tiveram aconselhamento da equipe médica contrário ao seu desejo. Na interpretação das narrativas, foi utilizada uma aproximação da Análise de Discurso. **Resultados** - Todas as dez candidatas a esterilização cirúrgica encontravam-se gestantes e apresentavam características de risco aumentado ao arrependimento, notadamente pela flexibilidade à mudança da situação conjugal, tais como: idade menor que 25, parceiros muito jovens, primeiro filho do companheiro atual, baixa paridade, apenas um filho e pouco tempo de união. Nos discursos das mulheres, a esterilização cirúrgica requerida estava dentro dos critérios previstos na lei em relação à idade, ao número de filhos e no momento do parto - o que fica evidente em seus discursos é a de que o segundo filho, que ainda está no ventre, é contabilizado como filho vivo. Nos discursos dos médicos, a decisão contrária estava fundamentada na ilicitude ética e legal, prescritos na lei, principalmente em relação à idade, número de filhos vivos e, no momento do parto, no quesito duas cesáreas

consecutivas anteriores. Caso exemplar para resolver este desencontro com a intervenção do Poder Judiciário é ilustrado neste estudo. **Conclusão** - A questão nuclear dos desencontros entre direitos e desejo da mulher e a decisão da equipe médica na prática da esterilização residem nas distintas interpretações do texto da lei 9263/96 entre os sujeitos: as mulheres, a equipe médica e o Poder Judiciário. Na prática da esterilização cirúrgica com a legislação vigente, resta para as conformadas a resignação e, para as indignadas, buscar o seu direito no Poder Judiciário. Às resignadas e aos profissionais de saúde, resta esperar pelo aperfeiçoamento da lei com texto mais preciso e claro que atenda as mulheres em seus direitos e desejo e que propicie aos profissionais de saúde uma prática isenta de conflitos morais, éticos e legais.

Descritores: esterilização cirúrgica feminina, Lei 9263/96, direitos sexuais, direitos reprodutivos, políticas públicas, decisão da mulher por laqueadura tubária

Yamamoto ST, Disagreements between women's rights and desires and the medical team decision in the practice of surgical sterilization [thesis] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2017

ABSTRACT

Introduction - Surgical sterilization is the most used contraceptive method in the world with significant differences between high, medium and low incomes countries. In Brazil, data from 2006 (PNDS) revealed that female sterilization prevalence was 29%, whereas the use of oral contraceptive was 21%, making sterilization the most used contraceptive method in our country. The federal law 9263/96 introduced surgical sterilization as a legal right and with equal conditions to all other contraceptive methods. However, the inaccuracies present in the law text and in the different interpretations by professionals, as well as users, may produce in disagreements between women's rights/desires and the medical team decision. The social, marital and reproductive context in which these disagreements occur and the implications of diverse natures, present themselves as an important topic research in public health. **Objectives** - To analyze the divergences between the woman's desire for surgical sterilization and the reasons of the medical team's disagreement in relation to the criteria of law 9263/96. **Methodology** - The research was qualitative and based on the oral testimony and thematic script technique. It included the interview with ten women who opted for surgical sterilization and had counseling of the medical team contrary to their desire. Discourse Analysis were used in the narratives interpretation. **Results** - All ten candidates for surgical sterilization were pregnant and presented high risk of repentance, especially due to the flexibility of changing the marital situation, such as younger than 25 years, very young partners, first child of the current partner, few children, an only child and short time of union. In the women's speeches, the required surgical sterilization was within the criteria defined by the law as much as by age, number of children; it was evident in their speeches, is that the second child who is still in the womb is considered a living son. In the doctors' speeches, the contrary decision was based on ethical and unlawfulness prescribed by law, especially in relation to age, number of living children and at the time of delivery, in the case of two previous consecutive cesarean section. An exemplary case to solve this disagreement with the judiciary intervention is illustrated in this study. **Conclusion** - The

core issue of disagreement between women's rights and desires and the decision of the medical team in the sterilization practice lies in the different interpretations of the law 9263/96 by social subjects: women, medical team and the judiciary. In the surgical sterilization practice with the current legislation, remains the resignation to the conformed and outraged women to look for their rights in the Judiciary System. To the resigned and to the health professionals, it remains to wait for the law improvement with more precise and clear text, able to uphold the women's rights and desires and that it gives a practice free of moral, ethical and legal conflicts to the health professionals.

Descriptors: female surgical sterilization, law 9263/96, sexual and reproductive rights, public policies, women's decision on tubal ligation

SUMÁRIO

SOBRE A ESCOLHA DO TEMA	11
1. INTRODUÇÃO	13
1.1- A ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA E SUA RELEVÂNCIA COMO MÉTODO CONTRACEPTIVO E UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	13
1.2- SOBRE AS RECOMENDAÇÕES E LEIS QUE REGULAMENTAM A PRÁTICA DA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA NO MUNDO	19
1.3- A CONQUISTA DA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA COMO UM DIREITO: A TRAJETÓRIA BRASILEIRA	21
1.3.1- A Regulamentação da Lei 9263/96 no Contexto da Luta pelos Direitos Sexuais e Reprodutivos	22
1.3.2- A Esterilização Cirúrgica como Opção de Método Contraceptivo no Contexto do Planejamento Reprodutivo	25
1.4- SOBRE AS CONTROVÉRSIAS NA INTERPRETAÇÃO DA LEI 9263/96 POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OS DESAFIOS À PRÁTICA DA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA NOS SERVIÇOS, COMO UM DIREITO DO CASAL, HOMEM OU MULHER	31
1.5- SOBRE DIREITOS E DESEJO DA MULHER, HOMEM OU CASAL E SUA CONTRAPOSIÇÃO ÀS DECISÕES PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA PRÁTICA DA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA EM SERVIÇOS DE SAÚDE	34
2. OBJETIVOS	37
3. PASSOS METODOLÓGICOS	38
3.1- NATUREZA DA PESQUISA	38
3.2- SUJEITOS DA PESQUISA E DINÂMICA DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	39
3.3 – TRABALHO DE CAMPO	44
3.4 – TRATAMENTO E INTERPRETAÇÃO DAS NARRATIVAS	45
3.5 – ASPECTOS ÉTICOS	47
4. ANÁLISE DOS DISCURSOS DOS ENTREVISTADOS	48
4.1- CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	48
4.1.1- Caracterização dos Médicos Entrevistados	48
4.1.2- Caracterização Sócios Demográficas e Reprodutivas das Mulheres Entrevistadas no Momento da Solicitação de Esterilização Cirúrgica	48
4.1.3- Caracterização Sócios Demográficas e Reprodutivas das Mulheres Entrevistadas no Momento da Entrevista	58
4.1.4- O Contexto Familiar no Discurso das Mulheres	63
4.3- A TRAJETÓRIA DAS MULHERES ATÉ A ESCOLHA DA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA COMO MÉTODO CONTRACEPTIVO	69
4.3.1 Experiência e Métodos Contraceptivos Anterior à Opção pelo Método Definitivo	69
4.3.2 Motivos pelos Quais Escolheram a Esterilização Cirúrgica	73
4.4- DA DECISÃO ATÉ O ACONSELHAMENTO DISCORDANTE PELA EQUIPE MÉDICA	77

4.4.1- O Acesso a Todos os Métodos Contraceptivos na Perspectivas das Mulheres	77
4.4.2- Do Aconselhamento pela Equipe Multidisciplinar até o Encaminhamento para a Unidade Hospitalar Executante da Cirurgia	80
4.5- O ACONSELHAMENTO DISCORDANTE AO DESEJO DA MULHER PELA EQUIPE MÉDICA	84
4.5.1- A Orientação da Decisão Discordante pela Equipe Médica	84
4.5.2- O Sentimento das Mulheres em Relação à Recusa da Esterilização	88
4.5.3 O Conhecimento da Lei 9263/96 no Discurso das Mulheres	90
4.6- O DISCURSO MÉDICO EM RELAÇÃO AO ACONSELHAMENTO DISCORDANTE	94
4.6.1- Sobre as Mulheres Jovens	94
4.6.2- Sobre as Mulheres Sem Parceiro e Sem Parto Cesárea Anterior	99
4.6.3- Sobre as Mulheres Com Um Parto Cesárea Anterior	103
4.7- AS IMPLICAÇÕES DO ACONSELHAMENTO DISCORDANTE	108
4.7.1- Em Relação à Assistência ao Parto	108
4.7.2- Em Relação à Vida Sexual Sem a Esterilização Cirúrgica	109
4.7.3 - Repensando o Método Contraceptivo	111
4.8- DO DESEJO À BUSCA DO DIREITO: CASO EXEMPLAR	112
4.8.1- Breve Histórico	113
4.8.2- O Discurso da Mulher e o Discurso dos Médicos em Relação à Previsibilidade Legal	113
4.8.3- Da Decisão Judicial ao Desfecho Final	117
4.8.3.1- A Manifestação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo	117
4.8.3.2- O Desfecho Final	123
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
6. REFERÊNCIAS	141
ANEXOS	
ANEXO I- Lei 9263/96	148
ANEXO II – Formulário e Roteiros Temáticos	152
ANEXO III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	156
ANEXO IV – Prontuário específico para esterilização cirúrgica	160
CURRÍCULO LATTES	

SOBRE A ESCOLHA DO TEMA

Tive uma fértil infância e juventude vivida na zona rural e, aos seis anos de idade, tive o sonho de ser médico. Fui privilegiado e, graças à determinação e perseverança, consegui realizar este sonho e me graduei em Medicina pela Universidade de Mogi das Cruzes em 1985. Fiz a especialização em Ginecologia e Obstetrícia com término no ano de 1988, no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, antes “Casa Maternal e Infância”. A especialidade abrange a prática da esterilização cirúrgica feminina sendo comum a todos os especialistas desta área. Atualmente, exerço a função de coordenação do serviço de Ginecologia em Hospital Público da Secretaria Estadual de Saúde, onde ocorre a prática da esterilização cirúrgica, tanto de vasectomia quanto de laqueadura tubária.

A minha preocupação com o arrependimento de mulheres, após esterilização cirúrgica e suas consequências, sempre esteve presente em minha trajetória profissional, enquanto profissional de saúde. Em 1988, apresentei, no Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia, realizado no Rio de Janeiro, uma casuística de vinte casos de reversão de laqueadura tubária, com resultado de 70% de gestação, após cirurgia de recanalização tubária, com protocolo rigoroso de triagem, por meio de laparoscopia prévia. Esse estudo foi desenvolvido no Hospital Brigadeiro, em São Paulo (Hospital Público).

Naquela época, a esterilização cirúrgica era realizada em um contexto em que não havia uma legislação específica. Somente em 1996, o procedimento foi regulamentado, mediante lei 9263/96, e já se observava, naquela ocasião, demanda para a recanalização tubária por arrependimento de mulheres oriundas de diversas regiões do país.

Um caso marcante de arrependimento, de que me recordo até hoje, diz respeito a uma mulher de 36 anos, com cinco filhos vivos de três parceiros de uniões anteriores, com cinco partos cesáreas. Ela procurou o serviço para recanalização tubária, determinada a “propiciar um filho”, a qualquer custo, ao parceiro atual, jovem de 28 anos. Apesar da orientação sobre os riscos, inclusive de vida, ela insistia em se submeter à reversão da laqueadura tubária. Inconformado e perplexo, apresentei o caso à equipe, que discutiu e decidiu por atender à solicitação da mulher, mesmo com a minha opinião desfavorável, pois seu desejo tinha amparo previsto no código de ética médica.

Felizmente, para ela, “o sacrifício” teve um final feliz e a mesma engravidou. Naquele contexto, o que me chamou atenção foi que o arrependimento da esterilização cirúrgica pode acontecer, também, em mulheres maduras e com muitos filhos, dispostas a terem a possibilidade de ter um filho a qualquer custo, a exemplo do caso descrito (“Posso até morrer, mas quero tentar a cirurgia para dar um filho a este homem”).

A regulamentação da lei 9263/96 teve o inegável mérito de propiciar o direito e o acesso das mulheres à esterilização cirúrgica, entretanto as ambiguidades inscritas no texto da lei e as diferentes interpretações - por parte de profissionais e de casais, mulheres ou homens - e os possíveis conflitos gerados podem contribuir para a não realização do procedimento. As controvérsias na interpretação e desafios na aplicação da lei, por parte de profissionais de saúde, foram o objeto do meu estudo para obtenção do título de Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 2011.

A partir da regulamentação da lei, além da esterilização cirúrgica precoce e a questão do arrependimento, causa-me preocupação os dilemas éticos, morais e legais que vivem os profissionais de saúde nesta prática, em que a lei é muito restritiva no momento do parto. Sou testemunha de que muitas mulheres têm o seu desejo não atendido no primeiro parto cesárea, ou no segundo, prescrito na lei, mesmo que preencha os critérios clássicos de indicação de parto cesárea preconizadas pela ciência médica - nesta situação, considero a lei “injusta e desproporcionada” ao não permitir a laqueadura.

Com a intenção de prosseguir nessa linha de investigação, interessou-me estudar, no doutorado, os possíveis conflitos e as consequências dos desencontros entre o desejo da mulher e a opinião discordante da equipe médica na prática da esterilização cirúrgica em virtude da legislação vigente.

1. INTRODUÇÃO

1.1- A ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA E SUA RELEVÂNCIA COMO MÉTODO CONTRACEPTIVO E UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

O primeiro relato de esterilização tubária foi descrito por Samuel Smith Lungren em 1880, durante um parto cesárea, em Toledo, no Estado de Ohio, Estados Unidos da América; enquanto que a primeira vasectomia foi realizada por OCHSNER em 1899, também nos Estados Unidos da América, na Universidade de Illinois, para esterilizar criminosos para que não transmitissem defeitos genéticos à sua prole ^{55,26}.

A laqueadura tubária, por envolver aspectos políticos, éticos, religiosos, demográficos e sociais, é tema polêmico, sofreu muitas críticas e sua utilização permaneceu limitada até 1960²¹.

A partir de 1970, o seu emprego ganhou popularidade e se espalhou pela Europa, Estados Unidos, Ásia, América Latina. Nos Estados Unidos, em 1992, entre as mulheres casadas em idade reprodutiva, 14% dos parceiros se submeteram à vasectomia e 24% delas foram esterilizadas; na Europa, na mesma época, o percentual de mulheres laqueadas, nessa mesma condição, é bem menor: 6% na França, 7% na Inglaterra e 4% na Itália ²⁵.

A esterilização cirúrgica feminina é método contraceptivo muito utilizado no mundo: cerca de 200 milhões de mulheres em união, em idade reprodutiva, foram submetidas a este procedimento em 2003 ⁵⁵.

No que diz respeito à prevalência do uso de método contraceptivo, estudo da Organização Mundial da Saúde (WHO), em 2005, em diferentes países, apontou, a partir de dados de 1999, que entre as mulheres em idade reprodutiva com vida conjugal, na faixa etária de 15 a 49 anos, a prevalência mundial da esterilização cirúrgica feminina era 20,5% e da masculina, 3,4%. Este estudo revelou diferença significativa da prevalência da esterilização cirúrgica em regiões de baixa e média renda em relação às regiões de alta renda. Enquanto que nas regiões de baixa e média renda era de 22,3%, a masculina era de 3,0%; nas regiões de alta renda, esta prevalência era de 9,3% e 5,3% respectivamente⁶⁶.

Conforme o mesmo estudo de 2005, os métodos contraceptivos mais utilizados no mundo eram a esterilização cirúrgica feminina (20,5%), o DIU (13,5%) e a pílula anticoncepcional (7,5%). Ocorre diferença significativa quando se considera o grau de desenvolvimento dos países; enquanto nos países de alta renda a prevalência da utilização de pílula era de 15,9% e do DIU de 7,6%; nos países de baixa e média renda era de 6,2% e 14,5% respectivamente (dados relativos a 1999). Cabe ressaltar, portanto, que a esterilização cirúrgica feminina à época era o método contraceptivo mais prevalente em todo o mundo, seguida do DIU (dispositivo intrauterino), como o método reversível mais prevalente⁶⁶.

Nos EUA, CHAN e WESTHOFF (2010)¹⁷ observaram uma tendência de redução da prática da esterilização cirúrgica, sobretudo em países de alta renda e com uma tendência de aumento do uso de LARC (*long action reversible contraceptive*), os chamados contraceptivos reversíveis de longa duração com ação superior a três anos, principalmente o DIU e mais modernamente o SIU (sistema intrauterino - DIU medicado com progesterona), e os implantes de progesterona - embora nos EUA esta tendência venha ocorrendo de forma mais lenta do que em outros países¹⁷.

No período de 2011-2013, nos EUA, DANIELS K et al. (2015)²³ relataram que 62% das mulheres em idade entre 15 a 44 anos estavam utilizando método contraceptivo. Destas, 25,9% utilizavam pílulas, 25,1% a esterilização cirúrgica feminina, seguida de preservativo com 15,3% e LARC 11,6%. Constataram ainda aumento da LARC de 6,0% no período anterior, entre 2006 a 2010, para 11,6% no período de 2011 a 2013. Em termos de prevalência, o método mais utilizado nos EUA é o contraceptivo oral com 16%, muito próximo da esterilização cirúrgica com 15,5%, seguida do preservativo com 9,4% e LARC com 7,2%. Cabe ressaltar que difere do estudo da WHO, que utiliza a idade de 15 a 49 anos como idade reprodutiva²³.

O estudo mais recente de 2015 da WHO revelou que o método contraceptivo mais utilizado no mundo continua sendo a esterilização cirúrgica feminina com 19%, seguida pelo dispositivo intrauterino (DIU) com 14% e as pílulas anticoncepcionais com 9%. Podemos observar que o DIU é o segundo e a pílula anticoncepcional o terceiro método contraceptivo mais utilizado no mundo. Esta mudança ocorreu principalmente nos países de alta renda, onde se observa uma tendência de aumento do uso métodos de longa duração (LARC) - notadamente o DIU, que nos países de alta renda passou de 7,6% em 2005 para 14,7% em 2015. Cabe ressaltar que a esterilização cirúrgica feminina continua

sendo o método contraceptivo mais prevalente no mundo, embora, ao compararmos 2005 e 2015, já podemos constatar que há uma tendência de redução da prevalência da esterilização cirúrgica feminina e aumento do uso de DIU ⁶⁷.

O cenário contraceptivo, no Brasil, foi observado por Elza Berquó, quando relata, a partir dos dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1986, que 70% das mulheres casadas ou unidas, com idade entre 15 e 54 anos, usavam métodos contraceptivos, sendo que o mais prevalente era a esterilização feminina (44,4%), seguida das pílulas (41%). A autora aponta, igualmente, para as significativas variações regionais, sendo a laqueadura mais prevalente no Nordeste e Estado de Goiás do que em outras regiões do Brasil, o que significa dizer que, falar em contracepção, naquele contexto, significava, à época, falar de pílula ou laqueadura como padrão de método contraceptivo⁸.

Dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 1996, apontaram que 76% das mulheres em união, com idade entre 15 e 44 anos, eram usuárias de algum método contraceptivo, com uma prevalência de uso de 40,1% para esterilização e 20%, para a pílula⁴².

Em estudo conduzido por DIAS-da-COSTA et al. (2002), na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, no período de 1992 a 1999, observaram que, entre 766 mulheres, com idade entre 20 a 49 anos, 64,6% utilizavam algum método contraceptivo, sendo que 55,4% utilizavam contraceptivos orais e 22,2%, ligadura tubária - cabe observar que a idade utilizada neste estudo difere da utilizada pela WHO e da PNDS de 1996; desta forma, os dados encontrados limitam a comparação por não terem uma uniformidade na idade utilizada ²⁴.

Essa situação mudou na PNDS de 2006, quando foi observado uma redução significativa da esterilização em mulheres em idade reprodutiva de 15 a 49 anos em união, identificando que 81% das mulheres unidas utilizavam algum método para regular sua fecundidade. Dessas, 29% estavam esterilizadas, e 21% utilizavam pílulas⁴².

Havia a expectativa da comunidade composta por organizações da sociedade civil, demógrafos, profissionais e gestores de saúde em relação aos dados da PNDS 2016, que não se tornou realidade. Segundo a pesquisadora Tânia Di Giacomo do Lago (20015)³², os dados coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo

IBGE em parceria com o Ministério da Saúde em 2013, teve a pretensão de estimar a prevalência da prática contraceptiva e dos métodos anticoncepcionais. Infelizmente, a faixa etária utilizada foi de 18 a 49 anos e difere da padronizada internacionalmente pela Demographic and Health Survey (DHS), além de apresentar apenas dados relativos à prevalência de uso de métodos contraceptivos - 61% na ocasião - e não se aprofundar no estudo da prevalência dos métodos contraceptivos³².

Lamentavelmente, não dispomos de dados acerca da prevalência da esterilização cirúrgica atuais em nosso país, que deveria ser estimada pela PNDS de 2016 e alinhada com dados coletados pela DHS. Os dados disponíveis da PNS 2013, em virtude da metodologia adotada, limitam a comparação com os dados nacionais e internacionais³².

No mundo, podemos observar tendência na redução da prevalência da esterilização cirúrgica feminina; já no Brasil, apesar de não dispormos de dados mais recentes, a PNDS de 1996 revelou prevalência de 40% e a de 2006 foi de (29%), portanto, a tendência esperada é também de redução desta prevalência. Mesmo assim, espera-se que deva permanecer prevalência em níveis alarmantes, se comparado com os dados de países de alta renda⁴².

A grande questão relacionada à escolha da esterilização cirúrgica feminina como método contraceptivo e sua alta prevalência no Brasil refere-se ao arrependimento notadamente, quando se trata de esterilização cirúrgica precoce, objeto de estudos quanto ao possível desejo de novas gestações após a ligadura tubária. Em uma revisão sistemática, conduzida por CURTIS et al.²², em 2006, analisando dezenove artigos sobre arrependimento após esterilização cirúrgica feminina, concluíram que mulheres submetidas a este procedimento, antes dos trinta anos de idade, estavam vulneráveis a duas vezes mais chances de arrependimento, com 3,5 a 18 vezes mais chances de requererem informações sobre reversibilidade e de oito vezes mais chances de manifestarem interesse em se submeterem à fertilização “in vitro”, em relação às mulheres com idade acima de trinta anos. Concluíram, ainda, os autores haver relação inversa entre arrependimento e idade da realização da esterilização cirúrgica²².

CUNHA et al. (2007)²¹, em estudo realizado no Ambulatório de Reprodução Humana do Hospital Universitário de Brasília envolvendo 96 mulheres no período de 1996 a 2004, a respeito de fatores associados ao desejo de nova gestação em mulheres após ligadura tubária, constataram que a média da idade, na época da ligadura, foi de 25 anos, sendo que 55,1% tinham menos de 25 anos, 46,9% tinham três ou mais filhos e dez

(10,4%) tinham apenas um filho. Os motivos mais comuns para a indicação da laqueadura tubária foram: desejo de contracepção (48%), problemas financeiros (25,5%) e problemas conjugais (15,3%). As principais razões para tentativa de reversão, visando nova gravidez foram: novo matrimônio ou novo parceiro (80,6%), ter um novo filho com o mesmo parceiro (8,2%) e morte de um filho (6,1%). O tempo de arrependimento informado pela maioria das mulheres foi de dois a quatro anos, e a procura pela reversão no intervalo de seis a dez anos. Para 83,6% das mulheres, faltou, no momento da decisão, informação a respeito da própria laqueadura e das dificuldades para a reversão. Os autores concluíram que a laqueadura tubária em mulheres jovens, vulneráveis e não informadas a respeito do caráter definitivo do método pode aumentar a demanda em serviços de reprodução assistida e comprometer o futuro reprodutivo, uma vez que apenas a minoria destas mulheres alcança o objetivo desejado, ou seja, uma nova gravidez²¹.

O arrependimento após esterilização é relevante questão médica, porque, na maioria dos casos, a escolha da laqueadura é eletiva - não se pode garantir o retorno à fertilidade - e, como sabemos, existem outras alternativas contraceptivas eficazes e reversíveis. Segundo VIEIRA (2007)⁷², o arrependimento já foi estimado entre 11% e 15% das mulheres brasileiras esterilizadas. Cabe ressaltar que existe dificuldade de estimar com precisão o arrependimento, o que leva autores a inovarem em metodologias, como MARCIL GRATTON, que, por exemplo, usou um gradiente de sentimentos de arrependimento para classificar as mulheres em alguns grupos:

1. Mulheres que nunca sentiram arrependimento;
2. Mulheres que tentariam ter outro filho, se não estivessem esterilizadas;
3. Mulheres que conversaram com o médico sobre a reversão da esterilização cirúrgica;
4. Mulheres que solicitam a reversão da laqueadura para seus médicos.

Para GONÇALVES GAA et al. (2008)²⁷, em estudo sobre o sentimento de ambivalência em mulheres submetidas à laqueadura tubária envolvendo 152 pacientes em João Pessoa no Estado da Paraíba, o termo ambivalência empregado como o estado de quem experimenta, ao mesmo tempo, numa determinada situação, sentimentos opostos, como a satisfação, por se despreocupar com a possibilidade de engravidar - estas pacientes afirmavam que, se tivessem que decidir novamente, não fariam a

cirurgia. Constataram que 45,4% não fariam a cirurgia novamente, 26,3% pensariam duas vezes, 24,3% fariam novamente e 3,9% não sabiam dizer²⁷.

Destacam as autoras acima que os estudos sobre o fenômeno do arrependimento, após a realização da esterilização cirúrgica, apresentam definições amplas e dificuldades em sua medição. Em alguns casos, fatores de risco presente, associados a vivências individuais de insatisfação, podem vir a se transformar em arrependimento no futuro, reforçando a tese de que os dois fenômenos - insatisfação e arrependimento - não devem ser tratados como dimensões de um mesmo “continuum”. Relatam ainda que a chance de se detectarem o “verdadeiro” arrependimento são diretamente proporcionais ao tempo decorrido desde o procedimento realizado e, só há arrependimento “verdadeiro”, quando a mulher expressa desejo de recanalização tubária²⁷.

Para VIEIRA (2007)⁷², alguns fatores - como idade jovem, falta de estabilidade no relacionamento conjugal e morte de filho - são apontados, na maioria dos estudos, em diferentes países, como predisponentes ao arrependimento. No Brasil, destaca-se a idade jovem ao ter o primeiro filho, segundo a autora, como fator para o arrependimento, visto que predispõe à laqueadura em mulher jovem. Observou, também, que o pagamento com recursos próprios, prática comum antes da regulamentação da lei, constituiu obstáculo à manifestação do próprio arrependimento, uma vez que as mulheres não tinham acesso à esterilização cirúrgica pelo SUS. Alerta a autora que o arrependimento pode vir a aumentar após a oferta de esterilização pelo SUS, tendo em vista que mulheres em idade mais jovem poderão ter acesso e a liberdade de opção pela laqueadura tubária⁷².

Para ABELHA et al. (2008)¹, o índice de arrependimento varia entre 2 e 13%. Entre as mulheres que expressaram o desejo de reversão, no hospital público do Distrito Federal no período de 1977 a 2006, analisando 138 prontuários, constataram que 40% encontravam-se na faixa etária entre 18 e 24 anos quando submetidas à laqueadura. O falecimento de filhos, parceiros sem filhos anteriores à união, a falta de apoio do parceiro para laqueadura, a realização logo após o parto e a mudança de parceiro após a esterilização são os fatores mais frequentemente associados com a solicitação ou realização de reversão da laqueadura tubária¹.

YAMAMOTO (2011)⁷⁵, estudando as controvérsias na interpretação do texto da lei, notadamente no critério 25 anos ou pelo menos dois filhos vivos e a falta de clareza

quanto a uma idade mínima, se apresentaram como grandes desafios na aplicação da lei, pois, embora os profissionais de saúde entendam que mulheres jovens com idade menor que 25 anos e com dois filhos vivos tenham o direito à laqueadura tubária, previsto em lei, a preocupação com a esterilização cirúrgica precoce e o seu possível arrependimento se encontra presente na tomada de decisão pelas equipes médicas.

Podemos concluir que, apesar da prevalência do arrependimento ser muito variável de acordo com diferentes contextos e condições sócios demográficos, ocorre consenso entre diversos autores em que o arrependimento é diretamente proporcional à idade em que se realiza a esterilização cirúrgica. Cabe destacar que, em nosso país, das candidatas à reversão da laqueadura tubária, 40% foram esterilizadas entre 18 a 24 anos de acordo com ABELHA (2008)¹; segundo CUNHA (2007)²¹, 55,1% tinham menos de 25 anos e GONÇALVES GAA et al. (2008)²⁷, 24,3% se submeteram à laqueadura tubária com idade inferior a 24 anos.

1.2- SOBRE AS RECOMENDAÇÕES E LEIS QUE REGULAMENTAM A PRÁTICA DA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA NO MUNDO

Em relação aos países que dispõem de legislação específica para a prática da esterilização cirúrgica, estudo relevante publicado na EngenderHealth (2002)⁵⁹, os mesmos apontaram que, em 2001:

- Em 74 países existiam leis específicas que permitiam a esterilização cirúrgica como proposta contraceptiva e, em alguns destes, existem leis específicas ou comitê para autorização da esterilização cirúrgica, enquanto que em outros tais práticas fazem parte do programa de planejamento reprodutivo e a esterilização é permitida sem a existência de uma lei específica;
- Em 55 países, a legislação não é clara, as leis e políticas são conflitantes;
- Em oito países, a esterilização cirúrgica está restrita a casos de risco à saúde e eugênica;
- Em 25 países, requerem o consentimento do marido, pais, médicos ou de um comitê e 24 tem uma dada idade ou paridade como pré-requisitos a esterilização cirúrgica.

Vários países como Brasil, Chile, Equador, Guatemala, Honduras, Japão, Nigéria, China, Ruanda, Turquia, Finlândia, Hungria e Suécia requerem o consentimento do esposo. Na maioria dos países, o consentimento é necessário apenas quando a mulher não tem capacidade civil plena. Excepcionalmente, Honduras requer o consentimento dos pais ou do marido para qualquer método contraceptivo e, na Noruega, o consentimento é requerido apenas quando a esterilização cirúrgica for realizada em pessoa com idade inferior a 20 anos⁵⁹.

Em outros países, médicos ou comitês devem avaliar o procedimento antes de sua realização. Na Croácia, Cazaquistão, Dinamarca, Finlândia, Islândia, Noruega, Panamá, Eslovênia e Suécia devem ter a aprovação de um comitê por razão de saúde, eugênica ou socioeconômica. No Brasil e Guatemala, a esterilização deve ser referendada por dois médicos e, em Honduras, por três médicos⁵⁹.

A idade mínima necessária é de 25 anos em países como Áustria, Croácia, Dinamarca, Noruega, Portugal e Suécia. Na Eslovênia, a idade mínima é de 35 anos. Número de filhos de forma isolada também pode ser requerido, como na Tunísia, onde a mulher deve ter quatro filhos; no Panamá, cinco filhos; na Mongólia, muitos filhos sem especificar quantos⁵⁹.

Os critérios do número de filhos e idade também são pré-requisitos combinados ou não, como no Brasil, onde os números são dois filhos vivos ou 25 anos de idade. Na Finlândia, a idade mínima de trinta anos ou, se menos que trinta, três filhos; na Índia, requer vinte anos para a mulher e 25 anos para homens ou dois filhos, se for abaixo desta faixa etária. Na Rússia, 35 anos ou, se for abaixo desta idade, pelo menos dois filhos; Na Hungria, quarenta anos e dois filhos, na idade de 35 anos com três filhos e na idade de trinta anos, quatro filhos⁵⁹.

Muitos outros países requerem a combinação da idade com número de filhos. Em Cuba, 32 anos e vários filhos; no Cazaquistão, 35 anos e três filhos ou, se menor que 35 anos, quatro filhos; na República Dominicana, quarenta anos e um filho, 35 anos e três filhos, trinta anos e cinco filhos ou 25 anos e seis filhos; no Equador, 25 anos e três filhos; em Honduras, 35 anos e um filho ou 24 anos e três filhos, e trinta anos com três filhos para homens. Na Nigéria, para mulheres, 35 anos e quatro filhos e, para homens, 35 anos e seis filhos⁵⁹.

No que se refere aos critérios de elegibilidade médica para a esterilização cirúrgica feminina, no documento denominado “A WHO family planning cornerstone” em sua 5ª edição em 2015, faz as seguintes considerações sobre o procedimento: dado que a esterilização é um procedimento cirúrgico que se destina a ser permanente, deve-se ter especial cuidado para assegurar que todo candidato faça escolha voluntária e informada do método. Deve ser dada especial atenção ao caso dos jovens, mulheres sem filhos, homens que ainda não foram pais e pacientes com problemas de saúde mental, incluindo depressivos. Todos os candidatos devem ser cuidadosamente aconselhados sobre o procedimento ser um método permanente e a disponibilidade de métodos alternativos, de longo prazo, altamente eficazes. Isto é de atenção especial para os jovens. As leis nacionais e normas existentes devem ser consideradas no processo de decisão. Não existe uma condição médica que restrinja absolutamente a elegibilidade da pessoa para esterilização⁷⁶.

1.3- A CONQUISTA DA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA COMO UM DIREITO: A TRAJETÓRIA BRASILEIRA

A partir de 1970, a utilização da esterilização cirúrgica, como método contraceptivo, ganhou popularidade em todo o mundo. Até a sua regulamentação, em nosso país, foi praticada, por muitos anos, em cenário de clandestinidade e sem uma legislação específica relatada por BERQUÓ (1993)⁸ e MARCOLINO (2004)³³.

A prática da esterilização cirúrgica foi regulamentada em nosso país e expressa na lei nº. 9263/96 sancionada em 12 de janeiro de 1996 (Anexo I). Foi somente em 1997 que o Ministério da Saúde estabeleceu as normas para a realização da esterilização cirúrgica, como método anticoncepcional, no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº. 144/97, que regulamentou os parágrafos da lei 9263/96 correspondentes à esterilização¹⁰.

A partir dessa portaria, os serviços públicos de saúde passam a oferecer, entre outros métodos anticoncepcionais, a laqueadura tubária e a vasectomia, mediante o cumprimento de alguns requisitos: a pessoa solicitante deve ter capacidade civil plena, ser maior de 25 anos ou ter, pelo menos, dois filhos vivos. A cirurgia só pode ser realizada depois de decorridos, no mínimo, sessenta dias a partir da manifestação do desejo de fazê-

la; durante esse período, a pessoa que solicita a esterilização deverá participar de sessões de orientação, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce. A esterilização não pode ser realizada no momento de um parto ou aborto, exceto quando houver necessidade comprovada, em virtude de cesarianas sucessivas anteriores.

1.3.1- A Regulamentação da Lei 9263/96 no Contexto da Luta pelos Direitos Sexuais e Reprodutivos

Na primeira metade do século XX, no Brasil, a atenção à saúde da mulher se restringia, basicamente, a programas de pré-natal, com preocupação voltada à exaltação da maternidade, sendo o discurso dominante a institucionalização do parto, que visavam, essencialmente, o bem-estar do recém-nascido e a redução da mortalidade materna, com uma preocupação demográfica e social relacionada à criança e não à proteção da mulher. Até a década de 1970, o atendimento à saúde da mulher centralizou-se na esfera do ciclo grávido-puerperal^{38,2}. A ampliação da oferta de serviços de atenção à saúde da mulher, a partir dos anos 1960, não tinha ainda por objetivo o atendimento abrangente às necessidades de saúde. Foi o crescimento populacional, ocorrido nos países de alta renda, o motivador de investimentos internacionais nas políticas de contracepção, dirigidos às populações mais pobres. Na década de 1960/1970, teriam sido, segundo Marcolino (2004)³³, o que a mesma refere como programas verticais de planejamento familiar no Brasil, ao mesmo tempo em que foi autorizada a atuação das entidades privadas como a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BEMFAM), dentre outras, na área, com o mesmo objetivo de distribuir métodos contraceptivos e treinar profissionais em planejamento familiar, sendo responsáveis pela consolidação da ideologia contraceptiva intervencionista no meio médico. O governo, contraditoriamente, neste período, pregava os princípios pró-natalistas, que visavam ocupar os espaços vazios do nosso território^{33,2}.

ALVARENGA e SCHOR (1998) identificaram essas controvérsias, em nível do Estado brasileiro, ao analisarem questões de contracepção feminina e como eram problematizadas por setores da sociedade e do governo, por meio dos discursos divulgados na mídia. Foi possível depreender que o Estado, até meados da década de

1990, tinha duas propostas diferentes: uma de controle de natalidade, com seus pressupostos demográficos; e outra, de planejamento familiar, na perspectiva econômica, social e de saúde².

As autoras identificaram três períodos distintos na conjuntura brasileira. De 1965 a 1974, em que o Brasil vivia sob a ditadura militar, defendia-se uma política pró-natalista, com a concepção desenvolvimentista de ocupação de espaços, ao mesmo tempo em que era bastante permissiva a atuação de clínicas privadas de planejamento familiar. O período de 1974 a 1984 se caracteriza como de transição, fase delimitada, por duas grandes Conferências Mundiais de População, a de Bucarest (1974) e a da cidade do México (1984). Essas atuam como marco pelo tipo de posição diferenciada assumida pelo Brasil, buscando posição de afirmação ditada pela conjuntura econômica, política e social da sociedade brasileira naquele momento².

Para essas autoras, o terceiro período, de 1984 a 1993, caracteriza-se pela indefinição de política para o setor, centrada na polêmica planejamento familiar *versus* controle da natalidade. Apontam para o fato de, na época, a concepção e a contracepção serem integradas à saúde reprodutiva, no Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher².

A redemocratização ocorrida no Brasil, na década de 80, representou marco importante no que se refere às reivindicações e conquistas das mulheres quanto ao direito à saúde reprodutiva. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1984 e regulamentado em 1986, segundo OSIS (1998)⁴⁷, resultou do esforço de profissionais da saúde, do movimento de mulheres e dos técnicos do próprio Ministério da Saúde no sentido de preconizar ações que ampliavam significativamente o atendimento à saúde da mulher.

O PAISM incluiu o planejamento familiar entre suas ações, tornando-se um direito legal do cidadão, com a aprovação da constituição federal de 1988 que, em seu artigo 226 afirma: “Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”^{31,51}.

Segundo ALVARENGA e SCHOR (1998), no período pós 1993, as discussões de planejamento familiar *versus* controle de natalidade dão lugar às questões da

regulação da fecundidade, enfocando problemas específicos como a descriminalização e a legalização do aborto e a regulamentação, pelo Estado, da esterilização feminina e masculina².

Por influência das diretrizes de ação na Conferência de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994 e na IV Conferência Mundial da Mulher, realizada em Beijing, em 1995, ocorre um deslocamento da discussão da saúde da mulher para a saúde reprodutiva e a sexualidade, como direitos de cidadania igualdade de gênero. O conceito de Saúde Reprodutiva, apontado para a integralidade dos fenômenos reprodutivos, ganha expressão crescente no campo da Saúde Pública. Tais dimensões encontram contexto propício no Brasil com a abertura democrática e com o movimento da reforma sanitária brasileira².

Após esse período, com o reconhecimento do direito ao planejamento familiar na Constituição Federal, promulgada em 1988, e as crescentes pressões globais, foi aprovada, em 1996, a lei 9263/96, que regulamentou a esterilização cirúrgica no Brasil e foi considerada um avanço do ponto de vista dos direitos sexuais e reprodutivos. Com essa lei, buscava-se garantir aos homens e mulheres, as suas cidadanias para o livre exercício dos direitos sexuais e reprodutivos e, mais especificamente, garantir o direito à regulação da fecundidade de forma segura com o apoio do Estado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS)².

Nesse contexto social, político e econômico, antes de uma regulamentação específica, por muitos anos, a prática da esterilização cirúrgica aconteceu no Brasil conforme relatado por BERQUÓ e CAVENAGHI (2003)⁹, CARVALHO et al (2007)¹⁶, em um cenário de clandestinidade, interpretada, do ponto de vista jurídico, como ofensa criminal, com base no *Código Penal* de 1940, Artigo 29, Parágrafo 2. III, e, segundo o *Código de Ética Médica*, a realização de esterilização cirúrgica esteve oficialmente proibida até 1988, salvo em algumas situações específicas de risco de vida ^{8,16}.

Esse contexto de ilegalidade contribuiu para que se verificassem várias distorções na prática da esterilização como, por exemplo, no caso da laqueadura, a realização de cesariana apenas para encobrir a cobrança adicional e a sua realização em mulheres muito jovens e com poucos filhos, sob maior risco de arrependimento, além do uso político da mesma, pelo clientelismo eleitoral vigente^{70,2}.

1.3.2- A Esterilização Cirúrgica como Opção de Método Contraceptivo no Contexto do Planejamento Familiar

A oferta de métodos contraceptivos em programas de saúde, no final do século XX, teve como base os direitos reprodutivos notadamente após as Conferências de Cairo e Beijing, quando ganha expressão não somente o mesmo, mas, igualmente, nesta última, se destacam os direitos sexuais e as questões de gênero na perspectiva dessa reunião - “gênero é entendida como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder (SCOTT, 1989) “PNAISM 2004”. “A noção de direito reprodutivo, como direito humano, desenvolveu-se, principalmente, a partir da última metade do século XX, relacionado às mudanças no papel das mulheres e seu valor na sociedade, e às mudanças do seu comportamento diante do desenvolvimento de novas tecnologias médicas”, VIEIRA (2009)⁷³.

A noção de direitos reprodutivos expandiu-se, no movimento feminista mundial, na segunda metade dos anos 1980, depois do Congresso Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos, ocorrido em Amsterdã, em 1984. A pauta do encontro privilegiou as denúncias às políticas demográficas, em curso, nos países do Sul, ao mesmo tempo em que assinalava questões emergentes, tais como o incremento das técnicas de concepção, nos países do Norte ⁶⁰.

Na origem do conceito de direitos reprodutivos, estava presente uma das ideias fundadoras do feminismo contemporâneo: o direito ao próprio corpo, baseado nos princípios de autonomia e liberdade, expresso na máxima “Nosso Corpo nos Pertence”. Os direitos reprodutivos, que nasceram da luta do Movimento Feminista Internacional, conforme acima sinalizado, expressa-se notadamente no direito à livre escolha da maternidade, ao aborto, à contracepção, e podem ser considerados, do ponto de vista dos

direitos humanos, uma ampliação destes. Porém, do ponto de vista feminista, a noção de Direitos Reprodutivos tinha um significado político social mais abrangente, pois ele remetia a questionamento das relações de gênero tradicionais, tanto no interior da família, como na orientação das políticas de planejamento familiar, em vigor. Não se tratava só de politizar as questões privadas e trazê-las para o debate público, mas, sobretudo, mediante esta luta, alcançar a equidade de gênero, SCAVONE (2004)⁶⁰.

A lei 9263/96 de esterilização cirúrgica, assim, emerge no Brasil, no contexto da reivindicação dos Direitos Sexuais e Reprodutivos pelo feminismo e outros movimentos sociais, como os de gays e lésbicas, que teve origem já em 1948 na Declaração dos Direitos Humanos. Foram referendadas como Direitos Humanos inalienáveis, a partir da Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento (Cairo 1994) e na Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing 1995)⁴.

Na Conferência de Cairo, esses direitos basearam-se no reconhecimento do direito básico de todas as pessoas de decidirem livremente sobre o número de filhos e espaçamento dos nascimentos, assim como disporem de informações e recursos para exercerem esses direitos e alcançarem o nível mais alto possível de saúde sexual e reprodutiva. Esses direitos, notadamente os sexuais, dadas as críticas recebidas na reunião de Cairo em 1994, são ampliados na Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing (1995), e se traduzem no reconhecimento do livre exercício da sexualidade e na autonomia das decisões individuais e dos casais, no que diz respeito à vida sexual e reprodutiva, garantindo o direito a uma sexualidade saudável, sem o risco de uma gravidez indesejada⁴⁶.

O Ministério da Saúde estabeleceu as regras em 1997 para a realização da esterilização cirúrgica no Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, foram observados alguns obstáculos no cumprimento da Lei, como a falta de insumos adequados para oferecimento de todos os métodos contraceptivos, clientelismo eleitoral, além da resistência de parcela dos profissionais de saúde em aceitarem os critérios estabelecidos pela lei, especialmente, no que se refere à idade mínima, considerada muito jovem, com maior possibilidade de arrependimento^{16,75}.

De forma gradativa, após a regulamentação da esterilização, observou-se um aumento nos registros de laqueaduras e vasectomias realizadas, o que pode ser constatado, por meio de uma avaliação das autorizações para procedimentos de

internação hospitalar (Autorizações de Internação Hospitalar – AIH). A título de exemplo, as laqueaduras registradas nesse sistema passaram de 293, em 1998, para 15.370, em 2001, e para 38.276 em 2004. Já as vasectomias passaram, de 1999 para 2001, de 324 para 3.124, e para 14.021, em 2004. Além disso, não se dispunha naquele momento de muitas informações sobre como estaria ocorrendo o atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica no SUS^{9,20}.

Outros dados além dos oficiais que refletem o cenário da esterilização cirúrgica naquele período como o de VIEIRA e SOUZA (2009)⁷³, conduziram um estudo sobre o acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde, em Ribeirão Preto, SP, no período de 1999 a 2004, com 230 indivíduos que não obtiveram cirurgia de esterilização. Dos entrevistados, 23 (10%) tinham expectativa de fazer a cirurgia. Dentre os restantes 207, 71% decidiram voluntariamente adiar ou desistir da cirurgia e apontaram diversos motivos como: o caráter definitivo e serem jovens, não ter tido tempo disponível para se submeter à cirurgia, medo da cirurgia e opção por outros métodos. Dentre os 207 dos entrevistados, 29% encontraram obstáculos no acesso à esterilização, alheias à sua decisão, apenas 13 (6,2%) relataram problemas relativos ao sistema de saúde, 11 (5,3%) foram proibidos pelo cônjuge e quatro (6,7%) ficaram grávidas durante o processo. Concluíram os autores que poucos indivíduos estudados não tiveram acesso à esterilização; destes, apenas uma pequena parcela referiu existir obstáculo institucional para a concretização da esterilização cirúrgica⁷³.

Na Região Metropolitana de Campinas, OSIS et al. (2009)⁵², em estudo sobre a percepção de gestores e profissionais de saúde em relação à demanda pela esterilização cirúrgica, relataram que ocorreu uma demanda reprimida na prática da esterilização cirúrgica voluntária feminina, sendo que o tempo médio de espera para laqueadura tubária era de 18 a 24 meses, a partir do momento da manifestação do desejo pelo procedimento. Apontaram os autores que o atendimento à demanda ainda sofria, à época da pesquisa, algumas distorções, enfrentando dificuldades para prover atendimento adequado ao que estabelece a lei nº. 9.263, principalmente pela falta de espaço físico e recursos humanos nos centros de referência ou ambulatorios de planejamento reprodutivo e da oferta de cirurgias em número adequados, além da falta de opções contraceptivas disponíveis na rede básica de saúde e despreparo dos profissionais das UBS e equipes de saúde da família para proverem essa atenção⁵².

O Ministério da Saúde elaborou em 2004, o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- Princípios e Diretrizes”, quando a equipe técnica de Saúde da Mulher realizou um diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher, no Brasil, e definiu um plano de ação para o período de 2004 – 2007, e a importância de contar com um total de dezesseis diretrizes, que orientariam as políticas de Saúde da Mulher, estabelecendo parcerias com diferentes departamentos, coordenações e comissões do Ministério da Saúde. Incorporou, também, as contribuições do movimento de mulheres, de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, das sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional ³⁹.

Em março de 2005, atendendo, também, às reivindicações da sociedade civil, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Essa política apresenta grande avanço no sentido em que firma os compromissos assumidos pelo Governo Brasileiro nos acordos assinados na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo (1994) e na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing (1995)³⁹.

A política do planejamento reprodutivo, que corresponde à anteriormente denominada política de planejamento familiar, vem sendo desenvolvida pelo Ministério da Saúde, em parceria com os estados, municípios e sociedade civil organizada, no âmbito da atenção integral à saúde da mulher, do homem e de adolescentes. Ela está de acordo com os preceitos legais, estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e na Lei Federal n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o planejamento familiar³⁹.

O grande desafio em relação ao planejamento reprodutivo, ainda, reside no fato de haver suprimento de insumos em quantidades insuficientes para atender à demanda, além de haver descontinuidade de fornecimento, apesar de, no ano 2006, terem sido distribuídos 18 milhões de cartelas de pílulas combinadas de baixa dosagem, 1,2 milhões de pílulas somente de progesterona, 207 mil cartelas de anticoncepcional de emergência, 542 mil ampolas de injetável mensal, 250 mil de ampolas do injetável trimestral e 176 mil DIU (Dispositivo Intrauterino), atendendo a 5.242 municípios³⁹.

Dados mais recentes apontam que, de 2010 para 2015, houve aumento significativo na aquisição de contraceptivos pelo Ministério da Saúde: de 2010 para 2015; de 15 milhões para 47 milhões de cartelas de anticoncepcional oral combinado; de 4,6 milhões para 9,5 milhões unidades de anticoncepcional injetável mensal, a

trimestral de 1,6 milhões para 4,6 milhões, DIU de 300 mil para 772 mil unidades, diafragma de 26 mil para 63 mil unidades e a minipílula de 2,5 milhões para 4,6 milhões de cartelas e a pílula anticoncepcional de emergência 513 mil para 1,4 milhões de cartelas⁵³.

A Área Técnica de Saúde da Mulher, reconhecendo a dificuldade de acesso para homens e mulheres que desejam realizar a esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia) no SUS, estabeleceu a meta de aumentar em 50%, no período de 2004 a 2007, em todos os Estados, o número de serviços credenciados para a realização desses procedimentos. Em 2003, existiam, aproximadamente, 431 instituições habilitadas no SUS para esses procedimentos; até setembro de 2006, já somavam, aproximadamente, 673 instituições habilitadas³⁹.

Em 2007, o governo brasileiro lança o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, elaborado a partir da construção participativa, envolvendo, diretamente, cerca de 200 mil mulheres brasileiras, em conferências municipais e estaduais e na II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres³⁹. Nesta Conferência, foram apresentados os seguintes diagnósticos em relação à Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos:

- O acesso à anticoncepção é direito garantido constitucionalmente e não é amplamente atendido;
- Existe alta prevalência de uso de laqueadura tubária e da pílula;
- A baixa prevalência de outros métodos indica o limitado acesso de mulheres a outros métodos disponíveis;
- Existem problemas na produção, controle de qualidade, aquisição, logística de distribuição de insumos e manutenção da continuidade da oferta de métodos anticoncepcionais;
- O resultado é a atenção ainda precária e excludente, com maior prejuízo para mulheres oriundas das camadas mais pobres e das áreas rurais;
- Possivelmente, esta situação contribui para a ocorrência de abortamentos em condições inseguras e para o aumento do risco de morte por esta causa.

Com base nessas análises, o referido plano estabelece como metas para o período 2008-2011 garantir a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis para 100% da população feminina usuária do SUS e disponibilizar métodos anticoncepcionais em 100% dos serviços públicos de saúde - lamentavelmente não temos dados disponíveis se estas metas foram alcançadas⁶⁵.

Em 2008, o Ministério da Saúde ampliou a aquisição e distribuição dos métodos contraceptivos para os municípios, passando, também, a disponibilizar anticoncepcionais em farmácias populares a baixo custo com o objetivo de atender às metas do referido plano. Incluiu ainda como metas, a implantação, até 2011, de um serviço público para reprodução assistida em cada região do país, vinculado a hospitais universitários, e ampliação de cadastro de serviços para a realização de vasectomia e laqueadura⁶⁵.

Um estudo conduzido por CAETANO (2014)¹² sobre demanda frustrada e aderência à Lei do Planejamento Familiar observou que, no período de 2000 a 2006, foram emitidos 188 138 AIHs (autorização de internação hospitalar) de laqueadura tubária, sendo que 41 894 AIHs de parto cesáreo com laqueadura tubária e 146 244 AIHs de laqueadura tubária. Entre 2007 a 2013, foram processadas 239 576 AIHs com laqueadura tubária e 122 993 AIHs de parto cesáreo com laqueadura tubária totalizando 362 569 procedimentos, o que significa um aumento de 164% de AIHs com laqueadura tubária e 294% da AIH de parto cesáreo com laqueadura¹².

Caetano, em seu estudo, constatou ainda que, no período de 2000 a 2006, a demanda frustrada de laqueadura tubária ocorreu devido a não concordância dos serviços de saúde (36,7%), seguido da não obtenção sem especificação do motivo do insucesso (41,2%) e os restantes 14,9% deveu-se a não concordância do cônjuge, o que aumentaria hipoteticamente a prevalência da laqueadura em 7,6%, estimada na PNDS em 2006 em 29,1% e corrigida para 36,7%, o que aproximaria da prevalência de 40,1% da PNDS de 1996¹². A reflexão a partir destes dados pode, em termos hipotéticos, supor que a demanda frustrada pode ser o principal fator da redução da prevalência de laqueadura tubária apontada pela PNDS de 1996 para a PNDS de 2006 e não significar, necessariamente, redução da prevalência da laqueadura tubária no Brasil¹².

Dados mais recentes disponíveis no DATASUS apontam que foram processadas, em 2016, 63 328 AIHs, sendo que 28 554 de partos cesárea com laqueadura e 63 328 de laqueaduras tubárias, semelhante aos dados de 2015 em que foram emitidas 27 393 AIHs

de laqueadura tubária e 33 793 AIHs de partos cesárea com laqueadura totalizando 61 186. Podemos observar que o número de laqueaduras aumentou de uma média anual de 51 795 no período de 2007 a 2013 para 63 328 no ano de 2016⁴¹. Cabe observar que cerca de 55% das esterilizações cirúrgicas são realizadas durante parto cesárea. Em se tratando de números absolutos, estes dados não refletem, por si só, a real prevalência da esterilização cirúrgica feminina em nosso meio, apenas indicam que a oferta de cirurgias vem de certa forma gradativamente aumentando.

1.4- SOBRE AS CONTROVÉRSIAS NA INTERPRETAÇÃO DA LEI 9263/96 POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OS DESAFIOS À PRÁTICA DA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA NOS SERVIÇOS, COMO UM DIREITO DO CASAL, HOMEM OU MULHER

As questões, que podem gerar controvérsias e divergências na interpretação, estão inscritas no texto da lei 9263/96 (Anexo I), principalmente, em seu artigo 10: 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 da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando **desencorajar** a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, **por cesarianas sucessivas anteriores**.

Retificada pela portaria 48 em 11 de fevereiro de 1999:

Parágrafo Único – É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante períodos de parto, aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior

risco para sua saúde. Neste caso, a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos.

Um exemplo de controvérsias geradas pelo próprio texto da lei é apontado por ROSAS (2001)³⁴, em relação às questões éticas presentes na lei 9263/96. O autor afirma, por um lado, que em termos da opção pela esterilização, mulheres tendem a estar vulneráveis por circunstâncias sociais, culturais e econômicas³⁴. Aponta, por outro, que a legislação é extremamente aberta em seu artigo 10, em relação à autonomia e à manifestação da vontade da mulher ou homem (25 ou mais de dois filhos vivos). Considera, porém, a lei paradoxalmente restritiva, quando aplicada à mulher na condição de gestante, proibindo a laqueadura tubária durante os períodos do parto, aborto e puerpério.

Aponta, igualmente, esse autor que o “espírito” da lei visa à redução da incidência de cesárea, pois, antes da lei, a cesárea era indicada para fins exclusivos de laqueadura. São excluídos dessa proibição os casos de duas cesáreas consecutivas anteriores, pelo maior risco de futuras gestações, devido às más condições uterinas. Outra exceção ocorre quando as gestantes, em estados avançados de doenças crônicas, tais como diabetes mellitus, cardiopatia e hipertensão arterial, têm o risco de vida materna ou fetal aumentado em futuras gestações. Nessas circunstâncias, a indicação deve ser assinada por dois médicos, com o consentimento expresso da paciente. Na ausência de indicação médica, não se deve proceder à esterilização cirúrgica durante os períodos do parto ou aborto, até o 42º dia do período puerperal³⁴.

BERQUÓ e CAVENAGHI (2003)⁹, em estudo sobre o cumprimento da lei 9263/96, pelo SUS, e os direitos reprodutivos, realizaram entrevistas com os diretores de hospitais e de ambulatórios de seis capitais do país sobre a adequação ou não dos critérios exigidos pela lei 9.263/96 para a realização da esterilização voluntária. As autoras constataram que o critério da idade mínima foi considerado o mais inadequado por 71% dos entrevistados, seguido do número mínimo de filhos nascidos vivos (46%), ou seja, os entrevistados consideraram que os critérios deveriam estabelecer claramente número mínimo de dois filhos vivos; outro aspecto como a exclusão da esterilização no momento do parto/aborto e puerpério (39%) e, finalmente, a carência de 60 dias (29%), foi considerada como muito longa. A objeção aos 25 anos, como idade mínima, foi também endossada por gestores estaduais e municipais⁹.

Essas controvérsias encontram-se presentes na literatura, principalmente, em relação à idade mínima. Estudiosos do assunto, como VIEIRA et al. (2005)⁷¹, BARBOSA (2009)⁶, MARCOLINO (2004)³³, BARBOSA e KNAUTH (2003)⁷, em relação ao texto da Lei 9263/96, interpretam como único critério a idade mínima de 25 anos para realização da esterilização cirúrgica; outros autores, como ROSAS (2001)³⁴ e HENTZ (2004)³¹, interpretam o parágrafo como sendo 25 anos ou, pelo menos, dois filhos vivos, portanto, sem especificação de idade mínima.

YAMAMOTO (2011)⁷⁵ conduziu um estudo em que entrevistou 27 profissionais de saúde, a respeito de como interpretam e aplicam a lei 9263/96. Destes profissionais entrevistados - quinze médicos, quatro assistentes sociais, quatro psicólogas e quatro enfermeiras - participavam das equipes multidisciplinares das Unidades Básicas de Saúde e dos Hospitais, atuando no processo de aprovação e execução da esterilização cirúrgica. Constatou o autor que as divergências e controvérsias estão presentes nos discursos dos profissionais, principalmente, no que se refere à falta de idade mínima; em mulheres com idade menor que 25 anos e dois filhos vivos e sua legalidade; mulheres ou homens com filhos e sem vida conjugal; mulheres ou homens com idade maior que 25 anos e sem filhos e no momento do parto; no primeiro parto por cesárea ou segundo parto por cesárea, em que a lei prescreve somente em casos de cesáreas consecutivas anteriores⁷⁵.

Esse mesmo estudo constatou, ainda, que controvérsias na interpretação e aplicação da lei 9263/96 ocorrem, principalmente, no momento da execução do procedimento, ou seja, entre as equipes médicas, pois, certamente, a preocupação com a esterilização cirúrgica precoce é uma constante entre esses profissionais, pois, em caso de arrependimento da mulher, cabe aos mesmos acolherem e prescreverem o tratamento de reversão da laqueadura tubária ou da “fertilização in vitro” em casos específicos⁷⁵.

Em relação à vedação da laqueadura, contida no texto da lei, durante parto cesariano do seu primeiro ou segundo filho, tem suscitado análise de (in) constitucionalidade por parte de juristas, como SILVA e SILVA, que entendem que a legislação pátria exige da mulher um segundo procedimento invasivo e cruento a se realizar, pelo menos, 42 dias após o parto. Descrevem, em sua análise, que “é flagrante a inconstitucionalidade da lei, que veda a laqueadura em parto cesariano, posto importar em ofensa aos princípios constitucionais da liberdade e do livre planejamento familiar, acarretando instabilidade ao sistema jurídico, na medida em que retira da mulher a

possibilidade de escolher o seu próprio destino, mas ferindo o regime estatal de tutela à dignidade humana”⁶³.

A despeito de tais controvérsias, vale sinalizar que a legislação, em análise, representou um avanço em relação aos direitos reprodutivos, e o artigo 10 da lei 9263/96 não deve ser interpretado isoladamente, mas como parte integrante de um conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem e ao casal dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde³⁴.

1.5- SOBRE DIREITOS E DESEJO DA MULHER, HOMEM OU CASAL E SUA CONTRAPOSIÇÃO ÀS DECISÕES PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA PRÁTICA DA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A regulamentação da lei 9263/96 teve o mérito de colocar a esterilização cirúrgica como opção de método contraceptivo e o direito de livre escolha, em pé de igualdade, dentre todos os métodos contraceptivos⁷⁵.

Para autores como CARVALHO et al. (2004)¹⁴, VIEIRA et al. (2005)⁷¹, BARBOSA (2009)⁶, os motivos para optarem pela esterilização cirúrgica incluem o mais comum, o de não querer ter mais filhos, seguida de não poder ter mais filhos (saúde), o de não poder criar mais filhos (econômico) e de ter filho deficiente^{6,14,71}.

CARVALHO e SCHOR (2005)¹⁵ constataram a ideia da escolha da esterilização por sua alta eficácia, ou seja, pelo fato de o método ser considerado com menor índice de falhas e sem os efeitos colaterais de outros métodos. SERRUYA (1992)⁶² relatou que as pílulas, preservativo, tabela e diafragma necessitam de cuidados diários, ao contrário da ligadura de trompas, que se resume a um único ato, ao que parece sob o olhar das mulheres mais fácil e o ideal para encerrar seu ciclo reprodutivo.

Outros motivos, tais como, a falta de conhecimento e o tradicionalismo cultural, comodidade do uso por não requerer cuidados adicionais, a vantagem do livre exercício da sexualidade, sem se preocupar com uma possível gravidez foram constatados por YAMAMOTO (2011)⁷⁵.

Para profissionais de saúde, a esterilização cirúrgica deve ser prescrita dentro de um contexto de planejamento familiar, levando em conta não somente os critérios clínicos, mas, igualmente, suas implicações, do ponto de vista social, uma vez que se trata de um método considerado de difícil reversão e, apesar de ser um método eficaz, deve ser considerado, por suas implicações, como último recurso ⁷⁵.

O processo de aprovação e execução da esterilização cirúrgica se reveste de complexidade, pois deve ser aconselhada, por uma equipe multidisciplinar, comportando várias etapas, tais como: o desencorajamento da esterilização cirúrgica precoce, a oferta de todos os métodos contraceptivos, o prazo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o procedimento para cumprir os requisitos legais. Enquanto profissionais médicos centram suas decisões baseados nos chamados critérios objetivos, como idade, número de filhos e questões de saúde, os demais profissionais, além desses critérios, avaliam a maturidade do indivíduo na tomada de decisão e as vulnerabilidades sociais e econômicas⁷⁵.

YAMAMOTO (2011)⁷⁵ também observa que nos serviços de saúde, o processo de aprovação e execução não se apresenta, necessariamente, de maneira articulada: a aprovação ocorre, habitualmente, em Unidades Básicas de Saúde e a execução, em âmbito hospitalar. Daí ocorrer, muitas vezes, a não realização do procedimento, uma vez que, em última instância, a decisão é de domínio do médico executante, que não partilharia, no caso, da mesma visão e avaliação da equipe multidisciplinar, ou da própria mulher, homem ou casal. Cabe destacar que, no caso da esterilização cirúrgica, o médico, ao contrário de outras práticas clínicas que se baseiam em evidências científicas para tomada de decisão, depara-se no presente caso com a necessidade de basear-se no que prescreve a lei. Dado o peso que os critérios sócios demográficos assumem no texto da lei, como idade e número de filhos, a esterilização cirúrgica passa a configurar nos processos de decisão médica, mais caracteristicamente como uma prática de intervenção social do que de uma intervenção propriamente médica⁷⁵.

YAMAMOTO (2011)⁷⁵ relatou, ainda, o uso e abuso da prática da esterilização cirúrgica, considerada como um direito ao desejo do casal, após sua regulamentação, tais como: a prática baseada no desejo ou demanda do usuário; a pouca qualidade no aconselhamento em contracepção aliada a oferta de um “mix” contraceptivo limitado na atenção básica, à ampla abertura da lei em relação ao parágrafo 25 anos ou pelos dois filhos vivos; banalização do procedimento, sem a devida reflexão e análise de seus riscos,

tais como, o arrependimento futuro; casais jovens elegendo o método como primeira escolha em detrimento dos métodos reversíveis e a prática profissional centrada em valores e ideologias próprias do profissional que executa a esterilização⁷⁵.

Para esse mesmo autor, se por um lado, a lei representa um avanço, seu texto permite divergências de interpretação, por parte da equipe multidisciplinar e do cidadão, acarretando conflitos na tomada de decisão, quanto à aprovação e execução do procedimento, por não haver consenso entre os profissionais. Nessas situações conflituosas, médicos tendem a recorrer aos seus direitos éticos para não executarem a esterilização, mesmo quando aprovada pela equipe multidisciplinar, frustrando, em muitas ocasiões, o desejo do homem, da mulher, ou do casal, quanto aos seus direitos⁷⁵.

Diante das considerações apresentadas, tais conflitos e desencontros entre o direito e desejo da mulher, casal ou homem e a decisão contrária da equipe multidisciplinar, apresentam-se como importante tema de pesquisa em saúde pública, à medida que possibilitam abrir novas perspectivas de análise para melhor aplicação da lei.

2. OBJETIVOS

2.1– OBJETIVO GERAL

Analisar o desencontro entre o desejo da mulher pela esterilização cirúrgica e motivos da discordância da equipe médica na tomada de decisão em relação aos critérios da lei 9263/96.

2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Caracterizar as condições sociais, conjugais e reprodutivas de mulheres que optaram pela esterilização cirúrgica.
- 2- Descrever as trajetórias das mulheres pesquisadas até a chegada ao serviço e no hospital, buscando identificar as relações existentes entre desejo, busca e (re)conhecimento de seus direitos pela esterilização, inscritos na lei 9263/96.
- 3- Identificar na perspectiva da equipe médica, os critérios clínicos e sócios demográficos da recusa pela esterilização cirúrgica da mulher e suas implicações de diferentes naturezas.

3. PASSOS METODOLÓGICOS

3.1- NATUREZA DA PESQUISA

Dada à natureza do problema de investigação, a presente pesquisa se circunscreve a uma abordagem do tipo qualitativa, exploratória, uma vez que nos propomos a estudar o contexto social, conjugal e reprodutivo, em que ocorrem o desencontro entre o desejo/direito da mulher e a decisão da equipe médica, assim como as implicações na vida da mulher decorrentes da recusa.

Segundo MINAYO (2014 p.84)³⁶, “a metodologia qualitativa além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de conceitos e categorias durante a investigação”.

Tendo em vista a multiplicidade de aspectos que fenômenos complexos apresentam, como é o caso da esterilização cirúrgica, notadamente para mulheres, consideramos que a pesquisa qualitativa permite resgatar aspectos das experiências de vida de mulheres, em sua vida cotidiana, relacionadas à saúde e outros aspectos, como bem explicita Pierre Bourdieu (1973 p.130)¹¹ quando afirma: “... as condutas ordinárias da vida se prestam à decifração, ainda que pareçam automáticas e impessoais. Elas são significantes, mesmo sem intenção de significar, e exprimem uma realidade objetiva que exige apenas a reativação da intenção vivida por aqueles que a cumprem...”

Trata-se de considerar o que BAPTISTA (1999)⁵ atribui como característica da pesquisa qualitativa, qual seja, a de possibilitar a análise dos significados que diferentes indivíduos atribuem às suas ações, as quais adquirem sentido quando consideradas em função do espaço em que os mesmos constroem suas vidas e suas relações. Trata-se, assim, ao investigador, de buscar compreender o sentido dos atos e das decisões dos sujeitos sociais, relacionando-o não somente com os contextos particulares onde vivem os mesmos, mas, igualmente, em relação ao contexto social mais amplo no que os mesmos vivem⁵.

3.2 – SUJEITOS DA PESQUISA E DINÂMICA DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

No presente estudo, foram selecionadas as mulheres, que optaram pela esterilização cirúrgica, em Hospital Maternidade, localizado na Zona Leste do município de São Paulo, em que se observa o conflito entre o desejo/direito da mulher e a decisão contrária da equipe médica. A partir do momento que as mulheres optam por este método definitivo é elaborado um prontuário específico (“processo”- Anexo IV), em que constam o histórico reprodutivo, a manifestação voluntária da opção pela esterilização cirúrgica assinada por ambos os cônjuges, quando houver, o consentimento pós-informado assinado contendo informações quanto ao procedimento, tais como, falha do método, a difícil reversão do método e as complicações cirúrgicas; o pedido do médico solicitante, a avaliação da(o) assistente social e então é encaminhado para o parecer final de dois médicos que podem resultar em parecer favorável ou desfavorável. Todas estas solicitações de esterilização cirúrgicas são registradas no livro específico, que nesta instituição ficam arquivadas no setor do Serviço Social, em que consta a deliberação final da equipe, ou seja, parecer de aprovação ou parecer desfavorável. Cabe esclarecer que, nos casos de parecer desfavorável, as mulheres são convocadas pelo Serviço Social para orientação dos médicos sobre os motivos do parecer desfavorável para uma reflexão por parte das mulheres.

Para a seleção das mulheres a serem entrevistadas, foi realizado um levantamento prévio de dados do livro de registro do serviço social no período de 01/01/2012 a 31/12/2015, onde constam 1 417 solicitações de esterilização cirúrgica. Destas, 1 365 (97,4%) foram aprovadas e 52 (2,6%) tiveram aconselhamento desfavorável da equipe multidisciplinar. Das 52 mulheres, que tiveram aconselhamentos desfavoráveis no processo de aprovação, e que buscamos contatar, tivemos êxito com dezesseis (16) delas e, dentre elas, somente dez (10) se propuseram a conceder a entrevista como sujeito social de pesquisa. Vale observar que, coincidentemente, todas as que aderiram à pesquisa estavam gestantes no momento da solicitação da esterilização cirúrgica, fato esse que trouxe uma peculiaridade ao desenho da pesquisa. Para contextualizar as dez mulheres entrevistadas em relação às 42 (quarenta e duas) mulheres que não participaram da pesquisa e tiveram em comum o desencontro entre o desejo pela esterilização cirúrgica e a decisão da equipe médica, foi realizado um levantamento dos

dados dos prontuários, em relação às principais características sócio demográficas e reprodutivas para fins de estudar o total das mulheres. Infelizmente, dois destes prontuários não foram localizados, portanto os dados coletados se referem a 40 mulheres do total de 42 mulheres.

Foram selecionados para a entrevista dois médicos da instituição que são os responsáveis pelos pareceres finais, favoráveis ou desfavoráveis à aprovação da esterilização cirúrgica feminina e masculina.

Para melhor entendimento de como se dá a dinâmica do processo da esterilização cirúrgica apresentamos, a seguir, os dois momentos que ocorrem: primeiramente, na atenção básica de saúde e, no segundo momento, no hospital particularmente onde foi realizada a presente pesquisa. São tecidos também considerações sobre o trabalho dos diferentes profissionais em suas equipes.

O trabalho de MARCOLINO (2004)³³ ilustra esse processo, conforme apresentado a seguir:

A Lei 9263/96 prescreve no seu artigo 10: o aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização cirúrgica precoce (Anexo I). O serviço de planejamento familiar é desempenhado por equipe multidisciplinar composta por psicólogo, assistente social, enfermeira, auxiliar de saúde e técnica de enfermagem. O médico atua como coordenador da equipe e como cirurgião, realizando laqueadura tubária, vasectomia e inserção de DIU³³.

Os profissionais da saúde têm papel importante no processo de decisão da mulher pela esterilização feminina. Há a multiplicidade de fatores envolvendo a escolha da esterilização e os médicos ocupam uma posição importante na influência dessa decisão³³.

MARCOLINO (2004)³³, em seu estudo, analisou o trabalho de uma equipe de trabalho em laqueadura tubária e planejamento familiar. O aconselhamento é particularmente importante no caso da esterilização por se tratar de um método cirúrgico que tem efeito permanente.

No estudo de MARCOLINO (2004)³³, podemos ainda observar as percepções dos profissionais de saúde em relação à esterilização cirúrgica e ao papel exercido pelos membros das equipes:

- A função do profissional é colocar todas as questões que envolvem a laqueadura para que a mulher possa refletir e tomar decisão consciente e amadurecida;

- A psicóloga não indicaria a ligadura para ninguém, mas oferece suporte à pessoa na tomada de decisão por meio de informações, troca de ideias, numa relação de companheirismo para que o outro possa tomar a própria decisão de maneira tranquila e saudável;
- A mulher deve submeter-se à laqueadura de trompas somente após estar esclarecida e ciente sobre a cirurgia, bem como disposta a assumir os riscos que dela possam advir;
- Os profissionais de saúde devem evitar que as mulheres tomem decisões precipitadas sobre a cirurgia esterilizadora, orientando-as sobre os riscos e as consequências da cirurgia;
- A mulher ou o homem devem estar tranquilos, conscientes, bem informados e emocionalmente amadurecidos sobre a decisão pela ligadura ou vasectomia para evitar problemas posteriores. Graças ao aconselhamento, pode-se convencer ou minimizar as decisões equivocadas, tomadas em circunstâncias difíceis ou de indivíduos mal informados;
- O processo de avaliação da equipe para a tomada de decisão sobre a realização da laqueadura influencia no baixo índice de arrependimento.

Segundo ainda a mesma autora, foi possível identificar dois momentos no trabalho das equipes. O primeiro é o trabalho de aconselhamento e orientação que a equipe realiza com a mulher que solicita laqueadura de trompas, quando procura abordá-la em seu contexto de vida e trabalho. Esse trabalho é mais frequentemente realizado pelos psicólogos e pela assistente social. Observamos, neste caso, que mesmo que a equipe tenha tendência à horizontalidade, esta é apenas aparente, porque a equipe continua trabalhando pontualmente no modelo biomédico, apesar de algumas resistências, e não chega a discutir sua racionalidade. Os profissionais têm dificuldades em valorizar os elementos da vida da mulher, que eles sabem, escutam e até consideram, mas não fazem valer³³.

O segundo momento, seguindo essa mesma autora, é o da tomada de decisão da equipe sobre a laqueadura de trompas. Embora na organização do trabalho de atenção à saúde da mulher, em geral, o médico seja o detentor do processo de trabalho, destacamos que, no particular aspecto da decisão para a realização da cirurgia esterilizadora, ocorre certa horizontalidade da equipe, ainda que incomum. Essa horizontalidade pode ser explicada, primeiro, porque existem regras técnicas bem definidas e, segundo, porque o objeto de intervenção tem implicações ética importante e não só científica. A valorização da dimensão ética decisória tende a deslocar o saber do campo do conhecimento científico

biomédico para um saber apoiado no conhecimento psicológico, sociológico e ético. Talvez por essa razão haja uma tendência à multidisciplinaridade, evitando que o médico decida sozinho³³.

Mas, por outro lado, e, contraditoriamente, na tomada de decisão os critérios que fundamentam a decisão se centram no conhecimento biomédico, e não no sociológico, psicológico ou da ética de solidariedade à mulher³³.

Na organização geral da equipe, o médico detém espaço de poder, visto que lhe cabe à ação diagnóstica, terapêutica, cirúrgica e de coordenação da equipe, caracterizando-se como um trabalho hierarquizado, parcelado, subdividido; o trabalho dos demais profissionais é complementar, interdependente, delegado em graus de complexidade diferentes, ora integrado, ora desarticulado. A ação na atenção à saúde da mulher reproduz as relações de poder presentes na construção do saber médico, perdendo a oportunidade de construir um saber coletivo, com base nos múltiplos saberes – o dos membros da equipe e o da mulher que frequenta o serviço de saúde³³.

MARCOLINO (2004)³³ destaca ainda ter constatado de modo geral que a equipe se caracteriza como sendo hierarquizada, no aspecto de tomada de decisão; no caso da cirurgia de laqueadura tubária, há a valorização da dimensão ética decisória, o trabalho de equipe de saúde tende a horizontalidade e ao trabalho multiprofissional deslocando o saber do campo do conhecimento biomédico para um saber mais compreensivo sobre a vivência das mulheres. Mas, que por outro lado, contraditoriamente, na tomada de decisão, os critérios que a fundamentam se apoiam no conhecimento biomédico e o saber mais compreensivo é colocado em segundo plano³³.

Em relação ao hospital no qual foi realizado a pesquisa, a dinâmica do processo assim se apresenta: a equipe multidisciplinar do hospital em que foi realizada a pesquisa é composta por enfermeiras, médicos, assistentes sociais e psicólogos.

Quando o casal apresenta desejo de contracepção para planejar sua família é oferecido ao mesmo, ou ao homem ou à mulher, orientação educativa acerca dos métodos contraceptivos disponíveis e seus efeitos adversos. Tal orientação é, em geral, realizada por um profissional enfermeiro, assistente social ou psicóloga e, após a mesma, na medida em que a mulher ou o homem opta por um método de esterilização cirúrgica definitiva, como a vasectomia ou laqueadura tubária, é elaborado pelo serviço um processo (prontuário específico – Anexo IV) para aprovação e liberação do procedimento que

consiste, usualmente, em solicitação do procedimento por um médico, relatório da assistente social e parecer favorável referendado por dois médicos⁷⁵.

Em geral, a fase de aprovação é realizada em Unidades Básicas de Saúde, e, então, encaminhado o “prontuário específico” para a unidade referenciada que executará o procedimento. No caso do hospital onde foi realizada a pesquisa, existe demanda referenciada das UBS, assim como, demanda para esterilização cirúrgica geradas pelo próprio serviço. Cabe destacar que, a Unidade Hospitalar é referência em pré-natal e parto de alto risco. Apresentamos a seguir o fluxograma do hospital referente à esterilização cirúrgica.

Ocorrendo a aprovação final, que é de competência exclusiva de dois médicos, acrescentando-se, assim, os pareceres da assistente social, como subsídios a tal decisão, a mulher, ou o homem, é encaminhada para uma equipe médica, tendo em vista a execução do procedimento, que, no caso da esterilização cirúrgica feminina, ocorre, habitualmente, em âmbito hospitalar. Vale registrar que tal procedimento pode ser solicitado pelo casal fora do ciclo gestacional ou durante uma dada gestação. Neste último caso, o procedimento é realizado por equipe médica de plantão no momento do parto, que, em algumas situações, pode discordar da execução, devido a controvérsias na interpretação do texto da lei⁷⁵.

Na medida em que os médicos são os responsáveis pela aprovação final e execução do procedimento, fundamentam-se basicamente em suas decisões individuais na interpretação da lei 9263/96 e podem resultar em muitas interpretações norteadas por valores éticos, morais e sociais, além de clínicos. Decorre daí, por vezes, a não execução da esterilização cirúrgica, a despeito do amparo legal previsto nos Direitos dos Médicos, conforme Capítulo II, Inciso IX, do código de ética médica (09/2009): recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência⁷⁵.

Como podemos observar, os desencontros entre direitos e desejo da mulher e a decisão da equipe médica na prática da esterilização cirúrgica podem ocorrer em dois momentos distintos, tanto na aprovação como no momento da sua execução. E no processo de aprovação existem dois momentos: o trabalho de aconselhamento e a tomada de decisão descrita por MARCOLINO (2004)³³ e YAMAMOTO⁷⁵.

3.3 – TRABALHO DE CAMPO

Para a realização das entrevistas, que têm como base a história oral, foi utilizada a técnica de depoimento, segundo QUEIROZ (1998)⁵⁷. A entrevista propriamente dita foi precedida de preenchimento de formulário para registro de dados sócios demográficos para as mulheres (Anexo II) e formulário para caracterização do profissional médico

(Anexo II). No caso das mulheres, foi colocado à disposição cópia da lei 9263/96 para consultas para evitar qualquer constrangimento em relação ao conhecimento da lei.

As entrevistas foram realizadas no próprio Hospital Maternidade situado, na Zona Leste do Município de São Paulo, em sala reservada e com ambiência adequada, no período de 01/11/2015 a 31/01/2016, as entrevistas foram norteadas por um roteiro do tipo temático (Anexo II), conforme apresenta MEIHY (2005)³⁵, com argumentos considerados importantes para a investigação do problema e gravadas após o consentimento por parte dessas mulheres e dos profissionais médicos envolvidos no processo de aprovação e execução da esterilização cirúrgica ³⁵.

Foram entrevistadas o total de dez mulheres selecionadas, assim como dois médicos, que participam ativamente da equipe responsável pela aprovação do procedimento na instituição. Para cada mulher entrevistada, foi convidado um dos dois médicos para fazer as considerações sobre o parecer desfavorável do caso. Somente no caso considerado exemplar, em que a mulher, após o parecer desfavorável da equipe médica, recorreu ao Poder Judiciário para obter o seu desejo/direito atendido, convidamos os dois médicos para discorrer sobre o caso.

Além das entrevistas, foi realizado um levantamento de dados registrados nos respectivos processos (prontuários - Anexo IV), elaborados para a aprovação da esterilização cirúrgica. Tais dados foram registrados em uma ficha específica para este fim.

3.4 – TRATAMENTO E INTERPRETAÇÃO DAS NARRATIVAS

Os relatos orais obtidos foram revisados, após o término da realização das entrevistas, para garantir maior fidelidade à transcrição. As entrevistas foram transcritas por experiente profissional contratada para este fim, e que se dispôs a realizar este trabalho.

Para o tratamento dos dados procuramos identificar, numa aproximação aos trabalhos de MINAYO (2014)³⁶ e de SPINK (2004)⁶⁴, núcleos estruturadores do

Discurso, a partir, primeiro, de identificação de palavras-chave e expressões representativas do tema, as quais foram organizadas em categorias específicas e, a seguir, em categorias gerais. Foram, assim, as categorias gerais, relacionadas a temas veiculados na entrevista que, por vezes reagrupadas em núcleos, que passaram a representar a organização dos relatos ou dos discursos proferidos pelas mulheres entrevistadas para a devida interpretação das narrativas ^{36,64}.

Na interpretação das narrativas, utilizamos aproximação à denominada análise de discurso, conforme descreve CAREGNATTO e MUTTI (2006)¹³, no sentido de reter e apontar de que lugar essas mulheres falam, qual seja, a partir do ponto de vista de suas trajetórias e condições de vida, de suas histórias reprodutivas, assim como da decisão e demanda para a realização da esterilização cirúrgica no momento em que estavam grávidas, dentre outros. Desse lugar, buscou-se, igualmente, apreender e entender como as mulheres entrevistadas interpretam a lei e os reflexos em suas vidas, a partir da decisão contrária da equipe multidisciplinar em relação ao seu desejo/direito pela opção por um método contraceptivo definitivo, no contexto do seu planejamento reprodutivo¹³.

Na mesma perspectiva de BAPTISTA (1999)⁵, antes assinalada, de ser considerado o espaço de vida e de relações dessas mulheres, trata-se, enfim, de identificar como na dinâmica das relações sociais que as mulheres mantêm com seu meio social, mas também com os serviços de saúde quando da demanda da esterilização cirúrgica, tais significados passam, segundo SPINK (2004)⁶⁴, a compor práticas discursivas, a partir das quais as mesmas, como sujeitos sócias, atribuem sentido e significado às suas vivências e interpretam, podemos dizer, os seus direitos, em diferentes níveis e, de maneira especial, à esterilização cirúrgica. Trata-se, em suma, de se considerar as falas das mulheres como discursos não na perspectiva da clássica abordagem linguística, mas sim, numa aproximação a perspectivas das Ciências Sociais, que os concebem como resultado de construções sociais, num complexo mundo de relações.

3.5 – ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com as normas estabelecidas pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e, para o cumprimento destas, os participantes do presente estudo receberam informações sobre o mesmo, sendo que sua participação foi voluntária. Os sujeitos, que mediante explicação dos objetivos da pesquisa, concordaram em fazer a entrevista, tiveram a privacidade e o sigilo garantidos, assim como a liberdade de desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo do entrevistado.

A inclusão dos sujeitos foi realizada, exclusivamente, após assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III).

Este protocolo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo inscrito na plataforma Brasil com CAAE: 1970915.4.0000.5421 e do Hospital Maternidade localizado na Zona leste do município de São Paulo com CAAE: 41970915.4.3001.0063, sendo que o início da pesquisa ocorreu somente após a aprovação de ambos os Comitês de Ética e Pesquisa.

4. ANÁLISE DOS DISCURSOS DOS ENTREVISTADOS

4.1- CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

4.1.1- Caracterização dos Médicos Entrevistados

Poseidon, 57 anos, casado, união de trinta anos, sem filhos

Religião: agnóstico

Tempo de atividade profissional: trinta e quatro anos

Tempo que avalia solicitações de esterilização cirúrgica: vinte anos

Afrodite, 53 anos, casada, união de vinte e três anos, dois filhos com idade de dezenove anos e quinze anos.

Religião: católica praticante

Tempo de atividade profissional: trinta anos

Tempo que avalia solicitações de esterilização cirúrgica: vinte anos

4.1.2- Caracterizações sócios demográficas e reprodutivas das mulheres no momento da opção pela esterilização cirúrgica

Violeta, 22 anos, quarta gestação, três partos normais, companheiro de 27 anos, união de três anos.

Profissão: ajudante de cozinha

Profissão do companheiro: cozinheiro

Religião: católica praticante

Escolaridade: 1º grau incompleto

Ela se encontrava gestante de 27 semanas, sem intercorrências no pré-natal, primeiro filho da união atual. Três filhos de união anterior de nove e sete anos de idade e o terceiro de cinco anos de outra união.

Data da solicitação da laqueadura tubária: 14/01/2015

Dália, 22 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro de 30 anos, união de seis meses.

Profissão: Do lar

Profissão do companheiro: analista financeiro

Religião: evangélica praticante

Escolaridade: ensino médio completo

Ela se encontrava gestante de 31 semanas, sem intercorrências no pré-natal, primeiro filho da união atual.

Um filho de quatro anos de idade da união anterior.

Data da solicitação da laqueadura tubária: 27/05/2015.

Bromélia, 24 anos, terceira gestação, um parto normal, um aborto, solteira, sem companheiro há dois meses.

Profissão: operadora de caixa

Religião: católica, não praticante

Escolaridade: ensino médio completo

A mulher se encontrava gestante de 31 semanas, apresentando diabetes gestacional, fazendo uso de insulina e doença hipertensiva específica da gestação fazendo uso de drogas anti-hipertensivas.

Filha de nove anos de um relacionamento anterior

Data da solicitação da laqueadura tubária: 05/07/2015.

Camélia, 24 anos, segunda gestação, um parto normal, companheiro de 27 anos, união de oito anos.

Profissão: técnica de radiologia

Profissão do companheiro: mecânico

Religião: protestante

Escolaridade: ensino médio completo

Ela se encontrava gestante de 36 semanas, sem intercorrências relatadas durante o pré-natal.

Um filho de dois anos do relacionamento atual

Data da solicitação da laqueadura tubária: 11/12/2013

Tulipa, 24 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro de 20 anos, união de dois anos.

Profissão: do lar

Profissão do companheiro: ajudante geral

Religião: Evangélica praticante

Escolaridade: ensino médio incompleto

Ela se encontrava gestante de 34 semanas, sem intercorrências no pré-natal. Este é o primeiro filho deste relacionamento.

Um filho de quatro anos de idade com atraso psicomotor de relacionamento anterior.

Data da solicitação da laqueadura tubária: 10/01/2014

Rosa, 25 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro de 25 anos, tempo de união dois anos.

Profissão: consultora de crédito

Profissão do companheiro: gerente de projetos

Religião: não é praticante de nenhuma religião

Escolaridade: 3º grau completo

A mulher se encontrava gestante de 28 semanas, teve trombose venosa profunda na primeira gestação e fazia uso de anticoagulantes nesta gestação.

Uma filha do relacionamento atual de dois anos.

Data da solicitação da laqueadura tubária: 30/09/2014

Jasmim, 32 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro de 33 anos, união de 11 anos.

Profissão: do lar

Profissão do companheiro: operador de máquina

Religião: protestante

Escolaridade: ensino médio incompleto

Ela se encontrava gestante de 29 semanas, Doença Hipertensiva Específica da Gestação, primeiro filho de parto cesáreo.

Um filho deste relacionamento de seis anos.

Data da solicitação da laqueadura tubária: 10/10/2013

Azaleia, 34 anos, quinta gestação, três partos normais, um aborto, companheiro de 24 anos; união há quatro anos.

Profissão: auxiliar de limpeza

Profissão do companheiro: pedreiro

Religião: católica não praticante

Escolaridade: ensino médio incompleto

A mulher se encontrava gestante de 34 semanas, sem intercorrências no pré-natal, sendo o primeiro filho da união atual, a idade dos filhos era de quatorze, dez e oito anos, todos de relacionamentos distintos.

Data da solicitação de laqueadura tubária: 30/07/2014

Liz, 34 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, sem companheiro.

Profissão: secretária

Religião: católica não praticante

Escolaridade: 1º grau incompleto

Ela se encontrava gestante de 22 semanas, fazia uso de “gardenal” durante a gestação.

Um filho de relacionamento anterior de oito anos.

Data da solicitação da laqueadura tubária: 27/06/2014

Iris, 39 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro de 53 anos, união de três anos.

Profissão: do Lar

Profissão do companheiro: policial civil

Religião: católica não praticante

Escolaridade: ensino médio completo

Ela se encontrava gestante de trinta semanas, sem intercorrências no pré-natal, primeiro filho da união atual.

Um filho de dezesseis anos de outro relacionamento, portador de necessidades especiais (paralisia cerebral), companheiro com dez filhos de outros relacionamentos.

Data da solicitação da laqueadura tubária: 10/08/2015

Quadro 1- Características sócios demográficas e reprodutivas das mulheres entrevistadas no momento da solicitação da esterilização cirúrgica

	Idade	Situação conjugal	Idade do companheiro	Ocupação	Religião	Grau de escolaridade	Antecedentes obstétricos	Nº filhos vivos	Nº de filhos do relacionamento atual	Idade do filho mais jovem
Violeta	22	União de três anos	27	Ajudante de cozinha	Católica praticante	1º grau incompleto	IVG IIPN GNP	3	0	5
Dália	22	União de seis meses	30	Do lar	Evangélica praticante	2º grau completo	IIG IPC GNP	1	0	4
Bromélia	24	Solteira	--	Do lar	Católica não praticante	2º grau completo	IIIG IPN IA GNP	1	0	9
Camélia	24	União de oito anos	27	Técnica de radiologia	Protestante	2º grau completo	IIG IPC GNP	1	1	2
Tulipa	24	União de dois anos	20	Do lar	Evangélica praticante	2º grau incompleto	IIG IPC GNP	1	0	4
Rosa	25	União de dois anos	25	Consultora de crédito	Sem religião	3º grau completo	IIG IPN GNP	1	1	2
Jasmim	32	União de onze anos	33	Do lar	Protestante	2º grau incompleto	IIG IPC GP	1	1	6
Azaleia	34	União de dois anos	24	Auxiliar de limpeza	Católica não praticante	2º grau incompleto	VG IIPN IA GNP	3	0	8
Liz	34	Solteira	--	Secretaria	Católica não praticante	1º grau incompleto	IIG IPC GNP	1	0	8
Iris	39	União de três anos	53	Do lar	Católica não praticante	2º grau completo	IIG IPC GNP	1	0	16

Legenda: G: gestação; PN: parto normal; PC: parto cesárea; A: aborto;

GP: gravidez planejada; GNP: gravidez não planejada

O Quadro 1 ilustra uma síntese dos dados sócios demográficos e reprodutivos das mulheres entrevistadas na ocasião da solicitação da esterilização cirúrgica e podemos constatar que a idade teve amplitude de 22 a 39 anos com média de 28 anos, seis mulheres tinham idade igual ou inferior a 25 anos, correspondendo à maioria das mulheres entrevistadas.

Quadro 2- Resumo quantitativo das principais características sócios demográficas e reprodutivas das mulheres no momento da solicitação da esterilização cirúrgica, que não participaram das entrevistas - 40 do total de 50 mulheres selecionadas.

	Número de mulheres	Percentual
Idade < 25 anos	14/40	35%
Solteira	9/40	22%
Apenas um filho vivo	19/40	47%
Gestantes	33/40	82%
Não gestantes	7/40	18%
Primeira gravidez com idade < 18 anos	18/40	45%
Sem filho com companheiro atual	10/31	25%
Companheiro com idade < 30 anos	15/31	48%
Segunda gestação com 1º parto por cesárea	9/40	20%

O quadro 2 ilustra síntese numérica das principais características sócios demográficas e reprodutivas, no momento da solicitação da esterilização cirúrgica, de quarenta mulheres que não participaram da pesquisa. A idade teve amplitude de 21 a 40 anos e a média de idade foi de 29 anos. Tais características se mostraram bastante semelhantes quando comparadas às mulheres entrevistadas, o que as difere é que, neste grupo de mulheres, sete não se encontravam gestantes. Cabe destacar que das sete mulheres não gestantes, quatro tinham idade inferior a 25 anos e dois filhos vivos; três delas tinham idade de 26, 34 e 34 anos, respectivamente, e com apenas um filho vivo, portanto características semelhantes às mulheres entrevistadas, do ponto de vista de atender os requisitos legais na interpretação dos profissionais de saúde, prescritos na Lei 9263/96.

Em nosso meio, estudo de VIEIRA et al. (2005)⁷¹, sobre as características dos candidatos a esterilização cirúrgica, relata que a média de idade para laqueadura tubária foi de 32,7 anos e nenhum candidato abaixo de 25 anos foi esterilizado. Nos EUA, no período de 2011 a 2013, entre as mulheres de 15 a 44 anos, a grande maioria foi esterilizada na faixa etária de 35 a 44 anos, sendo que a minoria, (2%) delas, foi realizada em mulheres entre 15 a 24 anos^{30,71}.

No estudo de VIEIRA et al. (2005)⁷¹, entre as mulheres esterilizadas, a média de idade foi de 32,7 anos, enquanto que, em nossa pesquisa, a média de idade encontrada foi de 28 anos. Uma particularidade observada neste grupo é que a maioria destas mulheres tinha idade inferior ou igual a 25 anos, na faixa etária incomum à realização da laqueadura tubária, o que demonstra a precocidade do desejo à esterilização cirúrgica das mulheres do nosso estudo.

A lei 9263/96 prescreve a idade de 25 anos ou pelo menos dois filhos vivos e o aconselhamento em desencorajar a esterilização cirúrgica precoce. A grande maioria das mulheres apresentava idade jovem no momento da solicitação da laqueadura tubária.

A idade jovem está relacionada com maior risco de arrependimento futuro, fartamente registrado na literatura por autores como CUNHA (2006)²¹, ABELHA (2008)¹, GONÇALVES GAA (2008)²⁷, sobretudo em mulheres abaixo de 25 a 30 anos, em que a chance de um novo parceiro no futuro é notadamente maior^{1,21,27}.

Pela juventude, as mulheres do nosso estudo apresentavam maior risco de ter seu pedido negado pela equipe médica por não cumprirem os requisitos legais em relação à idade, além da preocupação dos profissionais com o maior risco de arrependimento futuro e a necessidade de aconselhamento para desencorajar a esterilização cirúrgica precoce prescrito na Lei.

Quanto à situação conjugal, duas mulheres, Bromélia e Liz, não coabitavam com companheiro. O que também chama a nossa atenção é que, além da juventude das candidatas à esterilização cirúrgica, seus parceiros também são jovens como o de Azaleia, 24 anos; Rosa, 25 anos; Camélia, 27 anos; Violeta, 27 anos e Tulipa, 20 anos.

Em relação ao tempo de união, apenas duas mulheres apresentavam união superior a cinco anos: Camélia, oito anos e Jasmim, 11 anos; seis mulheres com tempo de união

inferior a cinco anos: Azaleia, dois anos; Rosa, dois anos; Violeta, três anos; Dália, seis meses; Iris, três anos e Tulipa, dois anos. No estudo de VIEIRA (2009)⁷³ sobre o acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde, Ribeirão Preto, SP, constatou que 79% estavam em união e 10% não coabitavam com companheiros, semelhante ao encontrado em nosso estudo.

A religião predominante foi a católica (cinco), embora somente uma com menção à prática, seguida da evangélica (duas) com menção à prática, protestante (duas) sem menção à prática, sem religião (uma). O estudo de VIEIRA (2009)⁷³ constatou que os adeptos à religião católica optam pela esterilização cirúrgica apesar de contrariar o que prega o catolicismo - talvez devido ao fato de mulheres se declararem católicas, embora não o pratiquem como prática religiosa.

No que se refere à profissão, cinco relataram exercer atividades do lar e cinco exerciam atividade profissional. Em relação à escolaridade, duas mulheres tinham o 1º grau incompleto; três mulheres, o 2º grau incompleto; quatro tinham o 2º grau completo e uma, 3º grau completo. No estudo de VIEIRA (2009)⁷³, 1,7% analfabetas; 59%, o 1º grau incompleto; 27%, o 1º grau completo; 11,3%, o 2º grau completo e 0,9%, o 3º grau completo⁷³.

É conhecida na literatura médica que a opção pela contracepção permanente está relacionada a mulheres de baixa renda e baixa escolaridade e, no caso da vasectomia, está relacionada à maior renda e escolaridade. No presente estudo, a maioria das mulheres tem boa escolaridade, diferente do que foi relatado por VIEIRA (2009)⁷³ e CHAN e WESTHOFF (2010)¹⁷ em mulheres que foram esterilizadas.

Destaca-se, neste estudo, que todas as candidatas, na ocasião da solicitação da esterilização cirúrgica, encontravam-se gestantes, das quais a maioria, oito, não foi planejada e duas foram gestações planejadas. Segundo SEDGH et al. (2012)⁶¹, ocorreram 211 milhões de gestações em 2008 e, no ano de 2012, cerca de 213 milhões. Destas gestações em 2012, 85 milhões, o que corresponde a 40%, não foram planejadas. Do total de gestações não planejadas, 50% terminaram em aborto, 13% em aborto espontâneo e 30% em nascimentos não planejados. Em nosso meio, conforme dados da PNDS de 2006, 46% das gestações não foram planejadas. Neste grupo, a grande maioria delas, oito, não foram planejadas - esta situação peculiar pode se apresentar como fator predisponente ao desejo à esterilização em idade jovem⁶¹.

Na sua grande maioria, seis mulheres se encontravam na segunda gestação com primeiro parto por cesárea, quatro mulheres não apresentavam nenhum parto por cesárea. Na perspectiva destas mulheres, a oportunidade de um segundo parto cesárea e a ligadura tubária se encontravam no imaginário feminino, como o ideal e único ato para encerrar sua carreira reprodutiva, e que os mesmos se encontravam amparados pela lei. Cabe ressaltar que na legislação vigente, a lei 9263/96 no seu artigo 10 § 2º: É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. Dados disponíveis, em nosso meio, no DATASUS, cerca de 55% das laqueaduras tubárias estavam associadas, no ano de 2015 e 2016, a parto cesárea⁴¹. O que nos leva a pressupor, em termos hipotéticos, que a esterilização cirúrgica foi praticada dentro dos critérios legais no momento do parto, ou seja, as mulheres apresentavam duas cesáreas consecutivas anteriores.

Em relação ao número de filhos, oito tinham apenas um filho e duas mulheres tinham três filhos. O que chama atenção, além do predomínio de mulheres com apenas um filho, é que, no caso de sete delas, era o primeiro filho do relacionamento atual, o que sugere vulnerabilidade destas mulheres em relação à mudança de companheiro em sua vida pregressa, estando estas mais vulneráveis ao arrependimento, conforme registros na literatura - a primeira causa de arrependimento é um novo parceiro. Segundo CUNHA et al. (2007)²¹, as principais razões para tentativa de reversão, visando nova gravidez foram: novo matrimônio ou novo parceiro (80,6%), ter um novo filho com o mesmo parceiro (8,2%) e morte de um filho (6,1%). Cabe lembrar ainda que, no estudo de VIEIRA (2005)⁷¹, a autora encontrou forte associação entre o procedimento e número de filhos: quanto mais filhos, mais chance de opção pela laqueadura tubária. Neste grupo de mulheres, a maioria tinha apenas um filho. Segundo SERRUYA (1992)⁶², as mulheres se submetem à ligadura tubária cada vez mais jovens e com menos filhos - dois ou três filhos - que no passado eram de três a quatro filhos.

Quanto à idade do filho mais jovem, apenas Rosa e Camélia tinham filho com a idade de dois anos; podemos ainda observar pela idade dos filhos de Bromélia, Violeta e Dália, que as mesmas tiveram o primeiro filho com 15, 13 e 18 anos, respectivamente. Para VIEIRA (2007)⁷² e OSIS (2003)⁴⁹, a idade jovem ao ter o primeiro filho foi apontada pelas autoras como fator para o arrependimento, visto que predispõe à laqueadura em mulher jovem^{49, 72}.

As características entre as candidatas que foram contempladas com a esterilização cirúrgica relatadas na literatura especializada e do nosso estudo, comuns aos dois grupos, foram a religião predominante católica, a situação conjugal e o primeiro filho em idade jovem. Dentre as características que as diferem, se encontram o maior nível de escolaridade, a baixa paridade (um filho vivo), primeiro filho do atual companheiro ainda no ventre materno.

Em suma, podemos concluir que as características marcantes, próprias deste grupo de mulheres, foram a juventude destas mulheres, a maioria, seis, tinha idade inferior ou igual a 25 anos, companheiros muito jovens e pouco tempo de união. Além destas características, vale lembrar que todas as mulheres se encontravam na condição de gestantes, e se destaca ainda o fato de que a maioria delas tinha apenas um filho de parto cesárea.

Se, por um lado, as mulheres apresentaram características predisponentes ao desejo de esterilização precoce, tais como, primeiro filho em idade jovem, gestação não planejada e a própria gestação - entendendo como um momento de reflexão da vida futura para si e para a prole - e a segunda gestação com primeiro filho de parto cesárea e expectativa de uma segunda cesárea acompanhada de laqueadura tubária. Por outro lado, as mulheres apresentaram características que poderiam se colocar como dúvidas para cumprir os requisitos legais da lei 9263/96 - tais como, idade menor que 25 anos, apenas um filho vivo, expectativa de uma de segunda cesárea acompanhada de laqueadura tubária e a expectativa das mulheres sem parto cesárea anterior de ter um cesárea, indicada para fins exclusivos de esterilização cirúrgica. Além disso, muitas mulheres apresentaram características associadas com alto risco de arrependimento futuro - tais como, idade jovem, solteira, companheiro muito jovens na sua maioria abaixo de 30 anos, pouco tempo de união, baixa paridade, primeiro filho do companheiro ainda no ventre materno.

4.1.3- Caracterizações sócios demográficas e reprodutivas das mulheres no momento da entrevista

Violeta, 23 anos, casada há cinco anos

Profissão: ajudante de cozinha

Profissão do companheiro: cozinheiro

Quatro gestações, quatro filhos de partos normais

Quatro filhos: de nove, oito, cinco anos de idade e o último de oito meses

Data da entrevista: 03/12/2015

Dália, 23 anos, casada há seis meses

Profissão: do lar

Profissão do companheiro: analista financeiro

Duas gestações, dois filhos de parto cesárea

Dois filhos: de quatro anos e o segundo de três meses

Data da entrevista: 26/11/2015

Bromélia, 24 anos, sem companheiro neste momento

Profissão: operadora de caixa

Três gestações, sendo um parto normal, um parto cesáreo, um aborto

Dois filhos: de nove anos e o segundo de dois meses de idade

Data da entrevista: 19/12/2015

Rosa, 26 anos, casada há três anos

Profissão: do lar

Profissão do companheiro: gerente de projetos

Duas gestações, sendo dois partos cesáreas, conseguiu a esterilização cirúrgica no momento do parto por determinação jurídica

Dois filhos: de dois anos e nove meses e o segundo de 11 meses

Data da entrevista: 26/11/2015

Camélia, 26 anos, casada há dez anos

Profissão: técnica de radiologia

Profissão do companheiro: mecânico

Duas gestações, dois filhos de parto normal

Dois filhos: de quatro anos e o segundo, filha com dois anos

Data da entrevista: 08/12/2015

Tulipa, 26 anos, casada há quatro anos

Profissão: cabelereira

Profissão do companheiro: ajudante geral

Duas gestações, dois filhos de parto cesárea

Dois filhos: o primeiro de seis anos da união anterior e o segundo de dois anos

Data da entrevista: 12/01/2016

Jasmim, 34 anos, casada há doze anos

Profissão: professora

Profissão do companheiro: metalúrgico

Duas gestações, dois filhos de parto cesárea

Duas filhas: de oito anos e a segunda de dois anos

Data da entrevista: 10/12/2015

Azaleia, 35 anos, sem companheiro neste momento

Profissão: auxiliar de limpeza

Cinco gestações, sendo quatro filhos de partos normais e um aborto

Quatro filhos: quinze, onze, nove anos, e um ano e dois meses

Data da entrevista: 19/11/2015

Liz, 36 anos, relacionamento de três anos, cônjuge atual é o pai do filho

Profissão: do lar

Profissão do companheiro: metalúrgico

Duas gestações, dois filhos de parto cesárea

Dois filhos: um filho de nove anos do primeiro relacionamento e o segundo de um ano, filho do companheiro atual

Data da entrevista: 10/12/2015

Iris, 40 anos, casada há três anos

Profissão: do lar

Profissão do companheiro: policial civil

Duas gestações, dois filhos de parto cesárea

Dois filhos: de 16 anos e o segundo de 43 dias

Data da entrevista: 03/12/2015

Quadro 3 – Características sócios demográficas e reprodutivas das mulheres no momento da entrevista

	Idade	Situação conjugal	Ocupação	Intervalo entre a data da solicitação e a entrevista	Nº filhos vivos	Nº de filhos do relacionamento atual	Idade do filho mais jovem
Violeta	23	União de cinco anos	Ajudante de cozinha	11 meses	4	1	8 meses
Dália	23	União de um ano	Do lar	6 meses	2	1	3 meses
Bromélia	24	Solteira	Operadora de caixa	5 meses	2	0	2 meses
Rosa	26	União de três anos	Do lar	15 meses	2	2	11 meses
Camélia	26	União de dez anos	Técnica de radiologia	24 meses	2	2	2 anos
Tulipa	26	União de quatro anos	cabelereira	24 meses	2	1	4 anos
Jasmim	32	União de doze anos	Professora	26 meses	2	2	2 anos
Azaleia	35	Solteira	Auxiliar de limpeza	16 meses	4	0	1 ano e 2 meses
Liz	36	União de um ano	Do lar	18 meses	2	1	1 ano
Iris	40	União de três anos	Do lar	4 meses	2	1	2 meses

O Quadro 3 ilustra a síntese dos aspectos sócios demográficos e reprodutivos das mulheres no momento da entrevista. O intervalo entre a solicitação e a entrevista foi em média de 15 meses. As principais mudanças em relação aos pré-requisitos legais foram em relação à idade: oito das mulheres tinham idade superior a 25 anos e duas, 23 anos. Em relação à situação conjugal, Azaleia estava sem companheiro, e Liz tinha voltado a conviver com o pai da filha atual. Das cinco mulheres que não exerciam atividade profissional, Tulipa tinha voltado ao trabalho.

No momento da entrevista, todas as mulheres tinham pelo menos dois filhos vivos, prescrito na Lei 9263/96, oito mulheres tinham agora, pelo menos, um filho com o companheiro atual e duas mulheres não tinham relacionamento com o pai do último filho.

Podemos observar que, no curto intervalo de tempo - em média de 15 meses entre a solicitação da laqueadura e a entrevista - duas mulheres apresentaram mudança na situação conjugal, o que pressupõe, em termos hipotéticos, com base na literatura especializada, a um maior risco de arrependimento. Sendo assim, todas as mulheres, na ocasião da entrevista, tinham dois filhos vivos, preenchendo agora, após o nascimento do filho, os pré-requisitos legais de dois filhos vivos - apesar de duas delas ainda apresentarem uma juventude de 23 anos.

4.1.4- O Contexto Familiar no Discurso das Mulheres

A família, na sociedade contemporânea, vem sofrendo transformações sobretudo a partir da década 1960. Entre tantos marcadores de transformações da família, encontramos o advento e a utilização da pílula anticoncepcional feminina, cujo avanço tecnológico contribuiu para produzir a dissociação entre a vida sexual ativa e a reprodução. Além disso, segundo Sarti (2008), o maior nível de escolarização e a sua afirmação no espaço público de trabalho possibilitaram as condições materiais para que a mulher deixasse de ter sua vida e a sexualidade atadas à maternidade como um “destino”, recriou o mundo subjetivo feminino, e, aliado à expansão do feminismo, ampliou as possibilidades de atuação da mulher no mundo social⁴⁵.

A partir dessa época, muitas mulheres buscaram conciliar a maternidade, as funções domésticas e a inserção no mundo público do trabalho. Isso significou, entre tantas outras experiências, a condição da dupla jornada de trabalho, uma vez que o serviço

doméstico e o cuidado das crianças, especialmente pequenas, são representados como próprio do papel de gênero feminino, e este atribuído, em larga escala, às mulheres⁴⁵.

A mudança de lugar das mulheres no espaço doméstico trouxe alguns conflitos, entre eles: a complicada conciliação entre as funções de trabalhadora, esposa e mãe, a reivindicação por maior comprometimento por parte dos homens com as tarefas domésticas e o cuidado com os filhos⁴⁵.

Quando os conflitos se tornaram intransponíveis, o casal buscou a separação, que, só nos finais da década de 1970, tornou-se amparado legalmente pela lei brasileira do divórcio⁴⁵.

De lá para cá, o índice de divórcios aumentou, bem como o número de famílias reconstituídas e de casais que se formam de modo consensual. Desde a Constituição de 1988, esse modo consensual passou a ser nomeado como união estável. As famílias recompostas ao estilo dos “meus”, dos “seus” e dos “nossos filhos” têm sido cada vez mais frequentes, e essas novas configurações têm trazido importantes questionamentos sobre as relações entre pais separados e seus filhos⁴⁵.

Do ponto de vista da família, encontramos dois grandes marcos. O primeiro, a Constituição Federal de 1988, conhecida como constituição cidadã, que altera, entre outros aspectos, o estatuto jurídico de homens e mulheres no laço conjugal, quando rompe com a figura do “chefe da família”. OLIVEIRA (2009)⁴⁵ explica, nesse sentido, que a abolição da chefia conjugal exercida pelo homem torna, na sociedade conjugal, homens e mulheres iguais em direitos e deveres⁴⁵.

O segundo marco se dá pela retirada da diferenciação entre filhos gerados dentro e fora do casamento formal, os primeiros nomeados de “legítimos” e os últimos de “ilegítimos”. Essa decisão foi referendada em 1990 pelo ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente)⁴⁵.

Dividida entre ideal imaginário de família nuclear e as várias configurações de família (famílias monoparentais, famílias reconstituídas, famílias homoparentais), a família contemporânea sofre processo contínuo de reinvenção de si mesma, embora persista como o centro e também como alvo prioritário de cuidado das políticas públicas⁴⁵.

Nessa perspectiva, Lévi-Strauss (1956, p.309) coloca que “[...] a família baseada no casamento monogâmico era considerada instituição digna de louvor e carinho”, fato esse que ainda permanece em nossa realidade. Podemos até afirmar que existem diversificados e inovados arranjos familiares, novas formas de constituir-se família dentro

da sociedade, mas percebemos que permanece ainda a forma de organização nuclear da família, ou seja, o casamento monogâmico ainda é o que predomina atualmente⁴⁵.

Ainda Lévi-Strauss (1956, p.309) afirma que os antropólogos, contrariando o conceito de que a família é resultante de uma evolução lenta e duradoura, inclinam-se ao oposto dessa convicção, ou seja: a família, consistindo de união mais ou menos duradoura, socialmente aprovada, entre um homem, uma mulher e seus filhos, constitui fenômeno universal, presente em todo e qualquer tipo de sociedade⁴⁵.

Diante do cenário das novas famílias nas sociedades contemporâneas, as famílias reconstituídas podem variar em combinações de diversas naturezas, seja na composição ou também nas relações familiares estabelecidas. A composição pode variar em uniões consensuais de parceiros separados ou divorciados; uniões de pessoas do mesmo sexo; uniões de pessoas com filhos de outros casamentos; mães sozinhas com seus filhos, sendo cada um de um pai diferente; pais sozinhos com seus filhos; avós com os netos e uma infinidade de formas a serem definidas, colocando-nos diante de uma nova família, diferenciada do clássico modelo de família nuclear⁴⁵.

Nos discursos de Rosa, Dália e Camélia segue um clássico modelo de família clássica monoparental ou nuclear como a descrita por Lévi-Strauss, em que a mulher cuida da casa, dos filhos e do marido.

Bom, a minha vida hoje, ela está muito boa. Eu estou com ele, já casada, há praticamente quase dez anos, eu tenho dois filhos, o de dois anos e nove meses e a de onze meses. E, com relação ao cuidado deles, um fica na creche o dia inteiro e a outra fica comigo, por enquanto, enquanto eu não estou... vou voltar ao mercado de trabalho. Então, por enquanto, o cuidado deles está sendo tranquilo, não tem nenhuma dificuldade. Nem financeira e nem por parte de cuidados à parte [Então... E a sua vida de mãe, então, você, nesse momento você não tem nenhuma dificuldade, assim]^{1}. Não. Só aquele cansaço normal. (Risos). Filho dá trabalho, né. umas crianças que não para... (Rosa, 26 anos, dois filhos de parto cesárea, um com dois anos e nove meses e o segundo de onze meses, casada há três anos, relacionamento de dez anos).*

Eu tenho dois filhos. Na minha casa vive eu, meu marido e meus filhos. Eu me considero uma ótima mãe, porém eu não queria mais ter filhos porque eu sou nova, acabei de me formar, eu queria ter antes um emprego estável, quero uma... quero poder dar uma condição melhor pros meus filhos. E eu optei pela laqueadura porque eu queria conseguir fazer isso e não ter mais o risco de ter outros filhos, mas, infelizmente, foi vetada. (Dália, 23 anos, dois filhos de parto cesárea,

¹ * Itálico: fala das mulheres – não itálico e em [] perguntas de aprofundamento.

um de quatro anos de união anterior e outro de três meses, da união atual de seis meses).

Eu moro com o meu marido já faz tempo. Há dez anos. Depois de cinco anos, eu fiquei grávida da minha primeira filha. Não foi planejado, mas veio, a gente amou e cuidou, tudo. Eu tava trabalhando. Ela nasceu prematura de trinta e duas semanas, ficou uns vinte dias no hospital até engordar, tudo, saiu e depois eu parei de trabalhar pra ficar com ela, porque eu achava ela muito frágil pra outra pessoa cuidar ou deixar em escola. Eu parei de trabalhar. Quando eu achei que ela tava na idade suficiente pra ficar na escola e pra mim trabalhar, eu fiquei grávida de novo. Aí eu tive o bebê e a gente tá bem. Agora tenho filhos de quatro anos e dois anos. O meu marido trabalha e eu cuido das crianças. A minha filha vai pra creche, a de quatro anos, e eu fico com o outro bebê em casa. Eu levo, eu busco e eu cuido. meu marido ajuda. ajuda bastante. ele dá comida, ele dá banho, faz tudo, troca de roupa. (Camélia, 26 anos, dois filhos de parto cesárea, um filho de quatro anos e outro de dois anos do mesmo companheiro, casada há dez anos).

Um exemplo de família reconstituída, do tipo mães sozinhas com seus filhos, sendo cada um de um pai diferente, pode ser observado no discurso de Azaleia em que desempenha o papel de mãe e pai e divide a tarefa de cuidar dos filhos com os próprios filhos, da educação dos mesmos, além de cumprir uma jornada de trabalho.

É, a minha família hoje é eu e meus quatro. Eu sou o pai e a mãe na casa. Eu cuido dos quatro filhos. [Qual a idade dos seus filhos?] Tem quinze, onze, nove e um ano e dois meses. Durante a manhã, eu fico em casa, eu fico em casa a manhã toda...até uma hora, e a minha filha de quinze anos vai pra escola junto com os outros dois menores. Aí a bebê, quando ela chega da escola ela fica com a bebê pra eu ir trabalhar. Durante a tarde o de nove anos vai pra escola. O de onze vai pro CJ, que é uma creche pra crianças e adolescentes, e a minha filha de quinze anos fica com a bebê de um ano. Então é difícil porque você cuida sozinha. (Azaleia, 35 anos, quatro filhos de quinze, onze, nove e 1 ano e dois meses, de parto normal, todos os filhos de relacionamentos distintos, solteira).

Um exemplo de família reconstituída: solteira, convivendo com a mãe, irmã e padrasto e o primeiro filho de outro relacionamento criado pela avó paterna - podemos observar na fala de Bromélia:

Bom, eu moro com a minha mãe, né, eu tenho duas filhas. Eu tenho uma de nove anos e tem uma que eu tive agora, recente. E, assim, a minha filha mais velha mora com a minha vó na Bahia, não mora comigo. Eu morava lá, fiquei muito tempo lá com a minha vó e aí eu

*conheci esse rapaz que é o pai da minha filha...eu acabei terminando com ele e vim embora pra São Paulo de novo. Como eu tô com a minha mãe, né, eu moro com a minha mãe e mora meu padrasto, mora o meu irmão, mora minha outra irmã e mora eu. Então, eu não pretendo sair da casa da minha mãe agora porque, até então, eu tenho uma filha pequena, né. Se fosse por mim eu não ligaria, eu saía mesmo, mas como eu estou com a bebezinha, né, e eu não quero fazer ela sofrer, eu não quero que ela sofre que nem a outra sofreu. E aí eu vou ficar aqui em São Paulo, né. **(Bromélia, 24 anos, dois filhos de nove anos e de dois meses, de parto normal e o último de parto cesárea, filhos de relacionamentos distintos, solteira).***

Nos discursos de Violeta e Liz, podemos observar uma família reconstituída do tipo uniões de pessoas com filhos de outras uniões e filhos de outras uniões anteriores criados pelos avós. O que difere ambas é o número de filhos, enquanto que Violeta tinha três filhos de pais diferentes, Liz tinha apenas um filho de relacionamento anterior.

*Moro com o pai da última filha. É... tenho quatro filhos, um de quatro, um de oito, um de dez e ela de oito meses. Só duas mora comigo, que é as duas meninas a de oito anos e a de oito meses; os outros dois moram um com a minha mãe e o outro mais a outra avó, que é por parte do pai. E a minha vida tá bem, só que só agora que eu tive que sair do serviço, vai fazer um mês, aí... Porque não tinha quem ficasse com ela. Só isso. A maior parte do tempo eu mesma que cuido, a cunhada me ajuda.... [Então desse marido agora, atual, você só tem esta filha, né?] Só. A dificuldade que eu tenho, agora, é só de arrumar uma pessoa pra ficar com eles pra mim trabalhar. **(Violeta, 23 anos, quatro filhos, de nove, oito, cinco e de oito meses de partos normais, dois filhos da primeira união, um filho de outra união e o último desta última união de cinco anos).***

*Olha, no momento tá eu, o pai do meu filho, meu filho, a minha cunhada, né, e o filho dela, que a gente mora tudo na mesma casa. Tô lá em Recife, então são um, dois, três, quatro, cinco, seis pessoas. Tenho dois filhos, um de dez e um de um ano e dois meses. A minha filha de dez fica com a vó dela. Ela prefere ficar com a vó por parte do pai dela. O pai dela que dá pensão pra ela e a vó que cuida dela. O filho mais novo sou eu e o meu marido que cuida e não tenho nenhum problema financeiro no momento... tenho meu próprio negócio lá em Recife com vendas... [Quando você solicitou você..]. tava grávida de, mais ou menos, cinco meses, mas eu não morava com o pai do meu filho. Ele morava na casa dele, né, e eu morava com a minha mãe. Foi depois que o meu filho nasceu que a gente passou a morar junto. **(Liz, 36 anos, dois filhos de parto cesárea com nove e de um ano, este último da união atual de três anos).***

No discurso abaixo de Iris e Tulipa, podemos observar uma família reconstituída com ambas apresentando filhos de relacionamentos anteriores, portadores de necessidades especiais, com necessidade de cuidados permanente. A diferença entre ambas é que a cuidadora principal era a Iris e, de Tulipa, a avó paterna.

Tipo assim, tá bom, só tá um pouquinho complicado. É por causa que, tipo assim, que tem a outra lá que eu te falei, né. Então 'nóis' tá levando. [E esta criança... Você tem dois filhos na sua casa], tem o primeiro filho. tem dezesseis anos, que eu te falei que é especial. Ela nasceu... É uma menina. Ela nasceu com hidrocefalia, paralisia cerebral e paralisia facial. É uma criança que não fala, não anda e não senta, fica deitada ou na cadeira de rodas. É uma criança dependente de mim pra tudo. Não, só eu. Só eu que cuido dessa criança. Então, tipo assim, não tava nos planos em ter essa daqui, mas aí aconteceu e veio. Mas, como eu tava te falando, agora como esse daqui tá pequeno tá um pouquinho complicado, e agora você tem mais uma bebê de quarenta e três dias. [Tá. E aí, então, você cuida]...cuido dos dois filhos e seu marido...tipo assim 'ó', eu e meu marido é uma união estável, então eu fico, ele fica na minha... Eu fico em casa e ele na dele, você entendeu? A gente não mora junto. Me relaciono há três anos. [Então, quais são as dificuldades maiores que você tem, com o cuidar dos seus filhos]... É mais, assim, na hora de sair. Tipo assim, que quando... Se esse aqui precisar eu tenho que deixar a outra, ou se a outra precisar eu tenho que deixar esse. Eu deixo com a vizinha (Iris, 40 anos, dois filhos de parto cesárea, de 16 anos portador de necessidades especiais e o último de dois meses, o último é desta união de três anos, o companheiro tem dez filhos de outros relacionamentos).

Hoje eu vivo eu, meu marido e minha filha mais nova. O mais velho ele mora com a vó, por ele ser especial e ela ter uma condição financeira melhor. Ela mora próximo a AACD, então ele mora lá pra fazer os tratamentos. Convivo há quatro anos ... e tenho uma filha, agora, de dois anos. [Tá. Então você tem um filho de um relacionamento anterior]..., Ahan. [Esse filho tem, então, conforme você tá dizendo, ele é portador de necessidades especiais e vive com a avó paterna], isso... [Tá ok. E você tem alguma dificuldade no cuidado com os seus filhos]...Dificuldade financeira, não, mas dificuldade de locomoção. Quando ele tá comigo eu não consigo me locomover pra lugar nenhum por conta da cadeira de rodas. É difícil sair, pegar condução, porque tudo fica muito longe e não tenho carro. E aí pra mim sair, como ele trabalha, o meu marido trabalha e eu não, às vezes fica difícil até de ir pra igreja com os dois. Às vezes, eu deixo de ir por conta de chuva, porque não dá pra sair com a cadeira de rodas, e aí fica um pouco difícil. [Que necessidade especial ele tem?]...Ele tem um atraso neurológico e motor... neuropsicomotor. Ele precisa de um cuidador. Ele é dependente, dependente... completamente.

Hoje ele vai fazer seis anos. Então, a maior parte do tempo ele passa com a avó paterna. Eu fico com ele sexta, sábado e domingo, e os dias que não tem tratamento, os dias que não tem aula, férias, feriado prolongado aí eu fico com ele. [Tá. E a sua filha?...] Eu que cuido apenas, eu. (Risos). [E o seu marido ajuda]... O meu marido ajuda. (Tulipa, 26 anos, dois filhos de parto cesárea, um filho de seis anos é portador de necessidades especiais e outro de dois anos este último da união atual de quatro anos).

Como podemos observar, neste pequeno universo de mulheres entrevistadas, em relação à família na sociedade contemporânea, apenas três apresentavam uma família nuclear e a maioria combinações distintas de família reconstituída, tais como, a mulher exercendo a função de pai e mãe com filhos de diferentes parceiros e família reconstituída com filhos portadores de necessidades especiais. Talvez, cada uma, à sua maneira, tenta se adaptar à tarefa difícil de educar, cuidar e criar a prole, mesmo que em fase de uma recomposição da família.

O contexto familiar peculiar deste grupo de mulheres e as vulnerabilidades econômicas, sociais, familiares e conjugais aliadas ao desejo de não querer, a condição de não poder (saúde) e a de não poder criar mais filhos (econômica) podem ser determinantes pela opção à esterilização cirúrgica.

4.3- A TRAJETÓRIA DAS MULHERES ATÉ A ESCOLHA DA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA COMO MÉTODO CONTRACEPTIVO

4.3.1 Experiência e Métodos Contraceptivos Anterior à Opção pelo Método Definitivo

DANIELS et al. (2014)²³, em estudo sobre uso de contraceptivo nos EUA entre 2011 a 2013, apontam que entre as mulheres que já tiveram vida sexual, 99% delas já tinham utilizado pelo menos três diferentes métodos²³. Relatam ainda que a prevalência da utilização da pílula era de 25,9% e da esterilização cirúrgica feminina era de 25,1%, entre as mulheres que utilizavam método contraceptivo no período (2011 a 2013). Apontam ainda aumento significativo de 6% (2006 a 2010) para 11,6% (2011 a 2013) do

uso de LARC (*long action reversible contraceptive*) representado pelo DIU e implante de progesterona, principalmente, na faixa etária de 25 a 34 anos e com dois filhos, notadamente na faixa etária mais prevalente da esterilização cirúrgica em nosso meio²³.

Em nosso meio, PIROTTA e SCHOR (1992)⁵⁴, estudando a trajetória da mulher rumo à esterilização cirúrgica, em 1992, com 1 261 mulheres no município de São Paulo, constataram que as pílulas têm curva ascendente de utilização até os trinta anos e assume curva descendente após esta idade, enquanto que a esterilização cirúrgica assume curva ascendente de escolha após os trinta anos⁵⁴.

No município de Campinas, SP, OSIS et al. (2004)⁵⁰, incluindo 250 sujeitos em sua pesquisa no período de 2001 a 2002, estudando a escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde, relataram que o método preferido pelas mulheres foi o DIU (59%), seguido da laqueadura tubária (24%), injetável (13%) e o método menos pretendido foi a pílula (3,2%). Os autores ressaltaram ainda que, a qualidade do aconselhamento familiar é essencial para a continuidade do uso do método contraceptivo, a baixa qualidade do aconselhamento associada à descontinuidade e, dentre as mulheres pouco satisfeitas e insatisfeitas, metade havia descontinuado o método contraceptivo⁵⁰.

No Estado do Rio de Janeiro, Brasil, HEILBORN et al., em 2005²⁹, estudando a assistência em contracepção e planejamento reprodutivo no SUS, envolvendo cinco centros de pesquisa localizado no Amazonas, Pernambuco, Goiás, Rio de Janeiro e Santa Catarina, constataram que os serviços de planejamento reprodutivo favorecem as mulheres em atendimento pré-natal e pós-parto e o atendimento em contracepção é priorizado apenas quando a mulher já iniciou sua trajetória reprodutiva. O trabalho educativo em grupo amplia a possibilidade de escolha dos métodos contraceptivos e aprendizado coletivo, embora o acesso ao DIU e à ligadura tubária ainda seja considerado problemático, devido às dificuldades no atendimento²⁹.

A maioria das mulheres entrevistadas, em nossa pesquisa, referem ter feito uso do contraceptivo oral, injetável e o preservativo como podemos observar nos discursos abaixo. Destaca-se o fato de que nenhuma das mulheres tinham usado método de longa duração (LARC).

[Antes de você optar pela laqueadura, né, você tinha usado algum método pra evitar filho].... *A pílula, mas eu nunca segui corretamente. Nunca tomei direito. E o preservativo também faço uso. (Azaleia, 34 anos, três filhos vivos).*

[Comprimido?]. *É. Só comprimido...Eu não sei se fui eu que parei ou fui eu que esqueci. Quando eu vim ver eu já tava com dois meses, já. Agora que eu tô tomando injeção. (Violeta, 22 anos, três filhos vivos).*

Um estudo conduzido por CARVALHO e SCHOR (2005)¹⁵, sobre os motivos de rejeição de contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas, as autoras relataram que existem dois tipos diferentes de demanda em contracepção: espaçamento do nascimento de filhos e não desejar ter mais filhos; neste último, a esterilização tem sido o método contraceptivo mais adotado.

Em todas as entrevistas, foram constatadas a busca de um contraceptivo com alta eficácia, inócuo à saúde, fácil de usar, aceitável aos seus costumes e que também fosse aceito pelo seu parceiro¹⁵. Os efeitos indesejáveis mais relatados com o uso de pílula foram náuseas, vômitos, dor de cabeça, aumento de peso, pressão alta, tonturas, dor de estômago, nervosismo - relatados nos discursos abaixo.

O comprimido, né, anticoncepcional e preservativo. [E você tinha algum problema em relação à pílula anticoncepcional ou o preservativo?].... O anticoncepcional sim porque ele subia a minha pressão, agora o preservativo não, eu não tive problema. (Jasmim, 32 anos, um filho vivo).

Ah, todos que o senhor possa imaginar. Eu já usei... Camisinha não dava muito certo pelo quesito tamanho que vendem hoje no Brasil. O DIU eu não cheguei a usar, mas anticoncepcional, pílula do dia seguinte, o... Ah, esqueci o nome dele, aquele redondinho... Isso, aquele anel. Camisinha feminina eu odiava. Masculino também. Com relação às pílulas, no começo elas não me davam reação. Eu tomei durante, acho que uns cinco anos, quatro anos a mesma pílula, só que depois eu comecei a ter alergia. A médica foi, acabou indo trocando e as reações variavam entre disenteria, vômito, dor de cabeça que não passava, daí ela, depois de dois anos tentando várias pílulas, ela falou: “Vamos dar um tempo pro seu organismo... Ver se ele dá uma parada, daí você começa... Vamos ver um outro método”, e nesse meio período eu engravidei do meu primeiro filho. (Risos). Aí eu falei: “Ah, mais prático no quesito também de cuidados, eu acho melhor a laqueadura mesmo”. (Rosa, 25 anos, um filho vivo).

Eu tomei injeção, aquela trimestral, depois eu tomei comprimido e ficava assim, entendeu? E... E daí usava camisinha. Então, aí como eu tenho enxaqueca, aí uma hora elas falavam que podia ser do, do... Da inje... Aí o médico falou que a injeção tava me engordando. Aí eu troquei pelos comprimido, aí só que tava me dando enxaqueca demais,

aí ele mandou parar um tempo pra ver se era do remédio aí eu parei, as enxaqueca continuaram, aí depois eu voltei de novo a tomar os comprimidos. Eu não pegava do posto não, eu comprava, entendeu? Porque ele falou que não tinha muito hormônio e que não prejudicava. Tomei. Aí depois eu dei uma pausa de novo porque eu tava com muita... Tava com gastrite e úlcera, e a bendita enxaqueca só piorando. Aí começou a dar tontura, assim, meio zozza... Aí tá, as minhas enxaqueca só piorando, piorando, piorando, aí depois eu parei mais um pouco, aí nessa parada eu tinha muita dor, muita dor na barriga, ia no médico e ele dava um monte de remédio, eu fazia exame não dava nada, e essa dor me perturbando. Aí eu parei o comprimido e nessa parada eu acabei engravidando. (Iris, 39 anos, um filho vivo).

Podemos constatar que nos discursos das mulheres os métodos mais conhecidos são a pílula e a laqueadura tubária, surpreendentemente, neste grupo de mulheres nenhuma delas tinha experimentado o DIU ou implante de progesterona, justamente o contrário do que vem acontecendo no mundo - tendência à redução da prevalência da esterilização cirúrgica e aumento do uso de LARC, principalmente, nos países de alta renda. Esta situação não reflete o estudo de OSIS et al. (2004)⁵⁰, na região de Campinas, São Paulo, os quais relataram que o método preferido pelas mulheres foi o DIU (59%), seguido da laqueadura tubária (24%), injetável (13%) e o método menos pretendido foi a pílula (3,2%), embora relatem também que praticamente todas as mulheres procuram o serviço já com o método escolhido e que dificilmente mudam sua escolha, exceto em situações que tivessem impedimento legal ou contraindicação por motivo de saúde. Os autores ressaltaram ainda que a qualidade do aconselhamento familiar é essencial para a continuidade do uso do método contraceptivo; a baixa qualidade do aconselhamento está associada à descontinuidade e, dentre as mulheres pouco satisfeitas e insatisfeitas, metade havia descontinuado o método contraceptivo - neste particular, as mulheres se apresentam vulneráveis a uma gravidez não planejada⁵⁰.

HEILBORN et al. em 2005²⁹, estudando a assistência em contracepção e planejamento reprodutivo no SUS, constataram que os serviços de planejamento reprodutivo favorecem as mulheres em atendimento pré-natal e pós-parto, e o atendimento em contracepção é priorizado apenas quando a mulher já iniciou sua trajetória reprodutiva. O trabalho educativo em grupo amplia a possibilidade de escolha dos métodos contraceptivos e aprendizado coletivo, embora o acesso ao DIU e à ligadura tubária ainda seja considerado problemático, devido às dificuldades no atendimento - este contexto é o que mais se aproxima das mulheres estudadas²⁹.

4.3.2 Motivos pelos Quais Escolheram a Esterilização Cirúrgica

No estudo de CARVALHO et al. (2004)¹⁴ sobre o número ideal de filhos como fator de risco para laqueadura tubária, descrevem os quatro motivos principais das mulheres optarem pela laqueadura - geralmente, incluem o não querer ter mais filhos (desejo), não poder ter mais filhos (saúde), não ter condições de criar mais filhos (econômico) ou já haver alcançado o “número ideal de filhos”¹⁴.

VIEIRA (2005)⁷¹ relata em seu estudo que, dos candidatos que procuraram os métodos cirúrgicos, 35,8% o fizeram por estarem satisfeitos com o número de filhos, 33,7% por terem problemas de saúde, inclusive por terem muitas cesáreas anteriores, 16,8% revelaram não querer mais filhos por dificuldades financeiras e 13,7% por ser o método mais eficaz e tinham filho portador de necessidades especiais⁷¹.

Em nosso estudo, a maioria das mulheres optou pela laqueadura tubária por não querer ter mais filhos, como Azaleia, Rosa, Camélia, Dália, Jasmim, que correspondem à metade das entrevistadas e a tomada de decisão foi isoladamente delas. Segundo MOREIRA e ARAÚJO (2004)⁴³, o planejamento reprodutivo tem “rosto de mulher”; nas práticas contraceptivas, encontram-se presentes as assimetrias de gênero, haja visto que as tecnologias reprodutivas dispõem de quinze métodos para utilização pela mulher e apenas três métodos para o homem que são o preservativo, o coito interrompido e a vasectomia. Parafraseando estes autores o cuidar, criar e educar têm “rosto de mulher” e a escolha e decisão pela esterilização cirúrgica também igualmente têm “rosto de mulher”.

Alguns autores, como MINELLA (1998)³⁷, apontaram que mais da metade das mulheres submetidas à laqueadura tubária tomaram a decisão sozinhas para se esterilizar; GONÇALVES GAA (2008)²⁷ et al. relataram que a tomada de decisão foi, em 35,5%, do casal e, em 32,2%, as mulheres decidiram sozinhas.

[E aí você tinha três filhos quando você, né, quando você resolveu fazer a laqueadura]. É, eu tava grávida da quarta criança. É porque a minha gravidez é de risco. Meu RH é negativo. Foi ideia minha, mesmo. Porque pra mim já chega de filho. E você não, não queria ter filhos ou é a dificuldade de você criar os filhos... Não, é porque eu não quero mais filho. (Azaleia 34 anos, quinta gestação, três partos normais, um aborto, companheiro com 24 anos, união há quatro anos, se encontrava gestante de 34 semanas, sem intercorrências no pré-natal, sendo o primeiro filho da união atual, a idade dos filhos era de quatorze; dez e oito anos, todos de relacionamentos distintos, teve como desfecho um parto normal sem laqueadura).

Surgiu a partir do momento que eu não queria ter mais filhos por causa das condições gerais que se encontra o país. Se fosse em outro país talvez eu pensaria até em ter mais, mas aqui não tá dando, é a educação que tá difícil, é quesito financeiro, então dois é mais do que suficiente. O marido me apoiou, mas a decisão definitiva foi minha mesmo. (Rosa 25 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro de 25 anos, tempo de união de dois anos, se encontrava gestante de 28 semanas, teve trombose venosa profunda na primeira gestação e fazia uso de anticoagulantes nesta gestação. Uma filha do relacionamento atual com dois anos, teve um parto cesáreo com laqueadura através de decisão judicial).

É porque eu acho que dois filhos já tá bom, no mundo que a gente tá hoje não precisa ter mais de dois. E eu... É isso, eu queria um método que eu não precisasse mais me preocupar em tomar remédio, não ficasse mais preocupada com isso, e não engravidar mais. [Então dois filhos você achava o número ideal de filhos?...] Ainda acho. (Camélia, 24 anos, segunda gestação, um parto normal, companheiro de 27 anos, união de oito anos. Ela se encontrava gestante de 36 semanas, sem intercorrências relatadas durante o pré-natal, com um filho de dois anos do relacionamento atual. Teve como desfecho final, um parto cesáreo sem laqueadura).

O fato de eu não querer mais ter filhos. Os dois casos não foram nada planejados, foram acidentes, então eu não queria mais que acontecesse outro acidente na minha vida. [E você, então, teve mais alguma pessoa que influenciou na sua decisão]. Meu marido tava de acordo e minha mãe também. E conversando com a minha família todo mundo estava de acordo. E no momento que você solicitou a laqueadura você estava gestante. Estava gestante. [E você teve alguma complicação nessa gestação?] Não. Fora a infecção urinária, nenhuma. (Dália, 22 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro com 30 anos de idade, união de seis meses, se encontrava gestante de 31 semanas, sem intercorrências no pré-natal, primeiro filho da união atual. Um filho com quatro anos de idade da união anterior. Teve como desfecho final um parto cesáreo sem laqueadura).

[E como surgiu, então, a ideia de você fazer a esterilização cirúrgica ou a laqueadura tubária]. Ah, porque era um método que já ia me ajudar bastante, porque não quero mais filhos. Porque eu já tava, já, sabendo que o meu parto ia ser cesárea. Tava tudo voltado pra ser cesárea devido à pressão alta, então eu achei que já ia me ajudar bastante. Já que eu já ia fazer uma cesárea eu já aproveitar e fazer a laqueadura, fazer a esterilização. [Mas essa ideia de fazer a esterilização foi sua ou foi de mais alguém da sua família]. Foi minha. Foi minha. [do seu marido]... Não, foi minha. Foi sua. [E nesse momento que você optou pela laqueadura você estava gestante]...Eu

estava gestante. (Jasmim, 32 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro de 33 anos, união de onze anos. Ela se encontrava gestante de 29 semanas, Doença Hipertensiva Específica da Gestação, primeiro filho de parto cesáreo. Um filho deste relacionamento de seis anos, teve como desfecho final um parto cesáreo).

Podemos observar que dentre os motivos que levaram a própria mulher à decisão pela laqueadura tubária destacam-se desde as condições do país, do mundo, assim como as condições de saúde, por serem gravidez de alto risco. Destaque cabe ao relato de Dália, com 23 anos, cujas gravidezes, pela precocidade que a primeira ocorreu, passou a considerar as mesmas como um “caso”, um “acidente” em sua vida.

No discurso de Violeta e Bromélia, os motivos foram atribuídos à dificuldade de criar os filhos, sendo que além da decisão própria, foi apoiada pela família.

A partir do momento que eu vejo que eu não tenho ninguém pra ficar com os meus filhos. Porque já vive um... Dois já vive sem morar comigo, que vive com a minha mãe e só elas duas comigo. [Foi uma decisão sua ou foi de alguém da sua família]... minha e da minha mãe. [A sua mãe te aconselhou a fazer a laqueadura]... É porque já faz quinze anos que ela tem, que ela operou também. A minha prima fez, também. (Violeta 22 anos, quarta gestação, três partos normais, companheiro de 27 anos, união de três anos. Gestante de 27 semanas, sem intercorrências no pré-natal, primeiro filho da união atual. Três filhos de união anterior de nove, sete anos de idade e o terceiro de cinco anos de outra união, teve como desfecho final um parto normal).

Então, a ideia que surgiu porque, é assim, eu tenho conhecimento de pessoas que fez, né, a laqueadura, não tem o que reclamar, as pessoas, né, que fizeram, deu certo. Fizeram a laqueadura, né, meninas também, praticamente quase perto da minha idade, né, e assim, operou, fez, e hoje tá aí, não teve mais filhos, não engravidou de lá pra cá, e eu pensei de fazer isso. Eu pensei de também “Não, pô, eu vou fazer a laqueadura e vou ver se vai dar certo”, né. A minha mãe, né, se fosse a minha mãe queria, né. Eu cheguei a conversar com ela, né, eu cheguei a discutir o caso pra ela. Porque eu não posso ter mais filho, né, agora, né, e também nem quero. (Bromélia 24 anos, terceira gestação, um parto normal, um aborto, solteira, sem companheiro há dois meses, se encontrava gestante de 31 semanas, apresentando diabetes gestacional fazendo uso de insulina e doença hipertensiva específica da gestação e de drogas anti-hipertensivas, teve como desfecho um parto cesáreo).

O fato de Iris e Tulipa terem filhos portadores de necessidades especiais teriam sido determinantes para a escolha da contracepção permanente.

[E aí como surgiu, então, a ideia de você fazer a laqueadura?].... Então, devido a eu já ter essa criança que eu te falei, necessidades especial. Eu já tinha pedido pro médico antes de eu ter esse daqui, mas só que ele falou que como eu só tenho uma não pode fazer, uma criança, e devido à idade, eu tinha uns trinta anos. (Iris 39 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro com 53 anos, união de três anos, ela se encontrava gestante de 30 semanas, sem intercorrências no pré-natal, primeiro filho da união atual, um filho de dezesseis anos de outro relacionamento, portador de necessidades especiais “paralisia cerebral”, companheiro com dez filhos de outros relacionamentos. Teve como desfecho um parto cesáreo sem laqueadura).

Foi todo um conjunto. Na verdade, o plano era só ter um filho. (Risos). Eu só queria ter um filho. Como ele nasceu com problema e eu não tive aquele acompanhamento de amamentar, de cuidar e tudo... tive começo de aborto espontâneo na segunda gravidez. E aí com medo de ter outro filho especial eu não quero mais. É muito cansativo. Então foi mais a questão de você já ter tido uma experiência com esse filho especial. É... foi o maior motivo. (Tulipa, 24 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro de 20 anos, união de dois anos, se encontrava gestante de 34 semanas, sem intercorrências no pré-natal. Este é o primeiro filho deste relacionamento, tinha um filho de quatro anos de idade com atraso psicomotor de relacionamento anterior, teve como desfecho final um parto cesáreo sem laqueadura).

Diferente dos discursos anteriores, na fala de Liz, havia dois motivos para a escolha: a saúde materna por uso de anticonvulsivante e o de não querer mais filhos.

Porque pelo que eu sei é um método que... É mais seguro. [Então você escolheu a laqueadura porque ela tem menos chances de falhar do que o DIU, por exemplo.] Menos chance. ‘Ó’, a única coisa que falaram, minha prima falou que laqueadura é melhor, minha tia também fala. Porque eu não queria outro filho. Tenho medo de ter outro filho por causa do remédio gardenal que eu tomo. Foi uma escolha minha... Ahan. E é uma escolha minha já faz tempo. [E porque que você escolheu a laqueadura] Porque você não queria ter mais filhos ou por que... [Pelo seu problema de saúde...] Os dois. (Liz, 34 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, sem companheiro, se encontrava gestante de 22 semanas, fazia uso de gardenal durante a gestação. Um filho de relacionamento anterior de oito anos. Teve como desfecho um parto cesáreo sem laqueadura tubária).

Podemos concluir que, nos discursos das mulheres, os motivos para escolha da esterilização cirúrgica foram a de não querer ter mais filhos, por decisão isolada delas, seguida do fato de não poder criar mais filhos e o do filho ser portador de necessidade especial, concordante com o encontrado por VIEIRA (2005)⁷¹ que relatou estes mesmos motivos apontados pelas mulheres. Cabe esclarecer que a motivação para a escolha da laqueadura é semelhante ao relatado na literatura, embora a maioria destas mulheres não se encontrasse de acordo com os critérios legais de 25 anos ou dois filhos quando da solicitação da esterilização cirúrgica. Apesar dos motivos serem semelhantes ao descrito na literatura, as circunstâncias vividas pelas mulheres, o contexto familiar, a condição de gestante, por sua vez não planejada, nos parece o motivador do desejo à esterilização cirúrgica precoce, estando associado a um maior risco de arrependimento futuro, sobretudo em mulheres em idades inferiores a 25 a 30 anos, relatado por diversos autores como CUNHA (2006)²¹, ABELHA (2008)¹ e GONÇALVES GAA (2008)²⁷.

4.4- DA DECISÃO ATÉ O ACONSELHAMENTO DISCORDANTE PELA EQUIPE MÉDICA

4.4.1- O Acesso a Todos os Métodos Contraceptivos na Perspectivas das Mulheres

O grande desafio em relação ao planejamento reprodutivo ainda reside no fato de os serviços de saúde disporem de suprimento de insumos em quantidades insuficientes, ou seja, pouca disponibilidade dos métodos contraceptivos na lei para atender a demanda, além de haver descontinuidade de fornecimento relatada por OSIS (2006)⁵¹ e YAMAMOTO (2011)⁷⁵, embora, segundo o Ministério da Saúde, esta oferta venha gradativamente melhorando.

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece oito opções de métodos contraceptivos para que as mulheres possam escolher a maneira mais confortável de planejar quando,

como e se terão filhos. O Ministério da Saúde reforçou sua política de planejamento familiar aumentando o acesso a vasectomias e laqueaduras, além da ampliação da distribuição de preservativos e outros métodos contraceptivos⁵⁶.

As mulheres em idade fértil usuárias do SUS podem escolher entre os métodos: injetável mensal, injetável trimestral, minipílula, pílula combinada, diafragma, pílula anticoncepcional de emergência (ou pílula do dia seguinte), Dispositivo Intrauterino (DIU de cobre), além dos preservativos masculino e feminino⁵⁶.

A lei 9263/96 prescreve no seu artigo 9º: para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco à vida e à saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (Anexo I- lei 9263/96).

Nos discursos da totalidade das mulheres, elas não apresentaram dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos como podemos observar nos discursos abaixo:

[E você tinha alguma dificuldade, assim, em relação ao acesso... a você usar a pílula ou o preservativo]... *não...porque no posto dá, né. E o DIU... não sei se tem no posto.* [Então você estava fazendo o pré-natal nesse hospital e aí você pediu pra fazer a laqueadura.] *É. E fiz o planejamento. (Azaleia 34 anos, quinta gestação, três partos normais, um aborto, companheiro com 24 anos, união há quatro anos, se encontrava gestante de 34 semanas, sem intercorrências no pré-natal, sendo o primeiro filho da união atual, a idade dos filhos era de quatorze; dez e oito anos, todos de relacionamentos distintos, teve como desfecho um parto normal sem laqueadura).*

[Você teve alguma dificuldade de ter acesso a alguns desses... Injeção, do anticoncepcional, você teve alguma dificuldade no serviço de saúde, de ter acesso a isso]... *não tinha nenhuma dificuldade de acesso ((Bromélia 24 anos, terceira gestação, um parto normal, um aborto, solteira, sem companheiro há dois meses, se encontrava gestante de 31 semanas, apresentando diabetes gestacional fazendo uso de insulina e doença hipertensiva específica da gestação e de drogas anti-hipertensivas, teve como desfecho um parto cesáreo sem laqueadura).*

[E você... Esses métodos contraceptivos você teve acesso, teve alguma dificuldade no acesso?] *Não, não tive nenhuma dificuldade.* [E você procurou algum serviço de saúde pra receber orientação em relação à esterilização cirúrgica]... *Sim. A princípio eu conversei com a médica e depois eu falei com a assistente social do posto de saúde. (Dália, 22 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro com 30 anos de idade, união de seis meses, se encontrava gestante de 31 semanas, sem intercorrências no pré-natal, primeiro filho da união*

atual. Um filho com quatro anos de idade da união anterior. Teve como desfecho final um parto cesáreo sem laqueadura).

Na fala da totalidade das mulheres, foram oferecidos nos serviços de saúde todos os métodos contraceptivos, a livre escolha pela esterilização cirúrgica dentre todos os métodos e avaliação por equipe multidisciplinar como prescreve a lei 9263/96 (Anexo I), o que pode, em termos hipotéticos, levar a pensar que a integralidade da assistência ao planejamento reprodutivo esteja sendo contemplado em cidades ou metrópoles como São Paulo. Talvez esta situação seja o impacto do II Plano Nacional de Políticas para Mulheres, estabelecendo como metas para o triênio 2008-2011 a garantia de anticoncepcionais para 100% da população feminina usuárias do SUS e a disponibilidade de métodos anticoncepcionais em 100% dos serviços públicos de saúde, apesar de não dispormos de dados se estas metas foram alcançadas⁶⁵.

De forma geral, a pílula anticoncepcional e o DIU são os dois procedimentos mais procurados pelo público feminino no País. Somente em 2010, o governo federal adquiriu 49,3 milhões de cartelas da pílula anticoncepcional para distribuição. Além disso, foram adquiridas 600 mil unidades de DIU de cobre no ano de 2011. Em 2015, houve ampliação na aquisição dos contraceptivos para 47 milhões de cartelas de anticoncepcional oral combinado; 9,5 milhões unidades de anticoncepcional injetável mensal, a trimestral para 4,6 milhões; DIU (T de cobre) para 772 mil unidades, diafragma para 63 mil unidades, a minipílula para 4,6 milhões de cartelas e a pílula anticoncepcional de emergência, 1,4 milhões de cartelas⁵⁶.

A aquisição e a disponibilidade dos métodos contraceptivos vêm crescendo de forma gradativa e progressiva, sobretudo a oferta de DIU que, apenas no ano de 2015, foram adquiridos pelo Ministério da Saúde 772 mil unidades, como descrito acima. Entretanto, conforme relatado na literatura, existe grande lacuna entre ser oferecido e estarem disponíveis para uso das mulheres. Essa situação pode constituir em obstáculo ao livre exercício do direito reprodutivo, principalmente no que se refere ao DIU, que necessita de equipes treinadas e capacitadas para a sua “inserção”, o que não é a realidade nas unidades de atenção básica à saúde e de planejamento reprodutivo^{53,56}.

O estudo de HEILBORN, et al. (2005)²⁹ é o que melhor ilustra as dificuldades encontradas pelas mulheres quando optam por este método. As autoras ressaltaram que o DIU, apesar de ser um método disponível, conhecido e demandado pelas usuárias, é de

baixíssima utilização. Quando elas optam por este método, defrontam-se com dificuldades e contratempos da organização do atendimento (demora nos resultados de exames, agendamento da consulta, dias disponíveis para inserção do DIU em um único dia da semana), o que dificulta sobremaneira o acesso. Nestes casos, elas desistem desse método e optam pela pílula ou esterilização. Outra pesquisa feita no Ceará, do mesmo estudo multicêntrico, identificou dificuldades semelhantes em relação ao acesso ao DIU²⁹.

Cabe salientar que, apesar de constar nos discursos das mulheres que todos os métodos contraceptivos foram ofertados, surpreendentemente nenhuma das entrevistadas tinha experimentado o DIU. Na prática clínica, nota-se que os implantes de progesterona e os DIU medicados, os chamados SIU (sistema intrauterino), não estão disponíveis para as mulheres que dependem do SUS, pois não configuram na lista dos oito contraceptivos distribuídos pelo Ministério da Saúde. Este último, o SIU, apresenta na percepção de muitas mulheres e profissionais de saúde a grande vantagem em proporcionar a amenorreia, ou seja, a de não menstruar, na maioria dos casos. Mais uma vez, podemos constatar a assimetria entre o público e o privado na oferta de métodos de contracepção, o que acontecia no passado com a prática da esterilização cirúrgica antes da regulamentação da lei. Nos dias atuais, passa a acontecer com os métodos de contracepção mais atuais, como o implante de progesterona e o SIU, que neste momento é privilégio apenas das mulheres que têm acesso à saúde suplementar ou serviço privado.

4.4.2- Do Aconselhamento pela Equipe Multidisciplinar até o Encaminhamento para a Unidade Hospitalar Executante da Cirurgia

Em março de 2005, atendendo também às reivindicações da sociedade civil, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Essa política representa grande avanço no sentido em que firma os compromissos assumidos pelo governo brasileiro nos acordos assinados na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo (1994) e na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing (1995)³⁹.

A política do planejamento reprodutivo, que corresponde ao anteriormente denominado programa de planejamento familiar, vem sendo desenvolvida pelo

Ministério da Saúde em parceria com os estados, municípios e sociedade civil organizada, com a finalidade de atender a demanda da atenção integral à saúde da mulher, do homem e de adolescentes. Ela está de acordo com os preceitos legais estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e na Lei Federal n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o planejamento reprodutivo³⁹.

Na maioria dos serviços de saúde, quando a mulher procura o serviço de planejamento familiar, ela participa de aconselhamento em grupo sobre todos os métodos contraceptivos e, se a opção for pela esterilização cirúrgica, deve ser aconselhada por uma equipe multidisciplinar, como recomenda a lei, para desencorajar a esterilização cirúrgica precoce. Esta é composta de um médico que faz a solicitação (solicitante), um (a) assistente social e um (a) psicólogo (Anexo IV).

O serviço de planejamento reprodutivo costuma ser realizado no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, cabendo ressaltar que a escolha pela esterilização cirúrgica pode ocorrer durante a gestação ou fora do período gestacional. Após o aconselhamento por equipe multidisciplinar, a mulher é encaminhada então para uma unidade hospitalar para execução do procedimento.

Cabe esclarecer que normalmente é elaborado um prontuário específico (“processo”- Anexo IV) constando a solicitação do médico, a avaliação da assistente social e do psicólogo que normalmente é referendado com a assinatura de dois médicos como recomenda a legislação. Cabe informar ainda que o hospital, onde foram realizadas as entrevistas, é referência em pré-natal e parto de alto risco e as esterilizações cirúrgicas sempre são referendadas por dois médicos.

Nos relatos da totalidade das mulheres, após orientação sobre todos os métodos contraceptivos e a opção pela esterilização cirúrgica, elas foram avaliadas por equipe multidisciplinar – a exemplo dos discursos de Rosa e Tulipa, que fizeram todo o aconselhamento na unidade básica de saúde e, posteriormente, foram encaminhadas para a unidade hospitalar.

[E aí, diante da decisão de fazer a laqueadura que serviço você procurou]... *procurei o posto de saúde pra fazer o planejamento familiar, que é uma exigência, e depois do planejamento familiar prossegui pro pedido pro hospital*. [Tá. Então você... Primeiro você fez a solicitação na Unidade Básica de Saúde]. *Isso*. [Você teve a orientação do planejamento, todo o processo]. *Isso*. [E aí você veio até aqui a esse hospital]. *Para continuar fazendo o pré-natal*. [Ou você

fez todo o pré-natal na Unidade Básica de Saúde]...*eu fiz em duas Unidades, na Básica da minha região e na de alto risco da Penha. [Porque você tinha a gravidez de alto risco por conta da sua trombose]. Isso. Trombose na gestação anterior, né? Isso. (Rosa 25 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro de 25 anos, tempo de união de dois anos, se encontrava gestante de 28 semanas, teve trombose venosa profunda na primeira gestação e fazia uso de anticoagulantes nesta gestação. Uma Filha do relacionamento atual com dois anos, teve um parto cesáreo com laqueadura por meio de decisão judicial).*

Quando pensei na laqueadura, eu fui ao posto de saúde me informar, aí eu fiz o planejamento, eu fiz... Foram três dias de planejamento, eles falaram sobre o DIU, falaram sobre a camisinha, falaram sobre todos os métodos. Se o marido poderia fazer também, eu não me lembro agora o nome que fala... Vasectomia. Mas como ele é muito novo e eu tenho com certeza que não fará, porque eu acho que a lei não permite, né, ele é muito novo e tem somente um filho, aí eu resolvi fazer. Aí eu fui me informando, fiz o planejamento e de lá eu trouxe pra cá. Como eu fiz o pré-natal aqui eu trouxe o planejamento pra cá. Aí eu persisti. Eu fui, até, atrás de um assistente social do hospital onde eu tive o primeiro filho, porque eles falaram: “Vai lá e conversa que talvez seja aprovado”. Ele disse que não tinha chance nenhuma, que eu não tinha a idade, eu não tinha a quantidade de filhos, que eu só tinha, somente, um filho vivo. Eu persisti e trouxe até aqui, até ouvir o segundo não. E aí disseram, como o meu pré-natal já tava aqui, disseram: “Traz o seu. Se você já tem um planejamento traz pra cá pra gente dar, dar continuidade pra ver se aprova, ou não”. E aí a médica daqui não aprovou. (Tulipa, 24 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro de 20 anos, união de dois anos, se encontrava gestante de 34 semanas, sem intercorrências no pré-natal. Este é o primeiro filho deste relacionamento, tinha um filho de quatro anos de idade com atraso psicomotor de relacionamento anterior, teve como desfecho final um parto cesáreo sem laqueadura).

Nos discursos de Camélia e Jasmim, a solicitação foi feita, segundo relato, pela médica do pré-natal e todo o processo de aconselhamento da equipe multidisciplinar foi realizado no próprio hospital.

[E, então, decidindo sobre a questão, então, do seu desejo de laqueadura, o quê que você]... *Eu fui no planejamento familiar... É... Pedi pra ginecologista daqui que eu queria fazer o planejamento familiar porque eu queria fazer a laqueadura. É porque, assim, eu fui encaminhada pra esse hospital porque como a minha filha nasceu prematura de trinta e duas semanas e não descobriram porque, já*

*achavam que a minha gravidez era de risco. Então quando eu fiz vinte e seis semanas, eu fiz o ultrassom e deu muito líquido na minha barriga, aí me encaminharam pra cá, do posto de saúde. [E aí quem é a pessoa que você procurou, então, pra solicitar a laqueadura?] Foi a ginecologista daqui... [Foi a médica do pré-natal?] Foi. Foi. Aí ela me passou pra assistente social. Eu fiz as reuniões. Ela passou todos os métodos contraceptivos, passou a Lei. Foram três reuniões. Ela passou tudo, os dois DIUs, preservativo feminino, masculino, passou tudo, e aí ela falou que a gente poderia optar e aí eu optei pela laqueadura. Aí ela pediu autorização do meu marido também. **(Camélia, 24 anos, segunda gestação, um parto normal, companheiro de 27 anos, união de oito anos. Ela se encontrava gestante de 36 semanas, sem intercorrências relatadas durante o pré-natal, com um filho de dois anos do relacionamento atual. Teve como desfecho final, um parto cesáreo sem laqueadura).***

[E a partir do momento que você optou pela esterilização cirúrgica, gestante de seis meses, que... você procurou o serviço de saúde pra você ter informações a respeito da esterilização cirúrgica] *Sim. Eu conversei com o médico, na época, que era responsável pelo meu pré-natal, aí ele achou interessante eu estar fazendo o planejamento e participando da palestra, então ele me deu um, acho que é como se fosse um encaminhamento, que eu levei pra assistente social e ela me passou pro planejamento. Ela, primeiro ela, a assistente social primeiro fez uma entrevista, aí ela me passou pro planejamento, aí teve a orientação sobre todos os métodos, o preservativo, a esterilização, o DIU e o diafragma. E, no momento mesmo, eu achava que o interessante pra mim seria realmente a esterilização. Aí eu fui, participei da palestra e depois eu só fiquei esperando a resposta, aí foi quando eu tive a resposta que eu não poderia fazer. **(Jasmim, 32 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro de 33 anos, união de onze anos. Ela se encontrava gestante de 29 semanas, intercorrência de Doença Hipertensiva Específica da Gestação, primeiro filho de parto cesáreo. Um filho deste relacionamento de seis anos, teve como desfecho final um parto cesáreo sem laqueadura).***

Na totalidade das mulheres, após orientação educativa sobre todos os métodos contraceptivos e a livre escolha pela esterilização cirúrgica, as mesmas foram avaliadas por equipe multidisciplinar, seja na unidade básica de saúde como na unidade hospitalar como prescreve a lei. Vale sinalizar, que apesar das mulheres referirem o acesso a todos os métodos contraceptivos, mulheres jovens – que estão em desacordo com os requisitos legais em relação à idade e não se apresentar com duas cesáreas consecutivas anteriores no momento do parto - são encaminhadas para a unidade hospitalar, muitas vezes, de forma equivocada para a execução da esterilização cirúrgica, podendo motivar os

desencontros entre o desejo e direitos da mulher e a decisão da equipe médica. Por esta razão, em termos hipotéticos, devemos considerar a necessidade de ações de melhorias na qualidade do aconselhamento reprodutivo oferecida nos serviços de atenção básica à saúde, a integração, a troca de informações entre as unidades e serviços de saúde, no sentido de minimizar estes desencontros.

4.5- O ACONSELHAMENTO DISCORDANTE AO DESEJO DA MULHER PELA EQUIPE MÉDICA

4.5.1- A Orientação da Decisão Discordante pela Equipe Médica

Na unidade hospitalar, onde foi realizada a pesquisa, rotineiramente, quando a solicitação da esterilização não é referendada por dois médicos, a mulher é convocada pelo serviço social, sendo orientada a comparecer a uma consulta médica, em que é amplamente discutido com a mesma o motivo da não aprovação. É a oportunidade para mais um momento de reflexão sobre a possibilidade de utilizar outros métodos reversíveis, no intuito de desencorajar a esterilização cirúrgica precoce como preconiza a lei ou o simples cumprimento desta.

No discurso de Bromélia, a decisão discordante pela equipe médica se deveu ao fato de ela não cumprir os requisitos prescritos na lei: dois filhos vivos ou 25 anos de idade.

Ela falou, ela me explicou, falou tudo certinho, e falou pra mim que por ela não tinha como fazer porque pela minha idade e outra que eu não tava dentro da lei. Com certeza, a ei não ia aceitar isso, jamais a lei vai aceitar isso de uma pessoa igual a eu, né. Eu conversei com a Doutora e ela chegou e explicou pra mim da ei, né, o que aconteceu, o que estava acontecendo. Ela chegou e explicou tudo da ei, mandou eu ler o livro de novo, né, que é a lei. Da lei, né. E ela me explicou que não tinha como, né, nem... Não tinha nem como ela fazer isso e, porém, minha idade, e outra, ela não ia passar pra passar de uma coisa que não é certo, né, aí ela chegou e explicou pra mim: “Eu tenho outros tipos de coisa pra mim te ajudar, né. Se você quiser, né, a gente temos os DIUs, temos dois tipos de DIU, e temos comprimido e temos a injeção. Agora vai de você. Só que a gente não pode fazer uma coisa que... Uma coisa que veio de lá debaixo da lei a gente não pode fazer com você e nem com qualquer outra, a gente tem que seguir a lei (Bromélia 24 anos, terceira gestação, um parto normal, um aborto,

solteira, sem companheiro há dois meses, se encontrava gestante de 31 semanas, apresentando diabetes gestacional, fazendo uso de insulina e doença hipertensiva específica da gestação e de drogas anti-hipertensivas, teve como desfecho um parto cesáreo sem laqueadura).

No entendimento de Violeta, além da sua juventude, 22 anos, existia a questão da proibição no momento do parto, encontrava-se gestante do primeiro filho desta união. Prescreve a lei 9263/96, artigo 10 § 2º: É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

[E o que você entendeu da lei... O que te falaram... Que você tava dentro da lei ou que você não estava dentro da lei]... *Que não tava ... Não dava a minha idade, é. Pela sua idade. Sim, vinte e dois anos na época. A doutora... disse que não podia ser até feito, mas... Ah, eu não lembro mais o que ela falou.* [E você não lembra se foi por causa da sua idade ou por causa que você não tinha filho com o seu marido]... *Não, mas da idade também, mas da... questão dos meus filhos, assim, de eu ter os filhos de parto normal.* [E que no momento do parto você podia fazer essa laqueadura]. *Não podia no momento do parto, só depois. Então eles te falaram que na hora do parto, né... Não faz. Que antes fazia, né? E você tinha, então, você tinha três partos normais. É. Tá. Ela falou que se eu tivesse que fazer só depois que eu tivesse a menina (Violeta 22 anos, quarta gestação, três partos normais, companheiro de 27 anos, união de três anos. Gestante de 27 semanas, sem intercorrências no pré-natal, primeiro filho da união atual. Três filhos de união anterior de nove, sete anos de idade e o terceiro de cinco anos de outra união, teve como desfecho final um parto normal).*

Como podemos observar nas falas abaixo de Liz, Iris e Dália, ilustra esta situação que, no entendimento das mulheres, o feto é contabilizado como filho vivo, além da permissão legal no primeiro ou segundo parto cesárea. Cabe destacar que na fala de Dália, ainda se soma a juventude de 22 anos.

Falou que só poderia fazer laqueadura depois que nascesse o meu filho, que não poderia fazer laqueadura com um filho vivo só. Depois que nascesse o meu filho, se nascesse perfeito, tal, tudo, nenhuma doença, aí eles iam fazer laqueadura. E na hora do parto podia fazer a sua laqueadura. No meu caso... Olha, eu, no meu pensamento, eu acho que podia. Tá. Então você achava que ia ser cesárea o seu parto. Ahan. E que na hora da cesárea... E eu também não queria normal de

jeito nenhum.. E você achava que ia ser cesárea em cem por cento Por 'causo' do meu problema, entendeu... E outra, que eu não tinha passagem pra ser normal. Eles poderiam ter feito... Uma laqueadura logo ali, né. E aí o quê que os médicos falaram... Que iam fazer durante o parto, a sua laqueadura Não. Me falou que não ia fazer, não. E porque que... Falou não por causa que o meu filho não tinha nascido, então eles não ia fazer. Ou porque era na cesárea, não podia fazer. Não. Isso daí não falaram nada, não. Então não falaram que na lei do Brasil, a lei da laqueadura diz que só pode fazer no momento do parto se tiver mais que duas cesáreas. Se fosse o terceiro parto cesárea podia já ser feito, mas no segundo não poderia. Não foi isso que foi dito... Não.... Não falaram isso, não. Mas eu acho que já no segundo já pode. (Liz, 34 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, sem companheiro, se encontrava gestante de 22 semanas, fazia uso de gardenal durante a gestação. Um filho de relacionamento anterior de oito anos. Teve como desfecho um parto cesáreo sem laqueadura tubária).

Aí aproveitei e falei: “Olha, eu tô fazendo, já, tudo, já...”, mas, tipo assim, eu não sabia que ia ser uma cesárea, aí se for o caso e for uma cesárea já tinha que aproveitar e já fazer tudo, mas aí eles me falaram que não, que eu não podia porque a lei não permite. Agora, falou que agora, eu não sei quando saiu essa lei, e não permite a cesárea se não for o caso de doença, assim, quando tiver problema de saúde, caso contrário tem que esperar seis meses, né, porque às vezes a mulher volta atrás, processa os médicos e dá uma guerra e vira aquela... Bagunça tudo. Eu falei: “Não, mas eu não vou processar”. Eu falei: “Mas como que a pessoa processa... Não tem um termo de responsabilidade. Elas não vão assinar um termo. (Iris 39 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro com 53 anos, união de três anos, ela se encontrava gestante de 30 semanas, sem intercorrências no pré-natal, primeiro filho da união atual, um filho de 16 anos de outro relacionamento, portador de necessidades especiais “paralisia cerebral”, companheiro com dez filhos de outros relacionamentos. Teve como desfecho um parto cesáreo sem laqueadura).

Achei a lei, achei o caso dos dois filhos e eu achei que eu tinha direito se minha filha tivesse nascido vivo, viva. A partir do momento que ela tinha nascido viva eu poderia fazer. Já que tava tudo aberto, porque não fazer. Porque você imaginava que seu parto ia ser cesárea. Sim, imaginava que sim. A princípio eu pensei que se eu tivesse outro filho e pudesse fazer a laqueadura já ia ser direta cesariana, aí a médica daqui me informou que não, que não pode forçar o parto cesárea se não fosse necessário. (Dália, 22 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro com 30 anos de idade, união de seis meses, se encontrava gestante de 31 semanas, sem intercorrências no pré-natal, primeiro filho da união atual. Um filho com quatro anos de idade da união anterior. Teve como desfecho final um parto cesáreo sem laqueadura).

Nos discursos das mulheres, a cultura da cesárea para fins exclusivo de esterilização cirúrgica permanece viva no imaginário das mulheres, pois, antes da regulamentação de 1996, esta era a prática comum conforme descrita por BERQUÓ⁸: parto cesárea para fins exclusivos de esterilização cirúrgica, a fim de encobrir a cobrança de honorários adicionais⁸. A autora descreveu que naquela época existia uma verdadeira cultura da cesárea e constatou que 52% das mulheres esterilizadas em São Paulo disseram serem filhas ou irmãs de esterilizadas, ou seja, a prática da laqueadura tubária foi transmitida de geração para geração.

Esta verdadeira cultura da esterilização foi mantida graças a uma cumplicidade estabelecida entre as mulheres e os profissionais de saúde. Diante do contexto da indicação de cesárea para fins exclusivos de cesárea e a cobrança adicional de honorários, bem demonstrada pela autora com a sequência de partos vaginais: a última era via de regra por cesárea, o que levou a autora a constatação de que 75% das esterilizações foram feitas junto com o último parto por cesárea. Esta situação teve um efeito perverso, em que 32% das mulheres declararam que engravidaram para serem esterilizadas no último parto⁸.

Em relação ao imaginário feminino e ligação de trompas, SERRUYA (1996)⁶² tece interessantes considerações em relação ao tema com significações e representações distintas no imaginário das mulheres inseridas no contexto histórico; assim sendo, antes da regulamentação da Lei 9263/96, a laqueadura tubária foi considerada como um “status social”, “mulher rica, instruída e, portanto, inteligente tem poucos filhos”, enquanto “mulher pobre, ignorante e, portanto, burra tem muitos filhos”, pois naquele momento a laqueadura era privilégio de grupos sociais mais abastados. Em outro momento, a escolha da cesárea com ligadura de trompas teve o significado de “parir sem dor”, além de encerrar em um único ato sua carreira reprodutiva.

Outra representação foi a oportunidade de “subir na vida”, a laqueadura tubária como uma possibilidade do retorno ao mercado de trabalho. A da liberdade sexual separando sexo de reprodução. Apesar de todas estas representações no imaginário feminino, a laqueadura tubária encerra contradição em relação ao controle do corpo feminino, mas ganha legitimidade na medida em que é uma intervenção única e definitiva, mais fácil e ideal para encerrar sua carreira reprodutiva⁶².

Na perspectiva e no entendimento da maioria das mulheres, o fato de se encontrar gestante, tendo como provável resultado um filho vivo, é suficiente para considerar, em termos da lei, como tendo dois filhos vivos. Para o imaginário feminino, o desejo à

esterilização cirúrgica descrita por SERRUYA (1996)⁶² e a cultura da cesárea descrita por BERQUÓ (1993)⁸ estão implícitos nos discursos das mulheres com um parto cesárea, e está inscrita na lei a permissão para que faça a esterilização cirúrgica no momento do parto. lei 9263/96, artigo 10 § 2º: É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. Como podemos observar, todas as mulheres foram orientadas quanto aos motivos da discordância da equipe médica em relação aos critérios legais, que, no momento da solicitação, as mesmas estavam em desacordo com os critérios legais, considerando-se que haviam distintas interpretações da lei, tanto da parte dos profissionais como por parte das mulheres.

4.5.2- O Sentimento das Mulheres em Relação à Recusa da esterilização cirúrgica

As controvérsias na interpretação e aplicação da lei 9263/96 pelos profissionais de saúde foram estudadas por Yamamoto (2011)⁷⁵ e podemos constatar também que estas divergências na interpretação da lei se encontram presentes nos discursos das mulheres entrevistadas.

No discurso de Rosa, o sentimento de indignação mostra-se presente a ponto de procurar a defensoria pública por ter opinião contrária à decisão da equipe médica a partir de interpretação distinta da lei de sua parte, além de sentir que seu desejo foi desconsiderado ou mesmo depreciado pelos profissionais.

Eu passei com uma médica, ela verificou a minha ficha de encaminhamento do planejamento familiar relativo a laqueadura, daí ela foi falar com a supervisora dela. A supervisora dela veio pra falar comigo e disse da seguinte maneira: “Oh, mãe, nós não vamos fazer a laqueadura em você porque você não tem dois filhos vivos e, por causa disso, nós não podemos fazer”. Eu rebati e falei: “Não, mas de acordo com a lei eu tenho que ter vinte e cinco anos ou dois filhos vivos”, ela: “Não, mãe, mas você tem que ter dois filhos vivos. Vai que acontece alguma coisa daí você tem a criança, depois você volta aqui pra nós vermos se você vai poder fazer ou não”. O jeito que ela falou e o deboche que ela disse foi o estopim pra mim acabar indo diretamente pra Defensoria Pública pra fazer a solicitação. (Rosa 25 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro de 25 anos, tempo de união de dois anos, se encontrava gestante de 28 semanas, teve trombose venosa profunda na primeira gestação e fazia uso de

anticoagulantes nesta gestação. Uma filha do relacionamento atual com dois anos, teve um parto cesáreo com laqueadura por meio de decisão judicial).

Nos discursos de Azaleia, Liz e Tulipa, a resignação e conformismo diante da decisão contrária ao seu desejo pela equipe médica se manifestam como tristeza e decepção, acompanhadas pela revolta dos familiares como no caso de Tulipa.

Ah, eu fiquei triste porque é uma coisa que eu queria e achava que ia dar certo e no fim não deu. Por causa da idade do meu parceiro. E o quê que eles falaram. Porque que foi recusada a sua laqueadura, porque ele só tinha uma filha e a idade dele, só tinha vinte e quatro anos, então pela lei não pode. Então é isso que foi... É isso mesmo. meu sentimento foi de decepção, né, porque eu já tava contando com a laqueadura. E o seu marido, na ocasião... Também, né, por que... Ele só queria só a filha. E a sua mãe ... É porque ela acha que eu já tenho muito filho, né, pra cuidar sozinha. É isso que ela pensa... (Azaleia 34 anos, quinta gestação, três partos normais, um aborto, companheiro com 24 anos, união há quatro anos, encontrava-se gestante de 34 semanas, sem intercorrências no pré-natal, sendo o primeiro filho da união atual, a idade dos filhos era de quatorze; dez e oito anos, todos de relacionamentos distintos; teve como desfecho final um parto normal sem laqueadura).

[E como é que você recebeu essa notícia, então... Qual foi o seu sentimento... Que os médicos estavam negando uma coisa que você tinha direito?] *Ah, foi normal. Eu não fiquei, eu não fiquei chateada nem nada, não . (Liz, 34 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, sem companheiro, se encontrava gestante de 22 semanas, fazia uso de gardenal durante a gestação. Um filho de relacionamento anterior de oito anos. Teve como desfecho um parto cesáreo sem laqueadura tubária).*

Pela idade, eu não teria o direito, mas pelas consequências que eu já tinha sofrido, pra mim e por eu optar que sim, eu acreditava que eles poderiam aprovar, que eles poderiam fazer, por isso eu fiquei - não foi nem revolta - na verdade, eu fiquei foi bem triste. A minha mãe, minha família se manifestou. Falou: “Nossa, como que não aprova, gente! Vive e não sabe nem fazer filho”. (Risos). “Você não presta pra fazer filho, menina!” (Risos). “Seus filhos tá nascendo tudo doente. Você vive morrendo, como que vai engravidar?”. (Risos). Ela ficou bem revoltada (Tulipa, 24 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro de 20 anos, união de dois anos, se encontrava gestante de 34 semanas, sem intercorrências no pré-natal. Este é o primeiro filho deste relacionamento, tinha um filho de quatro anos de idade com atraso psicomotor de relacionamento anterior, teve como desfecho final um parto cesáreo sem laqueadura).

Na maioria dos discursos, o sentimento foi de tristeza, decepção que traduzem a resignação e conformismo diante da recusa, o que de certa forma foi surpreendente, pois está inscrito, no direito reprodutivo, o direito a decidir livremente o número de filhos, o espaçamento entre eles, ter acesso à informação e aos meios para realizar tais escolhas. Apenas Rosa mostrou sentimento de indignação e, em seguida, procurou a defensoria pública para exercer, de fato, o seu direito reprodutivo. O que possibilita considerarmos a mesma um caso exemplar de desencontros entre desejo e direitos na prática da esterilização cirúrgica.

4.5.3 O Conhecimento da Lei 9263/96 no Discurso das Mulheres

A limitação no conhecimento da lei e as distintas interpretações do texto da lei se faz presente nos discursos dos profissionais de saúde já relatados por YAMAMOTO (2011)⁷⁵ e OSIS (2009)⁵² e também se fazem presentes nos discursos das mulheres. Observa-se que cada um interpreta à sua maneira com suas próprias convicções, conveniências e desejo dentro do seu contexto reprodutivo para se inserir ao que prescreve a lei.

Nos discursos de Violeta, podemos observar a falta de conhecimento da própria lei, e Azaleia revela o pouco conhecimento em relação à proibição no momento do parto, a qual entende que quem deve decidir quantos filhos tem que ter é a mulher, independente do companheiro, que no seu caso era jovem e não tinha filhos.

[O quê que você conhece da lei]... Então, eu não conheço a lei, mas a moça explicou que tinha uma lei que era contra. (Violeta 22 anos, quarta gestação, três partos normais, companheiro de 27 anos, união de três anos. Gestante de 27 semanas, sem intercorrências no pré-natal, primeiro filho da união atual. Três filhos de união anterior de nove, sete anos de idade e o terceiro de cinco anos de outra união, teve como desfecho final um parto normal).

Então, eu também não entendo muito da lei. Porque quando eu fiz o planejamento falavam da lei do meu companheiro, não foi da minha. [No seu caso que você tem... Agora, atualmente você tem quatro filhos]. Isso. Ah, eu não sei se eu já ouvi falar que era vinte e três anos com dois filhos, ou mais dois filhos. É isso... É. [E se você tiver marido ou não, ou parceiro ou não, isso ajuda que os médicos façam a laqueadura ou que você... Que a lei garante quando você não tem parceiro]. Eu não sei se a lei garante, mas deveria garantir, né, porque quem deve decidir quantos filhos tem que ter é a mulher. (Azaleia 34 anos, quinta gestação, três partos normais, um aborto, companheiro

com 24 anos, união há quatro anos, se encontrava gestante de 34 semanas, sem intercorrências no pré-natal, sendo o primeiro filho da união atual, a idade dos filhos era de quatorze; dez e oito anos, todos de relacionamentos distintos, teve como desfecho um parto normal sem laqueadura).

Em relação à interpretação por parte das mulheres, com idade de 25 anos ou pelo menos dois filhos vivos, a maioria entende que o fato de estar na condição de gestante e a perspectiva de contar com dois filhos vivos, após o parto, estaria contemplada na lei como ilustrada abaixo no discurso de Camélia e Tulipa - a conjunção OU está citada no discurso de Camélia:

Eu achava que tinha. Porque tá escrito vinte e cinco anos ou dois filhos vivos e quando eu solicitei eu tava grávida eu tinha 24 anos. Então, pra mim, ele tava vivo, né. Eu me coloquei dentro... [quer dizer, você entendia que você tinha o direito]. (Camélia, 24 anos, segunda gestação, um parto normal, companheiro de 27 anos, união de oito anos. Ela se encontrava gestante de 36 semanas, sem intercorrências relatadas durante o pré-natal, com um filho de dois anos do relacionamento atual. Teve como desfecho final, um parto cesáreo sem laqueadura).

Pela idade eu não teria o direito, mas pelas consequências que eu já tinha sofrido, pra mim e por eu optar que sim, eu acreditava que eles poderiam aprovar, que eles poderiam fazer, por isso eu fiquei - não foi nem revolta - na verdade, eu fiquei foi bem triste. (Tulipa, 24 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro de 20 anos, união de dois anos, se encontrava gestante de 34 semanas, sem intercorrências no pré-natal. Este é o primeiro filho deste relacionamento, tinha um filho de quatro anos de idade com atraso psicomotor de relacionamento anterior, teve como desfecho final um parto cesáreo sem laqueadura).

A lei prescreve a proibição da esterilização no momento do parto, exceto nos casos de duas cesáreas anteriores. Nos discursos da maioria das mulheres, não existe restrição ou impedimento quando se trata de possuir apenas uma cesárea prévia, ou seja, encontra-se implícito ainda no imaginário de algumas mulheres, a cultura da cesárea para fins exclusivo de esterilização cirúrgica descrita por BERQUÓ (1993)⁸, situação comum, sobretudo antes da regulamentação da esterilização cirúrgica pela lei 9263/96. Além do que nas falas de Dália, Iris, Jasmim, Rosa, elas contabilizam, como filho vivo, o filho que ainda está no ventre materno.

Aí eu pesquisei na internet. Achei a lei, achei o caso dos dois filhos e eu achei que eu tinha direito se minha filha tivesse nascido viva, viva. A partir do momento que ela tinha nascido viva eu poderia fazer. Já que tava tudo aberto, porque não fazer? A princípio eu pensei que se eu tivesse outro filho e pudesse fazer a laqueadura já ia ser direta cesariana, aí a médica daqui me informou que não, que não pode forçar o parto cesárea se não fosse necessário (Dália, 22 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro com 30 anos de idade, união de seis meses, se encontrava gestante de 31 semanas, sem intercorrências no pré-natal, primeiro filho da união atual. Um filho com quatro anos de idade da união anterior. Teve como desfecho final um parto cesáreo sem laqueadura).

A laqueadura. Na hora do parto, é. Eu falei assim: “Como se for cesárea aí já... Já pensei, aí já faz tudo de uma vez, já tá cortado, já aproveita dentro e já faz tudo”, mas aí ela falou que não, que não pode fazer. (Iris 39 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro com 53 anos, união de três anos, ela se encontrava gestante de trinta semanas, sem intercorrências no pré-natal, primeiro filho da união atual, um filho de dezesseis anos de outro relacionamento, portador de necessidades especiais “paralisia cerebral”, companheiro com dez filhos de outros relacionamentos. Teve como desfecho um parto cesáreo sem laqueadura).

Ah, porque era um método que já ia me ajudar bastante. Porque eu já tava, já, sabendo que o meu parto ia ser cesárea. tava tudo voltado pra ser cesárea, então eu achei que já ia me ajudar bastante. Já que eu já ia fazer uma cesárea eu já aproveitar e fazer a laqueadura, fazer a esterilização. (Jasmim, 32 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro de 33 anos, união de onze anos. Ela se encontrava gestante de 29 semanas, intercorrência de Doença Hipertensiva Específica da Gestação, primeiro filho de parto cesárea. Um filho deste relacionamento de seis anos, teve como desfecho final um parto cesáreo sem laqueadura).

Então, eu já sabia da lei porque antes de eu fazer qualquer tipo de coisa eu acabo vendo se eu tenho esse direito de fazer, ou não. Então mesmo o planejamento familiar eu já estava ciente da lei, no planejamento eles falam dessa lei mesmo e eu já estava ciente, então acabou percorrendo sem problema nenhum. [Isso]. “Oh, mãe, nós não vamos fazer a laqueadura em você porque você não tem dois filhos vivos e, por causa disso, nós não podemos fazer”. Eu rebati e falei: “Não, mas de acordo com a lei eu tenho que ter vinte e cinco anos ou dois filhos vivos”, ela: “Não, mãe, mas você tem que ter dois filhos vivos. Vai que acontece alguma coisa daí você tem a criança, depois você volta aqui para nós vermos se você vai poder fazer ou não” (Rosa 25 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro de 25 anos, tempo de união de dois anos, se encontrava gestante de 28 semanas, teve trombose venosa profunda na primeira gestação e

fazia uso de anticoagulantes nesta gestação. Uma filha do relacionamento atual com dois anos, teve um parto cesáreo com laqueadura por meio de decisão judicial).

As imprecisões contidas no texto da lei descritas por YAMAMOTO (2011)⁷⁵ relativos aos critérios: 25 anos de idade ou pelo menos dois filhos vivos e a proibição no momento do parto - exceto quando houver duas cesáreas consecutivas anteriores, adicionada à falta de uma citação clara sobre os requisitos legais em relação à presença ou não de companheiro, muito menos o histórico reprodutivo destes companheiros, se tem filhos ou não, e, na falta de consenso na interpretação, tanto por parte dos profissionais de saúde como das mulheres, a aplicação da lei pode se tornar um grande desafio para os profissionais de saúde e constituir para muitas mulheres uma dificuldade para a efetivação dos seus direitos no contexto da saúde reprodutiva⁷⁵.

A questão nuclear que aparece nas falas das mulheres é entendida que, dois filhos vivos, como prescrito no texto da lei, inclui o conceito que ainda se encontra no ventre materno como filho vivo, além de não haver nenhuma restrição no texto da lei em relação ao impedimento no primeiro ou segundo parto por cesárea. Esta interpretação por parte das mulheres pode se constituir em um obstáculo em atender os critérios previstos em lei e motivar o desencontro com a decisão da equipe médica.

Como podemos constatar, o pouco conhecimento ou diferentes interpretações do texto da lei estão presentes nos discursos das mulheres. Daí, podemos concluir que a origem dos desencontros entre direitos e desejo da mulher e a decisão discordante da equipe médica podem residir nas diferentes interpretações do texto da lei entre os médicos e as mulheres que solicitam a esterilização cirúrgica.

4.6- O DISCURSO MÉDICO EM RELAÇÃO AO ACONSELHAMENTO DISCORDANTE

4.6.1- Sobre as Mulheres Jovens

Camélia 24 anos, segunda gestação, um parto normal, companheiro de 27 anos, união de oito anos. Profissão: técnica de radiologia. Profissão do companheiro: mecânico. Religião: protestante. Religião do companheiro: católica. Ela se encontrava gestante de 36 semanas, sem intercorrências relatadas durante o pré-natal. Um filho de dois anos do relacionamento atual. Data da solicitação da laqueadura tubária: 11/12/2013.

Então, a Camélia é uma paciente que quando fez uma solicitação de esterilização através de laqueadura tubária contava com idade de vinte e quatro anos, ela tinha um parceiro de vinte e sete, ela se encontrava grávida naquele momento e, mais ainda, com uma idade gestacional que foi calculada entre trinta e seis e trinta e sete semanas. Era a segunda gravidez dela, ela tinha uma gravidez anterior que terminou num parto normal, com o recém-nascido vivo, se encontrava vivo no momento em que ela, ela fez a solicitação e, a partir daí, foi feita, foi feita uma solicitação, como eu falei, de laqueadura tubária que, em primeiro momento, pelo menos, não foi referendada pela equipe de planejamento familiar.

Basicamente, aqui o grande elemento é a questão de esterilização precoce. E aqui, mais uma vez, eu entendo como precoce os dois elementos que eu, pelo menos, costumo utilizar para esta definição. O primeiro deles é a faixa etária, é uma paciente, uma gestante jovem de vinte e quatro anos, ou seja, com um risco muito grande de se arrepender no futuro, tendo em vista, inclusive, que ela não tinha um relacionamento conjugal, aparentemente, muito estável. Ela é descrita na avaliação social como uma paciente amigada e, mesmo levando-se em consideração que o primeiro filho dela era filho do atual cônjuge, mesmo assim, eu tenho um segundo elemento em termos de prole que me parece que a autorização de esterilização neste momento estaria, mais uma vez, sendo meio que descuidada com relação à esterilização precoce. Ou seja, eu tenho uma idade baixa, eu tenho uma prole relativamente pequena para padrões sociais que a gente tá acostumado a trabalhar no hospital e, conseqüentemente, esse foi, esse foi o critério que, pra mim, pelo menos, definiu a não anuência do pedido que foi feito por ela. Então, basicamente, o que se colocou contrário, né, do ponto de vista da Lei, seria a idade, né ... Vinte e quatro anos e o número de filhos, que ela, apenas, tinha apenas um filho vivo. [Perfeito]

[E, nesse caso, do ponto de vista da mulher, você acha que ela pode ter requerido a esterilização porque ela tem uma interpretação diferente da...com... diferente da interpretação dos médicos com relação à lei?] *Eu não sei. Eu não saberia dizer até que ponto essa paciente... As pacientes, de uma maneira geral, elas estão muito afeitas ao teor da lei. Quer dizer, é difícil pra mim dizer que ela*

conhece a lei a ponto de estar, de estar interpretando o texto de uma forma diferente daquela que eu, pelo menos, interpretaria. Eu acredito que ela, inclusive, deve ter recebido algumas informações acerca da lei, provavelmente, inclusive, uma informação relativa ao número de filhos. Porque se ela tá fazendo essa solicitação, inclusive, olhando se a data do pedido e a idade gestacional ficaria claro, se ela conhecesse a lei, que, pelo menos, durante o parto ela não poderia ter esse pedido atendido, uma vez que o intervalo de sessenta dias que se exige na 9263 não estaria sendo cumprido. Ou seja, me parece que ela foi... Ela foi informada de que, a partir do momento que ela tivesse dois filhos vivos, que ela poderia estar sendo submetida à esterilização. E nesse aspecto eu não sei se haveria uma dificuldade de interpretação porque, também aqui, eu acho que a lei é muito clara. Ela, apesar do texto trazer alguns questionamentos, mas quando ele define que se eu tiver alguém com, pelo menos, vinte e cinco anos ou dois filhos vivos, eu não sei exatamente quando que ela completaria os vinte e cinco anos, mas “ou” dois filhos vivos. Eu acredito que a interpretação não pode ser diferente dessa. Não dá para ficar imaginando eventuais outros sentidos que o legislador teria ao criar um texto dessa natureza e, também acho que não caberia nesse aspecto, assim como na questão do momento do parto, não caberia uma diferença de interpretação. Quer dizer, ela tendo os dois filhos vivos, ela, a partir daí, de acordo com os critérios legais, ela teria a possibilidade, sem que fosse ferido o Código Penal, de ser submetida a uma esterilização tubária. Então eu não consigo ver nesse, nesse aspecto da Lei, uma dificuldade ou uma divergência em termos de interpretação. Por mais que alguns, alguns indivíduos queiram mudar um pouquinho isso, pra mim tá muito claro, o texto é esse e eu acho que não cabem interpretações diferentes. (Poseidon).

Dália, 22 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro com 30 anos de idade, união de seis meses. Profissão: Do lar. Profissão do companheiro: analista financeiro. Religião: evangélica praticante. Religião do companheiro: católica. Ela se encontrava gestante de 31 semanas, sem intercorrências no pré-natal, primeiro filho da união atual. Um filho de quatro anos de idade da união anterior. Data da solicitação da laqueadura tubária: 27/05/2015.

Bom, era uma paciente de vinte e dois anos com um parceiro de trinta anos. Ela referia um tempo de união de seis meses, há seis meses, e tratava-se de uma segunda gestação com um parto cesárea anterior. Então essa paciente com vinte e dois anos e um parto anterior cesárea, ela fez a solicitação da laqueadura. Esse caso, ele não se encaixa dentro do que está previsto na lei brasileira pela idade e pelo momento do parto. Bom, o primeiro deles é a idade, né. Essa paciente, ela tem... Na época que ela solicitou ela tinha vinte e dois anos e com um único filho, né, e a lei diz que a laqueadura é permitida em pessoas com capacidade civil plena e com, pelo menos, dois filhos ou com, pelo menos, vinte e cinco anos. Então pelo fato dela ter vinte e três anos e apenas um filho, então a primeira questão foi essa. A segunda é que ela se encontrava gestante e o desejo dela é que essa laqueadura fosse

realizada no momento do segundo parto, né, o que também não se encaixa no que tá previsto na lei, sendo que ela tinha apenas um parto cesárea. E se ela interpretasse a lei como dois filhos vivos e vinte e três anos... como que ela poderia interpretar como dois filhos vivos se ela tinha apenas um filho? Ela estava gestante e ela gostaria que a cirurgia fosse realizada no momento do parto, mas assim, é impossível a gente considerar o feto como um filho vivo.

[Então... você considera que enquanto o feto esteja, logicamente o feto vai estar no ventre, você acha que... Você não consideraria, do ponto de vista da lei, que ela teria dois filhos vivos]. Não, porque a minha interpretação da lei quando se diz dois filhos vivos, né, essas crianças, elas têm que ter nascido, né. E o fato dela estar gestante não implica, necessariamente, que aquela criança vá ser viável. Pode acontecer muita coisa, ainda durante o pré-natal, uma perda fetal, ou até no momento do parto, ou ainda essa criança nascer bem e, infelizmente, vir a ter algum problema mais sério, alguma coisa mais grave e vir a falecer depois. Então nessa questão da idade e dois filhos vivos, então essa paciente também não estava contemplada. (Afrodite)

Violeta, 22 anos, quarta gestação, três partos normais, companheiro de 27 anos, união de três anos. Profissão: ajudante de cozinha. Profissão do companheiro: cozinheiro. Religião: católica praticante. Religião do companheiro: católica. Ela se encontrava gestante de 27 semanas, sem intercorrências no pré-natal, primeiro filho da união atual. Três filhos de união anterior de nove, sete anos de idade e o terceiro de cinco anos de outra união. Data da solicitação da laqueadura tubária: 14/01/2015.

É a paciente que iniciou o pré-natal aqui na instituição e ela contava como antecedentes obstétricos de ser aquela a sua quarta gravidez, as outras três terminando em partos normais, sendo que todos esses... Essas crianças se encontravam vivas, pelo menos quando da solicitação. Ela tinha, então, à época, vinte e dois anos, apresentou como parceiro um indivíduo de vinte e sete anos, sendo que aquela era a primeira gravidez daquele parceiro, do parceiro que ela... Com o que ela estava no momento em que ela iniciou o atendimento. A solicitação de esterilização foi feita em cima de, do número de filhos que ela tinha, como eu já falei, ela já tinha três filhos vivos e, a princípio, a negativa foi feita utilizando o critério etário. Ou seja, era uma paciente de vinte e dois anos que já tinha deixado claro que havia passado por alguns relacionamentos diferentes, em cada um deles ela tinha engravidado uma ou duas vezes e que, portanto, pra alguém que não estava mantendo um relacionamento estável, mesmo que, de curta, de duração significativa pequena e, pela questão da faixa etária, a negativa, então, foi justamente porque alguém que tem, na visão daqueles que atuam nessa... Na liberação, é alguém que teria uma possibilidade muito grande de se arrepender mais tarde. E, mais uma vez, eu acho que a gente deveria creditar, acrescentar a essa questão a questão dos eventuais efeitos que essa esterilização estaria trazendo pra ela, tendo em vista a faixa etária dela ser muito baixa e, consequentemente, tendo em vista os, pelo menos previstos, muitos anos de vida menstrual que ela ainda teria adiante de si. Ou seja, a

indicação foi, apesar de a lei estar sendo respeitada caso se fizesse essa esterilização, uma vez que ela, como diz a lei, ela já tinha três filhos e a lei fala em vinte e cinco anos ou dois filhos vivos. Então ela estaria... Não haveria por parte da equipe médica, eu entendo assim, nenhum risco, caso realizasse o procedimento, do ponto de vista de desrespeito legal. Eu não imaginaria aqui alguma questão legal, alguma infração legal, mas a equipe tenta trabalhar de uma forma bem mais ampla do que isso, ultrapassando os limites legais sem descumprir as restrições, é óbvio, e, conseqüentemente, aos vinte e dois anos, surge como sendo muito contrário aos interesses da paciente a realização, a indicação e realização de um procedimento desse tipo.

[Nesse caso em particular o que mais chamou atenção em relação a não atender ao seu desejo]. A faixa etária. Vinte e dois anos. Porque ela tem uma prole já bastante significativa, mesmo não sabendo o resultado final dessa gravidez em termos de viabilidade desse conceito, mesmo assim aos vinte e dois anos, hã... Como eu falei, a questão primeiro do arrependimento que passa a ser muito importante. E o fato dela não ter nenhum filho com esse parceiro que ela convivia, já que os três filhos eram de parceiros anteriores, né? Este era o primeiro filho, que ainda não tinha nascido, deste parceiro. Este seria um fator que você levaria em consideração. É um fator que pode ser levado em conta. Eu confesso que para... Na minha análise este é um fator secundário. Então não seria, realmente, pra mim essa questão teria uma importância muito pequena, se é que ela teria alguma importância. E esse fato não... Você não se preocuparia com o arrependimento futuro? Este fato que é a questão... a idade, sim, né. tem uma relação direta com o arrependimento. Então no caso Violeta, né, teoricamente, né, o procedimento estaria previsto na Lei. Está previsto na Lei. Já que ela tem a idade de vinte e dois anos, mas ela tem três filhos vivos.

[Perfeito]. Então, na verdade, a equipe médica, né, se colocou, de uma certa forma, contrária, né, num primeiro momento pra que se fizesse um... Vocês praticassem aí o desencorajar precoce da esterilização cirúrgica]. É isso mesmo. (Poseidon)

Nos discursos dos médicos, nos três casos acima, apesar de todas apresentarem idade inferior a 25 anos quando solicitaram a laqueadura tubária, os contextos reprodutivo e conjugal eram distintos, mas o aconselhamento discordante da equipe médica no caso de Camélia e Dália, além de ter idade inferior, elas tinham apenas um filho vivo, portanto, estavam em desacordo com a Lei 9263/96 em relação à idade e número de filhos.

No caso de Violeta, a mesma apresentava idade inferior a 25 anos, mas tinha, naquele momento, três filhos vivos, que se adequava no critério de 25 anos ou pelo menos dois filhos vivos da Lei 9263/96, mas, no entanto, no discurso de Poseidon, o aconselhamento discordante decorreu do desencorajar da esterilização cirúrgica precoce

previsto na lei, em face da juventude de 22 anos, instabilidade na situação conjugal e risco de arrependimento.

A situação peculiar de Dália, de 22 anos, e primeiro parto por cesárea, no discurso de Afrodite, a proibição ocorre por três motivos diferentes: a idade inferior a 25 anos, um filho vivo e no momento do parto por não apresentar duas cesáreas consecutivas anteriores.

O trabalho de YAMAMOTO (2011 p. 104)⁷⁵ é o que melhor ilustra o cenário de como os profissionais de saúde aplicam e interpretam o texto da lei no quesito previsto no artigo 10: 25 anos de idade ou pelo menos dois filhos vivos. Para melhor apreender este contexto, utilizou uma simulação clínica de uma mulher com 21 anos, em união e com dois filhos vivos requerendo a esterilização cirúrgica. Foi perguntado aos profissionais se neste caso a lei garante claramente o direito a esterilização ou se aprovariam e executariam o procedimento. Para muitos profissionais de saúde, a idade mínima é de 25 anos e a lei não garante o direito, portanto não aprovaria e não executaria. Para outros, entendiam que a lei garante o direito, aprovariam, mas não executariam o procedimento e tentariam desencorajar a esterilização cirúrgica precoce e, para a minoria dos profissionais, a lei garante o direito e, portanto, aprovariam e executariam o procedimento.

O desencorajamento da esterilização cirúrgica precoce prescrito na lei tem importante papel para aconselhar com qualidade na informação sobre o acesso a todas as opções de contracepção inclusive a de informar sobre o risco de um futuro arrependimento, sobretudo em mulheres jovens. Para muitos médicos, a tomada de decisão é revestida de dilemas éticos, morais e legais, pois se houver arrependimento futuro - fiz o “mal” -, se não ocorrer o arrependimento futuro - fiz o “bem” - a questão é onde está o limite do direito e a autonomia da mulher e o limite do médico neste aconselhamento, que depende do valor moral de cada indivíduo e que sua ideologia não se sobreponha ao desejo e direito da mulher. Cabe lembrar que os princípios da bioética que norteiam a prática médica são fazer o “bem”, não fazer o “mal”, o respeito a autonomia e o de fazer a justiça, subentendido como fazer o “justo”.

Como podemos observar neste grupo de mulheres com idade inferior a 25 anos com apenas um (1) filho vivo, o desencontro entre o desejo da mulher e o aconselhamento discordante reside principalmente na questão da ilegalidade e o que fica evidente neste contexto são os desencontros na interpretação distinta da lei entre os sujeitos. No caso de Violeta, a recusa ocorreu por três motivos diferentes: a flexibilidade na situação conjugal,

três filhos da união anterior e gestante do primeiro filho da união atual, a juventude de 22 anos e a necessidade de desencorajar a esterilização cirúrgica precoce por apresentar maior chance de arrependimento.

Por esta razão, a prática da esterilização cirúrgica se apresenta para profissionais de saúde como procedimento bastante complexo, quando comparado aos demais procedimentos por tratar-se de método definitivo e envolverem, no processo de tomada de decisão, a avaliação da maturidade do indivíduo e os critérios legais com suas diferentes interpretações, o que é para os profissionais prática revestida de dilemas éticos, morais e legais.

4.6.2- Sobre as Mulheres Sem Parceiro e Sem Parto Cesárea Anterior

Bromélia 24 anos, terceira gestação, um parto normal, um aborto, solteira, sem companheiro há dois meses. Profissão: operadora de caixa. Religião: católica, não praticante. A mulher se encontrava gestante de 31 semanas, apresentando diabetes gestacional fazendo uso de insulina e doença hipertensiva específica da gestação fazendo uso de drogas anti-hipertensivas. Filha de nove anos de um relacionamento anterior. Data da solicitação da laqueadura tubária: 05/07/2015.

Bom, é uma paciente que fez uma solicitação de esterilização através de laqueadura tubária e datada de sete de outubro de 2015, data na qual ela contava com vinte e quatro anos. Ela se encontrava grávida, uma gestação entre trinta e uma e trinta e duas semanas, pela data da última menstruação, e era uma paciente que estava fazendo uso de medicação para controle de um diabetes, aparentemente classificado como um diabetes gestacional, bem como um quadro de hipertensão arterial, também classificado como uma doença hipertensiva específica da gravidez. Ela era, naquele momento, uma terceira gestação, que contava ter tido um parto anterior, por via vaginal, e um abortamento e, portanto, com o filho vivo e sem qualquer registro de cesárea na solicitação que ela fez e, portanto, um filho vivo nascido por via vaginal. E, naquele momento, então, como eu disse, estava fazendo uso de insulina e, sendo que a gestação já se encontrava no terceiro trimestre.

[E, nesse caso, porque que os médicos se contrapuseram ao desejo da mulher, né? Porque ela solicitou a esterilização cirúrgica, né. E a equipe médica se colocou contrária] *Bom, existe aqui, acho que uma... Primeiro, com relação à realização no, eventualmente, no momento do parto, essa estaria, seria discutível. As duas situações, os dois, os dois diagnósticos que foram colocados como se somando à própria gravidez, que são a diabetes gestacional e a hipertensão arterial, ambos diretamente relacionados ao processo gravídico, provavelmente não seriam classificáveis como sendo condições que impossibilitariam ou que elevariam o risco cirúrgico anestésico, caso*

isso fosse postergado, ou seja, a esterilização tubária fosse postergada para um momento depois do parto. Agora, além disso, existe uma questão de precocidade ao pedido, tendo em vista que se tratava de uma mulher com vinte e quatro anos, que estava grávida, tinha um filho vivo, é verdade, mas que tinha condições clínicas que poderiam fazer com que esse... O recém-nascido dessa gravidez em que ela fez... Durante a qual ela fez o pedido, mas que ele tivesse uma evolução não tão satisfatória no berçário. Então eu entendo que a questão principal seria a precocidade, não apenas em termos de idade, mas também, tendo em vista que, como eu disse, apesar dela já ter um filho vivo as condições desse recém-nascido poderiam ser bastante desfavoráveis, uma vez que havia uma chance grande dele acabar, do feto acabar sofrendo as consequências desses dois diagnósticos que estavam complicando a gravidez.

Então neste caso, então, ele não... O caso dela não estava contemplado na lei. O caso dela não estaria contemplado na lei. Ou seja, ela não poderia, pelo texto legal, ser submetida ao procedimento de esterilização durante a assistência ao parto porque ela não tinha cesáreas, cesáreas anteriores, e também eu entendo que as condições clínicas que se somavam à gravidez não eram suficientes pra poder respeitar a Resolução 48. Ela poderia depois do parto, uma vez que essa criança estivesse viva e, passado o período de puerpério, ou seja, a partir do quadragésimo terceiro dia, apesar da idade dela, eu não sei se nesse momento ela já teria completado os vinte e cinco anos, mas supondo-se que ela não fizesse, que ainda continuasse com uma idade inferior aos vinte e cinco anos, ela até teria terminado esse prazo, uma vez que com os dois filhos vivos e uma vez que a lei prevê a questão etária ou a prole, então ela poderia, desde que essa criança tivesse uma evolução satisfatória durante o período neonatal e mesmo nas semanas seguintes. Então, no momento do parto a lei me parece ser muito clara no sentido de negar a essa senhora a possibilidade da realização da laqueadura tubária quando ela estivesse sendo submetida a assistência obstétrica. (Poseidon)

Azaleia, 34 anos, quinta gestação, três partos normais, um aborto, companheiro com 24 anos, união há quatro anos. Profissão da mulher: auxiliar de limpeza. Religião: católica não praticante. Profissão do companheiro: pedreiro. A mulher se encontrava gestante de 34 semanas, sem intercorrências no pré-natal, sendo o primeiro filho da união atual, a idade dos filhos era de quatorze, dez e oito anos, todos de relacionamentos distintos. Data da solicitação de laqueadura tubária: 30/07/2014.

Ela era uma mulher de trinta e quatro anos que referia uma união com um senhor de vinte e quatro anos. Ela encontrava-se grávida na época de trinta e quatro semanas que ela solicitou a laqueadura, era a sua quinta gestação, ela tinha três partos normais e um aborto. Tinha três filhos vivos e nenhum desses filhos era da união atual. Então, ela não tinha cesáreas anteriores. Ela apresentava apenas três partos anteriores, não apresentava nenhuma patologia, nenhuma comorbidade, então ela não se encaixava, né, assim, existia uma

proibição, pela Lei, da realização desta laqueadura no momento do parto, que era o que a paciente desejava.

Na verdade, essa laqueadura, ela foi aprovada, mas para realização após o parto, né, após o período do puerpério. Porque no momento do parto, como eu já disse, ela tinha três partos normais anteriores, então ela não apresentava nem sucessivas cesáreas anteriores e nenhum risco de vida materno, ela não apresentava nenhuma comorbidade, portanto não poderia ser realizada no momento do parto. Então esta questão, né, então ela, lógico que ela... O que recomenda a lei é que se fizesse um parto normal e depois de quarenta e dois dias, se ela assim desejasse, seria feita a laqueadura, de acordo com o texto da lei.

[No caso de você ter parceiros diferentes de todos os filhos, conforme ela relatou, né, e este parceiro ao qual ela tinha um relacionamento tinha uma idade, ele era bastante jovem, tinha vinte e quatro anos. Este seria um fator que você não recomendaria a esterilização cirúrgica?]

Na verdade, não seria nem tanto por conta da idade dele, mas, como eu disse, aqui a questão foi o procedimento no momento do parto. Essa é a questão, realmente, que nega a realização no momento que ela queria. Depois, é claro, entra a questão de não haver nenhum filho do atual relacionamento, né, o qual depois que ela tivesse o parto, né, que tivesse ocorrido o parto e essa criança nascendo bem e tal, aí o procedimento já estaria autorizado.

[de uma certa forma, então, a questão do momento do parto não pode ser atendido, de acordo com a Lei. Mas em relação ao marido ser extremamente jovem e ela não tinha, não tenha filho desta união com este parceiro. Este não é um motivo de preocupação em referendar e esterilização cirúrgica?]

Um motivo de preocupação pode até ser, né. Então é, também, um fator que a gente discute bastante com o casal quando a gente explica que vai ser negado no momento do parto, tal, e até pra ver se, mesmo assim, eles mantêm a decisão de estar realizando a laqueadura no pós-parto. Então essa questão é bastante colocada, caso haja algum problema com esse bebê que vai nascer, se mesmo assim eles vão querer manter a decisão, e a gente explica que, mesmo optando naquele momento, antes do nascimento, pra que seja feita a laqueadura, que ela não vai ser realizada no momento do parto. Portanto, eles vão ter um tempo, ainda, pra avaliar como é aquele bebê, se ele nasce bem, se ele está bem, antes dela vir a realizar um método definitivo, mas não é um impedimento pra realização do tal, do mesmo, né. E até o fato dela ter que aguardar os quarenta e dois dias pós-parto pra depois estar realizando o procedimento até permite uma maior observação desse recém-nascido, uma verificação de que está ocorrendo tudo bem com esse movimento dele.

[Então nesse caso não foi a idade, né, porque ela tinha uma idade de trinta e quatro anos no momento da solicitação. Trinta e quatro anos no momento da solicitação. Ela tinha três filhos vivos. Isto, do ponto de vista da Lei, ela não tem nenhum fator impeditivo...não. O fator impeditivo no caso, então, era em relação ao momento do parto]. *Sim.*

Mesmo se esse parto fosse cesáreo... sim. Em relação à lei é somente isso. (Afrodite)

Nos discursos dos médicos em relação à Azaleia, de 34 anos, o fato de a mulher não ter, naquele momento, união estável e se encontrar, dentro dos critérios estabelecidos em lei, com 25 anos ou pelo menos dois vivos, a proibição no momento do parto foi determinante na decisão da equipe médica, contrária ao desejo da mulher que seria a realização da laqueadura tubária no momento do parto. Apesar da regulamentação da Lei 9263/96, a cultura da realização da cesárea para fins exclusivos de laqueadura tubária, nos parece, permanece viva no imaginário das mulheres.

Os estudos de prevalência de esterilização cirúrgica no mundo e em nosso país se referem apenas a mulheres em idade reprodutiva com vida conjugal e não temos estudos de prevalência de mulheres ou homens esterilizados sem vida conjugal. Em relação à vida conjugal, a lei apenas prescreve artigo 10 § 5º: Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges. Não existe inferência sobre a necessidade de vida conjugal, pode ser decisão isolada do homem ou mulher sem vida conjugal.

O estudo de YAMAMOTO (2011 p. 124)⁷⁵, utilizando-se de uma simulação de caso clínico de mulher com idade maior que 25 anos, com dois filhos vivos e sem companheiro atual, perguntou se a lei garante claramente o direito à esterilização e se aprovaria e executaria o procedimento. Constatou que a maioria disse não haver impedimento legal e que aprovaria e executaria o procedimento, embora uma minoria preferiu não aprovar e executar o procedimento apesar de admitir a previsão legal - os discursos pareciam revelar que alguns profissionais, sentiam-se igualmente responsáveis pelas implicações futuras de arrependimento e apresentavam-se como dilemas de decisões.

Por sua vez, em relação ao caso de Bromélia, outros critérios prevalecem na decisão médica, e o fato dela não apresentar um parceiro, naquele momento, pareceu pouco relevante no processo decisório. O critério clínico de patologias, como diabetes mellitus e hipertensão na gestação, segundo o discurso de Poseidon, não preenche o critério de risco de vida regulamentado na resolução 48 do Ministério da Saúde⁴⁰ - critério de idade menor que 25 anos, um filho vivo e a proibição no momento do parto, pois a mesma não apresentava nenhum parto cesárea anterior, foram os critérios utilizados presentes nos discursos dos médicos.

Como podemos observar na fala dos médicos, o fator ausência de união não foi determinante para o aconselhamento discordante da equipe médica, e, sim, outros critérios: idade menor que 25 anos ou dois filhos vivos e a sua proibição no momento do parto prescrito na lei contrárias ao desejo da mulher.

4.6.3- Sobre as Mulheres com Um Parto Cesárea Anterior

Iris 39 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro com 53 anos, união de três anos. Profissão: do Lar. Profissão do companheiro: policial civil. Religião: católica não praticante. Religião do companheiro: católico. Ela se encontrava gestante de trinta semanas, sem intercorrências no pré-natal, primeiro filho da união atual. Um filho de dezesseis anos de outro relacionamento, portador de necessidades especiais (paralisia cerebral), companheiro com dez filhos de outros relacionamentos. Data da solicitação da laqueadura tubária: 10/08/2015.

Bom, é uma senhora de trinta e nove anos que refere uma união há três anos com um companheiro de cinquenta e três anos, e essa era a segunda gestação dessa senhora, com um parto anterior. E ela se encontrava durante a gestação, né, ao redor de trinta semanas de gestação e ela apresentava uma cesárea anterior. O seu marido, por sua vez, apresentava, de relacionamentos anteriores, dez filhos. E ela tinha um primeiro filho, conforme consta no prontuário, ele era portador de paralisia cerebral. Sim. Então... E o primeiro filho não era do atual companheiro. [Então o que... quais são os motivos e quais foram os critérios para que a equipe médica se colocasse contrária ao desejo da mulher].

Bom, inicialmente eu gostaria de dizer que nos casos onde não há um consenso da equipe, há uma discussão, né, entre os dois médicos que avaliam as solicitações pra, pra esterilização cirúrgica, tanto laqueadura como vasectomia. E no caso onde há discordância de um deles ou de ambos, o casal, preferencialmente, é chamado pra uma nova conversa, pra uma nova discussão do porque eles estão solicitando o método definitivo, e uma nova avaliação do caso pra avaliar se há algum risco, alguma comorbidade, e também para avaliar-se a possibilidade de uso de outros métodos contraceptivos. No caso, nesse caso em especial, essa paciente foi chamada, foi discutido tudo que eu citei com ela, né. E, na verdade, era uma paciente que não apresentava contraindicação nenhuma pra nenhum outro método. E a grande questão é que se tratava da segunda gestação com uma cesárea anterior, e o desejo da paciente era a realização da laqueadura no momento do parto, o qual pela lei, né, a lei é bastante clara em relação à laqueadura ser vedada nesse momento, né, durante o parto ou o abortamento. Então assim, isso foi explicado para paciente e foi autorizada a laqueadura com a ressalva e a orientação de que ela seria feita após quarenta e dois dias,

conforme diz a lei. E depois, agora fazendo a revisão deste caso, até para essa discussão, então nós observamos que a paciente após ter tido esclarecida pelos outros, né... Da possibilidade de uso de outros métodos, e até ser orientada sobre a eficácia dos outros métodos, ela acabou optando pela colocação de um dispositivo intrauterino, mesmo sabendo que ela tinha uma autorização para a realização da laqueadura após quarenta e dois dias do parto.

[Então quais são os motivos, os critérios clínicos que ela estava vedada à esterilização cirúrgica, neste caso]. Ela apresentava uma única gestação, que foi um parto cesárea, e, na verdade, a questão é que ela se encontrava gestante. Ou seja, o desejo dela era a realização da laqueadura no momento do parto, o que é vedado por Lei. [Quando vocês, médicos, se colocam contrários ao desejo da mulher, qual é o procedimento].

Então, é o que eu disse. Quando há alguma discordância entre as duas pessoas que vão estar avaliando esses processos nós chamamos o casal para uma nova discussão e orientação sobre o método reversível, sobre o método irreversível, né, a laqueadura ou vasectomia, nós colocamos os riscos, os benefícios, e, no caso aqui, a questão é colocada de uma forma bastante clara, e a gente até tem a lei, assim, pra que o casal possa ler, se assim desejar, né. Então é colocada a questão da lei e também é feita uma avaliação da possibilidade do uso dessa mulher, ou até mesmo a orientação do uso, por parte do homem, né. Então aqui, eu acho que nesse caso, em especial, eu acho que é importante ressaltar que era a segunda gestação dela, mas que o parceiro, ele já tinha dez filhos. Então, nesse caso, foi colocada também a possibilidade da vasectomia, não deixando com uma exclusividade da mulher a preocupação com o planejamento familiar. Mas assim, diante da negativa do parceiro foi feita a discussão em relação aos outros métodos, e como eu disse, mesmo tendo a laqueadura aprovada para após o parto a paciente, devidamente esclarecida, optou pela inserção de um dispositivo intrauterino, o qual ela, ela realmente acabou colocando.

[Mas, no momento da solicitação existia um desencontro entre o desejo da mulher e uma decisão contrária da equipe médica, né...Quais são... Qual o motivo? Ela está, o desejo dela está contrário? Ela está impedida, pela lei, de ter o seu desejo atendido]. Sim. A lei é bem clara quanto à realização da laqueadura no momento do parto. Na verdade, a lei permite a realização da laqueadura no momento do parto quando há situações de cesarianas sucessivas anteriores. Ou seja, ela teria que ter, pelo menos, duas cesáreas anteriores, que aí, neste caso, já haveria uma indicação de um parto cesárea, mas não era o caso desta paciente em questão, a qual estava grávida da sua segunda gestação e apresentava, unicamente, uma única cesárea. (Afrodite)

Jasmim, 32 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro de 33 anos, união de onze anos. Profissão: do lar. Profissão do companheiro: operador de máquina. Religião: protestante. Religião do companheiro: protestante. Ela se encontrava gestante de 29 semanas, Doença Hipertensiva Específica da Gestação, primeiro filho de parto cesárea.

Um filho deste relacionamento de seis anos. Data da solicitação da laqueadura tubária: 10/10/2013.

Bom, é uma paciente de trinta e dois anos, uma segunda gestação que tem como antecedente obstétrico uma cesárea anterior, filho vivo, e que no momento da solicitação tinha uma idade, estava grávida e tinha uma idade gestacional calculada em cerca de vinte e nove, trinta semanas de idade gestacional. É uma paciente, então, que tem apenas um filho vivo, está grávida ainda, não tem ainda... A gente não tem definição sobre as condições desse recém-nascido pra poder, eventualmente, garantir que ela poderá ter uma prole que possa ser minimamente considerada suficiente e lembrando sempre que de acordo com a lei de esterilização, 9263, mesmo que tivesse sido autorizado isso não poderia estar sendo realizado, pela lei, nessa, nessa... Nesse novo parto, ainda que o mesmo seja cesárea, uma vez que a gente estaria descumprindo a própria legislação.

Está previsto pela enquanto a esterilização. Ela pode ser esterilizada... A idade dela já seria o suficiente pra que ela pudesse ser submetida a uma laqueadura tubária. O momento, realmente, não poderia ser no parto, eu entendo assim, tendo em vista que essa seria... Mesmo que seja uma cesárea seria, ainda, uma segunda cesárea, portanto a gente estaria fora das possibilidades de realizar o procedimento neste momento, né, e o mesmo valeria, eventualmente, pra uma... Pra um parto vaginal, se eu imaginasse um procedimento por meio de laparotomia ou, até mesmo, por incisão periumbilical. Então, assim, a questão primordial aqui, no meu modo de entender, é a baixa paridade, a idade da paciente e que, ainda, a gente vê um certo número de mulheres que têm, mesmo depois de dois filhos nessa faixa de idade, o interesse em voltar a engravidar. Então a questão seria, principalmente, do ponto de vista da questão do arrependimento. Legalmente ela teria essa... No que ta estabelecido pela 9263 ela teria condições que seja realizada sem qualquer preocupação maior pra equipe, enquanto algum tipo de demanda a posteriori, desde que não se fizesse no momento do parto, uma vez que, como eu disse, a idade dela, sozinha, já seria suficiente pra que nós pudéssemos esterilizá-la. Não no momento do parto, volto a insistir. (Poseidon)

Liz, 34 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, sem companheiro. Profissão: secretária. Religião: católica não praticante. Ela se encontrava gestante de 22 semanas, fazia uso de fenobarbital durante a gestação, um filho de relacionamento anterior de oito anos. Data da solicitação da laqueadura tubária: 27/06/2014.

Bom, então é uma paciente, uma gestante que na época em que foi feita a solicitação encontrava-se mais ou menos na metade da gravidez, uma idade gestacional, calculada a partir da última menstruação, em torno de vinte e duas semanas, ela contava com trinta e quatro anos de idade naquele momento, não relatada qualquer

vínculo matrimonial e tinha como antecedentes obstétricos aquela ser a sua segunda gravidez. A primeira havia terminado em um parto cesáreo, esse filho estava vivo e a solicitação foi feita em junho de 2014. No meu modo de entender era uma solicitação que, levando-se em conta a Lei 9263, não poderia ser atendida quando da assistência ao parto, propriamente dito. Ela poderia e, provavelmente, ela tinha uma chance grande de terminar num novo parto cesáreo, mas, tendo em vista o texto da lei, por ser apenas uma cesárea anterior, eu não consigo imaginar que a gente poderia considerar essa como sendo uma solicitação legal ou a realização, melhor dizendo, legal, tendo em vista, eu volto a insistir, o fato dela ter apenas uma cesárea anterior. Isto... esta negativa é em relação ao momento do parto. Exatamente. Você já poderia ter a autorização para a esterilização e, inclusive, independeria do número de filhos ou da condição desse novo filho, uma vez que a idade dela, trinta e quatro anos já seria suficiente para cumprir o exigido na lei. Mas, realizar durante a assistência ao parto propriamente dito, mesmo que fosse uma cesárea, eu não sei como é que terminou essa gravidez, mas não seria algo que, no meu modo de entender, respeitaria a Lei 9263.

Então independente se fosse parto normal ou se fosse cesárea, ela estaria impedida do ponto de vista da lei...Do ponto de vista da lei me parece claro que ela não poderia estar sendo submetidas à esterilização quando dessa nova assistência obstétrica. Ou seja, ela teria que aguardar o período de quarenta e dois dias, retornar à instituição caso ela insistisse na proposta de esterilização tubária, mas essa, esse procedimento, no meu modo de ver, não poderia ser realizado quando da assistência obstétrica, independentemente da via de parto a que ela acabou sendo submetida. (Poseidon)

Tulipa, 24 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro de 20 anos, união de dois anos. Profissão: do lar. Profissão do companheiro: ajudante geral. Religião: Evangélica praticante. Religião do companheiro: Evangélico. Ela se encontrava gestante de 34 semanas, sem intercorrências no pré-natal. Este é o primeiro filho deste relacionamento. Um filho de quatro anos de idade com atraso psicomotor de relacionamento anterior. Data da solicitação da laqueadura tubária: 10/01/2014

Bom, essa gestante, ela tinha vinte e quatro anos, o seu companheiro tinha vinte anos, eles estavam casados há dois anos, ela estava na segunda gestação e ela tinha um parto que era um filho, né, um único filho, e o seu companheiro não tinha nenhum filho e tinha vinte anos. Então, no caso, quando a gente avalia o que diz a Lei, então a primeira coisa é que o método cirúrgico ou método definitivo, para que ele seja requerido é necessário que essa mulher tenha capacidade civil plena com, pelo menos, dois filhos vivos ou então mais do que vinte e cinco anos. Então aqui a gente já tem um primeiro ponto, porque essa paciente ela tinha apenas vinte e quatro anos com apenas um filho vivo. E a segunda questão é que ela solicitava a laqueadura no momento do parto, ela tinha apenas uma cesárea, ela poderia até ter um parto normal, mas mesmo que esse parto fosse um parto cesárea a lei também, né, como nós já falamos em outras vezes, ela não

permite a realização da laqueadura no momento do parto, salvo em algumas situações como cesáreas anteriores ou um risco de vida materno, e essa paciente também não apresentava nenhum tipo de alteração.

E a questão do critério social? Eu acho que ela tinha um filho... Ela tinha um filho com atraso neuropsicomotor, mas assim, apesar desta questão não havia nada dizendo que este, que essa alteração fosse algo com um comprometimento genético e também não havia nenhum estudo que indicasse risco numa próxima gestação, e este filho era de um relacionamento anterior. Então mesmo que houvesse uma causa genética, que aqui não foi, de forma alguma, comprovada, se tratava de um novo parceiro.

[Então do ponto de vista reprodutivo, e critérios clínicos e sociais, não existia nenhuma indicação do ponto de vista da lei?] Não está previsto na lei. Não. O caso dela não tem nenhuma previsão legal. Não, pelo contrário, tem dois pontos que são, vamos dizer assim, problemas pra que se realize. Primeiro a idade dela com apenas um filho vivo e segundo que ela pleiteava a laqueadura no momento do parto. (Afrodite)

As quatro mulheres deste grupo tinham em comum o primeiro parto por cesárea, duas delas, Tulipa e Iris, tinham filhos portadores de necessidades especiais, três delas tinham idade superior a 25 anos, exceto Tulipa com idade de 24 anos, e todas tinham em comum apenas um filho vivo.

O estudo de YAMAMOTO (2011)⁷⁵ ilustra esta situação das mulheres em que não apresentam duas cesáreas consecutivas anteriores, utilizando-se de uma simulação clínica de uma mulher que preenchia os critérios legais em relação a idade e número de filhos vivos, gestante e na condição de não ter cicatriz de cesáreas prévias, além de já ter a aprovação da laqueadura durante a gestação. No estudo, foi perguntado, caso a gestante tivesse indicação médica de cesárea, se nessa condição estaria impedida de realizar a laqueadura durante o parto e, se não estivesse, o porquê. Para a maioria dos profissionais de saúde, ela estaria impedida de acordo com a lei e não fariam a laqueadura tubária; para a minoria, executaria o procedimento por não entenderem que existe um impeditivo legal. Para outros, apesar do impedimento legal, executaria o procedimento mesmo contrariando a lei com risco de serem penalizados por entenderem que é injusto e desproporcionado submeter a mulher a nova internação, nova anestesia e nova cirurgia, considerada por muitos como incruento, injusto e desproporcionado após a previsão legal de 42 dias de pós-parto.

Neste grupo de mulheres, a questão central é a proibição no momento do parto: artigo 10 § 2º: É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto

ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores (Anexo I).

Como podemos observar nos discursos dos médicos, o que fundamenta o processo decisório é a questão da legalidade que, neste grupo, além da questão central ser a execução no momento do parto, ainda persiste a questão de um filho vivo em que as mulheres consideram como dois filhos vivos, aquele que ainda está no ventre materno.

4.7- AS IMPLICAÇÕES DO ACONSELHAMENTO DISCORDANTE

4.7.1- Em Relação à Assistência ao Parto

Diante da recusa da equipe médica em relação ao desejo de esterilização cirúrgica e a proibição no momento do parto, exceto nos casos de cesáreas consecutivas anteriores prescrita pela lei, foi adotada a conduta obstétrica usual e o desfecho final foi o seguinte:

- Azaleia e Violeta tiveram três partos normais e Camélia, um parto normal; as três tiveram, como desfecho final, partos normais e tinham, implicitamente, o desejo de serem esterilizadas no momento do parto, quando da solicitação;
- Bromélia teve indicação obstétrica de parto cesárea por ter apresentado diabetes mellitus e hipertensão arterial específica da gestação. Tinha um parto normal anterior;
- Jasmim, Dália, Iris e Tulipa, Liz tinham previamente um parto cesárea e tiveram parto cesárea sem terem sido contempladas pela esterilização cirúrgica no momento do parto.

Como podemos observar, a implicação do aconselhamento discordante ao não autorizar a realização da esterilização cirúrgica no momento do parto, nos casos das mulheres que tinham um parto cesárea prévio, foi de que as mesmas tiveram parto cesárea e não foram contempladas com a laqueadura tubária. Se permanecessem com a intenção de fazer a laqueadura terão que ser submetidas a um novo procedimento, considerado por muitos como indigno e incruento, além de nova anestesia e nova internação após os 42 dias do parto prescritos em lei. Cabe esclarecer que, do ponto de vista obstétrico, as taxas de sucesso de parto vaginal depois de uma cesárea variam entre 60 e 80%. No nosso meio, em estudo realizado em Campinas (SP), observaram taxa de parto vaginal de 57% e, em Recife (PE), a taxa foi de 68,4% ³.

O “espírito da lei” visava a coibir a prática da cesárea para fins exclusivos de laqueadura tubária, entretanto, para estas cinco mulheres que evoluíram para parto cesárea, a lei não teve sucesso na tentativa de redução da taxa de cesárea. Por outro lado, três mulheres tiveram partos normais que, muito provavelmente, se fosse antes da regulamentação da lei, o desfecho seria de um parto cesárea com laqueadura tubária.

4.7.2- Em Relação à Vida Sexual Sem a Esterilização Cirúrgica

Para a maioria das mulheres entrevistadas por SERRUYA (1996)⁶², nada tinha mudado ou pouco coisa havia mudado, embora existisse uma grande expectativa em ter contracepção segura para vida sexual mais plena.

Em 1999, OSIS⁴⁸, em seu estudo, teve entendimento que, quando as mulheres se referem à melhora na sua vida sexual atribuída a laqueadura, estariam fazendo referência à segurança de não engravidar, que lhes daria vida sexual menos atemorizada e não ao prazer sexual propriamente dito.

Em 2006, GONÇALVES e MARCON²⁸, em pesquisa sobre a percepção de mudanças em relação ao desejo sexual após esterilização cirúrgica, as mulheres informaram que 43% tinham melhorado e 46% referiram que tinha piorado e, em relação ao prazer sexual, 46% referiram melhora e 44% relataram indiferença²⁸.

Em 2008, GONÇALVES GAA²⁷ et al., por sua vez, afirmam que muitas mulheres se manifestavam arrependidas após a laqueadura e, ao mesmo tempo, havia motivos de satisfação como a despreocupação com a possibilidade de engravidar ou vida sexual mais prazerosa²⁷.

Na maioria dos discursos das mulheres, a ideia presente é que, se tivessem sido contempladas com a laqueadura tubária, estariam mais tranquilas em relação a não engravidar, entretanto elas entendem que não teriam grandes mudanças em relação ao seu companheiro e à sua vida sexual, como podemos observar nos relatos abaixo:

Se tivesse feito ...eu ficaria mais segura. Sim, até o psicológico. Hoje eu tenho medo de engravidar. Eu não quero de jeito nenhum porque isso pode mexer com o futuro dos meus outros dois filhos. Não só com o deles, como o meu e da minha família. Aí, é tipo assim, aí eu já tava mais segura porque eu não teria filho. (Dália)

[E aí o quê que você acha que... Se você não po... Não vai ter mais filhos, né, então o quê que você acha que seria... O seu relacionamento ia ser melhor com o seu parceiro]. *Não, não ia mudar nada, não. Ah, é o que eu te falei, aí eu já taria, tipo assim, eu já taria segura que eu não ia engravidar mais. (Risos). Apesar, né, que não é cem por cento garantido, mas... (Iris)*

[Então, se você fosse contemplada com a laqueadura você acha que a sua vida com o seu marido seria melhor? Você acha que tinha mudado a sua vida?] *Não, seria a mesma coisa. Em vista da sua sexualidade. Seria a mesma coisa. Você não... Você acha que isto não ia melhorar a sua vida ...não. (Camélia)*

O que teria mudado é assim, eu não ficar com aquela, com aquela coisa na minha cabeça. Assim, quando eu ter relação com o meu marido, por exemplo, eu uso o preservativo. E se estourar... Aí eu vou ter que tomar a pílula do dia seguinte. Não, não quero tomar a pílula do dia... Assim, se for o caso de acontecer eu vou ter que tomar, mas assim, essa preocupação, essa pressão, porque assim, realmente eu não quero mais ter, eu tô bem satisfeita com as duas. E o que a laqueadura ia mudar pra mim, se eu fosse contemplada, seria isso.
[E você acha que a sua vida sexual e a sua vida conjugal estaria melhor] *É, porque eu estaria mais tranquila. Eu acho que eu ia estar mais tranquila. (Jasmim)*

[E se você tivesse sido contemplada com a laqueadura, você estaria mais feliz hoje?]. *Sim, estaria mais tranquila.* [E você acha que poderia estar melhor a sua vida com o seu marido ou a sua vida com a família]. *Não, ia tá a mesma coisa. Não ia mudar nada. (Liz)*

[Então você acha que se você tivesse feito a laqueadura, você... A sua vida sexual seria melhor?] *Eu creio que sim. Também.* E o seu relacionamento com o seu parceiro, você acha que teria modificado? *Não muita coisa, assim, porque vai muito do nosso relacionamento. Isso daí não altera tanto, não, mas mais o meu psicológico mesmo, de não querer engravidar, de não querer ficar grávida. (Tulipa)*

Como podemos observar nos discursos acima, o fato de não terem sido contempladas com a laqueadura tubária não teve impacto em sua vida sexual e mudança no relacionamento com o seu companheiro, pois, em suas expectativas, elas estariam mais seguras em relação a não ter mais filhos. Em seus entendimentos, de uma maneira geral, não teriam grandes mudanças em relação à vida sexual, embora exista uma limitação deste estudo no aprofundamento quanto a essa questão. Estes achados são concordantes com o registrado na literatura relatados por SERRUYA (1996)⁶², OSIS (1999)⁴⁸ e GONÇALVES e MARCON (2006)²⁸.

4.7.3 - Repensando o Método Contraceptivo

No discurso das mulheres, duas delas, Azaleia e Liz, continuaram com o firme propósito de fazer a laqueadura tubária, três optaram pelo dispositivo intrauterino, três delas, pelo método injetável e uma, pelo preservativo. Embora todas elas não tenham o seu desejo contemplado em relação à esterilização cirúrgica, a maioria optou por métodos reversíveis, o que de alguma maneira pode refletir o importante papel da equipe multidisciplinar em desencorajar a esterilização cirúrgica precoce, que se encontra previsto na lei, preservando, em muitas vezes, projetos na vida futura em relação ao planejamento reprodutivo.

[E você... O quê que você repensou? O quê que você... A partir do momento que foi recusada a laqueadura você repensou na sua vida. Em como fazer com a sua vida]. *Eu pensei em continuar insistindo com a laqueadura.... porque eu ia me sentir mais segura. Eu não quero ter mais filhos. (Azaleia)*

[Bom, atualmente você está usando o DIU, né.] *Sim. isso (Dália)*

“Como se for cesárea aí já... Já pensei, aí já faz tudo de uma vez, já tá cortado, já aproveita dentro e já faz tudo”, mas aí ela falou que não, que não fazem.

No meu caso eu vou desistir da laqueadura porque com seis meses não dá pra mim voltar aqui de novo, cortar de novo, e outra, eu não posso, eu expliquei pra ela o caso da criança que eu tenho, você entendeu. Então, eu queria... Eu estava pensando no DIU (Iris)

[E, atualmente, você, então, você está com o DIU, né? E você... Como é que você está com o DIU? Você está satisfeita com o método.] *Tô. Não me faz mal nenhum. (Camélia)*

[E que método você está usando hoje.] *Preservativo. (Jasmim)*

[Que você tá me falando, né, agora você quer fazer a laqueadura. Ahan. Você acha que você tem... Tá dentro da lei o seu caso]... *Sim. Eu tô. [E você não tem medo de se arrepender de fazer laqueadura] Não. (Liz)*

[E, então, o método que você tá usando atualmente é o injetável?] *Injetável mensal. (Tulipa)*

[E, atualmente, então, você tá usando]... *A injeção. A injeção a cada três meses. É. E você tá tendo algum problema com injeção. não. (Violeta)*

[E, assim, não sendo feita a laqueadura, né, durante o seu parto agora, você já pensou em usar algum outro método]... *sim, eu tô pensando de tomar uma injeção. (Bromélia)*

A questão relevante em relação às mulheres que não obtiveram o seu desejo atendido em relação à laqueadura, passados quinze meses em média do parto, calculados a partir da idade do filho mais jovem é a maioria delas continuavam vulneráveis à gestação não planejada, visto que, apenas duas estavam usando o DIU, as outras estavam pensando em fazer uso ou estavam utilizando anticoncepcionais de baixa eficácia. Cabe lembrar que o período que se segue ao parto é um momento desgastante para a mulher que está atarefada com o cuidar, criar e educar os filhos, além da preocupação com o aleitamento materno, em muitas vezes esquecendo-se de cuidar de si própria, inclusive em prevenir nova gravidez dificultando o exercício do seu direito reprodutivo. Desta forma, entendendo que deve ser repensado a proibição no momento do parto e pós-parto por meio do aperfeiçoamento da lei.

4.8- DO DESEJO À BUSCA DO DIREITO: CASO EXEMPLAR

4.8.1- Breve Histórico

Rosa, 25 anos, segunda gestação, um parto cesáreo, companheiro de 25 anos, tempo de união dois anos. Profissão: consultora de crédito. Religião: não é praticante de nenhuma religião. Profissão do companheiro: gerente de projetos. A mulher se encontrava gestante de 28 semanas, teve trombose venosa profunda na primeira gestação e fazia uso de anticoagulantes nesta gestação. Uma filha do relacionamento atual com dois anos. Data da solicitação da laqueadura tubária: 30/09/2014.

Eu passei com uma médica, ela verificou a minha ficha de encaminhamento do planejamento familiar relativo a laqueadura, daí ela foi falar com a supervisora dela. A supervisora dela veio pra falar comigo e disse da seguinte maneira: “Oh, mãe, nós não vamos fazer a laqueadura em você porque você não tem dois filhos vivos e, por causa disso, nós não podemos fazer”. Eu rebati e falei: “Não, mas de acordo com a lei eu tenho que ter vinte e cinco anos ou dois filhos vivos”, ela: “Não, mãe, mas você tem que ter dois filhos vivos. Vai que acontece alguma coisa daí você tem a criança, depois você volta aqui pra nós vermos se você vai poder fazer ou não”. O jeito que ela falou e o deboche que ela disse foi o estopim pra mim acabar indo diretamente pra Defensoria Pública pra fazer a solicitação. (Rosa)

4.8.2- O Discurso da Mulher e o Discurso dos Médicos em Relação à Previsibilidade Legal

A seguir apresentamos o discurso de Rosa:

O primeiro parágrafo da lei...se você tem vinte e cinco anos ou dois filhos vivos”, porque recusar?

[O quê que você entende nessa interpretação de vinte e cinco anos ou pelo menos dois filhos vivos. Como é que você interpreta isso]... *Eu interpreto assim: eu posso ter dezesseis anos, se eu já tiver dois filhos vivos eu tenho direito a fazer essa laqueadura; se eu não tiver nenhum e ter vinte e cinco anos eu também tenho direito.* [Então, no momento você estava gestante. Estava gestante da segunda. Então você tinha um filho vivo]. *Um filho vivo. Então você acha que tinha direito porque você tinha a idade, é isso. Eu tinha a idade necessária. A idade necessária.*

[E estaria no segundo filho. E sobre a questão da lei em que você... É vedada a esterilização cirúrgica em... No momento do parto, exceto quando você tem duas cesáreas consecutivas anteriores. Você tinha conhecimento desse parágrafo da lei]... *tinha, tinha conhecimento sim.* E como é que você interpretava essa questão. *Então, essa questão eu interpretei da seguinte maneira: se, por um acaso, problemas médicos superiores, desde que a pessoa se enquadre no primeiro quesito, se por um acaso acontecer essas... Se ela não se enquadrar no primeiro quesito ela pode se enquadrar nesse. Não que uma anule, possa anular o outro, que é o que eu acho que esteja acontecendo.* [Então no seu caso, especificamente, você acha que você estava... O médico estava impedido legalmente, diante da lei, de fazer a esterilização cirúrgica]. *Eu acho que não.* [Por que...E porque que você...então a sua interpretação da lei é que você, mesmo, né, no momento do parto, né]. *Isso.* [Você teria... Se, por um acaso, fosse cesárea eu teria direito a fazer essa laqueadura]. *Isso.* [Se a lei diz que é vedada a esterilização cirúrgica no momento do parto, exceto quando você tivesse duas cesáreas anteriores]. *Isto é o que está escrito na lei, né, desta forma. É.* [Pensando no seu caso, né, que você estava na segunda cesárea, quer dizer, você não tinha duas cesáreas prévias]. *Isso.* [Mesmo assim você acha que os médicos têm legalidade para praticar a laqueadura]. *Com certeza.* [Isso no seu entendimento]. *sim no meu entendimento.* [E você acha que, no entendimento da maioria dos profissionais, você acha que é esse o entendimento ou é o seu entendimento particular sobre essa questão?]

Não, o que eu achei é que está ocorrendo da seguinte maneira: naquela parte da lei que fala “Vinte e cinco anos ou dois filhos vivos”, noventa por cento da equipe médica que eu vi na... No momento que eu fui passar aqui no hospital, eles não falou esse “OU”, eles colocam o comparativo: “Você tem que ter vinte e cinco anos E dois filhos vivos”. Eles nem pestanejam com relação a esse segundo parágrafo. É esse primeiro parágrafo que eles dão como chave final.

Então para eles, pelo que eu percebi, esse quesito de você ter que ter dois ou três é só um detalhe à parte, porque eles estão batendo na tecla em cima de que você tem que ter vinte e cinco e dois filhos, no mínimo, não que você tenha tido outras cesáreas.

[E você acha que tem que ter uma idade mínima, né, de fazer a esterilização cirúrgica, né. Então... Por que]... Isso. [com relação a esse parágrafo... É porque eles são, vamos dizer assim, eles são pessoas más que não querem conceder a esterilização cirúrgica. (Risos). Pelo menos no seu caso é assim. Porque a interpretação sua: “Olha, eu tenho direito porque está previsto na lei”, né?] Isso. (**Rosa**)

Discurso do médico Poseidon:

...quando ela apresentou a solicitação para uma possível esterilização cirúrgica, preferencialmente, pelo que eu pude entender daquilo que ela colocou, no próprio momento do parto, caso ele viesse a ser realizado aqui na instituição. essa solicitação, é... Passou pelo crivo da própria equipe de planejamento familiar, acabou vindo posteriormente para mim e, em cumprimento à lei que rege este tipo de procedimento, ou seja, a esterilização no caso de uma gestante, da puérpera, eu entendia que ela poderia após o parto, até poder ser submetida a um procedimento dessa natureza, porém não durante o parto mesmo que se tratasse de uma cesárea. Isso porque a própria lei, a 9263, estabelece claramente que pra que você realize uma esterilização durante a assistência ou logo após o nascimento do... Ou logo após o parto, você precisa ter ou cesáreas sucessivas, o que significaria que ela precisaria ter pelo menos duas cesáreas anteriores, coisa que ela não tinha, ou então se ela apresentasse algum diagnóstico que tornasse o novo procedimento cirúrgico e anestésico de alto risco e não se, no meu modo de entender, eu não poderia classificar aquilo que estava sendo apresentado como justificativa pra esse aumento de risco, eu não conseguiria entender os antecedentes dela, vasculares, como sendo algo que poderia permitir à equipe esse tipo de procedimento naquele momento. em cima do que foi proposto na portaria ministerial 48 de 1999. Pra mim, especificamente, o primeiro critério foi a lei em si. A questão de você não ter cesáreas anteriores, ou seja, de ser aquela a segunda cesárea, o critério que a própria lei estabelece, bem definido com relação a isso... A idade dela era uma idade limítrofe, ela teria os vinte e cinco anos exigidos por lei no momento do parto, mas, volto a dizer, em cumprimento à legislação do país eu entendia que a realização do procedimento durante a assistência ao parto, propriamente dita, seria, deveria ser considerado uma litude legal e, conseqüentemente, também uma litude ética por parte da equipe médica.

[Neste caso em particular, no caso da Rosa é... Os critérios clínicos, sociais e reprodutivos utilizados na sua tomada de decisão, eles estão previstos na lei?]

Eles estão previstos na lei. Existe... Poderia se questionar, por exemplo, a questão do número de filhos, porque a lei fala em uma

idade mínima, no caso vinte e cinco anos, ou pelo menos dois filhos vivos. A rigor, a rigor, ela até, uma vez que se... Caso se optasse por realizar o procedimento durante a cesárea e esse feto nascesse vivo, isso possivelmente pode ser interpretado como um cumprimento a esse quesito em particular, mas, como eu disse, a realização do procedimento durante a assistência ao parto em uma paciente que não tem cesáreas anteriores àquela ou que não tenha uma comorbidade que possa tornar o novo procedimento cirúrgico anestésico de risco deve ser considerado ilegal. E isso sem contar outras considerações que poderiam ser levantadas. É uma paciente jovem, é uma mulher jovem, melhor dizendo, que pode, eventualmente, acabar se arrependendo de um procedimento. Essas considerações são de natureza muito mais pessoal da equipe e... Mas que me parecem que deverão ser consideradas na análise de uma demanda dessa natureza. (Poseidon)

Discurso da médica Afrodite:

Bom, esse caso era de uma paciente de vinte e cinco anos, ela se encontrava na segunda gestação, ela tinha uma gestação anterior que havia sido um parto cesárea e ela havia apresentado uma intercorrência de um tromboembolismo pulmonar. E ela procurou o hospital ao redor de trinta e cinco semanas solicitando uma laqueadura tubária. Ela foi esclarecida que de acordo com a lei 9263 não é possível realizar-se a laqueadura no momento do parto, salvo as especificações da lei, né, salvo o que diz a lei, por cesarianas sucessivas anteriores ou por um risco de vida materno. Ela foi esclarecida de que ela poderia... Assim, nós fazemos isso com todas as pacientes. No caso, o tromboembolismo pulmonar, ele é uma contraindicação pra uso de método hormonal combinado. Porém, essa paciente poderia usar qualquer outro método só de progestogênio, poderia usar dispositivo intrauterino e poderia realizar a laqueadura tubária ou, melhor ainda pra ela, né, se o seu marido se dispusesse a fazer uma vasectomia pra que ela não viesse a passar por um procedimento cirúrgico após a cesárea. Então normalmente a gente orienta tudo isso, né. E a equipe de planejamento familiar segue o que realmente existe na Lei, né, que diz que é vedada a realização da laqueadura no momento do parto, salvo as situações que eu citei.

[Então, pelo texto da lei] ... Ela está proibida. Porém, muitas vezes o próprio médico acaba entrando, fica uma situação que a gente fica até... vai contra o que diz a consciência, né. Por exemplo, em algumas situações onde a paciente já tenha um grande número de filhos ou a gente já imagina que, diante daquela situação, a chance de um parto cesárea, cesáreo, vai ser grande. Muitas vezes é difícil pra gente negar aquele procedimento no momento do parto, né, sabendo que a paciente depois vai ter que se submeter a um novo procedimento. Porém, é o que diz a Lei. E no caso dessa paciente que só tinha uma cesárea anterior e ainda não havia uma patologia que indicasse a realização de parto cesárea. No caso, poderia até ocorrer o parto

normal, por exemplo, né. E... Então assim, não haveria, vamos dizer assim, não era um caso que gerasse muita dúvida em relação a esse caso e o que diz a Lei. (Afrodite)

No discurso de Rosa, ela apresentava os pré-requisitos prescritas na lei, pois a idade de 25 anos já era o suficiente para requerer a laqueadura tubária. Interessante destacar que fica subentendido, na interpretação de Rosa, que a lei prescreve outro critério em relação à idade de 25 anos ou pelo menos dois filhos vivos: defende que o fato de ter 25 anos isoladamente – e, independentemente do número de filhos - já é suficiente para a realização do procedimento. De fato, a lei conforme interpretação distinta prescreve que uma mulher sem filhos e com idade superior a 25 anos se encontra dentro dos critérios de elegibilidade para a esterilização cirúrgica. A proibição no momento do parto em segundo parto cesárea, que poderia ser o seu caso, foi desconsiderada totalmente no discurso da requerente.

No discurso médico, Poseidon relata que ela não tinha duas cesáreas sucessivas anteriores, entendia que não apresentava nenhum diagnóstico que tornasse o novo procedimento cirúrgico e anestésico de alto risco e que os antecedentes vasculares apresentados não se enquadrariam na Portaria Ministerial nº48 de 1999. Portanto, em respeito à legislação do país, ele entendia que a realização do procedimento durante a assistência ao parto, propriamente dita, deveria ser considerada licitude legal e, consequentemente, também licitude ética por parte da equipe médica. Quanto à idade apesar da juventude de 25 anos considerou limítrofe, mas dentro da lei.

No discurso de Afrodite, existia impedimento legal no momento do parto, pois a mulher apresentava apenas um parto cesárea anterior e não apresentava risco de vida materno para que se realizasse no momento do procedimento e diversas opções de contraceptivo reversíveis poderiam ser utilizáveis por parte da requisitante.

Como podemos observar, o exercício dos direitos reprodutivos se inicia na atenção básica em que a mulher tem o direito de ser informada e de ter acesso a todos os métodos contraceptivos para regulação da sua fecundidade, no caso da esterilização cirúrgica deve ser aconselhada por equipe multidisciplinar e desencorajada a esterilização cirúrgica precoce e sua prática é permeada por uma lei. O desencontro se iniciou no encaminhamento equivocado pela atenção básica, pois a mesma não cumpria os requisitos legais, embora, o que fica evidente, neste caso, é que o início dos desencontros entre desejo da mulher e o aconselhamento discordante da equipe médica dá-se nas distintas interpretações da lei entre os sujeitos.

4.8.3- Da Decisão Judicial ao Desfecho Final

4.8.3.1- A Manifestação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo

Transcrição do processo judicial (referências bibliográficas, contidas no processo):

I- DOS FATOS:

A autora está gestante de 35 semanas, do seu segundo filho, e tem 25 anos de idade, vive com seu companheiro e não consegue emprego em virtude de estar gestante e ter filho pequeno, de um ano, do qual precisa cuidar.

Em virtude de sua situação financeira muito desfavorável, visando o bem-estar do seu filho, de um ano, e do que está para nascer, manifestou o desejo de realizar laqueadura tubária bilateral, **após o parto que ocorrerá até o dia 24 de dezembro de 2014**, a fim de evitar a necessidade de uma nova internação em momento futuro, quando estará com dois filhos pequenos para cuidar e sem condições de ser novamente internada.

A Autora, ainda, comprova que sua primeira gestação já teria sido de alto risco, pois desenvolveu **trombo embolia pulmonar** e foi submetida ao procedimento de cesárea em razão desse risco.

Atualmente sua gestação é considerada de alto risco devido às sequelas de trombo embolia pulmonar, razão pela qual é obrigada a fazer uso de medicamento anticoagulante diariamente.

Anota que já passou por todo o procedimento prévio para a realização da cirurgia de esterilização voluntária, no qual foi realizada entrevista de reflexão sobre o método da laqueadura e já manifestou expressa vontade neste sentido perante o Sistema Único de Saúde.

Ocorre que foi negada a possibilidade de realizar a laqueadura no mesmo dia que o parto, mesmo considerando que o parto será pelo método de cesariana.

Assim não houve alternativa à autora senão buscar tutela jurisdicional voltada a obrigar os réus, em regime de solidariedade, **a realizarem a laqueadura tubária bilateral no mesmo dia do parto, que ocorrerá até o dia 24 de dezembro de 2014, segundo informações do médico do SUS.**

II- DOS DIREITOS

No âmbito nacional, a constituição Federal prevê: Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. (...) § 7º - Fundado nos princípios da dignidade da pessoa e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Lei 9263/96:

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta lei.

Art. 2º Para fins desta lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10. 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 da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

Como se lê, o **artigo 6º da Lei 9263/96 dispõe que “as ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema único de Saúde”**.

De sua vez, o Ministério da Saúde, tendo em vista o artigo 6º da referida lei, inicialmente publicou a portaria SAS/MS nº 144 de 20 de novembro de 1997. E, em **11 de fevereiro de 1999**, a Portaria 144 foi revogada pela **Portaria nº48**, com intuito de estabelecer normas de credenciamento de serviços e a instituição na tabela SIH/SUS dos procedimentos de laqueadura tubária e vasectomia, bem como determinar critérios técnicos para a sua execução.

Entre as inovações a referida Portaria estabelece em seu art. 4º, inciso IV, parágrafo único, o que segue:

É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para a sua saúde. Neste caso a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos.

Ocorre que a norma 4º, IV, parágrafo único, da portaria é desproporcional e incompatível com a norma constitucional inserta no artigo 226, § 7º da Constituição.

Senão vejamos:

Embora o método cirúrgico tenha sido autorizado no sistema público nacional, somente com o advento da Lei do Planejamento Familiar, há muito tempo era utilizada pelo setor privado de saúde. Elza Berquó e Suzana Cavenhagui afirmam que é notório e de amplo conhecimento que várias cirurgias eram de fato regularmente realizadas durante partos por cesarianas e, fora do parto, registradas como outros procedimentos médicos nos serviços de saúde do Estado. Citam ainda, diversos autores que coadunam com a mesma ideia. (In <http://jus.com.br/artigos/7212/esterilizacao-feminina-na-otica-dos-direitos-reprodutivos-da-etica-e-do-controle-de-natalidade/2>)

No mesmo site acima citado, constam as razões políticas e econômicas desta limitação: Na época da aprovação das normas para a esterilização, as taxas de parto cesáreo constituam um sério problema de saúde pública, justificando a medida. De acordo

com o PNDS de 1996, mais de 50% de todas as esterilizações ocorreram durante um nascimento por cesariana. Nas regiões mais desenvolvidas do país estas estimativas chegam a 70% indicando um abuso deste procedimento como meio de esterilização.

(...) A Pesquisa realizada pela Comissão de Cidadania e reprodução, em 1999, apontou para um aumento da demanda por cirurgia de esterilização após a publicação da Lei do Planejamento familiar o que, segundo alguns entrevistados, estaria prejudicando o acesso das mulheres com indicação (risco à saúde) à cirurgia.

Para solucionar a falta de recursos do Poder Público e limitar direito fundamental internacional e constitucional, foi limitada a liberdade das gestantes em condições financeiras menos favoráveis, impedindo que realizassem a laqueadura na mesma internação do parto, e, condicionando mulheres como a autora a aguardar, numa fila interminável, para fazer a laqueadura muito tempo após o parto do segundo filho- infelizmente quando boa parte já acabou engravidando novamente.

A decisão de prolongar a questão para outro ato cirúrgico, de outro lado, se mostra antieconômico, pois poderiam ser aproveitadas os mesmos Leitos, internação, anestesia e equipe médica para, após o parto, realizar a laqueadura- o que ocorre normalmente com mulheres que não precisam se socorrer do SUS

É essa, ao menos, a opinião de profissionais da área médica e jurídica sobre o tema:

A proibição da realização da cirurgia no puerpério para as mulheres que optaram pela esterilização na vigência da gravidez, com o intuito de dissociar-lo do parto cesáreo, obriga a uma nova internação após os 42 dias do parto, requerendo nova disponibilidade de vaga e acarreta alta nos custos(...) a minimização desse problema poderia ser obtida com pequena alteração nas normas, como é mais fácil do ponto de vista técnico, desde que os demais critérios sejam mantidos (manifestação da vontade 60 dias antes da cirurgia, idade e número de filhos, aconselhamento, etc.). (In <http://jus.com.br/artigos/7212/esterilização-feminina-na-otica-dos-direitos-reprodutivos-da-etica-e-do-controle-de-natalidade/2>)

Cita ainda a entrevista do Dr. Drauzio Varella com a Dr.^a Tânia Di Giacomo do Lago sobre as consequências da regulamentação da Lei 9263/96.

Tânia Di Giacomo do Lago - A primeira consequência prática foi gerar a necessidade de duas internações para realizar o que fazia em uma única internação. Ora, em ginecologia e obstetrícia, se não se aumenta a oferta de leitos, mas a demanda

aumenta, o resultado fica comprometido. Não sei dizer em que extensão, mas é isso que ocorre hoje e justifica a dificuldade de realizar a laqueadura.

Drauzio - Dificuldade prática também para a mulher, que deve voltar ao hospital 42 dias depois do parto, fase em que o bebê requer toda a atenção e mama a cada três horas.

Tânia Di Giacomo do Lago - Você tem razão. Não se pensou nisso na época. Embora seja internada por um período curto, nessa fase as mulheres estão consumidas pela tarefa de ser mãe e com pouco espaço interno e externo para interromper a reprodução.

Drauzio - O que mais me intriga nessa questão é que o País levou anos e anos para aprovar a lei do planejamento familiar e que vocês enfrentaram grandes dificuldades para regulamentá-la, mas, enfim, ela está aí, uma lei boa que requer alguns acertos. No entanto, na prática, ela simplesmente não existe para respaldar o atendimento das mulheres que desejam fazer laqueadura.

Tânia Di Giacomo do Lago - Na verdade, é muito infrequente a aplicação da lei por vários motivos. Primeiro, porque, apesar de garantir que é obrigação dos governos ofertar métodos reversíveis de controle de natalidade no SUS, sabemos que essa oferta é insuficiente e intermitente, ou seja, o SUS acaba não sendo uma fonte confiável para a anticoncepção. Em segundo lugar, porque, embora a intenção ao regulamentar a lei fosse garantir o acesso à laqueadura em condições seguras para as mulheres que usam o SUS, esse objetivo também não foi alcançado. Além do obstáculo representado pelo período de 42 dias após o parto, muitos médicos resistem em aplicar a lei, porque discordam de alguns critérios estabelecidos por ela. (in <http://drauziovarella.com.br/mulher-2/laqueadura/>)

No caso dos autos, não há contraindicação para a cirurgia pela médica do pré-natal da autora, sendo certo que a negativa partiu do hospital procurado para fazer o parto vinculado à Secretaria de Estado da Saúde.

Diante do narrado, conclui-se que o direito constitucional da autora, previsto no parágrafo 7º do artigo 226, está sendo limitado, sem motivo que implique em risco para a sua vida ou para o bebê que espera, em razão de portaria que são inconstitucionais, ao vedar um direito por uma questão meramente econômica: o SUS não teria dinheiro nem infraestrutura para arcar com todos os pedidos de Cesária seguida de laqueadura das mães que optassem por realiza-las.

III – DA MEDIDA LIMINAR

E, neste diapasão, vem a autora requerer a concessão de liminar, objetivando afastar o perigo de dano irreparável ou de difícil reparação decorrente de eventual demora no julgamento da lide, tendo em vista que o parto ocorrerá em 24 de dezembro de 2014 no Hospital vinculado à Secretaria de Estado da Saúde.

A demanda vem devidamente instruída, e demonstra de forma inequívoca, o cabimento de obrigação, em caráter liminar, diante do direito constitucional ao planejamento reprodutivo da maneira mais efetiva e mais digna possível inclusive com a imposição de multa diária no valor de R\$ 50.00,00 ou outro valor reputado adequado, nos termos do artigo 461, §4º, do CPC.

Ademais, claro está fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação, vez que a não concessão da reclamada laqueadura tubária bilateral, neste momento, tornará inútil a tutela jurisdicional definitiva pleiteada nestes autos.

Assim, sob a perspectiva da regra da proporcionalidade, prevista implicitamente no sistema constitucional, a não concessão da medida causará mais prejuízo à autora, que será submetida a uma nova intervenção e a um novo procedimento cirúrgico, ou correrá o risco de engravidar novamente, do que causaria aos réus cujo dever é mesmo disponibilizar o procedimento diante do art. 227, §6º, da Constituição da República.

IV – DOS PEDIDOS

Assim, pelos motivos expostos, estando devidamente comprovada o cabimento da laqueadura tubária bilateral em conjunto com o parto, por se tratar de medida mais adequada à saúde e condizente com o direito constitucional ao direito reprodutivo, bem como evidente risco da tutela jurisdicional definitiva, requer-se:

a) a concessão de liminar, sem oitiva da parte contrária, com a expedição de mandado de intimação ao representante judicial dos réus, com urgência, para que seja determinada a realização de laqueadura tubária bilateral em conjunto com o parto, que ocorrerá até 24/12/2014, expedindo-se ofício à Secretaria de Estado da Saúde e à Secretaria Municipal da Saúde, com a imposição de multa diária no valor de cinquenta mil reais, nos termos do artigo 461, §4º, do CPC.

b) a citação dos réus para que, no prazo legal. Apresentem defesa, sob pena de revelia.

c) a procedência da liminar, tornado definitiva a medida liminar, consistente em obrigação de fazer voltada à realização de laqueadura tubária bilateral em conjunto com o parto, ou na impossibilidade, a conversão da tutela específica em perdas e danos, conforme determina o artigo 461, parágrafo 1º do Código de Processo Civil;

d) condenação dos réus aos honorários advocatícios e demais despesas legais. Atribui-se à causa o valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais), para fins de alçada.

4.8.3.2- O Desfecho Final

O Hospital foi notificado por meio da Secretaria Estadual da Saúde da ordem judicial a ser cumprida no sentido de a cesárea ser marcada para o dia 24/12/2014 e que o procedimento de laqueadura tubária fosse realizado no mesmo procedimento. E, assim, foi programada e executada a cesárea com a laqueadura tubária na data citada.

No meio jurídico, SILVA e SILVA (2014)⁶³ faz uma análise de inconstitucionalidade da vedação legal à laqueadura tubária em parto cesariano, em que conclui que é flagrante a (in)constitucionalidade do dispositivo infraconstitucional que veda a laqueadura em parto cesariano, posto importar em ofensa aos princípios constitucionais da liberdade e do livre planejamento familiar acarretando instabilidade ao sistema jurídico, na medida em que retira da mulher a possibilidade de escolher o seu próprio destino, mas, ferindo o regime estatal de tutela à dignidade humana⁶³.

Os autores pautam suas análises baseadas no Parágrafo 7, artigo 226 da Constituição Federal de 1988: A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. § 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é 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 ou privadas⁶³.

Em suas análises, fazem discussão sobre o ordenamento jurídico pátrio, no art. 10, § 2º, da lei n. 9.263/96 (Lei do Planejamento Familiar), que veda que a mulher hígida realize a sua esterilização pela via da laqueadura tubária em parto cesariano do seu primeiro ou segundo filho, exigindo desta um segundo procedimento invasivo e cruento, a se realizar, pelo menos, 42 dias após o parto, conforme os ditames da Portaria Normativa Regulamentadora número 48/99 do Ministério da Saúde^{40,63}.

Em suas considerações, referem que a lei 9263/96, retificada pela Portaria 48/99, fere os princípios de liberdade e da dignidade humana às mulheres que desejam a esterilização no primeiro parto ou segundo parto por cesárea previstos na constituição e ainda consideram uma intromissão estatal o dispositivo infraconstitucional ao proibir a livre escolha do casal no momento do parto⁶³.

A lei 9263/96 teve o inegável mérito de propiciar a livre escolha da laqueadura tubária em condições de pé de igualdade dentre todos os outros métodos contraceptivos, embora seu texto permita diferentes interpretações, veio de encontro às reivindicações naquele momento, dos Direitos Sexuais e Reprodutivos referendada na Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing (1995) e que se traduzem no reconhecimento do livre exercício da sexualidade e na autonomia das decisões individuais e dos casais, no que diz respeito à vida sexual e reprodutiva, e contemplam o direito a uma sexualidade saudável sem o risco de uma gravidez indesejada⁷⁵.

Em outra perspectiva, entendo que o artigo 226 § 7, da Constituição Federal de 1988, em sua intenção protetiva, foi a de proteger o cidadão de qualquer forma de esterilização coercitiva ou de controle de natalidade, e a lei 9263/96 propiciou e preservou a livre escolha da esterilização dentre todos os outros métodos contraceptivos. Cabe lembrar que as tecnologias médicas oferecem inúmeras opções de métodos contraceptivos, sendo possível a todos exercerem de forma os seus direitos sexuais e reprodutivos.

Em relação ao princípio da dignidade humana de que a lei veda que a mulher hígida realize a sua esterilização pela via da laqueadura tubária em parto cesariano do seu primeiro ou segundo filho, exigindo desta um segundo procedimento invasivo e cruento, a se realizar, pelo menos, 42 dias após o parto, conforme os ditames da Portaria Normativa Regulamentadora número 48/99 do Ministério da Saúde⁴⁰, entendo que o “espírito da lei” foi a de proteger a mulher de cesáreas desnecessárias para fins de laqueadura tubária, o

que ocorria antes da regulamentação da lei. Conforme a literatura médica, o arrependimento após laqueadura tubária tem relação direta com a precocidade da idade em que foi realizada a esterilização, não compartilho da mesma opinião dos autores Silva e Silva de que a proibição no momento do parto foi uma medida protetiva da lei 9263/96 em relação ao arrependimento.

Do ponto de vista médico, cabe lembrar que, uma vez tendo um parto cesárea, a chance desta mulher vir a ter um parto normal é de 60 a 80%, conforme registro na literatura médica³. Profissionais de saúde e gestores coadunam com a opinião de que a lei foi restritiva em relação à proibição no momento do parto e pós-parto, tendo em vista, que tecnicamente é possível a prática da laqueadura após um parto normal, através de uma pequena incisão peri-umbilical, de preferência nas primeiras 48 horas aproveitando a mesma internação. Esta prática ocorria em nosso meio antes da regulamentação da lei, sem a necessidade de ocupar novos leitos em outro momento, a exemplo do que ocorre nos EUA, onde 8 a 9% das laqueaduras tubárias são realizadas após o parto normal¹⁷.

A proibição no primeiro parto ou no segundo parto por cesárea, nas situações em que a mulher esteja decidida a não ter mais filhos, acarreta um embate de consciência, pois mesmo que este parto tenha uma indicação médica de cesárea, o médico estará impedido de realizar a laqueadura tubária; se optar pela esterilização cirúrgica, poderá incorrer em ilícito ético e legal, enquanto que, ao não realizar o procedimento, irá expor a mulher a uma nova internação, anestesia e um novo ato cirúrgico, após 42 dias que pode ferir o princípio da dignidade humana de acordo com SILVA e SILVA⁶³.

Se por um lado a lei propiciou as condições como liberdade de escolha dentre inúmeros métodos contraceptivos, o desencorajar a esterilização precoce, evitar o uso abusivo de cesárea para fins de esterilização cirúrgica e a possibilidade do livre exercício do direito reprodutivo e sexual atendem os princípios constitucionais da dignidade humana - entendendo distante de se considerar uma intromissão estatal na livre decisão do casal. Por outro lado, ao não permitir a laqueadura tubária no primeiro parto ou no segundo parto cesárea, desde que respaldada por uma indicação médica de cesárea, podem ofender os princípios da dignidade humana.

Nesse sentido, o aperfeiçoamento do texto da lei poderia corrigir estas distorções e imprecisões contidas em seu texto e permitir a esterilização no pós-parto normal que, tecnicamente, é recomendado e, nas situações de cesáreas com indicação preconizadas

pela ciência médica, seja em primeiro ou segundo parto cesáreo. Atendendo a demanda por diminuição de parto cesáreo que é muito elevada em nosso país.

No presente caso em que a Defensoria Pública do Estado de São Paulo determinou a realização da esterilização cirúrgica no momento do parto, podemos observar que, no discurso da mulher, ela se encontrava dentro dos requisitos legais para esterilização cirúrgica, pois, no seu entendimento, ela tinha a idade de 25 anos e um filho vivo, encontrava-se gestante e fazia uso de anticoagulantes devido à trombose venosa profunda, mas alegou trombo-embolia pulmonar em seu requerimento judicial, entretanto, sem comprovação. Interpreta que, na lei, a idade de 25 anos seria suficiente para atender os requisitos legais independentes do número de filhos, ou seja, mais um critério, 25 anos ou dois filhos vivos ou 25 anos independentemente do número de filhos, duas conjunções “ou”. Entende que não existe nenhuma ilegalidade no segundo parto por cesárea em que a lei permite apenas em casos de duas cesáreas consecutivas anteriores ou risco de vida em novo procedimento anestésico e cirúrgico.

Nos discursos dos médicos, foi a questão da ilicitude legal e ética, ou seja, proibição no momento do parto, pois não apresentava doença de risco para futuros procedimentos anestésico e cirúrgicos previsto na portaria 48/99⁴⁰. Cabe esclarecer que Rosas (2001)³⁴, ao analisar a questão da proibição da laqueadura tubária em parto cesariano de mulher hígida, quando do nascimento do primeiro ou do segundo filho, entende que tal vedação “visa à redução da incidência da cesárea para o procedimento da laqueadura. Diante desta consideração, não se deve proceder à esterilização cirúrgica durante os períodos de parto, aborto e até o 42º dia do puerpério”³⁴.

O Código de Ética Médica, por sua vez, em seu capítulo III, ao tratar da responsabilidade profissional, em seu art. 14, reza que é vedado ao médico praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no país, enquanto o art. 15 proíbe a este profissional, no exercício de sua função, descumprir legislação específica consciente, já havendo optado pela contracepção cirúrgica¹⁸.

Na manifestação da defensoria Pública do Estado de São Paulo, o jurista se baseia nas seguintes premissas:

- Situação financeira desfavorável;
- Gestação de alto risco por fazer uso de anticoagulantes;
- Parto cesárea indicada para o dia 24/12/2014;

- Citação de artigos científicos do cenário da esterilização cirúrgica antes da regulamentação da Lei 9263/96 e dados da PNDS de 1996 - crítica da proibição no momento do parto e seu caráter restritivo;
- Entrevista em que se debate a questão da realização no pós-parto imediato e suas inconveniências da permissão apenas após o 42º dia do parto;
- Evoca o descumprimento do artigo 226 § 7 da Constituição Federal de 1988.

Como dito anteriormente o Art. 226: A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. § 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, entendendo que a intenção do legislador foi no sentido de proteger o indivíduo de qualquer forma coercitiva e de controle da natalidade preservando a livre escolha do casal que também se encontra prescrito na lei 9263/96. Continua o jurista: em razão de portaria que são inconstitucionais, ao vedar um direito por uma questão meramente econômica - o SUS não teria dinheiro nem infraestrutura para arcar com todos os pedidos de cesárea seguida de laqueadura das mães que optassem por realiza-las.

Cabe esclarecer que a discordância por parte dos médicos foi a de, nesta situação clínica, a lei 9263/96 não permitir a realização no momento do parto, vedação legal, no presente caso, pois a mulher apresentava apenas um parto cesáreo anterior e, conforme literatura médica, ela tinha a possibilidade de evoluir para um parto normal em 60 a 80% que foi desconsiderado pelo eminente jurista. Além disso, o motivo da recusa por parte do hospital não era de ordem econômica.

Em relação a outras premissas, vale sinalizar que ela tinha a data provável do parto para o dia 24/12/2014 e não a indicação de parto cesáreo para esta data como referiu a autora. A doença referida pela autora não se enquadrava na situação de risco de vida a novos procedimentos anestésicos cirúrgicos constante na portaria 48/99 presentes nos discursos dos médicos.

Em relação aos artigos científicos e a entrevista citados nos autos, discorrem sobre o cenário da esterilização cirúrgica antes e depois de sua regulamentação pela lei 9263/96, dados da PNDS de 1996, os quais não refletem o momento atual da prática da esterilização cirúrgica.

No contexto atual da prática da esterilização cirúrgica, os desencontros entre os direitos e desejo da mulher e a equipe médica residem nas interpretações distintas dos atores e para resolver este impasse considerado injusto e desproporcionado pelo meio social, a mulher busca o seu direito no Poder Judiciário, poder este que determinou,

unilateralmente, sem compartilhar o caso com outros saberes, e arbitrou a favor da mulher sem o parecer sobre a questão médica do caso em questão, alegando a inconstitucionalidade imposto pela lei 9263/96, mesmo em que os médicos entendam que no presente caso ocorre uma um ilicitude ética e legal perante a lei.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo se apresenta como uma importante contribuição para compreender os desencontros entre direitos e desejo da mulher e a decisão da equipe médica, tais desencontros estão presentes na prática da esterilização cirúrgica em nosso país, podendo se apresentar como impedimento ou obstáculo à conquista dos direitos sexuais e reprodutivos.

A prática da esterilização foi regulamentada pela lei 9263/96, as imprecisões contidas em seu texto e as controvérsias na interpretação constituem grandes desafios aos profissionais de saúde na aplicação da lei. A esterilização cirúrgica é considerada método contraceptivo permanente diferente de outros métodos de contracepção e requer do indivíduo maturidade no processo de decisão, tendo em vista, que podem trazer implicações em suas vidas, no presente ou no futuro, notadamente em caso de arrependimento. Podemos constatar, em nosso estudo, o que fica evidente, e emergem nos discursos das mulheres, é a de que os desencontros entre direitos e desejo da mulher e a decisão da equipe médica na prática da esterilização residem nas distintas interpretações do texto da lei 9263/96 entre os sujeitos, ou seja, as mulheres, a equipe médica e o Poder Judiciário.

Ao contextualizarmos as principais características sócios demográficas e reprodutivas no momento da solicitação da esterilização cirúrgica, as dez mulheres entrevistadas com as demais quarenta que não participaram das entrevistas, a partir de uma síntese numérica, nos permitiram concluir que as características sócios demográficas e reprodutivas são muito semelhantes e que as entrevistadas são muito representativas do total de mulheres, as quais tiveram desencontros entre o desejo e a decisão da equipe médica. A amplitude da idade foi de 21 a 40 anos e a média de idade foi de 29 anos. Tais características se mostraram bastante semelhantes quando contextualizadas às mulheres entrevistadas, o que as difere é que neste grupo de mulheres, sete delas, não se encontravam gestantes. Cabe destacar que dessas não gestantes, quatro tinham idade inferior a 25 anos e dois (2) filhos vivos, três delas tinham idade de 26, 34 e 34 anos, respectivamente, e com apenas um (1) filho vivo, portanto, características semelhantes às mulheres entrevistadas, no que se refere ao número de filhos e a idade jovem.

As características sócios demográficas e reprodutiva marcantes, próprias deste grupo de mulheres entrevistadas, foram a juventude destas mulheres, a maioria, seis, tinha idade inferior ou igual a 25 anos, faixa etária incomum de opção para esterilização

cirúrgica, companheiros muito jovens e pouco tempo de união. Além destas características, vale lembrar que todas as mulheres se encontravam na condição de gestantes com destaque ainda para o fato da maioria delas ter apenas um filho de parto cesárea.

As candidatas à esterilização cirúrgica se apresentaram com média de idade de 28 anos; seis tinham idade igual ou inferior a 25 anos. Nos EUA, CHAN e WESTHOFF¹⁷, dentre as mulheres esterilizadas no período de 2011 a 2013, apenas 2% foram esterilizadas na faixa etária de 15 a 24 anos. Em nosso meio, VIEIRA (2005)⁷¹, nenhum candidato abaixo de 25 anos foi esterilizado - o que sinaliza a precocidade do desejo à esterilização cirúrgica neste grupo de mulheres entrevistadas.

Quanto à situação conjugal, duas mulheres não coabitavam com o companheiro, semelhante ao encontrado na literatura nacional, dentre as mulheres esterilizadas, cerca de 10% tinha esta situação conjugal. Apenas duas mulheres tinham união superior a cinco anos, mas o que chama a atenção é que, além da juventude das mulheres, os seus companheiros também eram jovens, sendo que metade apresentava idade inferior a 30 anos, dos quais um apresentava idade de 20 anos. Vale lembrar que, segundo VIEIRA e SOUZA (2011)⁷⁴ em pesquisa sobre a satisfação com o serviço de esterilização cirúrgica no município de Ribeirão Preto (SP), constataram que, as características em homens que aumentam as chances de escolher a vasectomia foram: idade acima de 35 anos, ser casado, ter maior escolaridade e renda, ou seja, as idades jovens dos companheiros das mulheres deste estudo apresentaram características desfavoráveis a uma eventual opção pela vasectomia⁷⁴.

É conhecida na literatura médica que a opção pela contracepção permanente está relacionada a mulheres de baixa renda e baixa escolaridade e, no caso da vasectomia, está relacionada à maior renda e escolaridade. Entre as mulheres entrevistadas no presente estudo, a maioria das mulheres apresentou bom nível de escolaridade.

Os dados de internação disponíveis em nosso país apontam que mais da metade (55%) das laqueaduras tubárias estavam associadas, no ano de 2015 e 2016, a parto cesárea. A expectativa da chegada de mais um filho na condição de gestante, certamente, deve ser um momento de reflexão para muitas mulheres de como criar, cuidar, educar a prole, além da sua própria vida futura, o que as tornam vulneráveis a opção pela laqueadura tubária.

Destacam-se, neste grupo, que todas as candidatas na ocasião da solicitação da esterilização cirúrgica estavam gestantes e, na sua grande maioria, seis mulheres, encontravam-se na segunda gestação com primeiro parto por cesárea, quatro mulheres não apresentavam nenhum parto por cesárea. Cabe ressaltar que a legislação vigente, a lei 9263/96 no seu artigo 10 § 2º: É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

Em relação ao número de filhos, oito tinham apenas um filho e, o que chama atenção, além do predomínio de mulheres com apenas um filho, é que, no caso de sete mulheres, este era o primeiro filho do relacionamento atual, o que sugere do ponto de vista médico, vulnerabilidade destas mulheres em relação à mudança de companheiro em sua vida pregressa. Se, do ponto de vista médico, sugere vulnerabilidade da mulher, do ponto de vista sociológico representa o que “Giddens” denomina de flexibilização das relações conjugais de gênero na modernidade. Em adicional, podemos constatar ainda que três mulheres tiveram o primeiro filho com menos de dezoito anos, das quais uma tinha apenas treze anos.

O intervalo entre a solicitação e a entrevista foi em média de quinze meses. Podemos constatar que, no curto intervalo de tempo, a flexibilidade da situação conjugal esteve presente neste grupo de mulheres; uma estava sem companheiro, e a outra tinha voltado a conviver com o pai da filha atual.

Neste grupo de mulheres entrevistadas, podemos constatar que, em relação à família na sociedade contemporânea, apenas três apresentavam família do tipo nuclear e a maioria combinações distintas de família reconstituída, tais como, a mulher exercendo a função de pai e mãe com filhos de diferentes parceiros e família reconstituída com filhos portadores de necessidades especiais - talvez cada uma, à sua maneira, tenta se adaptar a difícil tarefa de educar, cuidar e criar a prole, mesmo que em fase de uma recomposição da família.

O principal problema relacionado à laqueadura tubária está relacionado ao seu arrependimento. Entre as candidatas a recanalização tubária, no caso de arrependimento, 40 a 50% das mulheres tinham idade inferior a 25 anos por ocasião da esterilização cirúrgica e os principais motivos alegados pelas mulheres foram: 80% novo matrimônio, ter um novo filho com o mesmo parceiro (8%), e morte de um filho (6%) já fartamente

relatada na literatura. Neste grupo, as mulheres apresentavam a flexibilidade na mudança da situação conjugal, as vulnerabilidades socioeconômica e reprodutiva que podem estar associadas a um maior risco de arrependimento futuro.

A flexibilidade à mudança da situação conjugal pode ser traduzida pelos achados, tais como, idade jovem, companheiros muito jovens, primeiro filho do parceiro atual, ausência de companheiros, baixa paridade, a maioria tinha apenas um filho e pouco tempo de união. Em relação à vulnerabilidade social e econômica, a maioria tinha famílias reconstituídas de diversas combinações e apenas três mulheres, uma família considerada nuclear. Quanto à vulnerabilidade reprodutiva, podemos citar a idade jovem e a maioria com apenas um filho vivo.

Se por um lado, as características de vulnerabilidades à mudança da situação conjugal, socioeconômica e reprodutivas apresentadas pelas mulheres estão relacionadas ao maior risco de arrependimento. Por outro lado, a condição de gestante, gestação não planejada, parto cesárea anterior, a expectativa de um segundo filho por cesárea e as condições socioeconômicas desfavoráveis, apesar da idade jovem, se apresentaram como fatores predisponentes ao desejo à esterilização cirúrgica precoce. Estas características podem ser consideradas, a partir desta pesquisa como importantes marcadores para os desencontros entre direitos e desejo da mulher e a decisão da equipe médica na prática da esterilização cirúrgica.

Na totalidade, as mulheres não apresentaram dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos. Cabe salientar que, apesar de nos discursos das mulheres, ter sido relatada a oferta de todos os métodos contraceptivos, nenhuma das entrevistadas tinha experimentado o DIU ou implante de progesterona, justamente o contrário do que vem acontecendo no mundo, que é uma tendência à redução da prevalência da esterilização cirúrgica e aumento do uso de contraceptivo reversível de longa duração (LARC), principalmente nos países de alta renda.

Sabe-se que existe uma grande lacuna entre serem ofertados todos os métodos contraceptivos e estarem disponíveis aos usuários do SUS. O estudo de HEILBORN et al. (2005)²⁹ é o que melhor ilustra as dificuldades encontradas pelas mulheres quando optam pelo DIU. As autoras ressaltaram que o DIU, apesar de ser um método disponível, conhecido e demandado pelas usuárias, é de baixíssima utilização. Quando elas optam por este método, se defrontam com dificuldades e contratempos da organização do atendimento (demora nos resultados de exames, agendamento da consulta, dias

disponíveis para inserção do DIU em um único dia da semana), o que dificulta sobremaneira o acesso. Nestes casos, elas desistem desse método e optam pela pílula ou esterilização. Outra pesquisa feita no Ceará, do mesmo estudo multicêntrico, identificou dificuldades semelhantes em relação ao acesso ao DIU²⁹.

Na prática clínica, nota-se que os implantes de progesterona e os DIU medicados, os chamados SIU (sistema intrauterino), não estão disponíveis para as mulheres que dependem do SUS, pois não configuram na lista dos oitos contraceptivos distribuídos pelo Ministério da Saúde. Este último, o SIU, apresenta na percepção de muitas mulheres e profissionais de saúde a grande vantagem em proporcionar a amenorreia, ou seja, a de não menstruar, na maioria dos casos. Mais uma vez, podemos constatar a assimetria entre o público e o privado, na oferta de métodos de contracepção, o que acontecia no passado com a prática da esterilização cirúrgica antes da regulamentação da lei, nos dias atuais passa a acontecer com os métodos de contracepção mais modernos, como o implante de progesterona e o SIU, que neste momento é privilégio apenas das mulheres de grupo sociais mais abastados.

Em relação aos motivos para escolha da esterilização cirúrgica, nos discursos das mulheres, foram a de não querer ter mais filhos, seguida do fato de não poder criar mais filhos e o de ter filho portador de necessidade especial, concordante com o encontrado na literatura.

Na totalidade das mulheres, após orientação sobre todos os métodos contraceptivos e a livre escolha pela esterilização cirúrgica foram, como prescreve a lei, avaliadas por equipe multidisciplinar, seja na unidade básica de saúde como na unidade hospitalar. Vale sinalizar que, apesar das mulheres referirem o acesso a todos os métodos contraceptivos, mulheres jovens que estão em desacordo com os requisitos legais em relação à idade e não se apresentar com duas cesáreas consecutivas anteriores no momento do parto, são encaminhadas para a unidade hospitalar, muitas vezes de forma equivocada, para a execução da esterilização cirúrgica, podendo motivar os desencontros entre o desejo e direitos da mulher e a decisão da equipe médica.

Os motivos da decisão discordante nos discursos da equipe médica foram devido ao fato de elas não cumprirem os requisitos prescritos na lei: dois filhos vivos ou 25 anos de idade ou, no momento do parto, principalmente no primeiro ou segundo parto cesariana. O que aparece como questão nuclear em relação ao conhecimento e entendimento da lei é que, na perspectiva e no entendimento da maioria das mulheres, o

fato de se encontrar gestante tendo como provável resultado um filho vivo, elas o contabilizam como dois filhos vivos, o que as credenciariam a requerer a esterilização dentro dos critérios legais. Além do que, nos casos de mulheres com um parto cesárea, está inscrita na lei a permissão para que se faça a esterilização cirúrgica no momento do parto.

Nos discursos dos médicos, dentre as mulheres que solicitaram a esterilização com idade inferior a 25 anos, os contextos reprodutivo e conjugal eram distintos, mas o aconselhamento discordante da equipe médica no caso de duas mulheres, além de ter idade inferior tinham apenas um filho vivo, portanto, estavam em desacordo com a lei 9263/96 em relação à idade e número de filhos. No caso específico de uma mulher jovem de 22 anos, apesar de preencher os critérios por ter três filhos vivos, o aconselhamento discordante foi no sentido de desencorajar a esterilização cirúrgica precoce previsto na lei, em face da juventude de 22 anos, flexibilidade da situação conjugal e maior risco de arrependimento, preocupação esta que se apresenta como dilemas na tomada de decisão, risco de arrependimento *versus* critérios legais. Outra situação peculiar de mulher de 22 anos e primeiro parto por cesárea, no discurso médico, a proibição ocorreram por três motivos diferentes: a idade inferior a 25 anos, um filho vivo e no momento do parto, não apresentar duas cesáreas consecutivas anteriores.

No grupo das mulheres sem parceiro e sem parto cesárea, podemos observar na fala dos médicos que o fator ausência de união estável não foram determinantes para o aconselhamento discordante da equipe médica, e, sim, outros critérios como idade menor do que 25 anos ou dois filhos vivos e a sua proibição no momento do parto prescrito na lei, contrário ao desejo da mulher. A mulher com mais de dois filhos vivos e sem parto cesáreo anterior, em seu desejo, fica implícito a possibilidade legal de parto cesárea para fins exclusivos de laqueadura tubária, cultura esta que foi descrita por BERQUÓ⁸, que nos parece permanecer viva no discurso e imaginário das mulheres.

Em relação ao imaginário feminino e ligação de trompas, SERRUYA (1996)⁶² tece interessantes considerações em relação ao tema com significações e representações distintas no imaginário das mulheres inseridas no contexto histórico. Assim sendo, antes da regulamentação da Lei 9263/96, a laqueadura tubária foi considerada como um “status social”, “mulher rica, instruída e, portanto, inteligente tem poucos filhos”; enquanto “mulher pobre, ignorante e, portanto, burra tem muitos filhos”, pois naquele momento a laqueadura era privilégio de grupos sociais mais abastados. Em outro momento, a escolha da cesárea com ligadura de trompas teve o significado de “parir sem dor” além de encerrar

em um único ato sua carreira reprodutiva. Outra representação foi a oportunidade de “subir na vida”, a laqueadura tubária como uma possibilidade do retorno ao mercado de trabalho. A da liberdade sexual separando sexo de reprodução. Apesar de todas estas representações no imaginário feminino a laqueadura tubária encerra uma contradição em relação ao controle do corpo feminino, mas ganha legitimidade, na medida em que, é uma intervenção única e definitiva, mais fácil e ideal para encerrar sua carreira reprodutiva⁶².

No grupo de mulheres com um parto cesáreo anterior, podemos observar nos discursos dos médicos que o que fundamenta o processo decisório é a questão da legalidade que, neste grupo, além da questão central ser a execução no momento do parto, ainda persiste a questão de um filho vivo em que as mulheres consideram como dois filhos vivos, o filho que ainda está no ventre materno.

O aconselhamento discordante, nos discursos da equipe médica foram fundamentadas na questão da legalidade e do desencorajar a esterilização cirúrgica precoce prescrito na lei e, o que descortina, aos nossos olhos, é que os desencontros entre o desejo da mulher se iniciam na interpretação distinta da lei entre os sujeitos.

As implicações na vida das mulheres, diante da recusa da equipe médica em relação ao desejo da mulher, foram de diferentes ordens, tais como: na via de parto foi adotada a conduta obstétrica usual e todas que tinham previamente um parto cesárea, foram submetidas a parto cesárea sem terem sido contempladas pela esterilização cirúrgica no momento do parto; três mulheres evoluíram para parto normal e uma foi submetida a parto cesárea por apresentar patologias como diabetes mellitus e hipertensão arterial durante a gravidez.

Na maioria dos discursos das mulheres, se tivessem sido contempladas com a laqueadura tubária estariam mais tranquilas em relação a não engravidar, entretanto elas entendem que não teriam, de uma forma genérica, grandes mudanças nas relações com seu companheiro e na sua vida sexual, concordante com a literatura relativa às mulheres esterilizadas.

Em relação ao método contraceptivo, no discurso das mulheres, duas delas continuaram com o firme propósito de fazer a laqueadura tubária, três optaram pelo dispositivo intrauterino; três delas, pelo método injetável e uma, pelo preservativo. Embora todas elas tenham o seu desejo recusado em relação à esterilização cirúrgica, a maioria optou por métodos reversíveis, o que, de alguma maneira, pode refletir o importante papel da equipe multidisciplinar em desencorajar a esterilização cirúrgica precoce previsto na lei. A grande questão é a descontinuação dos métodos contraceptivos

que depende e guarda relação direta com a qualidade do aconselhamento; no caso destas mulheres, caso ocorra a descontinuidade, estarão vulneráveis a uma gestação não planejada.

O desencorajamento da esterilização cirúrgica precoce prescrito na lei tem importante papel para aconselhar com qualidade na informação sobre o uso e acesso a todas as opções de contracepção, inclusive a de informar sobre o risco de um futuro arrependimento, sobretudo em mulheres jovens. Para muitos médicos, a tomada de decisão é revestida de dilemas éticos, morais e legais, pois se houver arrependimento futuro - fiz o “mal”-, se não ocorrer o arrependimento futuro - fiz o “bem” - a questão é onde está o limite do direito e a autonomia da mulher e o limite do médico neste aconselhamento, que depende do valor moral de cada indivíduo e que sua ideologia não se sobreponha ao desejo e direito da mulher. Cabe lembrar que os princípios da bioética que norteiam a prática médica são fazer o “bem”, não fazer o “mal”, o respeito a autonomia e o de fazer a justiça, subentendido como fazer o “justo”. Entretanto, a eficácia do aconselhamento depende de valores morais de profissionais, tais como pensamentos que “mulher pobre tem muitos filhos”, “mulher pobre não pode ter muitos filhos”, “mulher pobre deve ser esterilizada” por parte da sociedade e de profissionais de saúde. E aqui fica uma indagação: qual a “medida certa”, o quanto “devo insistir”, qual é “o limite do direito prescrito na lei” - valores morais estes que são individuais.

Daí a importância de se considerar a esterilização cirúrgica como parte integrante de uma política de planejamento reprodutivo, além de ações de melhoria necessárias para ofertar e facilitar o acesso e estarem de fato disponíveis para uso de todos os métodos de contracepção, com equipes capacitadas e treinadas para prestar aconselhamento de qualidade para, inclusive, desencorajar a esterilização cirúrgica e minimizar estes desencontros, em que, nestas situações muitas vezes, o médico sobrepõe sua preocupação com as questões legais aos desejos e direitos das mulheres - haja visto que muitas mulheres não são contempladas com a laqueadura, mesmo em partos por cesárea, podendo esta situação constituir em obstáculo ao livre exercício do direito reprodutivo.

Os desencontros entre direitos e desejo da mulher e a equipe médica na prática da esterilização cirúrgica se iniciam na interpretação distinta da lei entre os sujeitos e podem terminar no Poder Judiciário para arbitrar sobre esse impasse, como ilustrado no caso exemplar, em que a mulher requereu o seu direito para que fosse atendido o desejo de laqueadura tubária no momento do parto de seu segundo parto por cesárea.

No caso exemplar, apresentado no discurso da mulher, ela tinha o direito a esterilização; interpreta que, na lei, a idade de 25 anos seria suficiente para atender os requisitos legais independentes do número de filhos, ou seja, mais um critério, 25 anos ou dois filhos vivos ou 25 anos independentemente do número de filhos - duas conjunções “ou”. Entende que não existe nenhuma ilegalidade no segundo parto por cesárea em que a lei permite apenas em casos de duas cesáreas consecutivas anteriores ou risco de vida.

Nos discursos dos médicos, foi a questão da ilicitude legal e ética, ou seja, proibição da esterilização no momento do parto, pois não apresentava doença de risco para futuros procedimentos anestésicos e cirúrgicos previstos na Portaria 48/99 do Ministério da Saúde⁴⁰.

O Poder Judiciário, por sua vez, arbitrou de forma unilateral favorável à esterilização cirúrgica sem compartilhar com os diferentes saberes e olhares dos sujeitos envolvidos, alegando que a lei ofende os princípios de liberdade e da dignidade humana, uma vez que veda a mulher hígida de realizar a sua esterilização pela via da laqueadura tubária em parto cesariano do seu primeiro ou segundo filho, exigindo desta um segundo procedimento invasivo e cruento, a se realizar, pelo menos, 42 dias após o parto. Neste caso exemplar, havia possibilidade de parto normal do ponto de vista médico, em cerca de 60% a 80% conforme registrado na literatura médica³.

O dispositivo infraconstitucional, representado pela lei 9263/96, preservou a liberdade e a livre escolha da esterilização cirúrgica dentre todos os métodos contraceptivos, entretanto ela foi muito restritiva em relação à proibição à sua prática no momento do parto. Na decisão judicial, o jurista alega que ofende a constituição no seu artigo 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. § 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, entendendo que a intenção do legislador foi no sentido de proteger o indivíduo de qualquer forma coercitiva e de controle da natalidade, preservando a livre escolha do casal que também se encontra prescrito na lei 9263/96. Continua o jurista: em razão de portaria que são inconstitucionais, ao vedar um direito por uma questão meramente econômica - o SUS não teria dinheiro nem infraestrutura para arcar com todos os pedidos de cesárea seguida de laqueadura das mães que optassem por realiza-las.

Complementarmente, o jurista adicionou a situação financeira desfavorável, gestação de alto risco por fazer uso de anticoagulantes que não preenchia os critérios da

Portaria 48/89 e parto cesárea indicada para o dia 24/12/2014 - no discurso médico, a data provável do parto foi calculado para o dia 24/12/2014. Citou artigos científicos do cenário da esterilização cirúrgica antes e logo após a regulamentação da lei 9263/96 e dados da PNDS de 1996, que não refletem o cenário atual, crítica da proibição no momento do parto e seu caráter restritivo; citou, ainda, dados da mídia com entrevista em que se debate a questão da realização no pós-parto imediato e suas inconveniências da permissão apenas após o 42º dia do parto.

A vedação legal no primeiro ou no segundo parto cesárea tem sido motivo de críticas e debates entre pesquisadores, juristas e profissionais de saúde e da sociedade que a consideram “injustas e desproporcionadas”. Neste sentido, foi apresentado projeto de lei número 5061, em 2005, de autoria do Deputado Federal João Batista, para mudar o texto da lei que permitisse a laqueadura tubária em casos de cesárea anterior e não apenas em casos de cesárea sucessivas anteriores, aguardando apreciação do plenário até esta data⁶³.

Nesse sentido, o aperfeiçoamento da lei poderia corrigir estas distorções e imprecisões contidas em seu texto e permitir a esterilização após o parto normal que tecnicamente é recomendado e realizado através de uma pequena incisão peri-umbilical, de preferência nas primeiras 48 horas, aproveitando a mesma internação. Esta prática ocorria em nosso meio antes da regulamentação da lei, sem a necessidade de ocupar novos leitos em outro momento, a exemplo do que ocorre nos EUA, onde 8 a 9% das laqueaduras tubárias são realizadas após o parto normal¹⁷.

O aperfeiçoamento da lei também poderia corrigir esta condição restritiva no momento do parto prescrito na lei 9263/96, em que a lei permite apenas em casos de duas cesáreas sucessivas anteriores e a proíbe, seja em primeiro ou segundo parto cesáreo, mesmo em situações que tenham indicação de cesárea, preconizadas pela ciência médica— e, ao mesmo tempo, atender a demanda por redução de parto cesáreo que é muito elevada em nosso país. Quanto ao critério 25 anos ou pelo menos dois filhos vivos, os quais considero importante contribuição desta pesquisa, é que as mulheres consideram como filho vivo, o feto que ainda está no ventre materno, sendo um achado fortuito, tendo em vista que, a situação peculiar deste grupo de mulheres é que todas as mulheres entrevistadas se encontravam gestantes e, no caso exemplar, emerge outro critério - primeiro critério: dois filhos vivos em qualquer idade; 2º critério: 25 anos ou mais e o 3º

critério: 25 anos sem filhos ou qualquer número de filhos, sendo que neste caso a idade maior que 25 anos seria suficiente independentemente do número de filhos.

Diante do exposto, um simples ajuste no texto da lei seria suficiente para corrigir as controvérsias na interpretação e as distorções decorrentes do texto atual: **É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante períodos de parto, aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde.** Neste caso, a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos. Alteração sugerida para: **É vedada a indicação de cesáreas para fins exclusivos de esterilização cirúrgica** e suprimir a proibição *durante períodos de parto, aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto*. Desta forma, estaria contemplada a permissão após o parto normal e o critério de dois filhos vivos, pois o nascimento do segundo filho vivo, além de permitir a avaliação de condições de saúde do filho recém-nato, poderá subsidiar a decisão da mulher em referendar ou desaconselhar a esterilização cirúrgica no momento do parto.

Com a nova redação do texto, estaria também contemplada a permissão no primeiro parto cesárea, segundo parto cesárea ou em cesáreas sucessivas anteriores, além de não ter de aguardar os 42 dias preconizadas pela legislação vigente e salvaguardar a mulher de se submeter a novo procedimento incruento e invasivo, considerado inconstitucional pelos juristas, com necessidade de uma nova internação, nova anestesia justamente no período em que a mulher se encontra ocupada com as tarefas de ser mãe, sobretudo com a amamentação.

O parto humanizado e a violência obstétrica na assistência ao parto são os temas atuais em destaque com debates e embates palpitantes em toda a sociedade, a autonomia da escolha da via de parto, que se tornou ética a escolha da cesárea através da Resolução do Conselho Federal nº 2.144/2016¹⁹: É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal¹⁹. Por outro lado, são consideradas como violência obstétricas as cesáreas desnecessárias, o uso abusivo de ocitocina, a episiotomia (“corte na região perineal”) e demais atos médicos considerados desnecessários - encontra-se aí implícita, de uma certa forma, as reivindicações do movimento de mulheres e, porque não, a máxima feminista “o nosso corpo nos pertence”.

O princípio da autonomia no contexto da prática médica, no meu entendimento, é o respeito aos direitos individuais de escolha dentre todas as possibilidades de tratamento preconizadas pela ciência médica e não, simplesmente, ao desejo do paciente em relação a uma prática médica não recomendada - deve-se avaliar, sobretudo, os riscos e benefícios. Em particular, no caso da gestação, a questão do controle do corpo feminino vai além da crítica à medicalização do corpo feminino, pois no corpo feminino se encontra um ser inocente e indefeso que, em muitas vezes, necessitará do conhecimento da ciência médica para salvaguardar sua vida. Certamente, não tardará em aparecer os debates sobre o direito e a autonomia de escolher o parto cesárea com laqueadura tubária.

Para finalizar, podemos afirmar que, no cenário atual a prática da esterilização cirúrgica com a legislação vigente apresenta-se para muitos profissionais de saúde, como prática que envolve dilemas éticos, morais e legais no seu processo de decisão e, para muitas mulheres, as decisões são injustas e desproporcionadas em virtude das diferentes interpretações do texto da lei. Desta forma, para as mulheres conformadas, resta a resignação e, para as indignadas, buscar o seu direito no Poder Judiciário que, em muitas situações, decidem sem compartilhar a sua decisão com os diferentes saberes resguardando-se na sua própria interpretação da lei. Às resignadas e aos profissionais de saúde resta esperar por um aperfeiçoamento da lei, com um texto mais preciso e claro que atenda as mulheres em seu direito e desejo e para os profissionais de saúde uma prática desprovida de conflitos éticos, morais e legais.

7. REFERÊNCIAS

1. Abelha MC, Costa RR, Lopes VMC, Reis RCV, Silva CMM da Recanalização tubária: análise dos resultados de 30 anos de tratamento. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008; 30(6):249-249
2. Alvarenga AT, Schor N. Contracepção feminina e política pública no Brasil: pontos e contrapontos da proposta oficial. *Saúde Soc.* 1998; 7(1): 87-110
3. Amorim MMR, Souza ASRS, Porto AMF. Indicações de cesarianas baseadas em evidências: parte I. *Femina* 2010; 38(8): 415-422.
4. Ávila BA. Direitos Sexuais e Reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(2): 465-469.
5. Baptista, DMT. O debate sobre o uso de técnicas qualitativas e quantitativas de pesquisa. In: Martinelle, ML. *Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio.* São Paulo: Veras Editora; 1999
6. Barbosa LF, Leite IC, Noronha MF. Arrependimento após esterilização feminina no Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2009; 9(2):179-88.
7. Barbosa LF, Knauth DR. Esterilização feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2003; 19(2):365-76.
8. Berquó E. Brasil, um caso exemplar- anticoncepção e partos cirúrgicos - a espera de uma ação exemplar. *Estud. Fem.* 1993; 1(2): 366-81.
9. Berquó E, Cavenaghi S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação sobre esterilização voluntária. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(2):441-53.
10. Brasil. Portaria nº. 144, de 20 de novembro de 1997. Brasília: Diário Oficial da União 1997; 24 nov.
11. Bourdieu, P. *A Miséria do Mundo.* Petrópolis: Vozes; 1997.
12. Caetano AJ. Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei do planejamento familiar e demanda frustrada. *R. bras. Est. Pop* 2014; 32(2): 387-394
13. Caregnato RCA, Mutti R. *Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo.* Texto contexto Enferm, Florianópolis 2006; 15(4): 679-84

14. Carvalho LEC, Cecatti JG, Osis MJD, Sousa MH de. Número ideal de filhos como fator de risco para laqueadura tubária. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(6): 1565-574.
15. Carvalho MLO, Schor N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. *Rev. Saúde Pública*, 2005; 39(5): 788-94.
16. Carvalho LEC, Osis MJD, Cecatti JG, Bento SF, Manfrinati MB. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, antes e após sua regulamentação. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(12): 2906-16.
17. Chan LM, Westhoff CL. Tubal sterilization trends in the United States 2010. *Fertil Steril* 2010; 94(1): 1-6.
18. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica - Resolução CFM Nº 1931/2009 - Capítulo II – Direito dos Médicos- Inciso IX. [acesso em 11 de maio de 2017]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br>.
19. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM, Nº 2.144/2016. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. [acesso em 23 de maio de 2017]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>
20. Costa MC, Guilhem D, Silver LD. Planejamento Familiar: a autonomia das mulheres em questão. *Rev Bras Saúde Materno Infantil*. Recife, 2006; 6(1): 75-84
21. Cunha ACR, Wanderley MS, Garrafa V. Fatores associados ao futuro reprodutivo de mulheres desejosas de gestação após ligadura tubária. *Rev. Bras. Ginecol Obstet* 2007; 29(5): 230-4.
22. Curtis MK, Mohllajee AP, Peterson HB. Regret following female sterilization at a young age: a systematic review. *Contraception* 2006; 73(2): 205-10.
23. Daniels K, Daugherty J, Jones J. Current Contraceptive Use and Variation by Selected Characteristics Among Women Aged 15–44: United States, 2011–2013. NCHS data brief, no 173, Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2014.
24. Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Menezes AMB, Olinto, MTA, Macedo S, Britto MAP, Fuchs SC. Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992 a 1999. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(1):93-99.

25. Forrest JD, Fordyce RR. Women's contraceptive attitudes and use in 1992. *Int Fam Plan Perspect*. 1993;25(4):175-9.
26. Glina S, Barros DS, Wroclawski RE, Lucon MA, Borrelli M, Arap, S. Vasectomia: Controvérsias. *Revista do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina* 1986; 41(1):43-48.
27. Gonçalves GAA, Garcia TR, Coelho EAC. Ambivalência em mulheres submetidas a laqueadura tubária. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008; 12(4): 726-734.
28. Gonçalves, GHT, Marcon, SS. Laqueadura ou vasectomia: fatores a considerar para a saúde da mulher. *Cient Ciên Biol Saúde* 2006; 8(1): 31-38.
29. Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(2):269-278.
30. Henry J. Kaiser Foundation. Sterilization as a Family Planning Method. Fact Sheet 2016.
31. Hentz AS. Esterilização humana: aspectos legais, éticos e religiosos. [Acesso em 25 de Abril de 2011]. Disponível em <https://jus.uol.com.br/revista/texto/6544/esterilizacao-humana>.
32. Lago TDG. Nascimentos não planejados no Brasil eram 46% em 2006. Diminuíram? *R bras Est Pop*. 2015; 32(2): 387-394
33. Marcolino C. Representações de uma equipe de saúde acerca de planejamento familiar e esterilização feminina. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2004; 38(4): 422-8
34. Mariscal JDO. Direitos Sexuais e Reprodutivos da Mulher. *Ser Médico – revista do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo* 2001; 4(15) :2-9
35. MEIHY JCSB. Manual de história oral. São Paulo: Loyola, 2005.
36. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
37. Minella, LS. Aspectos positivos e negativos da esterilização tubária do ponto de vista de mulheres esterilizadas. *Cad. Saúde Pública* 1998; 14(1) 69-79.

38. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF; 2001.
39. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Relatório de Gestão 2003 a 2006 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília, DF; 2007.
40. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999. Planejamento Familiar. Diário Oficial da União de 17 de fevereiro de 1999.
41. Ministério da Saúde. DATASUS. SIH/SUS - Laqueadura tubaria. [acesso em 11 de abril de 2017]. Disponível em <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>.
42. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. PNDS 2006. Relatório Brasília, DF; 2008.
43. Moreira MHC, Araújo JNG. Planejamento Familiar: autonomia ou encargo feminino?. Psicologia em Estudo 2004; 9(3): 389-398.
44. Moreira MIC, Bedran PM, Carellos SMSD. A família contemporânea brasileira em contexto de fragilidade e os novos direitos das crianças: desafios éticos. Psicologia em Revista. 2011; 17(1): 161-180.
45. Oliveira, NHD. Recomeçar: família, filhos e desafios. São Paulo: Editora UNESP; 2009.
46. ONU. Organização das Nações Unidas. IV Conferência mundial sobre a mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996
47. Osis, MJD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad. Saúde Pública 1998; Supl 1; 14:25-32.
48. Osis, MJD, Faúndes A, Souza ML, Bailey P. Consequências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubária 1999; 15(3): 551-532
49. Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH, Duarte GA, Bailey P. Fecundidade e história reprodutiva de mulheres laqueadas e não laqueadas de Campinas, São Paulo, Brasil 2003; 19(5): 1399-1404.

50. Osis MJD, Duarte GA, Crespo ER, Espejo X, Pádua KS. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(6): 1586-1594.
51. Osis MJD, Faúndes A, Makuch MY, Mello MB, Sousa MH, Araújo MJO. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(11): 2481-2490.
52. Osis MJD, Carvalho LEC, Cecatti, JG, Bento SF, Pádua, KS, Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil: percepção de gestores e profissionais dos serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(3): 625-634.
53. Peres VBF. Descrição das ações e serviços do planejamento familiar em Unidades Básicas de Saúde com equipes de Saúde da Família no Distrito Federal, Brasil” [Dissertação de Mestrado Profissional] Brasília: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012
54. Pirotta KCM, Schor N. A mulher e a esterilização: a trajetória rumo a laqueadura tubária- XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP. [acesso em 16 de agosto de 2017]. Disponível em www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/840
55. Peterson HB. Sterilization. *Obstet Gynecol.* 2008; 111(1):189-203.
56. Portal Brasil. SUS oferece oito opções de métodos contraceptivos. [acesso em 18 de maio de 2017]. Disponível em www.brasil.gov.br/saude/2012-2013
57. Queiroz MIP. Relatos Oraís: do “indizível” ao “dizível”. In: Simson, OMV, Experimentos com histórias de vida. São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, 1988
58. Rigotto RM. As Técnicas de Relatos Oraís e o Estudo das Representações Sociais em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* III, 1998; 3(1):116-30.
59. EngenderHealth; 2002. Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends - Law and Policy. [acesso em 12/04/2016] Disponível em: <https://www.engenderhealth.org>
60. Scavone L. Dar a Vida e Cuidar da Vida: feminismo e ciências sociais São Paulo in Direitos Reprodutivos, Políticas de Saúde e Gênero: São Paulo, Editora UNESP, 2004.

61. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann* 2014; 45(3): 301-314.
62. Serruya S. Ligação de trompas e imaginário feminino. *Anais do VIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais* [acesso em 16 de agosto de 2017]. Disponível em www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/585
63. Silva ACQ da; Silva ALG. Análise da (in)constitucionalidade da vedação legal à laqueadura tubária em parto cesariano. *Revista Direito e Liberdade* 2014; 16(1):11-31.
64. Spink MJ. *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 3. ed. São Paulo, Editora Cortez, 2004.
65. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. *II Plano Nacional de Políticas para Mulheres*. Brasília DF: Presidência da República, 2008 [acesso em 20 de maio de 2014]. Disponível em www.portal.mec.gov.br.
66. United Nations Population Division. *World Contraceptive Use 2005*. [acesso em 03 de outubro de 2008]. Disponível em <http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/3pcf/en/>.
67. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *Trends in Contraceptive Use Worldwide, 2015*
68. UNPFA Fundo de População das Nações Unidas. *Planejamento familiar no Brasil - 50 anos de história. Conclusões do evento comemorativo ao Dia Mundial de População no Brasil*. Brasília, 11 de julho de 2008.
69. 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; 28(6):440-48.
70. Vieira EM. O arrependimento após esterilização feminina. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 (1): 59-68.
71. Vieira EM, Fábio, SV, Gueleri W, Picado MP, Yoshinaga E, Souza Lde. Características dos candidatos à esterilização cirúrgica e os fatores associados ao tipo de procedimento. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(6): 1785-791.

72. Vieira EM. O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007; 29(5) 225-29.
73. Vieira EM, Souza L de. Acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde, Ribeirão Preto, SP. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(3): 398-404.
74. Vieira EM, Souza L de. A satisfação com o serviço de esterilização cirúrgica entre os usuários do Sistema Único de Saúde em um município paulista. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(4): 556-564.
75. Yamamoto ST. A esterilização cirúrgica feminina no Brasil, controvérsias na interpretação e desafios na aplicação da Lei 9263 [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011.
76. World Health Organization. Family planning cornerstone. fifth edition. Medical eligibility for contraceptive use. Geneva 2015.

ANEXO I- Lei 9263/96**Presidência da República Subchefia para Assuntos Jurídicos**

LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996.

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º - É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#))

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 da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#)

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#)

CAPÍTULO II DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#)

Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único - A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I - durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei.

II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente; III - através de histerectomia e ooforectomia;

IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V - através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.

Art. 16. Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 17. Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena - reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único - Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na [Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956](#).

Art. 18. Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena - reclusão, de um a dois anos, e multa.

Art. 19. Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta lei o disposto no caput e nos §§ 1º e 2º do art. 29 do [Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940](#) - Código Penal.

Art. 20. As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:

I - se particular a instituição:

a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II - se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Art. 21. Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei, observados, nesse caso, o disposto nos arts. 159, 1.518 e

1.521 e seu parágrafo único do Código Civil, combinados com o art. 63 do Código de Processo Penal.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS Art. 22. Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no [Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940](#) - Código Penal, e, em especial, nos seus arts. 29, caput, e §§ 1º e 2º; 43, caput e incisos I, II e III; 44, caput e incisos I e II e III e parágrafo único; 45, caput e incisos I e II; 46, caput e parágrafo único; 47, caput e incisos I, II e III; 48, caput e parágrafo único; 49, caput e §§ 1º e 2º; 50, caput, § 1º e alíneas e § 2º; 51, caput e §§ 1º e 2º; 52; 56; 129, caput e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º.

Art. 23. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

ANEXO II – Formulário e Roteiros Temáticos

Inicialmente, eu gostaria de agradecer o senhor(a) por participar deste estudo.

Devo dizer que tudo o que o senhor(a) responder na entrevista será estritamente confidencial e as informações colhidas dos vários participantes do estudo serão usadas apenas em relatos científicos, sem nenhuma identificação pessoal.

Número de identificação no estudo.....|_|_|_|

Data.....|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

dia mês ano

Formulário para caracterização sociodemográficas e profissional do entrevistado(a).

1- Idade? _____

2- Profissão da mulher? _____

Profissão do parceiro? _____

3- Estado civil/ situação conjugal/? _____

Teve outros parceiros? _____

4- Quanto tempo de vida conjugal da união atual?

5- Tem filhos? () sim () não Quantos? _____ Idade dos filhos?

7- Religião? _____ praticante? () sim () não

ROTEIRO TEMÁTICO COM MULHERES

1. Como está a vida familiar atualmente, como é a composição da sua família, como é a sua vida em casa, como está a vida com o seu marido, como é a sua vida de mãe, quais as dificuldades?

2. Quais métodos contraceptivos fez uso antes de procurar os serviços para tentar a esterilização cirúrgica, quais foram as dificuldades e facilidades de acesso aos métodos contraceptivos e as reações adversas.

3. Como surgiu a ideia da esterilização, as pessoas que participaram com opiniões e sugestões (reter a trama, a decisão, pessoas que interferiram no processo de decisão).

4. Explorar se procurou informações em serviço de saúde sobre este tipo de procedimento cirúrgico (indagar se falaram sobre a lei que regulamenta a esterilização cirúrgica, se o caso se enquadra na lei).
5. Como foi a tomada de decisão até procurar o serviço para fazer a esterilização, que serviço de saúde ela procurou.
6. Obter informações de quem referendou o método escolhido, como foi a chegada/o acolhimento e trajetória no serviço (reter como foi a percepção da assistência naquele momento)
7. Diga-me como foi toda a orientação até ser encaminhada pela equipe para a cirurgia, (indagar se comentaram sobre a lei).
8. Descreva-me como a Sra. foi informada da recusa do médico do Hospital em fazer a sua cirurgia. O que foi dito sobre a recusa.
9. Como foi que recebeu a notícia da recusa, como foi a sua reação do seu marido e familiares.
10. Como a Sra. teve que repensar e mudar a sua vida em geral e familiar em especial. Que dificuldades passou a enfrentar.
11. De que modo a cirurgia teria facilitado a vida em geral, familiar e conjugal?
12. A Sra. está usando algum método para evitar gravidez atualmente?
13. A Sra. pensou em recorrer a outro Hospital para fazer a cirurgia. Explorar se negativo ou positivo.
14. A Sra. sabe que existe uma lei para esterilização cirúrgica? A Sra. conhece a lei? A Sra. acha que foi prejudicada em relação ao seu direito diante da lei? Explorar e reter, se a lei ajudou as mulheres e os casais que não querem ter mais filhos e em que sentido (perguntar se a lei atende aos direitos sexuais e reprodutivos ou socioeconômicos).
15. A Sra. quer falar mais sobre todo este processo e se tem mais alguma colocação a fazer sobre o assunto?

OBRIGADO POR SEU TEMPO E ESFORÇO EM CONCEDER A ENTREVISTA!

Formulário para caracterização do profissional médico entrevistado (a).

1- Idade? _____

2- Quanto tempo de atividade profissional? _____

3- Estado civil/ situação conjugal/? _____

4- Quanto tempo de vida conjugal da união atual?

5- Tem filhos? () sim () não Quantos? _____ Idade dos filhos?

7- Religião? _____ praticante? () sim () não

8- Há quanto tempo avalia solicitações de esterilizações cirúrgicas? _____ anos.

ROTEIRO TEMÁTICO PARA MÉDICOS

Inicialmente, eu gostaria de agradecer o senhor(a) por participar deste estudo.

Devo dizer que tudo o que o senhor(a) responder na entrevista será estritamente confidencial e as informações colhidas dos vários participantes do estudo serão usadas apenas em relatos científicos, sem nenhuma identificação pessoal.

1- Em relação a este caso clínico em que a equipe médica se colocou contrária ao desejo da mulher em fazer a esterilização cirúrgica o que o Dr.^a tem a dizer, gostaria que você fizesse uma análise sobre o caso.

2- O Sr(a) acha que os critérios clínicos, sociais e reprodutivos utilizados na tomada de decisão estão previstas na lei. Em caso negativo ou afirmativo, explorar se existe controvérsias na interpretação da Lei 9263/96.

3- Neste caso em particular, reter o que mais chamou a atenção para uma decisão contrária ao desejo da mulher.

4- Quais os motivos que o levaram a tomar esta decisão e os critérios utilizados. Explorar se existe uma preocupação com a esterilização cirúrgica precoce e as suas implicações ou apenas em cumprir o que prevê a lei.

5- Explorar se, na sua função de médico, acha importante desencorajar a esterilização precoce. Se sua decisão contrária pode contribuir para a mulher repensar sobre uma esterilização definitiva e estimular a mulher fazer uso de outros métodos contraceptivos.

6- Indagar se acha que a sua negativa em autorizar ou fazer este procedimento podem ter implicações positivas ou negativas na vida da mulher, sexual ou reprodutivo.

7- Como se sente ao tomar uma decisão contrária ao desejo da mulher. Reter se existe algum tipo de conflitos de ordem moral, ético ou legal.

8- Quanto tempo o Sr (a) avalia os processos para esterilização cirúrgica? A recusa ou negativa para referendar a esterilização cirúrgica é frequente em que situações esta decisão é mais comum?

8- O Dr.(a) quer fazer mais alguma colocação ou comentário a respeito deste caso.

OBRIGADO POR SEU TEMPO E ESFORÇO EM CONCEDER A ENTREVISTA!

ANEXO III: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as mulheres

Pesquisa: Desencontros entre direitos e desejo da mulher e a decisão da equipe médica na prática da esterilização cirúrgica.

Pesquisador: Sergio Toshio Yamamoto

Estamos realizando um estudo sobre: Desencontros entre direitos e desejo da mulher e a decisão da equipe médica na prática da esterilização cirúrgica.

Se você concordar em participar do estudo:

1- Deverá participar de uma entrevista com o pesquisador com perguntas sobre os seus dados pessoais, sua situação conjugal, seu desejo ou seu direito em relação à opção pela esterilização cirúrgica e o seu entendimento da Lei 9263/96, os motivos que levaram a tomar esta decisão, o seu planejamento reprodutivo, aconselhamento discordante da equipe médica, o sentimento em relação à decisão contrária da equipe multidisciplinar, as repercussões em sua vida conjugal e afetiva.

2- Esta entrevista será gravada e transcrita posteriormente.

2- O roteiro temático para a entrevista é composto por 15 questões abertas

3- Se a Sra. se sentir desconfortável em responder qualquer uma das perguntas da entrevista poderá se recusar a respondê-la e, a qualquer momento, desistir de continuar a sua entrevista. Caso necessite de apoio por profissional especializado, a unidade hospitalar poderá disponibilizar um profissional para atendê-la.

4- De acordo, com as normas estabelecidas pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2012), os participantes do presente estudo receberão informações sobre o mesmo, sendo que sua participação será voluntária. Os sujeitos que, mediante explicação dos objetivos da pesquisa, concordarem em fazer a entrevista terão a privacidade e o sigilo garantidos, assim como a liberdade de desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo do entrevistado.

Confidencialidade:

Sua participação no estudo e informações sobre a senhor(a) será mantida sob sigilo. Qualquer registro ou não será divulgado a ninguém, além dos pesquisadores.

Sua participação é voluntária. Poderemos publicar os nossos achados desse estudo. Se o fizermos, não vamos usar o seu nome ou qualquer outra coisa que faria com que as pessoas saibam quem você é.

Como você pode começar?

Se você decidir que vai participar no estudo, você vai ter que assinar este **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, que é um documento de consentimento pós-informado, isto é, você só permite ser pesquisado depois de entender as razões e condições do estudo e as aceitar.

Gostaria de esclarecer que a Sra. não terá nenhuma remuneração ou outros benefícios para participar deste estudo e também nenhum prejuízo no seu atendimento nesta unidade hospitalar, caso decida em não aceitar a ser voluntário para participar desta pesquisa.

Você receberá uma cópia do Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo investigador.

Quem contatar:

O senhor (a) poderá fazer perguntas sobre o estudo agora ou futuramente para:

Dr. Sergio Toshio Yamamoto

Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros. Fone: 2694-1999

Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César, São Paulo – SP

Caixa Postal: 01246-904, Tel. (11) 30617779, e-mail: coep@fsp.usp.br.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Fui convidado para participar da pesquisa: Desencontros entre direitos e desejo da mulher e a decisão da equipe médica na prática da esterilização cirúrgica.

Li as informações e eu concordo em participar do estudo e entendi que posso me recusar a participar.

Nome Participante:

Assinatura: _____

Data: __/__/__

Nome do Pesquisador: Sergio Toshio Yamamoto

Assinatura: _____

Data: __/__/__

ANEXO III: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais médicos

Projeto: Desencontros entre direitos e desejo da mulher e a decisão da equipe médica na prática da esterilização cirúrgica.

Pesquisador: Sergio Toshio Yamamoto

Estamos realizando um estudo sobre: Desencontros entre direitos e desejo da mulher e a decisão da equipe médica na prática da esterilização cirúrgica.

Se você concordar em participar do estudo:

1- Deverá participar de uma entrevista com o pesquisador com perguntas e opiniões sobre os casos clínicos em que a equipe médica teve um parecer discordante ao desejo e direito da mulher em fazer a esterilização cirúrgica. Esta entrevista será norteada por um roteiro temático. Inicialmente, antes da entrevista, o Sr(a) preencherá um formulário sobre dados profissionais e pessoais.

Confidencialidade:

Sua participação no estudo e informações sobre a senhora será mantida sob sigilo. Qualquer registro ou não será divulgado a ninguém, além dos pesquisadores.

Sua participação é voluntária. Poderemos publicar os nossos achados desse estudo. Se o fizermos, não vamos usar o seu nome ou qualquer outra coisa que faria com que as pessoas saibam quem você é.

Como você pode começar?

Se você decidir que vai participar no estudo, você vai ter que assinar este **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, que é um documento de consentimento pós-informado, isto é, você só permite ser pesquisado depois de entender as razões e condições do estudo e as aceitar.

Você receberá uma cópia do Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo investigador.

Quem contatar:

O senhor(a) poderá fazer perguntas sobre o estudo agora ou futuramente para:

Dr. Sergio Toshio Yamamoto

Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros. Fone: 2694-1999

Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César, São Paulo – SP

Caixa Postal: 01246-904, Tel. (11) 30617779, e-mail: coep@fsp.usp.br.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Fui convidado para participar da pesquisa: Desencontros entre direitos e desejo da mulher e a decisão da equipe médica na prática da esterilização cirúrgica.

Li as informações e eu concordo em participar do estudo e entendi que posso me recusar a participar.

Nome Participante:

Assinatura: _____

Data: __/__/__

Nome do Pesquisador: Sergio Toshio Yamamoto

Assinatura: _____

Data: __/__/__

ANEXO IV: Prontuário específico para esterilização cirúrgica (“processo”)**SOLICITAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO CIRURGICA**

Laqueadura Tubária () Vasectomia ()

NOME: _____ MATRÍCULA _____

IDADE: _____ ANOS ESTADO CONJUGAL ATUAL _____ HÁ _____ ANOS

No caso de união conjugal acrescentar dados do marido/parceiro:

NOME: _____

IDADE: _____ ANOS Nº DE FILHOS VIVOS DA UNIÃO ATUAL _____

INDICAÇÃO PRINCIPAL _____

INDICAÇÕES SECUNDÁRIAS _____

GESTANTE () () NÃO

ID. GESTACIONAL _____ SEMANAS DATA PROVÁVEL DO PARTO _____

_____ GESTA _____ PARA _____ ABORTO _____ CESÁREAS

Nº DE FILHOS VIVOS _____

OBSERVAÇÕES: _____

MÉDICO SOLICITANTE _____

CARIMBO

DATA ____/____/____

PLANEJAMENTO FAMILIAR AVALIAÇÃO SOCIAL

Data: _____

Prontuário: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

End.: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Fone: _____

DN: _____ Idade: _____ Naturalidade: _____

 Est. Civil: ☐ casada _____ anos ☐ solteira ☐ divorciada ☐ viúva ☐ união estável
 _____ anos ☐ separada _____ anos

 Escolaridade: ☐ E. Fundamental ☐ E. Médio ☐ E. Superior C ☐ I ☐

 Profissão: _____ Vínculo Empregatício ☐ Sim ☐ Não

 Religião: ☐ Católica ☐ Protestante ☐ Espírita ☐ outros – especifique _____

Esposo/Companheiro: _____ Idade: _____

 Escolaridade: ☐ E. Fundamental ☐ E. Médio ☐ E. Superior C ☐ I ☐

 Profissão: _____ Vínculo Empregatício ☐ Sim ☐ Não

 Religião: ☐ Católica ☐ Protestante ☐ Espírita ☐ outros – especifique _____

HISTÓRICO FAMILIAR

N.º Gestações _____ Filhos Vivos _____

N.º Filhos parceiros anteriores _____ Idades: _____

N.º Filhos parceiro atual _____ Idades: _____

Filhos com patologias? () Sim () Não

Quais: _____

Você sabe se há planejamento familiar no posto de saúde do seu bairro?

() Sim () Não () Não sei Qual? _____

Já participou de grupo de Planejamento Familiar?

() Sim Não () Quando? _____

**PLANEJAMENTO FAMILIAR
AVALIAÇÃO SOCIAL**

HISTÓRICO DE CONTRACEPÇÃO/MÉTODOS UTILIZADOS

Método	Sim	Não	Tempo de Uso	Intercorrências
Pílula				
Injeção Mensal				
Injeção Trimestral				
DIU				
Preservativo Masculino				
Preservativo Feminino				
Diafragma				
Tabelinha				
Outros _____				

Como você adquire o método contraceptivo?

() Posto de Saúde () Farmácia () Outros

Obs:

Você e seu parceiro discutem sobre o uso de métodos contraceptivos? () sim não ()

Participou do Grupo Educativo em PF em ____/____/____

Participou do Grupo PF/Métodos cirúrgicos em ____/____/____

Método de escolha: _____

CONCLUSÃO

Casal/Usuária participou de todas as etapas para a realização do processo de esterilização e demonstra segurança na escolha do método.

Assistente Social

Assistente Social Chefe

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
HOSPITAL MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS

AO SERVIÇO SOCIAL
PARECER DO PLANEJAMENTO FAMILIAR
PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

Laqueadura Tubária () Vasectomia ()

() AUTORIZAÇÃO
() NÃO AUTORIZADA

A esterilização cirúrgica do (a) Sr (a) _____
_____ matrícula _____
diante dos motivos expostos neste processo que se procedeu dentro das normas
vigentes.

São Paulo, _____ de _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

CARIMBO

MÉDICO RESPONSÁVEL _____

CARIMBO

(Encaminhar à seção de Assistência Social após deliberação)

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
UGA IV - HOSPITAL MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS
Av. Celso Garcia, 2477 Belenzinho São Paulo
tel: 2292-4188 fax: 2694-4925

TERMO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA

Esclareceu-me que:

1. A intervenção de Laqueadura tubária consiste basicamente na **INTERRUPÇÃO DA CONTINUIDADE DAS TROMPAS DE FALÓPIO**, como objetivo de impedir uma nova gravidez sendo considerado método definitivo, com caráter de difícil reversão ou irreversibilidade.. Para realização da técnica existem várias formas de abordagem cirúrgicas.
 - a) Laparoscópica;
 - b) Microlaparotomia;
 - c) Vaginal;
 - d) Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea, atualmente permitida por lei em situações específicas);
2. Esta técnica necessita anestesia, que será validada pelo Serviço de Anestesia;
3. Embora, o método de laqueadura tubária é o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha, no primeiro ano após o procedimento, de uma gravidez para cada 200 mulheres. A taxa acumulada de gravidez em dez anos, segundo um recente estudo da OMS, é de 1,8 para 100 mulheres (1 em cada 55 mulheres);
4. Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente;
5. As complicações que poderão surgir são:
 - a) intra-operatória (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico;
 - b) pós-operatórias:
 - leves e mais freqüentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia);
 - graves e excepcionais (eventração, apnéia, trombozes, hematomas, pelviperitonites, hemorragia, perfurações de órgãos);
6. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;
7. Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis:
 - métodos de barreira;
 - anticoncepção intra-uterina;
 - métodos naturais;

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
UGA IV - HOSPITAL MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS
Av. Celso Garcia, 2477 Belenzinho São Paulo
tel: 2292-4188 fax: 2694-4925

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto.
Assim, declaro agora que estou satisfeita com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

Por tal razão e nessas condições:

CONSENTO

Que se realize a INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA por mim solicitada

Local e data: _____

Médico

paciente ou Representante ou Responsável
RG: - _____

Cônjuge
R.G.: - _____

Testemunhas:

REVOGACÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____/____/____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: _____

Médico
R.G.: _____

Paciente ou Representante ou Responsável

Cônjuge
R.G.: _____

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
UNIDADE IV - HOSPITAL MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS
Av. Celso Garcia, 2477 Belenzinho São Paulo
Tel. 2292-4188 Fax: 2694-4925

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA EXPRESSÃO/
MANIFESTAÇÃO DE VONTADE PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA
VOLUNTÁRIA

UNIDADE DE SAÚDE: HOSPITAL MATERNIDADE LEONOR M. DE BARROS

Eu, _____
R.G.: _____ SSP/ _____ inscrito no CPF/MF sob o nº _____
_____ nascida (o) na cidade _____ em ____/____/____,
Residente e domiciliado na rua: _____ nº _____
Bairro: _____ CEP: _____ Telefone: _____

abaixo assinado, solicito minha esterilização permanente (Lei nº 9263/96 de 12/01/1996), através de vasectomia. Declaro estar ciente de que ficarei impedido (o) de ter filhos após a cirurgia. Declaro que fui esclarecido (a) que o procedimento apresenta uma zona de risco de não eficácia: falha de 0,15 (quinze centésimos) para 100 homens e falha de 0,41 (quarenta e um centésimos) para 100 mulheres. Declaro que fui informado dos cuidados pós-vasectomia: procurar o serviço de saúde na presença de febre -38° C, sangramento ou secreção pela incisão e dor ou aumento de volume escrotal: manter abstinência e sexual por 4 dias e, posteriormente, utilizar métodos de anticoncepção até a realização do espermograma de controle após 20 ejaculações, para confirmar a efetividade do método.

Declaro ainda, que tenho _____ () filhos:

a) () e que não mantenho união estável.

b) () e que mantenho união estável com _____

_____ R.G. Nº _____ estando este (a) de acordo com a realização da cirurgia.

São Paulo _____ de _____ de _____

maido

Assinatura do Solicitante

apdo

() Testemunha ou () Cônjuge

Nome: _____

Nome: _____

R.G. nº _____

R.G. nº _____

Sergio Toshio Yamamoto

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0871538222944869>

Última atualização do currículo em 20/07/2017

Possui graduação em Medicina pela Universidade de Mogi das Cruzes (1985) e mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2011). Atualmente é efetivo do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Ginecologia e Obstetrícia, atuando principalmente nos seguintes temas: lei 9263/96 e esterilização feminina. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Sergio Toshio Yamamoto

Nome em citações bibliográficas Yamamoto, S.T.;YAMAMOTO, SÉRGIO TOSHIO

Endereço

Endereço Profissional Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, Secretaria Estadual de Saúde.
Av. Celso Garcia, 2477
Belém
03015-000 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (011) 22924188
Ramal: 228
Fax: (011) 26185578

Formação acadêmica/titulação

- 2009 - 2011** Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: A esterilização cirúrgica feminina no Brasil, controvérsias na interpretação e desafios na aplicação da lei 9263, Ano de Obtenção: 2011.
Orientador: Augusta Thereza de Alvarenga.
Palavras-chave: lei 9263/96; esterilização feminina; esterilização masculina; direitos reprodutivos; direitos sexuais; políticas de saúde.
Grande área: Ciências da Saúde
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana.
- 1996 - 1998** Especialização - Residência médica.
Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, HMLMB, Brasil. Residência médica em:
Número do registro: .
- 2008** Especialização em andamento em MBA-Em Economia e Gestão em Saúde. (Carga Horária: 360h).
centro paulista em economia da saúde, CPES, Brasil.
Título: A evolução dos gastos públicos em Saúde após a aprovação da Emenda constitucional 29.
Orientador: Professor Carlos Alberto Garcia Oliva.
- 2007 - 2008** Especialização em Perícia Médica. (Carga Horária: 390h).
Faculdade Centro Brasileiro de Estudos Sistemáticos, CBES, Brasil.
Título: Contribuição ao exame pericial em suposta má prática médica na assistência ao parto em macrosomia fetal.
Orientador: Prof Cristina Helena Rama.
- 1980 - 1985** Graduação em Medicina.
Universidade de Mogi das Cruzes, FMJMC, Brasil.

Formação Complementar

- 2000 - 2004** Curso de Pesquisa Clínica em Ciências da Saúde. (Carga horária: 700h).
HOSPITAL E MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS, HMLMB, Brasil.

Atuação Profissional

Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros, HMLMB, Brasil.

Vínculo institucional

1987 - Atual Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Efetivo, Carga horária: 30

Neia Schor

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6165875000902993>

Última atualização do currículo em 23/08/2017

possui graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (1972), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1978) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1985). Atualmente é professor titular da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: adolescência, saúde reprodutiva, anticoncepção, aborto e gênero. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Neia Schor

Nome em citações bibliográficas SCHOR, N.;SCHOR, NÉIA

Endereço

Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.
Av. Dr. Arnaldo, 715 Sala 218
CERQUEIRA CÉSAR
01246904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30667773
Fax: (11) 38530240
URL da Homepage: www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/titulação

- 1978 - 1985** Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Aborto Como Questão de Saúde Pública- Estudo da Demanda de Mulheres que Recorrem ao Hospital por Complicações do Aborto, Ano de obtenção: 1985.
Orientador: Pedro Augusto Marcondes de Almeida.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.
Palavras-chave: Aborto.
Grande área: Ciências da Saúde
- 1975 - 1978** Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: CONTRIBUICAO AO ESTADO DE RESULTADOS GESTACIONAIS - INDICE DE EFICIENCIA REPRODUTIVA, Ano de Obtenção: 1978.
Orientador: CYRO CIARI JUNIOR.
Palavras-chave: Aborto; Avaliacao de Servicos de Saude; Planejamento familiar; Saude da Mulher; Saude Reprodutiva.
Grande área: Ciências da Saúde
- 1978 - 1980** Especialização em Research Fellow School Of Public Health Havard.
Harvard University, HARVARD, Estados Unidos.
- 1974 - 1974** Especialização em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
- 1969 - 1972** Graduação em Enfermagem.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Pós-doutorado e Livre-docência

- 1995** Livre-docência.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: , Ano de obtenção: 1995.
- 1993 - 1993** Pós-Doutorado.
Columbia University, COLUMBIA, Estados Unidos.
Grande área: Ciências da Saúde

Atuação Profissional

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Vínculo institucional

1977 - Atual Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Professor titular, Carga horária: 40, Regime: Dedicção exclusiva.