

**UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO**  
**CURSO SERVIÇO SOCIAL**

**ROSEMARY COSTA DA SILVA**

**O PAPEL DA LAQUEADURA TUBÁRIA NO PLANEJAMENTO  
FAMILIAR NO BRASIL**

**SÃO PAULO**

**2011**

**ROSEMARY COSTA DA SILVA**

**O PAPEL DA LAQUEADURA TUBÁRIA NO PLANEJAMENTO  
FAMILIAR NO BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado para  
obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social da  
Universidade de Santo Amaro, sob a orientação do  
Prof.<sup>a</sup> Maria Auxiliadora Alves Cordaro Bichara.

**SÃO PAULO**

**2011**

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar a Deus, por tudo que tem feito em minha vida e por ter me dado forças para que eu chegasse até aqui.

Especialmente ao meu marido, Ricardo, pela presença constante em minha vida, pelo amor, pela compreensão e pela paciência nos momentos mais difíceis... Pelo apoio, pela amizade, pela cumplicidade... Por ter dividido comigo todas as minhas angústias e incertezas... E por todo o incentivo que sempre me deu, em tudo! Eu te amo muito!

Quero agradecer também as minhas filhas, que iluminaram de maneira especial os meus pensamentos me levando a buscar mais conhecimentos.

A minha querida orientadora, Prof.<sup>a</sup>. Maria Auxiliadora Alves Cordaro Bichara, pelo tempo dedicado ao meu trabalho e incentivo, sempre presente nas orientações do TCC. Obrigada por sua amizade e profissionalismo!

A cada dia que vivo, mais me convenço de que o desperdício da vida está no amor que não damos,  
nas forças que não usamos, na prudência egoísta que nada arrisca e que, esquivando - se do  
sofrimento, perdemos também a felicidade.

A dor é inevitável,

O sofrimento é opcional.

(Carlos Drummond de Andrade)

## RESUMO

O índice de esterilizações realizadas no Brasil em mulheres em idade fértil é alarmante, mesmo não havendo qualquer indicação clínica e, na maioria das vezes, sem que lhes sejam fornecidos os esclarecimentos necessários a esse tipo de intervenção, esclarecimentos esses que deveriam ser realizados pelos os trabalhadores de saúde.

A esterilização é um método contraceptivo definitivo que pode ser realizado por homens e mulheres caracterizando-se por vasectomia ou laqueadura de trompas, respectivamente. Entretanto, o que se observa no cotidiano dos Serviços de Saúde é que cabe à mulher procurar as alternativas que melhor se adequa ao planejamento familiar e, dentre os métodos contraceptivos, a laqueadura tubária é considerada uma forma agressiva de impedir o nascimento de filhos indesejados, que são responsabilizados pelas limitações de suas vidas de sua família. Há uma intensa campanha promovida pelos órgãos governamentais e Organizações Não Governamentais – ONGs, que associam qualidade de vida com a quantidade de filhos por casal. Essas informações passaram a fazer parte do imaginário das famílias, principalmente das mulheres, o que fez com que elas começassem a considerar a laqueadura tubária como a forma mais segura de evitar filhos. Esse trabalho tem como objetivo demonstrar como a laqueadura tubária se tornou um dos métodos anticoncepcionais mais usados pelas mulheres, partindo do histórico do planejamento familiar do país.

Palavras-chave: Laqueadura Tubária; Planejamento Familiar; Anticoncepção; Esterilização.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	6
CAPITULO I	
1. PLANEJAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO NO BRASIL.....	8
1.1 O Histórico Do Planejamento Sexual e Reprodutivo no Brasil.....	8
1.2 O Planejamento Sexual e Reprodutivo no Brasil nos Dias de Hoje.....	11
1.3 Os Métodos Contraceptivos.....	16
CAPITULO II	
2. LAQUEADURA TUBÁRIA.....	21
2.1 A História da Laqueadura Tubária.....	21
2.2 A Esterilização Feminina no Brasil de Hoje.....	26
CAPITULO III	
3. DESENVOLVIMENTO.....	28
3.1 O Problema de Pesquisa, Objetivos e Metodologia.....	28
3.4 A Análise dos Dados.....	28
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
Anexo A: Manual de Anticoncepção – Esterilização Feminina.....	36
Anexo B: Critérios de Elegibilidade no Brasil.....	38
Anexo C: Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS para Esterilização Feminina..	40

## INTRODUÇÃO.

Em quase todo o mundo, os governos sempre se preocupam com o crescimento populacional e com as políticas de regulação da fecundidade ou controle da natalidade. Os programas de planejamento familiar têm exercido um papel fundamental na diminuição da fecundidade, em especial nos países em desenvolvimento.

Segundo Del Priori (1993) no Brasil até os meados da década de 80, não houve programa oficial de planejamento familiar, e o setor privado, por meio de cooperação com agências internacionais interessadas no controle da natalidade, atuou de forma livre e sem controle. Nesse contexto, houve várias distorções na oferta de Métodos Anticoncepcionais, havendo a realização indiscriminada e clandestina de esterilização cirúrgica feminina chegando a constituir uma verdadeira indústria – a chamada "indústria da esterilização". A partir de 1983, com o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), um novo conceito na abordagem da saúde feminina começou a ser difundido.

Apesar disso, dadas as condições da saúde no país, esse programa não foi facilmente implantado e, em muitas regiões, nunca se consolidou. Somente quando o Ministério da Saúde, por sua vez, publicou em novembro de 1997, a Portaria 144/97 (BRASIL, 1997) que aprovava a legislação e regulamenta a realização da laqueadura e da vasectomia no Brasil, que se iniciou de uma forma mais efetiva o planejamento familiar no país. Mesmo com a maior participação do governo na saúde pública nacional com a implantação do Programa Saúde da Família, que teria entre outras a função de informar a população sobre a importância do planejamento familiar apresentando instrumentos para o controle da natalidade, mesmo assim, a esterilização cirúrgica feminina continua crescendo indiscriminadamente, sendo que atualmente, é o Método Anticoncepcional mais utilizado entre as mulheres em idade fértil, como mostra diversas pesquisas de âmbito nacional.

Este trabalho será baseado em uma pesquisa bibliográfica descritiva que objetiva proporcionar maior familiaridade sobre a laqueadura tubária e suas características, partindo dos princípios da implantação do planejamento familiar no país. Começando com um breve histórico do planejamento familiar no Brasil, apresentando métodos anticoncepcionais existentes e destacando dentre eles a laqueadura tubária, contendo seu histórico e a situação da esterilização feminina no

Brasil nos dias de hoje, podendo através desta pesquisa bibliográfica contribuir para a implementação de políticas públicas de saúde na promoção do planejamento familiar, bem subsidiar a atuação do Assistente Social nesse programa, para melhorar o processo de orientação e aconselhamento, referente à opção por métodos contraceptivos reversíveis e eficazes, garantindo à saúde da mulher.

## **CAPITULO I:**

### **1. PLANEJAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO NO BRASIL.**

Este capítulo tem por objetivo apresentar a trajetória do planejamento sexual e reprodutivo no Brasil destacando onde, quando, como e porque surge o conceito e como ele se desenvolve na história. Visa também relacionar os métodos contraceptivos existentes hoje em dia.

#### **1.1 O Histórico do Planejamento Sexual e Reprodutivo no Brasil.**

O discurso sobre sexualidade e reprodução se inicia no Brasil no período colonial. Segundo Del Priori (1993), no período colonial, a Igreja foi à instituição que defendeu e sustentou o que o império português estabeleceu como ideal: uma sociedade portuguesa pura e cristã.

Após a “descoberta” do Brasil, em meados do século XVI, o império Português encaminha representantes da Igreja para a colônia com o principal objetivo de moralizar e catequizar o povo nativo.

A primeira providencia tomada pela Igreja, a mando da sociedade imperialista portuguesa, era de povoar a colônia, sendo assim, os casamentos ocorridos neste período estavam intrinsecamente relacionados à capacidade da mulher em dar filhos aos seus esposos. Pregando regras, que eram advindas da sociedade europeia, que influenciava diretamente na decisão da mulher em assumir qualquer outro papel que não aquele determinado pela vida familiar. Ou seja, o papel da mulher idealizado e difundido era daquela dedicada à família e aos afazeres domésticos, que serve bem ao marido e que possa lhe dar filhos. Desta forma é que a Igreja incentivou as mulheres à obediência e servidão aos homens, incluindo a tarefa de procriar tantos filhos quantos a natureza determinasse.

Ou seja, nesse período, e ainda nos dias de hoje em algumas religiões, a sexualidade é difundida como algo ligado apenas à procriação da família. O ato sexual entre homem e mulher é “permitido” desde que seja para a procriação da

família, para a mulher não existe aqui a necessidade de se evitar filhos, uma vez que eles viriam desde que fosse a vontade de Deus. Além disso, destaca-se o fato de que aquelas mulheres que não conseguiam engravidar, por qualquer que fosse o motivo, era apontada como má esposa. O seu desempenho estava totalmente relacionado ao fato de conseguir dar ao marido quantos filhos Deus desejasse, portanto, aquelas que não alcançavam este feito eram cobradas e rechaçadas.

No período do Estado Novo, governado por Getúlio Vargas, o discurso do crescimento do mercado interno deu continuidade ao crescimento da fecundidade. Neste período foram criados benefícios, que ainda hoje existem que fortaleciam as famílias numerosas: complemento de renda aos trabalhadores casados e com filhos como o salário-família; criação do auxílio-natalidade pago a trabalhadora que ganhava bebês.

Neste mesmo período, marcado pela 2ª guerra mundial, houve a criação de uma legislação que proibia o uso de qualquer método contraceptivo e aborto. O Decreto Federal n. 20.291, estabelecia: “É vedado ao médico dar-se à prática que tenha por fim impedir a concepção ou interromper a gestação”. Também em 1941, foi sancionada a Lei das Contravenções Penais, que em seu artigo 20 proibia: “anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar o aborto ou evitar a gravidez”. Este período, marcado pelo início da década de 30 até meados de 1970, ficou conhecido como pró-natalista, justamente pelo apelo e incentivo a gestação.

A ausência de políticas públicas relacionadas à saúde reprodutiva incentivava, em 1965, a criação da BEMFAM, Bem-Estar Familiar no Brasil. A BEMFAM é uma organização não governamental brasileira, sem fins lucrativos, com sede no Rio de Janeiro, mas com intervenção em quase todo o território nacional.

A BEMFAM nasceu com propósito de tornar o planejamento familiar uma alternativa para minimizar os prejuízos do aborto desassistido à saúde da mulher, oferecendo opções mais seguras para evitar a gravidez não planejada. Focada nas necessidades da população, realizava ações voltadas para o desenvolvimento social local. Sua base se pautava na promoção da educação e da assistência em saúde sexual e reprodutiva (SSR). A BEMFAM desenvolveu parcerias, com os setores público e privado, visando contribuir para implantação de políticas sociais, em especial aquelas voltadas à saúde da mulher.

Nos anos seguintes era clara a posição do governo brasileiro contra qualquer ação que pudesse representar o controle do crescimento demográfico.

Sendo assim, oficialmente o governo nunca constituiu nenhuma política de acesso a métodos contraceptivos.

Podemos entender, portanto, que o planejamento familiar iniciou-se no Brasil como um problema de omissão do governo em relação à saúde reprodutiva da mulher.

Somente após a Conferência Mundial de População de Bucareste, de 1974, o governo brasileiro passou a considerar o planejamento familiar como um direito das pessoas e dos casais. Em 1977, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde Materno-Infantil, onde o planejamento familiar figurava discretamente sob o nome de paternidade responsável. Foi a primeira ação estatal no sentido de oferecer o planejamento familiar e contemplava a prevenção da gestação de alto risco. Porém, esse programa foi criticado por seu enfoque limitado e a concepção estreita de pensar a saúde da mulher apenas em seu escopo materno.

Também ano de 1977, foi elaborado o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), o qual recebeu uma reação contrária dos movimentos sociais, que entendiam ser este programa de cunho preconceituoso, pois os critérios de identificação de riscos adotados pelo programa relacionavam principalmente ao controle de nascimentos entre pobres e negros. Mediante as reações da imprensa, movimentos sociais e da Igreja o programa foi arquivado sem sua implantação.

Segundo Canesqui (1987 apud Osis 1998) em termos de políticas públicas, a atenção à saúde da mulher no Brasil traduziu-se apenas na preocupação com que a saúde reprodutiva estava em intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social. Seguindo este contexto, surgiu em 1983 o PAISM, sendo anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, baseado no conceito de “Atenção Integral a Saúde das Mulheres” (AISM). Esse conceito implica o rompimento com a visão tradicional acerca desse tema, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução.

O lançamento do PAISM foi cercado de críticas pelas quais questionavam a integralidade e universalidade do programa. Destacavam a contradição entre a denominação “integral” e os objetivos explicitados no conteúdo, que estariam concentrados nos problemas de saúde decorrentes da atividade sexual e reprodutiva da família.

Mesmo aqueles que não centravam suas críticas nesse aspecto, consideravam que o “integral” estava mal aplicado, porque o Programa persistia na visão, amplamente já difundida na sociedade, de que a mulher se define pela sua capacidade de reprodução. A exclusão do homem do Programa apresentado pelo Ministério da Saúde implicaria a noção de que só a mulher era responsável pela reprodução, e que se o PAISM se pretendia ser integral e universal deveria ser, na verdade, de atenção à saúde do adulto.

Segundo Osis (1998) as mulheres argumentaram que o conceito de “integral” deveria enfatizar não só a integração do colo, do útero e das mamas, mas também de outros aspectos não físicos da vida das mulheres. O que elas defendiam era que o integral se referisse também ao contexto social, psicológico e emocional das mulheres a serem atendidas. Além disso, os movimentos de mulheres insistiram em que o PAISM incluísse ações definidas de educação sexual e em saúde, para afastar qualquer possibilidade de ele ser usado para o controle populacional coercitivo.

Com isso o PAISM constituiu-se em um conjunto de princípios e diretrizes destinados às mulheres nas diversas etapas e situações de sua vida, incluindo-se a fase reprodutiva. Para essas mulheres, o PAISM preconiza que os indivíduos sejam atendidos nas suas demandas específicas de saúde reprodutiva, de forma a minimizar riscos para a saúde decorrentes da procriação. Prevê, ainda, além da abordagem para a anticoncepção, tratamento para os casos de infertilidade, sempre contextualizados no conceito da integralidade assistencial.

## **1.2 O Planejamento Sexual e Reprodutivo no Brasil nos Dias de Hoje.**

Segundo Cordeiro (2000 apud Araújo, 2004) nas últimas décadas, observou-se uma série de avanços e retrocessos na política de saúde que provocaram sensíveis transformações no setor e que culminou com o atual processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), forjado pelo movimento da Reforma Sanitária e institucionalizado pela Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988. A Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com

prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A Lei nº 8.080, promulgada em 1990, operacionaliza as disposições constitucionais.

Como PAISM não conseguiu efetivar em todo país o atendimento integral e total de mulher, mais sim, seus princípios, diretrizes e propostas, mesclados com os ideais do Movimento Sanitário. Ideais esses que tinham como objetivo à construção de uma nova política de saúde democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor e ajudou a conceber o esboço conceitual que embasaria a formulação do SUS.

Com a Constituição de 1988, o uso de contraceptivos tornou-se um direito do cidadão e um dever do Estado. No final dos debates da Assembléia Constituinte, a redação aprovada do § 7º, do artigo 226 da Constituição brasileira de 1988, ficou assim redigido: “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”. As questões do aborto e da esterilização não fizeram parte do texto constitucional. A ligação tubária e a esterilização masculina eram vetadas no Brasil pelo artigo 16, do decreto 20.931 de 1931 e pelo Código Penal Brasileiro de 1940, artigo 29, parágrafo 2. III, o qual diz que qualquer lesão corporal de natureza grave, resultando em debilidade permanente de membro, sentido ou função do corpo é considerada crime.

Porém, a alta prevalência da esterilização no Brasil motivou a instauração de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), em 1991, para investigar as causas da “esterilização em massa” das mulheres brasileiras e se existia a maior probabilidade de esterilização de mulheres negras.

Segundo Ayres et. al. Devido à desvantagem estrutural que a população negra enfrenta no país juntamente com o grande número de esterilização contribui para aumentar sua vulnerabilidade ao HIV/AIDS. Essa desigualdade se expressa na diferença de renda mais acentuada e na piora da qualidade de vida desse segmento, que contribuem para essa desvantagem e maior vulnerabilidade.

Porém os resultados da CPI mostraram que não existia discriminação racial – já que as mulheres brancas tinham maior probabilidade de estarem esterilizadas – mas apontou para a necessidade da regulamentação da prática de esterilização feminina e masculina.

A partir de então, o governo brasileiro começou a discutir uma legislação sobre o assunto e, em 1996, o Congresso Nacional aprovou a Lei n. 9.263, que regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar no Brasil. Esta lei incorpora muito do que havia sido discutido anteriormente no país sobre o planejamento familiar enquanto um direito da mulher, do homem e do casal, fazendo parte do conjunto de ações de atendimento global e integral à saúde e proíbe qualquer medida coercitiva.

Diante disso, o SUS teve como prioridade no planejamento familiar, estimular e apoiar a implantação e a qualificação da atenção a usuário. O programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST) além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres brasileiras.

Reconhecendo que a população pobre tem menor acesso aos métodos de regulação da fecundidade, o Ministério da Saúde lançou, em 11 de fevereiro de 1999 a Portaria nº 048 com o objetivo de estabelecer normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização para execução de ações de planejamento familiar pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde. O Governo Federal passou a se comprometer com um suprimento crescente de métodos contraceptivos e a sua disponibilidade para estados e municípios.

Nesta mesma linha de atuação, o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, por meio do Ministério da Saúde e da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) lançou, em 2005, a “Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos” cujos objetivos são: a) Ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS – o Ministério da Saúde se responsabiliza pela compra de 100% dos métodos anticoncepcionais para os usuários do SUS (até então, o Ministério era responsável por suprir de 30% a 40% dos contraceptivos - ficando os outros 70% a 60% a cargo das secretarias estaduais e municipais de saúde); b) Ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS, aumentando o número de serviços de saúde credenciados para a realização de laqueadura tubária e vasectomia, em todos os estados brasileiros; c) Introdução de reprodução humana assistida no SUS (BRASIL, 2005 e 2006).

Em 2007, o governo Federal lançou a “Política Nacional de Planejamento Familiar”, que tem como meta a oferta de métodos contraceptivos de forma gratuita para homens e mulheres em idade reprodutiva e estabelece também que a compra de anticoncepcionais seria disponibilizada na rede Farmácia Popular (UNFPA, 2008).

Embora a “Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos” (2005) e a “Política Nacional de Planejamento Familiar” (2007) tenham uma concepção coerente e com base em direitos, ainda existem dificuldades para o acesso universal à saúde reprodutiva no Brasil, além disso, é necessário que as ações de planejamento sexual e reprodutivo sejam voltadas para a população em idade fértil, assegurando continuidade no atendimento e avaliação através de uma equipe de saúde garantindo um serviço de qualidade.

Segundo Araújo (2004), os elementos fundamentais para uma melhor qualidade de atenção são: escolha livre de métodos, informação completa para os usuários, competência técnica de quem dispensa os métodos, boa relação usuário-serviço, acompanhamento adequado e a integração do planejamento familiar ao atendimento em saúde reprodutiva.

Para que esses elementos de qualidade possam atingir a população alvo é necessária uma ação educativa em planejamento familiar que deve ser realizada em pequenos grupos, usando metodologia participativa, tendo o objetivo de estabelecer um processo contínuo de educação, que vise trabalhar a atenção integral, focalizando outros aspectos da saúde reprodutiva, tais como a sexualidade, conhecimento do corpo, questões de gênero, vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis, violência, direitos sexuais e reprodutivos e também sobre as diferentes opções anticoncepcionais, de maneira que o usuário seja capaz de realizar uma escolha livre e informada. Dando informações de maneira clara e completa sobre mecanismo de ação dos anticoncepcionais, modo de uso, eficácia, efeitos colaterais e efeitos não contraceptivos que o usuário possa ter.

O principal objetivo destas orientações é possibilitar “o direito de decidir quantos filhos quer ter e quando tê-los”. (ARAÚJO, 2004, p. 15). Quando uma pessoa toma uma decisão baseada em informações úteis terá realizado uma escolha informada.

Porém, de acordo com Araújo (2004), o que acontece na maioria dos casos é uma deficiência no treinamento aos funcionários ligados à saúde (médicos,

enfermeiros, assistentes sócias dentre outros). Muitos profissionais do Programa Saúde da Família não têm em suas ações um ato educativo, produzindo uma educação informal e despreparada, tendo por base uma concepção restrita de saúde como sendo a ausência de doença, tratando a educação como uma simples transmissão de informações entre sujeitos.

Ainda de acordo com Araujo, é importante que as equipes ligadas ao planejamento sexual e reprodutivo compreendam a distinção entre “saúde da mulher”, “saúde reprodutiva” e “saúde sexual”. A proposição “saúde integral da mulher”, por exemplo, visa tomar as mulheres como sujeitos e não como objetos reprodutivos, surgindo para se contrapor à ideia de saúde materno--infantil. A formulação “saúde reprodutiva”, que vai suceder a proposta de saúde integral da mulher, assinala, no espaço das práticas de saúde, a ideia da reprodução como direito e não como dever. A proposta de saúde sexual busca incluir o exercício livre da sexualidade como elemento fundamental da autonomia feminina. Neste sentido, a ideia de “saúde sexual” englobaria as anteriores, tanto quanto demarcaria uma mudança de olhar e de perspectiva em relação às mulheres, como sujeitos físicos e sociais.

“O conceito de saúde reprodutiva necessita ser trabalhado juntamente com a saúde sexual, como sendo esta uma postura positiva e natural humana, pois, o constante exercício do aprendizado contraceptivo incide na questão da sexualidade e das relações entre mulheres e homens”. (ARAÚJO, 2004, p.25)

Nesse sentido, a prática da simples entrega de anticoncepcionais não deve ser prioridade como se costuma observar rotineiramente no Programa Saúde da Família (PSF), que como objetivo promover saudáveis relações familiares, sociais e comunitárias, disponibilizando tempo para discutirem e, conseqüentemente, trocar experiências sobre aspectos sociais, econômicos e políticos, favorecendo, assim, a participação comunitária e dos profissionais da saúde.

Para responder às expectativas dos usuários e facilitar seu acesso, uma rede apropriada de serviços de planejamento familiar deve estar disponível, e que seja conveniente e aceitável. O atendimento há de estar próximo de onde as pessoas vivem, ou seja, promover a autonomia dos usuários e entregar os métodos de forma descentralizada. Portanto, às equipes do Programa Saúde da Família compete

estabelecer integração com os serviços de pós-parto, e pós-aborto, de prevenção do câncer de colo uterino, de controle das doenças sexualmente transmissíveis, pois, tendo nas mulheres em idade reprodutiva seu público-alvo, ensejarão oportunidades para expandir a rede de atendimento e aperfeiçoar o contato da usuária com a equipe de saúde (MOURA; SILVA e GIMENIZ, 2007).

Um dos fatores fundamentais para que as ações dos PSF se concretizem é atuar na promoção ao desenvolvimento, promovendo ideias e conceitos independentes, que resultam no melhoramento das suas condições de vida e saúde.

### **1.3 Os Métodos Contraceptivos**

O planejamento ajuda a organizar o crescimento da família, decidindo sobre o número de filhos que deseja ter e os métodos contraceptivos são os instrumentos utilizados para que isso aconteça aliado ao acompanhamento médico.

Segundo Aguirre et al. (2008) a anticoncepção tem uma história milenar. Hipócrates (460-377 a.C) já sabia que a semente da cenoura selvagem era capaz de prevenir a gravidez.

Diante dessa descoberta, os primeiros métodos contraceptivos utilizados pelos povos antigos que se tem conhecimento, excluindo a abstinência sexual, foram: o coito interrompido, alguns tipos de barreiras, a lavagem vaginal utilizando ervas medicinais e espermicidas feitos de substâncias ácidas advindas de animais misturadas com mel ou óleo vegetal. Esses métodos de anticoncepção utilizados pelos povos da antiguidade eram exclusivamente para evitar gravidez.

Segundo Aguirre et al. (2008) a perspectiva do planejamento tem o propósito de contribuir para a melhoria da saúde da mulher, proporcionando orientação e informação, não somente sobre os métodos anticoncepcionais, mas também, sobre o comportamento reprodutivo. Quando os métodos de planejamento familiar são conhecidos, usados e acessíveis, é menos provável que ocorram gravidezes não desejadas e abortos. Sendo assim, se o planejamento familiar conseguir passar todo conhecimento de forma eficaz dos métodos contraceptivos, a pessoa poderá fazer escolha mais adequada para si de acordo com o momento em que vive, pois o planejamento familiar adquire um papel importante na determinação na dinâmica reprodutiva.

O Ministério da Saúde lançou em 2005 um manual chamado "Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais", onde traz informações sobre os métodos e técnicas de contracepção fornecidas pelo SUS tais como:

A) Métodos comportamentais:

Método Rítmico (tabelinha): procura calcular o início e o fim do período fértil e somente é adequado para mulheres com ciclo menstrual regular. A mulher deve ser orientada, inicialmente, a marcar no calendário os últimos 6 a 12 ciclos menstruais, com data do primeiro dia e duração, calculando, então, o seu período fértil e abstendo-se de relações sexuais com contato genital neste período. É pouco eficaz se não for combinado com outros métodos, como preservativos ou espermicidas, pois depende da abstenção voluntária nos períodos férteis da mulher, onde o desejo sexual se encontra em alta.

Coito interrompido: baseia-se na capacidade do homem em pressentir a iminência da ejaculação e, neste momento, retirar o pênis da vagina. Tem baixa efetividade, levando à disfunção sexual do casal, deve ser desencorajado.

B) Métodos de Barreira:

Estes métodos impedem a ascensão dos espermatozoides ao útero, sendo fundamentais na prevenção das DST e AIDS.

Condom ou camisinha ou preservativo: quase todas as pessoas podem usar; protege contra doenças sexualmente transmissíveis, inclusive AIDS; previne doenças do colo uterino; não faz mal a saúde; é de fácil acesso.

O condom masculino é um envoltório de látex que recobre o pênis, retendo o esperma no ato sexual, impedido o contato deste e de outros microrganismos com a vagina e o pênis ou vice-versa.

A taxa de falha varia de 3 a 14 mulheres em 100 podem ficar grávidas em um ano de uso.

O condom feminino constitui-se em um tubo de poliuretano com uma extremidade fechada e a outra aberta acoplada a dois anéis flexíveis também de poliuretano na cérvix uterina, paredes vaginais e vulva. O produto já vem lubrificado devendo ser utilizado uma única vez, destacando-se que o poliuretano por ser mais resistente que o látex pode ser utilizado com vários tipos de lubrificantes.

Se usada corretamente, sua eficácia é alta, varia de 82 a 97%.

Efeitos colaterais: alergia ou irritação, que pode ser reduzida trocando a marca e tipo e com uso de lubrificantes à base de água.

Diafragma: é um anel flexível, coberto por uma membrana de borracha fina, que a mulher deve colocar na vagina, para cobrir o colo do útero. Como uma barreira, ele impede a entrada dos espermatozoides, devendo ser utilizado junto com um espermicida, no máximo 6 horas antes da relação sexual. A adesão da paciente depende da utilização correta do dispositivo. A higienização e o armazenamento corretos do diafragma são fatores importantes na prevenção de infecções genitais e no prolongamento da vida útil do dispositivo. Deve ser usado com espermicida. Recomenda-se introduzir na vagina de 15 a 30 minutos antes da relação sexual e só retirar 6 a 8 horas após a última relação sexual de penetração.

Dispositivo Intrauterino (DIU): os DIUs são artefatos de polietileno, aos quais podem ser adicionados cobre ou hormônios, que são inseridos na cavidade uterina exercendo sua função contraceptiva. Atuam impedindo a fecundação, tornando difícil a passagem do espermatozoide pelo trato reprodutivo feminino.

Os problemas mais frequentes durante o uso do DIU são a expulsão do dispositivo, dor pélvica, dismenorréia e aumento do risco de infecção. Deve ser colocado pelo médico e é necessário um controle semestral.

Lançado recentemente no Brasil, o Mirena é um novo método endoceptivo, como o DIU. Trata-se de um dispositivo de plástico ou de metal colocado dentro do útero. É um DIU combinado com hormônios. Tem forma de T, com um reservatório que contém hormônio provocando a atrofia do endométrio e inibição da passagem do espermatozoide através da cavidade uterina.

O Mirena atua liberando uma pequena quantidade de hormônio diretamente da parede interna do útero, continuamente por cinco anos. Sua dosagem é equivalente a tomar duas a três minipílulas por semana. A diferença do Mirena em relação aos outros dispositivos intrauterinos é que ele evita muitos efeitos colaterais.

### C) Anticoncepção Hormonal:

Anticoncepcional Hormonal Combinado Oral (AHCO) consiste na utilização de estrogênio associado à progesterona, impedindo a concepção por inibir a ovulação pelo bloqueio da liberação de gonadotrofinas pela hipófise. Também modifica o muco cervical tornando-o hostil ao espermatozoide, altera as condições endometriais, modifica a contratilidade das tubas, interferindo no transporte ovular.

Existem diversos tipos de pílulas. As mais comumente prescritas são: Pílulas monofásicas, pílulas multifásicas e pílulas de baixa dosagem ou minipílulas.

Idealmente, a pílula só deve ser tomada depois de se fazer um exame médico completo em um ginecologista, que receitará a mais adequada para cada caso.

Elas podem causar efeitos colaterais em algumas mulheres, como náusea, sensibilidade dos seios, ganho de peso ou retenção de água, alterações no humor, manchas na pele, dor de cabeça, aumento na pressão sanguínea.

Uma falha no esquema de tomar a pílula pode cancelar ou diminuir sua efetividade e se tomada por muito tempo, pode aumentar o risco de câncer de mama.

Pílula pós-coito ou pílula do dia seguinte: a anticoncepção de emergência é um uso alternativo de contracepção hormonal oral (tomado antes de 72 horas após o coito) evitando-se a gestação após uma relação sexual desprotegida. Este método só deve ser usado nos casos de emergência, ou seja, nos casos em que os outros métodos anticoncepcionais não tenham sido adotados ou tenham falhado de alguma forma, como esquecimento, ruptura da camisinha, desalojamento do diafragma, falha na tabelinha ou no coito interrompido, esquecimento da tomada da pílula por dois ou mais dias em um ciclo ou em caso de estupro.

Injetáveis: os anticoncepcionais hormonais injetáveis são anticoncepcionais hormonais que contém progesterona ou associação de estrogênios.

Consiste na administração de progesterona isolada, via parenteral com obtenção de efeito contraceptivo por períodos de um ou três meses.

A taxa de falha na injeção mensal varia de 0.1% a 0.6% ou seja, de cada mil mulheres que usam durante um ano, de uma a seis engravidam. A taxa de falha da injeção trimestral é de 0,3% ou seja, de cada mil mulheres que usam durante um ano, apenas três engravidam.

#### D) Métodos definitivos

Vasectomia: consiste em secção e/ou oclusão do canal deferente, sendo um método seguro, eficaz e de fácil execução. É um método contraceptivo, que deve ser encarado como de caráter permanente. A vasectomia oferece uma grande segurança contraceptiva, com falha de apenas 0,1 a 0,15 por 100 homens/ano. A recanalização espontânea é rara.

Ela não interfere nas relações sexuais, não afeta o desempenho sexual do homem e não apresentam efeitos colaterais em longo prazo ou riscos à saúde, seus únicos riscos é uma infecção e sangramento no local ou dentro da incisão e a formação de coágulos no escroto são complicações raras da cirurgia.

Laqueadura Tubaria: é o método que obstrui as tubas uterinas, impedindo a migração dos espermatozoides em direção ao óvulo, fazendo com que não ocorra a fecundação. Não tem ação sobre a produção de hormônios femininos. Embora sua eficácia teórica seja de 100%, na prática é observado, em média, falha de 0,3 gestações para cada 100 mulheres/ano. As falhas podem ser classificadas em: paciente grávida no momento da esterilização, erro cirúrgico (30 a 50% das falhas), falha no equipamento (laparoscopia) dentre outras.

Seus benefícios são: não interfere nas relações sexuais, não interfere na libido, não tem efeitos sobre o leite materno e não apresenta efeitos colaterais em longo prazo ou riscos à saúde. E seus riscos são complicações raras da cirurgia: infecção e sangramento no local da incisão, infecção ou sangramento intra-abdominal, lesão de órgãos pélvicos ou abdominais. A gravidez ocorre raramente, mas quando ocorre, a chance de ser uma gravidez ectópica varia entre um quinto a três quartos, dependendo da técnica utilizada e da idade da mulher.

A seguir abordaremos com mais detalhes o método definitivo, a laqueadura tubária, objeto deste estudo.

## CAPÍTULO II

### 2. A LAQUEADURDA TUBÁRIA

Neste capítulo visa explicar a história da Laqueadura Tubária, desde sua criação a relações dela nos dias atuais. Visa-se também compreender como funciona a esterilização nas mulheres no Brasil.

#### 2.1 A História da Laqueadura Tubária

Na escolha do método os dados mais importantes a considerar são: a plena aceitação por parte do homem e da mulher; a eficiência; a facilidade de emprego; o grau de inocuidade (não exercer efeitos negativos sobre a saúde) e a reversibilidade (poder ser suspenso, em favor da gravidez, se esta passar a ser desejada). O emprego de métodos anticoncepcionais, que a rigor deveria ser uma opção puramente pessoal, está ligado a questões de caráter econômico, social e político, como controle da natalidade e planejamento familiar.

Segundo Guimarães (2007 apud Correa, 1999), a discussão em torno do aumento populacional não é recente. Em 1798, o economista Thomas Robert Malthus, mostrou preocupação com o crescimento populacional ocorrendo em progressão geométrica e a produção de alimentos em forma aritmética, ao mesmo tempo em que a população tendia a crescer sob o instinto sexual reprodutor. Esta filosofia malthusiana internacional influenciou no interesse pela redução do crescimento populacional. Esta corrente defende a ideia de que, o aumento populacional, impede o desenvolvimento do país, sendo necessário o controle da natalidade.

A população mundial mantinha-se estável em torno de um bilhão, porém a partir de 1930 houve um forte crescimento populacional devido à queda da mortalidade infantil e do número de óbitos, graças ao diagnóstico e tratamento de algumas doenças, contribuindo assim, para que a população mundial duplicasse para dois bilhões, número este acrescido de mais um bilhão em 1960.

Nesta progressão, o crescimento demográfico desordenado poderia gerar

graves consequências tanto no aspecto social quanto no econômico, considerando que, provavelmente ocasionariam déficits de recursos para atender a demanda da população.

Segundo Guimarães (2007) o pensamento, profissionais médicos realizaram a primeira intervenção cirúrgica nas trompas com o objetivo de controlar a reprodução sendo que Van Blundell foi precursor deste método, em Londres, no ano de 1823. Nesta época, os conhecimentos científicos escassos, as técnicas operatórias pouco desenvolvidas, a escassez de instrumentais, equipamentos e medicações, contribuíam para elevar o índice de mortalidade no pós-operatório.

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

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

No Brasil, na década de 60, quando prevalecia a ditadura como regime militar e político, nota-se um “aumento da fecundidade” que parecia ser consequência da falta de controle da fecundidade.

Nos anos 1970, influenciado pelo movimento contracultura de 68 e pelas mobilizações das mulheres pelo mundo, organiza-se, no Brasil, o movimento feminista, composto por mulheres da classe média e inspirado em movimentos internacionais. Essas feministas se opunham ao regime militar e lutavam por um governo democrático, onde pudessem ter o direito à cidadania, à autonomia sobre o próprio corpo, reivindicando uma política que eliminasse a discriminação da mulher.

Em reação a esses movimentos aconteceu o I Plano Nacional de Desenvolvimento, 1972-1974, onde representantes do governo discutiram a necessidade de ocupação dos vazios demográficos do país. Assim, o governo brasileiro, por meio de seus representantes, parecia mostrar-se favorável ao aumento da natalidade.

Em Bucareste, no ano de 1974, aconteceu a I Conferência Mundial sobre população, patrocinada pela ONU. Esta Conferência tinha como motivo “a

preocupação com o crescente desequilíbrio entre o crescimento populacional dos países menos desenvolvidos e o dos desenvolvidos” (TINÔCO; MODENA, 1996, p. 52).

No fim da década de 1970, as feministas passaram a defender a regulação da fecundidade como uma maneira de exercer sua cidadania, reivindicando o direito das mulheres sobre seu corpo e contestando os interesses controlista.

Ressalte-se que, a partir dos movimentos de mulheres e, com a colaboração de agências internacionais, foi possível viabilizar-se, em 1979, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), através da qual os países participantes se comprometeram a desenvolver políticas de saúde direcionadas para a eliminação de desigualdades entre os sexos. Assumiram, também, o compromisso de melhorar, no âmbito da assistência médica, o acesso das mulheres aos serviços de saúde.

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

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

No início dos anos 1980, no Brasil, a assistência à saúde das mulheres restringia-se ao período da reprodução, através de programas materno-infantis, que se caracterizavam pela verticalidade, por ações oferecidas para o atendimento às mulheres que não se articulavam entre si, ocasionando às usuárias dos serviços de saúde uma assistência fragmentada e de má qualidade, com intervenções nem sempre as mais adequadas para suas necessidades reais.

Em 1984, na II Conferência Mundial sobre População, realizada na cidade do México, o Brasil reafirmou a importância do controle da fecundidade para o desenvolvimento econômico do país e assumiu o compromisso de implantar programas públicos de planejamento familiar voltado para esta finalidade. O governo assumiu o compromisso de fornecer meios de informações às famílias, para efetuarem livremente a forma de planejar sua família - ação incorporada entre as

atividades de assistência à saúde da mulher (TINÔCO; MODENA, 1996, p. 52).

O Código Penal Brasileiro de 1994 não proíbe a realização da esterilização cirúrgica, contudo, de acordo com interpretação jurídica, o ato de extrair as trompas de falópio, acarretaria a perda ou inutilização de membro, sentido ou função, causando a mutilação física.

Embora a autorização da laqueadura tubária não estivesse claramente explicitada na legislação, segundo vários autores, dentre eles, Berquó (2010), os profissionais médicos realizavam a esterilização cirúrgica nos hospitais particulares e públicos durante a cesariana e, muitas vezes, registravam este procedimento com outro termo cirúrgico, elevando assim a sua ocorrência, fazendo com que se tornasse um método anticonceptivo muito utilizado por mulheres como controle de fecundidade.

Vários hospitais públicos e particulares, como não obtinham autorização legal para a prática da esterilização cirúrgica passaram a realizar parto-cirúrgicos (cesariana), com a condescendência de profissionais médicos, recebendo um pouco mais do que o parto normal (BRASIL, 1996).

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

Segundo o Código de Ética Médica é vedado ao médico realizar algumas condutas, conforme pode ser observado em seu Artigo 42 - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País, também no Artigo 43. – Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgão ou tecidos, aborto ou esterilização, e no Artigo 67 – Descumprir o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método contraceptivo (BRASIL, 1996).

O Conselho Federal de Medicina emitiu pareceres sobre esse assunto, para os profissionais médicos. O Parecer de nº. 35/86, aprovado em 10 de dezembro de 1986, “condena a prática da anticoncepção cirúrgica por ser um método proibido pela legislação brasileira”; e o Parecer de nº. 03/88, aprovado em

03/02/88 “nega autorização para realizar esterilização sem indicação terapêutica” (BRASIL, 1996).

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

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

“Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”. (BRASIL, 1986).

Esse direito constitucional foi regulamentado pela Lei de nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (BRASIL, 1996), que disciplina uniformemente os direitos reprodutivos da mulher e do homem relativos à composição de sua família, bem como a previsão do atendimento gratuito a ambos e coibição de qualquer ato com finalidade precípua de controle populacional discriminatório.

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

“Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maior de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado, à pessoa interessada acesso a serviço de regulação de fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce” (BRASIL, 1996).

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

protocolo pré-estabelecido para esta finalidade.

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

Além de salientar a importância do aspecto legal para a realização da esterilização cirúrgica, é fundamental a observação dos preceitos éticos que constituem os pilares para o exercício da nossa profissão, e a valorização das práticas educativas direcionadas a promoção da saúde para que mulheres bem informadas e orientadas possam fazer a escolha consciente.

## **2.2 A Esterilização Feminina no Brasil de Hoje**

Segundo Gonçalves; Garcia e Coelho (2008) no Brasil há uma política de assistência à saúde da mulher que comporta o planejamento familiar, para cuja formulação a luta organizada das mulheres pelo direito de regular a fertilidade teve um papel fundamental.

O planejamento familiar faz parte do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde desde 1983, sendo garantido como um direito na Constituição brasileira de 1988. Em 1996, foi promulgada a Lei de Planejamento Familiar, em que estão definidas as regras para a democratização do uso da contracepção e dos meios para assistir a infertilidade. Entretanto, verifica-se no país o uso massivo da esterilização cirúrgica feminina, o método contraceptivo mais utilizado pelas mulheres em idade fértil, com tendência para aumento progressivo de seu uso em idades cada vez menores e realização predominantemente associada a uma cesariana.

As dificuldades de acesso a outros métodos contraceptivos e o uso pouco eficiente daqueles a que se tem acesso, a que se soma a má qualidade do acompanhamento dos serviços de saúde, são fatores que têm contribuído para que as mulheres recorram em tão grande número à esterilização cirúrgica como principal recurso para regular a fecundidade.

Assim, parece ter se consolidado em nosso país uma cultura reprodutiva segundo a qual, ainda muito jovens, as mulheres, por desinformação e ausência de alternativas, incluem em seu projeto de vida a cesariana (cujas taxas, no Brasil, têm sobrepujado o parto normal) e a laqueadura tubária. Em consequência, podem herdar sequelas, quase sempre definitivas, que levam a sentimentos de arrependimento ou de insatisfação e a uma demanda crescente de cirurgia para reversão da laqueadura.

Segundo Serruya (1996), o papel reprodutivo é socialmente imposto às mulheres, como se a responsabilidade fora unicamente sua, de maneira que os insucessos nessa área acabam sendo atribuídos à sua incapacidade pessoal de controlá-lo. Nesse contexto, a laqueadura aparece como a melhor opção. Por ser feita pelo médico, a sua eficácia se legitima e, ao mesmo tempo, absolve a mulher da culpa relativa às possíveis falhas dos métodos anticoncepcionais. Por outro lado, por ser um método permanente de contracepção, a esterilização pode colocar-se como uma negação da mulher enquanto reprodutora, negação dos papéis sociais de gênero, numa tentativa, nem sempre consciente, de assumir o poder sobre o seu próprio corpo, historicamente subordinado ao papel de mãe em potencial (Minella, 1998).

## CAPÍTULO III

### 3. DESENVOLVIMENTO

Neste capítulo será demonstrado problema de pesquisa, os objetivos a serem alcançados, os meios que foram utilizados e os resultados obtidos após término da pesquisa.

#### 3.1 O Problema de Pesquisa, Objetivos e Metodologia.

O problema de pesquisa levantado para esse monografia é compreender qual a importância da Laqueadura Tubária dentro do Planejamento Familiar?

Com este questionamento objetiva-se avaliar a importância da Laqueadura Tubária dentro do Planejamento Familiar no Programa Saúde da Família se baseando na bibliografia pesquisada. Com isso pretende-se:

- Verificar o histórico do planejamento sexual e reprodutivo no Brasil.
- Analisar como é feito hoje o planejamento sexual e reprodutivo no Brasil.
- Descrever os métodos anticoncepcionais mais utilizados na atualidade.
- Identificar a origem e as características da Laqueadura Tubária.

Sendo que esta pesquisa é de caráter descritivo, classificando-se como sendo do tipo bibliográfico, objetivando proporcionar maior familiaridade com o problema em questão. Nesta pesquisa pretende-se descrever aspectos relevantes da Laqueadura Tubária como método de Planejamento Familiar dentro do Programa Saúde da Família.

#### 3.2 A Análise de Dados

Pela pesquisa bibliográfica realizada pode se notar que no Brasil o planejamento familiar inicialmente surgiu de uma forma imposta pelos meios internacionais, que acreditavam que o crescimento desordenado da população pobre poderia levar ao colapso no abastecimento mundial.

Com o passar do tempo o país começou dar maior apoio a população em relação ao controle populacional, oferecendo instrumentos e maiores esclarecimentos sobre os métodos contraceptivos existentes. Dentre eles a laqueadura tubária é o um dos mais procurado, mesmo sendo este um método definitivo e arriscado, pois além de ser um procedimento cirúrgico pode trazer malefícios futuros à saúde da mulher como: aumento de pressão, obesidade, dentre outros sintomas.

Embora as maiorias das mulheres fiquem satisfeitas com a decisão de esterilização, algumas mudam de opinião posteriormente e se arrependem. As taxas de arrependimento variam bastante, de 2 a 13%, dependendo da idade e das circunstâncias nas quais o procedimento foi realizado.

As taxas de arrependimento são maiores entre mulheres cujas trompas foram ligadas antes dos 30 anos de idade, solteiras ou em união conjugal recente, sem filhos do sexo masculino (para algumas culturas), quando o parceiro não apoia a decisão, com história de morte de um filho após o procedimento, com acesso limitado a outros métodos anticoncepcionais ou quando o procedimento é realizado durante ou logo após o parto.

O procedimento para reverter à ligadura é difícil, caro e não é realizado em muitos lugares. Menos de 30% das mulheres que desejam reversão da ligadura são elegíveis. Além disso, em cerca de metade dos casos nas quais a reversão é realizada, o procedimento é bem sucedido. Finalmente, o risco de gravidez ectópica após a reversão é 10 vezes maior do que entre mulheres que nunca foram esterilizadas. As mulheres que ainda pensam em ter filhos devem escolher outro método.

De acordo com depoimento de algumas mulheres laqueadas, encontrado na bibliografia pesquisada, o arrependimento pode ser entendido de forma ampla como uma sensação de que se gostaria de voltar atrás. Parece por um lado, fazer parte da ambiguidade que caracteriza a anticoncepção no imaginário feminino, envolvendo o dilema da maternidade. Outro aspecto relatado é quando a mulher laqueada atribuiu ao método alguma mudança, considerando para pior quando se tratou de aspectos físicos (saúde, corpo).

Resumindo, as mulheres laqueadas consideram que o principal efeito do uso deste método contraceptivo sobre a vida delas era o de “estragar a sua saúde”, como se fosse um mal necessário.

Outro fator relevante com a laqueadura é que as mulheres acreditam que conquistaram uma maior liberdade na vida sexual, aumentando assim a prevalência de doenças sexualmente transmissíveis. Pois mesmo, antes de laqueadas há relatos que demonstram a dificuldade da utilização de preservativos, sendo um dos motivos que levaram a realização da esterilização cirúrgica.

Muitos autores acreditam que a laqueadura tubária se tornou uns dos principais métodos contraceptivos usados no Brasil, devido à falta de maiores informações sobre a existência de outros meios que podem ser utilizados para controle de natalidade, contradizendo assim o que é pregado pelos programas de planejamento familiar em nosso país.

Segundo diversos autores como qualquer profissional do PSF, o assistente social dentro do planejamento familiar, tem que conhecer a realidade vivenciada pelos usuários nos bairros atendidos e também se aproximar da dinâmica das atividades desenvolvidas pelas equipes interdisciplinares. Essas diversas ações tem sempre como eixo a defesa e consolidação de direitos sociais. Importante destacar que na relação com o usuário candidato ao planejamento familiar, é passado informações sobre o programa, mas antes de tudo, a pessoa que está à frente é que demanda atenção e função facilitadora, visando o esclarecimento das dúvidas pertinentes a essa situação.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a pesquisa bibliográfica realizada pode-se compreender que existem fatores determinantes que influenciam as mulheres quanto à escolha da laqueadura tubária como meio de interromper seu processo reprodutivo, dentre eles os problemas conjugais, a falta de conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, a quantidade de filhos e a oferta e facilidade da laqueadura tubária.

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

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

Dentre as razões responsáveis pela escolha da esterilização cirúrgica, foram explicitados a falta de critérios na indicação do procedimento e o aconselhamento à mulher, no caso de ela realmente ter consciência da decisão. O aconselhamento deverá explicitar quais as consequências advindas desta decisão e os riscos e benefícios por ela implicados, a sua característica irreversível, e os outros métodos existentes de contracepção.

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

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

Não se pode deixar de ressaltar que a opção da esterilização pode

representar uma forma de independência traduzida pela eficácia da laqueadura tubária, mas deve ser acompanhada da orientação e esclarecimento devido a sua característica principal, na maioria das vezes, a irreversibilidade.

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

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

Apesar da atuação dos profissionais médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos no programa de planejamento familiar, quanto à informação sobre métodos contraceptivos disponíveis, várias mulheres, que já se deram por satisfeitas pela quantidade de filhos que possuem, optam pela laqueadura tubária em relação aos outros métodos.

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

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIRRE. M, et al. **O uso de métodos anticoncepcionais como instrumento de concretização das aspirações socialmente legitimadas das mulheres unidas do Município de Natal-RN.** In XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 20 a 24 de setembro 2008 Caxambu MG Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs\\_pdf/eixo\\_1/abep2010\\_2675](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_1/abep2010_2675). Acesso em: 03 nov. 2010

AYRES J R, FRANÇA Jr I, CALAZANS G, SALETTTI Filho H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA R, Parker R. (org.) **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder.** São Paulo: Editora 34; 1999.

ARAÚJO, F. **Ações de Educação em Saúde no Planejamento Familiar nas Unidades de Saúde da Família do município de Campina Grande,** PB: UEPB: 2004. 71p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/especializacao/FlaviaMentorAraujo.pdf> Acesso em: 03 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde da Mulher. **Assistência ao Planejamento Familiar.** 3 ed. Brasília, 1996. 169 p.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretária de Assistência à Saúde. **Portaria no. 144, de 20 novembro de 1997.** Brasília: Diário Oficial da União. 24 de novembro de 1997, no. 277, seção 1, p. 27409, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos uma Prioridade do Governo.** Ministério da Saúde, Brasília, 2005.

BERQUÓ, E. **Brasil, Um Caso Exemplar - anticoncepção e partos cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar.** Estudos Feministas, v. 2, n1, julho1993. Disponível em: <http://www.journal.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/16069/1460>. Acesso em 21 nov. 2010.

COSTA, Ana Maria. **O PAISM: uma Política de Assistência Integral a Saúde da Mulher a ser Resgatada.** Comissão de Cidadania e Reprodução. São Paulo, 1992.

DEL PRIORI, M. **Ao Sul do corpo: Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia.** Rio de Janeiro: José Olímpio/Edund, 1993.

FEBRASGO. **Manual de Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS para Uso de Métodos Anticoncepcionais**. Organização Mundial da Saúde São Paulo. 4ª Ed. 2009

FONSECA, S. **Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: CEDEPLAR/Rosa dos Tempos, 1991

GUIMARÃES, C. **Laqueadura Tubária**, 2007, 90p. Dissertação Graduação do Curso de Enfermagem da Faculdade Federal de Goiás, 2007. Disponível: [http://bdtd.ufg.br/tesesimplificado/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=589](http://bdtd.ufg.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=589). Acesso: 30 Jan. 2011

MARCOLINO, C. Planejamento familiar e laqueadura tubária: análise do trabalho de uma equipe de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 771-779, mai-jun, 2004. Disponível: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n3/14.pdf>. Acesso: 30 Jan. 2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE; **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: 2002.

MINELLA, L. S., **Aspectos positivos e negativos da esterilização tubária do ponto de vista de mulheres esterilizadas**. Cadernos de Saúde Pública, 14 (Sup. 1):69-79, 1998. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v141/1942.pdf>. Acesso: 15.mar.2011.

MOURA, E. R. F. SILVA, R. M. GIMENIZ, M. T. G. **Dinâmica do Atendimento em Planejamento Familiar no Programa Saúde da Família no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(4):961-970, abr, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/22.pdf> Acesso em: 03 nov. 2010.

OSIS, M.J. **Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 14(Supl. 1):25-32, 1998 Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf> .Acesso em 04 dez. 2010

SERRUYA, S., 1996. **Mulheres Esterilizadas: Submissão e Desejo**. Belém: Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará/Universidade do Estado do Pará.

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

TERRA, P. Esterilização: Uma arma política. **Revista Terceiro Mundo**, n. 141, jul.1991

## ANEXO A

### Manual de anticoncepção – Esterilização Feminina

A esterilização feminina é um método anticoncepcional permanente para mulheres que não desejam ter mais filhos. O método requer um procedimento cirúrgico, simples e seguro. A esterilização feminina é também conhecida como laqueadura tubária, ligadura tubária, ligadura de trompas e anticoncepção cirúrgica voluntária.

#### 1. Mecanismo de Ação

A obstrução mecânica das trompas impede que os espermatozoides migrem ao encontro do óvulo, impedindo a fertilização do mesmo. Não tem nenhum efeito sobre a função hormonal da mulher e não altera o seu ciclo menstrual.

#### 2. Desempenho Clínico

Embora as maiorias das mulheres fiquem satisfeitas com a decisão de esterilização, algumas mudam de opinião posteriormente e se arrependem. As taxas de arrependimento variam bastante, de 2 a 13%, dependendo da idade e das circunstâncias nas quais o procedimento foi realizado. Estudo realizado no Serviço de Esterilidade Conjugal da UNICAMP durante o período de janeiro de 1988 a junho de 1990, durante o qual foram matriculadas 1.262 mulheres, descreveu porcentagem de 12,4% de pedidos de reversão de laqueadura.

As taxas de arrependimento são maiores entre mulheres cujas trompas foram ligadas antes dos 30 anos de idade, solteiras ou em união conjugal recente, sem filhos do sexo masculino (para algumas culturas), quando o parceiro não apóia a decisão, com história de morte de um filho após o procedimento, com acesso limitado a outros métodos anticoncepcionais ou quando o procedimento é realizado durante ou logo após o parto.

#### 3. Efeitos Secundários

Frequentemente causa dor nos primeiros dias, mas esta desaparece depois do primeiro ou segundo dia;

O procedimento para reverter a ligadura é difícil, caro e não é realizado em muitos lugares. Menos de 30% das mulheres que desejam reversão da ligadura são elegíveis. Além disso, em cerca de metade dos casos nas quais a reversão é realizada, o procedimento é bem sucedido. Finalmente, o risco de gravidez ectópica

após a reversão é 10 vezes maior do que entre mulheres que nunca foram esterilizadas. As mulheres que ainda pensam em ter filhos devem escolher outro método.

Importante: Não protege contra as doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo HIV/AIDS.

#### 4. Riscos

São complicações raras da cirurgia: infecção e sangramento no local da incisão, infecção ou sangramento intra-abdominal, lesão de órgãos pélvicos ou abdominais;

Riscos anestésicos: reação alérgica, recuperação demorada, efeitos colaterais;

Muito raramente, risco de morte devido a uma dose excessiva de anestésico ou outra complicação;

A gravidez ocorre raramente, mas quando ocorre, a chance de ser uma gravidez ectópica varia entre um quinto a três quartos, dependendo da técnica utilizada e da idade da mulher. Entretanto, a taxa de gravidez ectópica é menor do que em uma mulher sexualmente ativa que não usa métodos anticoncepcionais.

Risco de gravidez ectópica: O risco varia de acordo com a idade e o tipo de oclusão, mas é menor do que em mulheres que não usam métodos anticoncepcionais.

Taxa anual de gravidez ectópica (por 100 mulheres)

<b>Esterilizadas</b>			
	Todas as técnicas	Salpingectomia pós-parto	Sem método
Todas as mulheres	0,7	0,15	7,5
Mulheres < 34 anos	1,2	0,1	7,5 - 12
Mulheres > 34 anos	0,45	0,2	3,16 - 6,3

Fonte: Peterson 1997; Sivin 1991; MMWR 1995.

## **Anexo B:**

### **Crêterios de Elegibilidade no Brasil**

Em 12 de janeiro de 1996 foi promulgada a lei número 9.263, que dispõe sobre o Planejamento Familiar.

#### **Artigo 10:**

Somente   permitida a esteriliza o voluntária nas seguintes situa es:

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 manifesta o da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado   pessoa interessada acesso a serviço de regula o da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esteriliza o precoce;

II. Risco   vida ou   saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

  1  -   condi o para que se realize a esteriliza o o registro de expressa manifesta o da vontade em documento escrito e firmado, após a informa o a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e op es de contracep o reversíveis existentes.

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

  3  - Não será considerada a manifesta o da vontade, na forma do   1 , expressa durante ocorrência de altera es na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

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

  5  - Na vigência de sociedade conjugal, a esteriliza o depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

  6  - A esteriliza o cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autoriza o judicial, regulamentada na forma da lei.

**Fonte: Diário Oficial, nº 10, seção 1, 15 de janeiro de 1996.**

O Ministério da Saúde está elaborando a normatização do procedimento.

### **Instruções Gerais**

**Importante:** a mulher que solicita a esterilização feminina precisa de uma boa orientação e aconselhamento.

Um provedor gentil, que ouça as preocupações da mulher, responda as suas dúvidas e forneça informações claras e práticas sobre o procedimento, especialmente o caráter permanente do método, estará ajudando-a a fazer uma escolha bem informada e a sentir-se satisfeita e segura com o método. Uma orientação adequada contribuirá para que ela não se arrependa mais tarde.

A legislação no Brasil impõe como condição para realização do procedimento, o registro da 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.

A decisão sobre a esterilização feminina pertence somente à mulher. No Brasil, a legislação federal estabelece que, em vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

Consulte o documento "Consentimento pós-informado para realização de laqueadura tubária" proposto pela Febrasgo.

Todavia, a decisão de submeter-se à esterilização não pode ser feita pelo marido, pelo profissional de saúde, por um membro da família ou por qualquer outra pessoa. Os provedores de planejamento familiar têm o dever de se certificarem de que a decisão não foi feita sob pressão ou coerção. Os provedores também podem e devem ajudar a mulher a refletir sobre a sua decisão. Se ela optar por não se submeter ao procedimento, os provedores devem aceitar e respeitar sua decisão.

**ANEXO C:****Crêterios Médicos de Elegibilidade da OMS para Esteriliza o Feminina**

Importante: Nenhuma condi o médica impede a mulher de submeter-se   esteriliza o. Existem condi es e circunstâncias que indicam que algumas precau es devem ser adotadas. São adotadas as seguintes defini es de categorias:

**E (Encaminhar):** A mulher deve ser encaminhada a um centro médico onde um cirurg o experiente e sua equipe possa realizar o procedimento em ambiente equipado para anestesia geral e outros cuidados médicos avançados. Métodos anticoncepcionais temporários devem ser oferecidos   mulher até a realiza o do procedimento.

**C (Cuidado):** O procedimento pode ser realizado em uma clínica não especializada, mas com prepara o e precau es adequadas, dependendo da condi o apresentada pela mulher.

**A (Adiar):** Significa adiar a esteriliza o feminina. Essas condi es devem ser tratadas e resolvidas antes que o procedimento de esteriliza o feminina seja feito. O provedor deve oferecer métodos anticoncepcionais temporários   mulher.

<b>Categoria E:</b> A mulher deve ser encaminhada a um centro médico onde um cirurg�o experiente e sua equipe possa realizar o procedimento em ambiente equipado para anestesia geral e outros cuidados médicos avançados. Métodos anticoncepcionais temporários devem ser oferecidos � mulher até a realiza�o do procedimento.
<b>Pós-parto<sup>(a)</sup>:</b> Menos de 7 dias ou 42 dias ou mais Pr�-eclâmpsia leve
Perfura�o ou rotura uterina pós-parto
Amamenta�o
Pós-aborto não complicado
Perfura�o ou rotura uterina p�s-aborto
Fumante
Hipertensão arterial PA sistólica maior ou igual a 160 ou PA diastólica maior ou igual a 100 Doença vascular
Múltiplos fatores de risco para doença arterial cardiovascular (como idade avançada, fumo, hipertensão e diabetes)
História de pr�-eclâmpsia

História de diabetes gestacional Diabetes com nefropatia/retinopatia/neuropatia, outras doenças vasculares ou duração maior que 20 anos
História de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar <sup>(b)</sup> História familiar de doença tromboembólica (parentesco de 1º grau) Cirurgia de grande porte sem imobilização prolongada Cirurgia de pequeno porte sem imobilização
Varizes Tromboflebite superficial
Hiperlipidemias
Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana) <sup>(c)</sup>
Cefaléia ou enxaqueca
Sangramento vaginal irregular não volumoso, ou volumoso e prolongado
Nódulo mamário sem diagnóstico Doença mamária benigna Câncer de mama no passado e sem evidência de doença nos últimos cinco anos História familiar de câncer de mama
Neoplasia intraepitelial cervical
Ectopia cervical
Doença inflamatória pélvica no passado com gravidez subsequente
Doença sexualmente transmissível (DST) nos últimos três meses, vaginite sem cervicite purulenta ou risco aumentado para DST
AIDS <sup>(d)</sup> HIV positivo Alto risco para HIV
Doença biliar tratada ou assintomática
História de colestase associada à gravidez ou ao uso de anticoncepcional oral combinado no passado
Portadora assintomática de hepatite viral
Cirrose grave (descompensada)
Gravidez ectópica no passado
Tireoidopatias: Bócio simples e Hipertireoidismo
Doença trofoblástica gestacional benigna
Esquistossomose com fibrose hepática <sup>(e)</sup>
Malária
Nuliparidade ou multiparidade <sup>(f)</sup>
Dismenorréia grave
Doença respiratória crônica: asma, bronquite, enfizema, infecção pulmonar <sup>(g)</sup>
Tuberculose pélvica ou não-pélvica
Útero fixo devido a infecção ou cirurgia prévia

Tumores ovarianos benignos (incluindo cistos)
Hérnia umbilical ou de parede abdominal <sup>(h)</sup>
Esterilização simultânea à cesárea <sup>(a)</sup>
<p><sup>(a)</sup> Não existem razões médicas que impedem a realização do procedimento; entretanto, segundo a legislação federal "é vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores".</p> <p><sup>(b)</sup> Existe risco de recorrência ou embolia: a deambulação precoce reduz o risco pós-operatório de trombose ou embolia.</p> <p><sup>(c)</sup> Os riscos cirúrgico e anestésico são elevados. Se há fibrilação atrial instável ou endocardite bacteriana subaguda, o procedimento deve ser adiado.</p> <p><sup>(d)</sup> O uso de condom deve ser recomendado após a esterilização; se a mulher com AIDS apresenta mau estado geral, o procedimento deve ser adiado.</p> <p><sup>(e)</sup> A função hepática deve ser avaliada.</p> <p><sup>(f)</sup> Não existem razões médicas que restrinjam o procedimento em qualquer paridade; entretanto, legislação federal impede sua realização em mulheres com menos de dois filhos.</p> <p><sup>(g)</sup> Durante laparoscopia, a mulher pode apresentar exacerbação dos sintomas devido à elevação do diafragma provocada pelo pneumoperitônio, posição de Trendelenburg ou pela diminuição do retorno venoso.</p> <p><sup>(h)</sup> A correção da hérnia pode ser feita simultaneamente à laqueadura, se possível.</p>

C (Cuidado): O procedimento pode ser realizado em uma clínica não especializada, mas com preparação e precauções adequadas, dependendo da condição apresentada pela mulher.

Idade baixa <sup>(a)</sup>
Hipertensão arterial no passado se a PA não pode ser avaliada Hipertensão arterial: PA 140-159/90-99 Hipertensão adequadamente controlada se a PA pode ser avaliada
Diabetes insulino-dependente ou não
Doença cardíaca isquêmica no passado
AVC
Cardiopatias valvulares não complicadas
Câncer de mama atual
Doença inflamatória pélvica no passado sem gravidez subsequente <sup>(b)</sup>
Cirrose leve (compensada) <sup>(c)</sup>
Tumores hepáticos benignos ou malignos <sup>(c)</sup>
Mioma uterino <sup>(d)</sup>
Obesidade: IMC maior ou igual a 30kg/m <sup>2</sup> <sup>(e)</sup>
Hipotireoidismo
Anemia falciforme <sup>(f)</sup>
Talassemia
Anemia ferropriva: Hb maior ou igual a 7 e menor que 10g/dl <sup>(g)</sup>
Epilepsia
Esquistossomose com fibrose hepática <sup>(c)</sup>
Hérnia diafragmática <sup>(h)</sup>

Doença renal <sup>(i)</sup>
Desnutrição grave <sup>(i)</sup>
<b>Esterilização simultânea a cirurgia abdominal eletiva</b>
<p><sup>(a)</sup> Não existem razões médicas que restrinjam o procedimento para qualquer idade; entretanto, legislação federal impede sua realização em mulheres com 25 anos de idade ou menos.</p> <p><sup>(b)</sup> Um exame pélvico cuidadoso deve ser realizado para afastar infecção persistente ou recorrente e avaliar a mobilidade uterina.</p> <p><sup>(c)</sup> A coagulação sanguínea e a função hepática podem estar alteradas. Deve-se avaliar a função hepática.</p> <p><sup>(d)</sup> Tumores volumosos podem dificultar a localização das trompas e a mobilização do útero.</p> <p><sup>(e)</sup> O procedimento é mais difícil, existe aumento do risco para infecção e deiscência de parede.</p> <p><sup>(f)</sup> Existe aumento do risco para crises falciformes, complicações pulmonares, cardíacas e neurológicas e infecção de parede.</p> <p><sup>(g)</sup> Deve-se identificar a doença subjacente e monitorar os níveis de hemoglobina pré e pós-operatórios.</p> <p><sup>(h)</sup> Durante laparoscopia, a mulher pode apresentar exacerbação dos sintomas devido à elevação do diafragma provocada pelo pneumoperitônio, posição de Trendelenburg ou pela diminuição do retorno venoso.</p> <p><sup>(i)</sup> Pode haver aumento do risco para infecção, choque hipovolêmico, anemia, distúrbios eletrolíticos, neuropatia periférica e anormalidades no metabolismo e excreção de drogas.</p> <p><sup>(j)</sup> Pode haver aumento do risco para infecção de parede.</p>

**A (Adiar):** Significa adiar a esterilização feminina. Essas condições devem ser tratadas e resolvidas antes que o procedimento de esterilização feminina seja feito. O provedor deve oferecer métodos anticoncepcionais temporários à mulher.

Gravidez
Pós-parto <sup>(a)</sup> 7 a 42 dias após o parto <sup>(b)</sup> Pré-eclâmpsia grave/eclâmpsia <sup>(c)</sup> Ruptura prolongada de membranas: 24 horas ou mais <sup>(d)</sup> Sepsis puerperal, febre intraparto ou puerperal <sup>(d)</sup> . Hemorragia anteparto ou pós-parto grave <sup>(e)</sup> Traumatismos graves do trato genital durante o parto <sup>(e)</sup>
Pós-aborto Sepsis ou febre pós-aborto <sup>(d)</sup> Hemorragia grave pós-aborto <sup>(e)</sup> Traumatismos graves do trato genital por aborto <sup>(e)</sup> Hematométrio agudo <sup>(e)</sup>
Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar atual <sup>(f)</sup> Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada
Cardiopatia isquêmica atual
Sangramento vaginal inexplicado (antes da avaliação)
Doença trofoblástica gestacional maligna
Câncer de colo uterino (aguardando tratamento)
Câncer de ovário ou de endométrio

Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos três meses <sup>(g)</sup>
Doença sexualmente transmissível atual (incluindo cervicite purulenta) <sup>(d)</sup>
Doença biliar sintomática
Hepatite viral ativa
Doença trofoblástica gestacional maligna
Anemia ferropriva (Hb < 7g/dl)
Infecção de pele no abdome
Doença respiratória aguda (bronquite, pneumonia)
Infecção generalizada ou gastroenterite <sup>(h)</sup>
Esterilização simultânea a cirurgia abdominal de emergência ou com infecção

<sup>(a)</sup> Não existem razões médicas que impedem a realização do procedimento; entretanto, segundo a legislação federal "é vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores".

<sup>(b)</sup> Existe aumento do risco para complicações se o útero não está completamente envolvido.

<sup>(c)</sup> Existe aumento do risco anestésico.

<sup>(d)</sup> Existe aumento do risco para infecção pós-operatória.

<sup>(e)</sup> Existe significativa perda sanguínea e anemia; há aumento do risco para insuficiência renal aguda devido a hipotensão prolongada.

<sup>(f)</sup> Existe risco de recorrência ou embolia; a mulher não deve ser exposta a situações que elevam a resistência vascular pulmonar ou diminuem a volemia ou diminuem a resistência vascular sistêmica.

<sup>(g)</sup> Existe aumento do risco para infecções e aderências.

<sup>(h)</sup> Existe aumento do risco para desidratação, complicações anestésicas e infecções.

### Taxa de Falha dos Anticoncepcionais

Eficácia por Grupo	Método	Uso Rotineiro	Uso Correto e Consistente
Sempre alta eficácia	Vasectomia	0,1	0,1
	Injetáveis Trimestrais	0,3	0,3
	Injetáveis Mensais*	0,3	0,1
	Ligadura	0,5	0,5
	DIU TCU-380A	0,8	0,6
	Mini-pílula na lactação	1	0,5
	Norplant	0,1	0,1
	Mirena	0,2	0,2
Eficácia média em uso rotineiro. Alta eficácia quando usado corretamente e consistentemente	LAM (só 6 meses)	2	0,5
	Pílula combinada	6-8	0,1
Eficácia baixa em uso rotineiro. Eficácia média quando usado corretamente e consistentemente	Condom	14	3
	Diafragma/espermicida	20	6
	Abstinência periódica	20	1-9
	Condom feminino	21	5
	Espermicidas	26	6

(Número de gravidez por cada 100 mulheres que usam os métodos durante um ano)

Adaptado do livro "The Essentials of Contraceptive Technology", Johns Hopkins

Population Information Program, 1998

\* Newton, J.R. J. Obstet. Gynaecol, 1994.