



ORIGINAL ARTICLE

VOLUNTARY FEMALE STERILIZATION: A RESEARCH AMONG WOMEN IN
CRATO, CEARÁ, BRAZILESTERILIZAÇÃO FEMININA VOLUNTÁRIA: UMA INVESTIGAÇÃO COM MULHERES NO
MUNICÍPIO DO CRATO, CEARÁ, BRASILESTERILIZACIÓN FEMENINA VOLUNTARIA: UNA INVESTIGACIÓN CON MUJERES EN EL MUNICIPIO DE CRATO,
CEARÁ, BRASIL*Ana Erika Feitosa Justo Xenofonte¹, Evanira Rodrigues Maia², Eugênio Sá Xenofonte de Oliveira³*

ABSTRACT

Objective: to get to know motives self-referred by women in Crato, Ceará, Brazil to undergo voluntary female sterilization. **Method:** exploratory and descriptive study from quantitative approach, looking at the files of 124 women submitted to the surgical procedure from August 2005 to March 2008, attended by the Family Planning Program in Crato-CE, Brazil. A registration script was used to record valid data and were analyzed using Epi-info software, version 6.0. **Results:** the satisfaction with the number of alive children, associated with financial difficulties and incompatibility with the use of oral contraceptives were mentioned as the main motives for the decision to seek sterilization. A large part of the women managed to undergo the procedure within six months after enrolling in the program. **Conclusion:** the desire to interrupt fertility before 30 years old can indicate rejection or the inexistence of other contraception methods offered by the service, as well as personal and cultural factors and socioeconomic difficulties. **Descriptors:** women; health; sterilization; reproductive; family planning.

RESUMO

Objetivo: conhecer os motivos auto referidos por mulheres cratenses para realizar a esterilização feminina voluntária. **Método:** estudo exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa. Utilizou-se um roteiro para a coleta de dados em 124 prontuários de mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico entre agosto de 2005 e março de 2008, assistidas pelo Programa de Planejamento Familiar da cidade de Crato-CE. Os dados foram analisados utilizando-se o Programa Epi-info, versão 6.0. **Resultados:** a satisfação com o número de filhos vivos, associados com a dificuldade financeira e incompatibilidade com o uso de anticoncepcional oral, foram mencionados como principais motivos para decisão de procura da esterilização. Grande parte das mulheres conseguiu realizar o procedimento até seis meses após a inscrição no programa. **Conclusão:** o desejo de interromper a fertilidade antes dos 30 anos de idade pode ser indicativo de rejeição, ou inexistência de outros métodos de contracepção oferecidos pelo serviço, bem como a fatores pessoais, culturais e as dificuldades socioeconômicas. **Descritores:** mulher; saúde; esterilização; reprodutiva; planejamento familiar.

RESUMEN

Objetivo: es conocer los motivos auto referidos por mujeres en Crato, Ceará, Brasil para realizar la esterilización femenina voluntaria. **Método:** estudio exploratorio y descriptivo con aproximación cuantitativa. Fueron investigados 124 archivos de mujeres sometidas al procedimiento quirúrgico entre agosto de 2005 y marzo de 2008. Fue utilizado un guión de registro para anotación de los datos válidos y fueron analizados utilizándose el Programa Epi-info, versión 6.0. **Resultados:** la satisfacción con el número de hijos vivos, asociados a la dificultad financiera e incompatibilidad con el uso de anticonceptivo oral, fueron mencionados como principales motivos para decisión de procura de la esterilización. Una grande parte de las mujeres consiguió realizar el procedimiento hasta seis meses después de la inscripción en el programa. **Conclusión:** el deseo de interrumpir la fertilidad antes de los 30 años de edad puede indicar rechazo, o inexistencia de otros métodos de contracepción ofrecidos por el servicio, y también de factores personales, culturales y las dificultades socioeconómicas. **Descriptores:** mujer; salud; esterilización; reproductiva; planificación familiar.

¹Bacharel em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri, Crato, Brasil. Enfermeira do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará. Pós-graduanda em Saúde da Família pela Universidade Regional do Cariri, Crato, Ceará, Brasil. E-mail: anaerikafix@hotmail.com; ²Mestre em Sociologia. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil. Professora do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Barbalha, Ceará, Brasil. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, Crato, Ceará, Brasil. E-mail: evanira@bol.com.br; ³Médico. Especialista em Ginecologia e Obstetria pelo Conselho Federal de Medicina, Brasil. Servidor do Instituto Nacional de Seguridade Social, Crato, Ceará, Brasil. Servidor do Centro Microrregional de Excelência e Assistência à Saúde Reprodutiva, Crato, Ceará, Brasil. E-mail: eugeniosxo@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Conforme os princípios do Programa de Planejamento Familiar o direito das pessoas decidirem sobre interrupção ou aumento da prole deve ser garantido. No entanto, antes de por fim à capacidade reprodutiva, homens e mulheres devem passar por sessões de aconselhamento, incluindo atendimento multidisciplinar, em que todos os métodos contraceptivos facilmente reversíveis preconizados pelo Ministério da Saúde, devem ser ofertados e o acesso a estes garantidos conforme legislação brasileira.^{1,2,3}

Destaque-se que a atenção à saúde reprodutiva no país, ainda é insuficiente, não garantindo o direito de informação e acesso a todos os recursos contraceptivos assegurados por lei o que leva a rejeição dos métodos contraceptivos reversíveis. Mulheres esterilizadas afirmam que sua escolha deveu-se a busca de um método contraceptivo que associasse diversos benefícios, como a alta eficácia, condição proporcionada por meio da esterilização cirúrgica.¹

Grande parte das mulheres que requerem o direito de realizar a esterilização voluntária já chega aos serviços de saúde reprodutiva com representações negativas acerca das opções alternativas à esterilização, mesmo "recebendo informações e a garantia de acesso a outros métodos contraceptivos, mantém sua intenção de esterilizar-se".¹

No Brasil, a maioria das esterilizações femininas e a masculinas foram realizadas por especialistas e mediante pagamento dos usuários ou do setor de saúde suplementar.⁴ Acrescente-se que a freqüente prática da laqueadura tubária durante a cesariana no setor privado poderia estar associada, em grande parte, à ilegitimidade, ou seja, a esterilização voluntária não era permitida com base no código penal brasileiro e no código de ética médica que impedia a esterilização voluntária até final da década de 80.²

Com a aprovação da legislação em saúde dos direitos sexuais e reprodutivos, o controle definitivo da reprodução no Brasil passou a ser legalizado através das Portarias 144 de 20 de novembro de 1997⁵ e da 048 de 11 de fevereiro de 1999 do Ministério da Saúde. Estas portarias em concordância com a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996⁶, definem os critérios exigidos para a realização da esterilização cirúrgica.

Dentre os critérios, vale destacar, a idade mínima de 25 anos ou dois filhos, realização da esterilização cirúrgica em instituições que ofereçam todas as opções de métodos

contraceptivos reversíveis, e o cumprimento do prazo mínimo de sessenta dias entre a demanda e o procedimento cirúrgico que promove o controle definitivo da reprodução.

A esterilização cirúrgica deve ser considerada um procedimento permanente de contracepção, pois a ligação tubária e a vasectomia não são de fácil reversibilidade. As candidatas ao método devem estar convictas de que independentemente de qualquer circunstância não almejam mais ter filhos.⁷

Quando a definição por se submeter à esterilização cirúrgica decorre devido à insuficiência quantitativa e qualitativa na assistência à saúde reprodutiva pode culminar em "repercussões incalculáveis no projeto de vida das mulheres".¹

A existência de um serviço ambulatorial público habilitado para oportunizar as mulheres à realização do direito a esterilização cirúrgica, amparado por lei federal concretiza princípios da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde como a Universalidade e Integralidade da assistência, no entanto, a organização do serviço deve garantir a assunção livre e esclarecida para a mulher realizar a esterilização cirúrgica voluntária garantida gratuitamente perante a legislação brasileira. O que pela inexistência do pagamento como obstáculo à sua realização, poderia levar à posterior arrependimento.⁴

Pela irreversibilidade da perda da função de procriar, e pela possibilidade de interferir negativamente na auto-estima das mulheres quando esta decisão é tomada precipitadamente, faz-se necessário desvelar aspectos relacionados a organização da assistência a mulher nos ambulatórios de planejamento familiar.

Ademais, a esterilização cirúrgica ainda é freqüentemente realizada como alternativa contraceptiva frente aos métodos facilmente reversíveis e disponibilizados nas Unidades Básicas de Saúde e serviços de Planejamento Familiar em todo o país.⁸

Esta observação nos leva a questionar: quais são as características sociais das mulheres que se submetem a cirurgia de esterilização? Que fatores podem estar associados a esta decisão? Quanto tempo leva para as mulheres conseguirem realizar esse procedimento? Assim, objetiva-se conhecer os motivos auto-referidos e descrever o perfil social por mulheres candidatas ao método contraceptivo de esterilização cirúrgica, bem como identificar o tempo entre a primeira consulta e a realização da esterilização feminina em um centro de referência.

OBJETIVOS

- Conhecer os motivos autoreferidos por mulheres cratenses para realizar a esterilização feminina voluntária.
- Identificar o perfil social.
- Conhecer o tempo decorrido entre a primeira consulta e a realização da cirurgia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo de base documental com abordagem metodológica quantitativa. A pesquisa foi realizada no Município do Crato, Sul do estado do Ceará na macrorregião do Cariri, com população estimada pelo IBGE⁹ em 115.000 habitantes, localizada a 566 Km da capital. Realizou-se de março a abril de 2008.

O município foi selecionado devido ser pólo e referência para realização de esterilização voluntária para mulheres provenientes dos municípios que compõe a 20ª Célula Regional de Saúde – CRES, composta por: Crato, Nova Olinda, Farias Brito, Araripe, Santana do Cariri, Potengi, Campos Sales, Altaneira, Assaré e Salitre).¹⁰⁻¹

Os dados foram coletados por meio dos registros do Centro Microrregional de Excelência e Assistência à Saúde Reprodutiva (CEMEAR) de Crato, localizado no Centro de Especialidades da cidade. Trata-se do serviço ambulatorial de referência em planejamento familiar e o único habilitado para encaminhar a unidade hospitalar credenciada às mulheres aptas para realização da esterilização cirúrgica voluntária.

O universo da pesquisa foi constituído por mulheres candidatas ou que realizaram a cirurgia de esterilização atendida no CEMEAR de Crato-CE. O critério de definição da amostra foi à acessibilidade. Foram considerados apenas os dados contidos nas fichas registradas no livro de atendimento da coordenação do serviço de agosto 2005 até março de 2008.

Foram coletados dados de todas as mulheres que tenham procurado o serviço credenciado neste período e preencham os pré-requisitos propostos participem do estudo. Consideraram-se como dados válidos, os prontuários que contivessem as seguintes informações: ser residente em Crato-CE, identificação da paciente, data de nascimento ou idade, estado civil, profissão e renda familiar, além de evolução da equipe de saúde mencionando os motivos das mulheres para a tomada de decisão pela realização da esterilização cirúrgica. Os dados foram

coletados utilizando-se um roteiro para anotação dos achados.

Foram critérios de exclusão, a ausência de justificativa para realização da esterilização tubária na evolução médica, de enfermagem ou da assistência social e as fichas de atendimento de mulheres provenientes de outros municípios circunvizinhos.

Dos 210 prontuários identificados no serviço, 124 atenderam aos critérios de inclusão na pesquisa. Para determinar o tempo decorrido desde a procura pelo método cirúrgico de contracepção e a realização da cirurgia, identificou-se grande parte das datas da esterilização no próprio nos prontuários do CEMEAR. Quando este dado não contou dos arquivos do serviço de referência, buscou-se no hospital de credenciado para as cirurgias através do prontuário médico.

Para construção do perfil social dos sujeitos e na perspectiva de identificar a distribuição de alguns aspectos entre as mulheres participantes do estudo, foi realizada primeiramente análise univariada e os dados expostos e organizados em tabelas. Depois, efetuada análise estatística bivariada, mediante testes de significância ($p=0,05$) com auxílio do programa EPI-INFO versão 6.0.

Respeitando as disposições contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido a apreciação e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde do Crato, Coordenação do serviço de Planejamento Familiar e à direção do hospital de referência e em seguida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - COMEPE, que obteve aprovação na reunião do dia 14 de fevereiro de 2008, protocolo COMEPE nº 09/08. Por trata-se de um estudo de base de dados secundários solicitou-se a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente, a esterilização voluntária feminina é um direito constitucional e possui todas as garantias legais para uma escolha consciente. A *Lei 9.263, 12 de janeiro de 1996* regulamentou os direitos reprodutivos no Brasil. Como legislação em saúde buscou estabelecer critérios sobre as ações de planejamento familiar.^{3,8}

Na perspectiva de romper com a ilegalidade associada à prática da esterilização feminina voluntária realizada, principalmente no setor privado da saúde do Brasil, o Ministério da Saúde lançou a Portaria 144 de 20 de novembro de 1997⁵ que legaliza a esterilização feminina voluntária no Sistema

Único de Saúde, permitindo que o sistema público de saúde pagasse pela realização da laqueadura tubária. A Portaria 048 de 11 de fevereiro de 1999 altera significativamente a regulamentação da lei, proibindo a realização da cirurgia durante o período do parto, ressalvo em situações que representem riscos de vida e em casos de sucessivas cesarianas.²

É de competência do Estado a promoção de meios que possibilitem o pleno exercício do planejamento familiar. A efetiva prática da esterilização, através de acesso universal e equitativo a todo o cidadão somente será exercida por meio de políticas públicas que garantam os direitos já consolidados em lei.

Assim, a integralidade da atenção na saúde sexual e reprodutiva inicia-se na atenção básica. Em Crato, a Estratégia de Saúde da Família - ESF conta com 27 equipes com cobertura de 70% da população urbana e rural.

Estas unidades básicas referenciam mulheres para um Centro de Referência em Saúde Sexual e Reprodutiva que as encaminha ao hospital conveniado ao Sistema Único de Saúde.¹¹

No entanto, significativo número de prontuários não pôde ser localizado. Segundo gestão do CEMEAR, inicialmente os prontuários eram enviados ao serviço onde a cirurgia era realizada e parte destes prontuários não retornavam ao CEMEAR. Ademais, antes de 2005 alguns destes documentos foram enviados para as equipes da Saúde da Família de onde as mulheres residiam antes de agosto de 2005.

Quanto às características das mulheres esterilizadas, verificou-se, conforme a Tabela 1, que a faixa etária predominante foi de mulheres com até 30 anos, representando, 70,16% do total.

Tabela 1. Perfil das mulheres que realizaram esterilização voluntária por faixa etária. Crato (CE), 2008.

Faixa etária	n	%
21 - 25 anos	32	25,81
26 - 30 anos	55	44,35
31 - 35 anos	29	23,39
36 - 40 anos	07	5,65
Mais de 40 anos	01	0,81
Total	124	100

Os dados revelam que as mulheres estão se submetendo à esterilização voluntária ainda muito jovem e de acordo com a tabela 2 com pequeno número de filhos, sob maior risco de arrependimento.¹²⁻⁵ Para tanto, a esterilização voluntária deve ser concedida mediante orientação e aconselhamento³ com o objetivo de desencorajar a esterilização precoce, pois a probabilidade da mulher arrependida voltar a ter capacidade de reproduzir é mínima.

É importante oferecer um serviço multiprofissional, com articulação das ações e comunicação inter-profissional, com acesso a todos os métodos contraceptivos reversíveis.

O processo de aconselhamento e avaliação da equipe de saúde pode ser destacado como imperativo para minimizar ou evitar decisões

equivocadas. É capaz de oferecer suporte para uma decisão amadurecida, com riscos reduzidos de arrependimento, considerado um das mais importantes complicações em torno do processo da esterilização tubária.^{3,16}

Pesquisa realizada com 98 mulheres à procura de nova gestação após esterilização cirúrgica, revela que estas mulheres tinham idade média de 25 anos à época da cirurgia, revelando fortes evidências de que quanto mais precoce for a tomada de decisão, maiores serão as chances de aumentar a demanda em serviços de reprodução assistida.¹⁷

A porcentagem de mulheres que se submeteram à esterilização cirúrgica com até três filhos foi de 74,19%.

Tabela 2. Perfil das mulheres que realizaram esterilização voluntária por número de filhos. Crato (CE), 2008.

Número de filhos	n	%
1 filho	10	8,06
2 ou 3 filhos	82	66,13
4 ou 5 filhos	24	19,35
6 ou mais filhos	03	2,42
Não informado	05	4,03
Total	124	100,00%

Observa-se forte associação entre número de filhos e decisão pela esterilização feminina voluntária. Pois, 46% das mulheres mencionaram como principal determinante para a realização da cirurgia, a satisfação com o tamanho da prole. O fato de, 74,19% mulheres já terem alcançado o número ideal,

com até três filhos, número encontrado em estudo sobre esterilização feminina durante o parto cesáreo.¹⁸ Esta situação corrobora com as estatísticas brasileiras que apontam para um decréscimo nas taxas de fecundidade.

Em relação ao estado civil das mulheres laqueadas, mais da metade estavam casadas

ou tinham companheiro. Estudos apontam que 45% das mulheres de casadas de 15 a 49 estão esterilizadas.¹⁸

O interesse pela esterilização feminina ocorre, principalmente, entre mulheres casadas em acordo com o estudo de Berquó²

Tabela 3. Perfil das mulheres que realizaram esterilização voluntária por estado civil. Crato (CE), 2008.

Estado civil	n	%
Casada	70	56,45
Solteira	48	38,71
Divorciada	01	0,81
Viúva	01	0,81
Não informado	04	3,23
Total	124	100,00%

O estado civil tem sido considerado como fator predisponente para o arrependimento do processo de esterilização, haja vista, a construção de um novo matrimônio ser descrita pela maioria das mulheres como principal motivação pela procura do serviço de reprodução para reversão da esterilização e retorno a capacidade de reprodução. A instabilidade conjugal, a perda de um filho e a idade jovem são fatores relacionados ao arrependimento em todo o mundo.¹⁷

A adesão das mulheres cratenses á cirurgia contraceptiva pode ser relacionada às restrições sócio-econômicas como determinantes para a decisão do casal sobre o

no qual 77,3% das mulheres que buscaram a esterilização serem casadas. Em nosso estudo 43,55% informaram estar na condição de solteira, viúva ou divorciada o que aumenta as chances arrepender-se ou tentar reverter cirurgia.

gozo do direito reprodutivo de interromper a prole. A falta de acesso e a insegurança em relação à efetiva eficácia dos métodos alternativos a contracepção irreversível, podem estar repercutindo neste processo.

Observa-se na Tabela 4 que a maioria das candidatas ou mulheres que fizeram a laqueadura tubária ter como principal ocupação os afazeres domésticos. As profissões referidas demonstram deficiência na qualificação profissional o que repercute na renda familiar.

Tabela 4. Perfil das mulheres que realizaram esterilização voluntária por ocupação. Crato (CE), 2008.

Ocupação	n	%
Do lar	46	37,10
Agricultora	30	24,19
Doméstica	23	18,55
Aux. de produção	03	2,42
Autônoma	02	1,61
Aux. de serv. gerais	02	1,61
Costureira	01	0,81
Estudante	01	0,81
Professora	01	0,81
Vendedora	01	0,81
Não informada	14	11,29
Total	124	100

Somam-se a baixa qualificação profissional os baixos salários auferidos pelas mulheres que buscaram o serviço de esterilização. 54,03% destas têm renda familiar inferior a um salário mínimo. Supõe-se sejam mulheres com baixa escolaridade, haja vista as ocupações relatadas. A esterilização feminina decresce com a escolaridade.³

Dessa forma a esterilização feminina deve ser entendida considerando o contexto social nos quais as mulheres estão inseridas. É importante assegurar que o processo de planejamento familiar seja de boa qualidade³ e que a consciência sobre a irreversibilidade do método contraceptivo seja entendida por todas as candidatas à cirurgia.

De acordo com os achados, a maioria das mulheres que se submeteu à cirurgia de esterilização voluntária era de baixa renda.

Tabela 5. Perfil das mulheres que realizaram esterilização voluntária por renda familiar. Crato (CE), 2008.

Renda familiar	n	%
< 1 salário mínimo	67	54,03
1 - 3 salários mínimos	39	31,45
3 - 6 salários mínimos	00	0,00
> 6 salários mínimos	00	0,00
Não informado	18	14,52
Total	124	100

Estudos apontam problemas financeiros como uma das três variáveis mais fortemente correlacionadas com a decisão pela esterilização cirúrgica e arrependimento.¹⁷ O baixo poder aquisitivo pode restringir o acesso à informação e à métodos alternativos de

anticoncepção. Neste contexto, a realização da esterilização em mulheres com problemas financeiros, pode precipitar ao incremento das estatísticas de arrependimento pós-laqueadura.



Figura 6. Motivos determinantes para realização da esterilização cirúrgica. Crato (CE), 2008.

Dentre os motivos que influenciam mulheres de baixa renda a escolha do método definitivo de contracepção, pode ser destacado: satisfação com o número de filhos 46%, dificuldades financeiras 27%, problemas na adaptação ao uso do anticoncepcional oral 23%, problemas de saúde 16% e 39% outras justificativas.

Aponta-se como motivos de mulheres para a realização da cirurgia, a satisfação com a prole e a indicação médica, fato que se repete neste estudo, pois do total, 16 referiram algum problema de saúde para sua opção pela ligadura tubária, quais sejam pré-eclâmpsia, abortamento prévio, lúpus, hipertensão arterial, dentre outros.¹⁴

Em estudo realizado em Ribeirão Preto sobre as características das candidatas à esterilização cirúrgica e os fatores associados ao tipo de procedimento, a satisfação com o número de filhos foi apresentada como principal motivo da procura pelo método cirúrgico⁴.

Quanto à dificuldade financeira, aparece em segundo lugar dentre os motivos auferidos para a procura pela esterilização como método contraceptivo. Em análise de perfil de pacientes submetidos à ligadura tubária, houve predomínio de mulheres com baixa escolaridade, atribuída a restrições sociais e

econômicas que predispõe a gestação precoce.²⁰

A ocorrência de efeitos colaterais advindos do uso de anticoncepcional oral que repercutem negativamente na qualidade de vida, foi o principal motivo de rejeição a pílula anticoncepcional em mulheres esterilizadas.² Estudo aponta diversas falhas nos serviços públicos de saúde do Brasil, dentre os quais vale destacar: a oferta inadequada de contraceptivos, oferecendo predominantemente apenas, dois métodos anticoncepcionais.²¹ No entanto, esse estudo não corrobora com a realidade encontrada no CEMEAR em Crato, pois há métodos alternativos à contracepção oral e cirúrgica.

Alguns problemas de saúde, como: pré-eclâmpsia, abortamentos de repetição, cardiopatia, cisticercose, hipertensão arterial sistêmica, lúpus e transtornos psiquiátricos foram apontados como justificativa para realização da cirurgia. Dentre os outros motivos e circunstâncias que levaram as mulheres participantes deste estudo a ser esterilizadas, vale destacar: já ter um casal de filhos, filhos com problemas congênitos, idade avançada do conjugue e o mesmo possuir filhos de outros relacionamentos bem como por se tratar de um método contraceptivo irreversível.

Tabela 7. Intervalo entre a primeira realização da cirurgia de esterilização voluntária. Crato (CE), 2008.

Intervalo entre 1ª consulta e cirurgia	n	%
1 - 3 meses	34	27,42
3 - 6 meses	50	40,32
6 - 12 meses	17	13,71
> 12 meses	23	18,55
Total	124	100

Os resultados mostram que, 67,74% das mulheres cadastradas no serviço de referência conseguiram realizar a esterilização cirúrgica antes de seis meses. As justificativas para que a lei não tenha sido estritamente seguida para todas as usuárias, ou seja, a realização do procedimento cirúrgico antes de dois meses ou após um longo período de espera pode ser justificado pelas dificuldades ainda encontradas no Sistema Único de Saúde ou à necessidade da própria mulher. Em estudo realizado por Berquó 54,8% das mulheres justificaram o acesso a esterilização após um período de espera superior a seis meses como entraves no sistema de saúde. O difícil acesso ao requerimento do direito reprodutivo e a carência de médicos foi referida como uma das principais dificuldades entre as usuárias do SUS.

CONCLUSÃO

A promulgação da Constituição de 1998 e das leis específicas para o planejamento familiar, trouxeram importantes avanços no exercício de decisão do casal decidir sobre a prole, de forma voluntária, consciente e responsável. É de suma importância o conhecimento dos motivos e circunstâncias reprodutivas nas quais as mulheres estão sujeitas.

Para a maioria das mulheres deste estudo o motivo para se submeterem ao procedimento de esterilização cirúrgica, foi a satisfação com o número de filhos. A realização do procedimento definitivo de contracepção não pode ser entendida apenas como falha do sistema, mas como um direito.

Acreditamos que os fatores aqui mencionados possam contribuir para a compreensão e aprofundamento dos profissionais que organizam e prestam assistência à saúde reprodutiva às usuárias dos serviços de planejamento familiar do Sistema Único de Saúde, acerca dos possíveis determinantes quanto à decisão das mulheres pelo método contraceptivo de esterilização. Em decorrência do importante papel dos profissionais da saúde no processo de decisão da mulher pela esterilização feminina, faz-se necessário um aprofundamento sobre outros determinantes socioeconômicos, culturais e pessoais, que ora culminam na procura pela

esterilização como melhor opção contraceptiva.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho ML de O, Schor N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. Cad Saúde Pública 2005; 39788-94.

2. Berquó E, Cavenaghi S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face á nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. Cad de Saúde Pública. 2003; 19: 441-53.

3. Vieira EM. O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29(5): 225-229.

4. Vieira EM, Fábio SV, Gueleri W, Picado MP, Yoshinaga E, Souza, L. Características dos candidatos à esterilização cirúrgica e os fatores associados ao tipo de procedimento. Cad Saúde Pública. 2005; 21:1785-1791.

5. Brasil, 1997a. Portaria 144, de 20 de novembro, 1997. *Diário Oficial da União*, 24 nov 1997, n. 227, seção I, p. 27409.

6. Brasil, 1997b. Lei ordinária 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidade e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 20 ago.

7. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médio Cirúrgica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

8. Carvalho LEC, Osis MJD, Cecatti JG, Bento F, Manfriati M B. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, antes e após sua regulamentação. Cad Saúde Pública. 2007;23(12).

9. IBGE. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. [Acesso em 2007 Maio 08]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadeesat/default.php>.

10. Ceará, Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor Regional. SESA: Fortaleza; 2007.

11. Crato, Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica - Programa de

Saúde da Família, Sistema de Informação da Atenção Básica, Crato - Ceará; 2007.

12. Hardy E, Bahamondes L, Osis MJD, Costa RG, Faúndes A. Risk factors for tubal sterilization regret, before surgery. *Contraception*. 1996;54:159-62.

13. Faúnes A. Planejamento familiar no Brasil. *J Febrasgo*. 2001;8(3):4-5.

14. Fernandes AMS, Arruda MS, Palhares MAR, Benetti Junior ND, Moreira CM. Seguimento de mulheres arrependidas em serviço público de esterilidade conjugal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001;23(2):69-73.

15. Silva MVF. Esterilização tubária: interesses, satisfações e arrependimentos entre profissionais de saúde de um município do sul da Bahia [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003.

16. Marcolino C. Planejamento familiar e laqueadura tubária: análise do trabalho de uma equipe de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 (3):771-9.

17. Cunha ACR, Wanderley MS, Garrafa V. Fatores associados ao futuro reprodutivo de mulheres desejosas de gestação após a ligadura tubária. *Rev Bras Ginecol Obstete*. 2007; 29(5):230-4.

18. Vieira EM, Ford NJ. Provision of female sterilizationB in Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1201-10.

19. Einchenberg A, Rada F, Trevison MRP, TaTschi P, Menezes PG, Poli M. Perfil das pacientes submetidas a ligadura tubária no HSL-PUCRS: análise de 220 pacientes. *Rev Méd PUCRS*. 2002;12 (2):113-7.

20. United Nations Population. Contraceptive requirements and logistics management needs in Brasil. New York: FUNCAP; 1995.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2008/10/14

Last received: 2009/01/09

Accepted: 2009/01/10

Publishing: 2009/04/01

Corresponding Address

Ana Erika Feitosa Justo Xenofonte
Av. Pedro Felício Cavalcanti, 2410
– Parque Granjeiro
CEP: 63106-010 – Crato (CE), Brazil