

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

MESTRADO EM ENFERMAGEM

**REPERCUSSÃO DA EFETIVAÇÃO DOS MÉTODOS DEFINITIVOS DE
CONTRACEPÇÃO: ÓTICA DE CASAIS**

HELOÍSA MARIA RECKZIEGEL BELLO

Porto Alegre, dezembro de 2002

HELOÍSA MARIA RECKZIEGEL BELLO

**REPERCUSSÃO DA EFETIVAÇÃO DOS MÉTODOS DEFINITIVOS DE
CONTRACEPÇÃO: ÓTICA DE CASAIS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul, como requisito à obtenção
do título de MESTRE em ENFERMAGEM.

Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Regina Lara dos Santos.

Porto Alegre, dezembro de 2002

AGRADECIMENTOS

Ao final de uma caminhada percebe-se que ao redor existem muitas pegadas além das suas. Todo percurso foi compartilhado por pessoas que, em algum momento, tornaram-se parte desta jornada.

É necessário, pois, demonstrar minha gratidão.

AGRADEÇO:

A Deus pela vida gerada através de meus queridos pais Francisco e Elly. A eles, por me ensinar o valor do conhecimento e o compartilhar do afeto e da solidariedade em família junto aos irmãos Celso, Suzana e Roberto. Aos irmãos, agradeço o carinho; à minha irmã, a força e a cedência do seu “ap.” para horas de estudo e almoço.

Mil beijos e obrigados ao meu amado Bellão, companheiro e incentivador em minhas investidas pela procura do saber e pela sua imensa paciência, protelando férias e convivência familiar.

Aos meus filhos: ao Tomás agradeço pelo “socorro” no manuseio do computador; ao Fernando, obrigado pelas correrias de última hora; ao Tiago, pela persistência e dedicação nas transcrições das entrevistas.

À minha estimada orientadora professora Dra. Beatriz, pelo encorajamento em ingressar no Mestrado, pelo acolhimento em seu núcleo de pesquisa aceitando o desafio deste tema e pelo “apoio moral” nas horas difíceis na construção deste estudo.

À Dra. Paula que me acompanha de longa data, por manter luz no corpo e na mente.

À Secretaria Municipal de Saúde de Campo Bom, por ter acreditado nesta empreitada como qualificação profissional.

À colega Mara, por partilhar comigo os sucessos e desafios do aconselhamento ao planejamento familiar.

Às colegas do Centro Materno Infantil, pela compreensão durante o período de elaboração do estudo.

Às recém-colegas enfermeiras Alessandra e Adriana, pelo auxílio na elaboração do projeto.

Às futuras colegas Viviane e Graziela, pela companhia nas andanças pelo município de realização do estudo.

Aos colegas e professores do Mestrado em Enfermagem da UFRGS, por colaborarem para o meu crescimento profissional enquanto enfermeira e pela descoberta de novas amizades e conhecimentos.

Enfim, a todos aqueles não nomeados aqui, mas que de alguma forma contribuíram para o sucesso e conclusão desta dissertação.

*Hoje não há mais limite para os estudos dos filhos (...)
Com sede de saber mais, lá se foi minha filha enfrentar o concurso vestibular
A procura de realização pessoal.
De cultura e capacitação intelectual.(...)*

*Sua aprovação na área biomédica da UFRGS deveria ser somente motivo de satisfação.
Unicamente ponto de honra e de orgulho para este pai coruja.
Que ia de pé descalço, por estrada de barro e pó, aprender as primeiras letras.*

*Mas, contraditoriamente, não é.
Fico matutando se lá se aprende a ser feliz.
Se ainda se tira um minuto para refletir sobre a fugacidade da existência humana.
Se sobra um cantinho no cérebro para a imaginação livre e sonho fantasioso.(...)*

Trecho da crônica “Filha Universitária”
Publicado no Jornal Alto Taquari, março 1975
Autoria de Assis Sampaio, meu Pai

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
RESUMEN	9

INTRODUÇÃO 10

1	OBJETIVOS.....	14
1.1	OBJETIVO GERAL	14
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
2	REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1	FAMÍLIA NO MUNDO PÓS-MODERNO	15
2.2	PLANEJAMENTO FAMILIAR NO CONTEXTO BRASILEIRO.....	19
2.3	MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS.....	24
2.3.1	Métodos comportamentais	24
2.3.2	Métodos de barreira	26
2.3.3	Dispositivo intra-uterino	28
2.3.4	Métodos hormonais	29
2.3.5	Métodos definitivos de contracepção	31

3	METODOLOGIA	38
3.1	TIPO DE ESTUDO	38
3.2	QUESTÕES NORTEADORAS	39
3.3	LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO	39
3.4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	43
3.4.1	Entrada no Campo	43
3.4.2	Participantes do estudo	44
3.4.3	Considerações Éticas	45
3.4.4	Coleta dos dados	46
3.4.5	Análise dos dados	47
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	48
4.1	CATEGORIA MOTIVOS DA ESCOLHA	49
4.1.1	Saúde da Mulher e as Conseqüências do uso do Contraceptivo Hormonal Oral	49
4.1.2	Saúde da Mulher frente às Gestações	54
4.1.3	Fatores sócio-afetivos determinando o tamanho da prole	56
4.2	CATEGORIA REPERCUSSÕES DA EFETIVAÇÃO DO MÉTODO	60
4.2.1	Saúde da Mulher	60
4.2.2	Saúde do Homem	64
4.2.3	Sexualidade do casal	65
4.2.4	Convivência Familiar	71
4.2.5	Avaliação do Procedimento	74
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	90
	ANEXOS	95
	APÊNDICES	102

RESUMO

A realização deste estudo teve como ponto de partida as inquietações e dúvidas manifestadas por usuários durante o atendimento realizado em um programa de aconselhamento ao planejamento familiar no município de Campo Bom, quando a opção era por um dos métodos definitivos de contracepção. Este estudo tem como objetivo conhecer a percepção de casais sobre as repercussões da efetivação dos métodos definitivos de contracepção na saúde da mulher, do homem, no relacionamento do casal e convivência familiar, bem como verificar o que pensam hoje a respeito dos motivos que influenciaram a sua escolha. O tipo do estudo é exploratório descritivo de caráter qualitativo. Participaram deste estudo 16 casais, escolhidos aleatoriamente, residentes em diversos bairros da cidade de Campo Bom. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada com os cônjuges em momentos diversos. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo proposta por Bardin (2000). Após a transcrição das entrevistas e a análise dos dados, estes foram desmembrados em unidades de significados gerando as categorias: motivos da escolha e repercussões da efetivação do método. Da primeira categoria emergiram os temas: a saúde da mulher e as consequências do uso do anticoncepcional oral; a saúde da mulher frente às gestações e dos fatores sócio-afetivos determinando o tamanho da prole. A segunda categoria contou com temas, como saúde da mulher; saúde do homem; sexualidade do casal; convivência familiar e avaliação do procedimento. Considerando os achados do estudo evidencia-se uma necessidade premente na geração de ações de educação para a saúde reprodutiva do casal através do investimento na qualidade, competência, consciência e responsabilidade na orientação prestada pelos profissionais de saúde.

ABSTRACT

This analysis had its starting point at the worries and doubts shown by people when deciding about a permanent method of contraception during a program that took place in the city of Campo Bom directed to family planning. This study was developed to find out couple's perception on the repercussion of the efectivation of the contraceptive methods regarding women's and men's health, couple's relationship and family environment. It also intended to discover what are the thoughts on the reasons that would influence their decision. The research is of an exploratory descriptive type with a qualitative approach to it. There were 16 couples involved in this project, chosen randomly and residents of several different areas of Campo Bom. All data was collected through semi-structured interviews with both husband and wife in various moments, being later analysed according to Bardin's (2000) proposition of analysis. After the transcription of the interviews and the analysis of the data, these were divided in units of meaning, resulting in the reasons of choice category and the repercussion of the efectivation of the method category. The subjects that emerged from the first category were: women's health and the consequences of the use of oral contraceptives; women's health regarding pregnancy and socio-affective factors influencing family planning. The second category brought with it subjects like: women's health; men's health; couple's sexuality; family environment and procedure's evaluation. Considering the results of this study it becomes evident the huge necessity of actions related to education on couple's reproductive health through investiments in quality, competence, consciousness and responsibility in the orientation provided by health professionals.

RESUMEN

La realización de este estudio tuvo como punto de partida las inquietudes y dudas manifestada por usuarios durante la atención realizada en un programa de asesoramiento familiar en el ayuntamiento de Campo Bom, cuando la opción era por uno de los métodos definitivos de contracepción. Este estudio tiene como objetivo conocer la percepción de parejas sobre las repercusiones de la efectivación de los métodos definitivos de contracepción de la salud de la mujer, del hombre, en la relación de la pareja y convivencia familiar, bien como verificar lo que piensan hoy a respecto de los motivos que influenciaram a su escoga. El tipo de estudio es exploratorio descriptivo de carácter cualitativo. Participarán de este estudio 16 parejas, escogidas aleatoriamente, residentes en diversos barrios del ayuntamiento de Campo Bom. La colecta de datos fue realizada a través de entrevista semi-estructurada con los cónyuges en diverso momentos. Los datos fueran analizados a través de la análisis del contenido propuesta por Bardin (2000). Detrás de la transcripción de las entrevistas y de la análisis de los datos, estes fueran diesmenbrados en unidades de significados generando la categoría motivos de escoga y la categoría repercusiones de la efectivación del método. De la primera categoría emergeran los temas : la salud de la mujer y las consecuencias Del uso Del anticonceptivo oral ; la salud de la mujer adelante a las gestaciones, y los factores sócio – afectivos determinando el tamaño de los hijos. La segunda categoría tuvo como temas : salud de la mujer; salud Del hombre; sexualidad de la pareja; convivencia de la familia y avaliación Del procedimiento. Considerando los allados Del estudio se descubrio uma necessidad com urgência em la geración de acciones de la educación para la salud reproductiva de la pareja a través Del la inversión em calidad, competencia, consciência, y responsabilidad em la orientación ofertada por los profesionales de la salud.

INTRODUÇÃO

Muito cedo, em minha vida, aspirava e inclinava-me para os caminhos do cuidar, talvez por morar nas proximidades do hospital de minha cidade e por estar, constantemente, presente ao lado de minha avó, sempre enferma. Assim, até minha adolescência, foram vivenciados vários processos familiares que evoluíram para a prática de cuidar e, como pensa Waldow (1999), essa prática desenvolve-se no “estar com” e deve ser sentida e vivida. Acredito que tais vivências levaram-me a optar pelo curso de enfermagem.

Depois de formada, mudei-me para um município de pequeno porte onde havia pouca oferta de emprego na rede hospitalar. Assim, procurei diversificar o campo de atuação e realizei o curso de Enfermagem do trabalho com ênfase na saúde da mulher operária. Essa experiência fez-me aprimorar o conhecimento sobre algumas das dificuldades enfrentadas por essas trabalhadoras no dia-a-dia, destacando-se aquelas relacionadas à manutenção do emprego e às necessidades psicobiológicas do “ser mulher”.

Com a intenção de ampliar meus conhecimentos na área da Saúde da Mulher, ingressei no curso de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica, nesse período, cuidei de mulheres de baixa renda, as quais buscavam, muitas vezes, o espaçamento das gestações através do uso

correto dos métodos anticoncepcionais (MAC). Concomitantemente, realizei uma pesquisa que apontou o desconhecimento das mulheres quanto ao uso correto dos MAC como um dos fatores de gestações consecutivas e, muitas vezes, indesejadas (ETHUR et al., 1994).

Por estar exercendo a prática assistencial em saúde comunitária desde meados de 1991, desenvolvi um grande interesse pelas ações educativas que permeiam a atuação nessa área e, desejando obter mais subsídios para assistir à comunidade, busquei a especialização em Enfermagem na área de Saúde Pública. Essa etapa de estudos foi fundamental para constatar a relevância da Educação em Saúde, à medida que, atualmente, direciona a ação educativa do enfermeiro para a valorização do conhecimento socialmente construído, à autonomia do sujeito e, conseqüentemente, ao livre arbítrio deste para a tomada de decisões.

A partir da década de 70, o planejamento familiar passou a ser considerado um direito do cidadão, e a Constituição Brasileira de 1988 delegou ao Estado a responsabilidade pela implantação e implementação desse programa.

Com base em tal prerrogativa, no final do ano de 1995, a então Secretária da Saúde do Município de Campo Bom convidou-me para planejar e implantar o Programa de Aconselhamento ao Planejamento Familiar (PAPFA). Tentando integrar o conhecimento construído no decorrer dos diversos cursos de especialização realizados e a prática exercida na área de enfermagem em saúde pública, principalmente em atividades assistenciais na área da saúde da mulher, aceitei o convite.

O programa de Aconselhamento ao Planejamento Familiar (PAPFA) foi criado em janeiro de 1996, integrando o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Secretaria de Saúde do Município de Campo Bom e, nesse contexto, sempre destacou-se a atuação da enfermeira como membro da equipe. À enfermeira sempre couberam as práticas de educação em saúde, no sentido de informar e orientar os clientes quanto aos métodos contraceptivos

existentes, suas vantagens e desvantagens. É importante conhecer qual a informação e o conhecimento que o cliente possui e com ele construir um entendimento sobre o método de escolha através do esclarecimento de dúvidas e a sua explanação com auxílio de material informativo sobre o corpo humano e o método em questão.

Ao analisar a trajetória desse programa, constata-se que o motivo mais freqüente da procura ao serviço é o interesse pela realização do método contraceptivo definitivo feminino. Paralelamente, observa-se que, nos últimos três anos, vem crescendo significativamente a procura pelo método definitivo masculino, cuja efetivação tem ultrapassado proporcionalmente o feminino. Assim, foram desenvolvidas intervenções e estratégias específicas para estas demandas emergentes. Entre as estratégias destaca-se a obrigatoriedade da decisão de escolha do método ser compartilhada pelo casal. Esta condição é salientada por Ferreira et al. (1997) quando destacam que a anticoncepção deve envolver o casal e que ambos devem assumir juntos a responsabilidade na decisão. Ao longo dessa experiência, percebi que a opção do casal pelo método definitivo, muitas vezes, estabelecida previamente ao ingresso no programa, é geradora de inquietações. Estas são manifestadas no decorrer do processo de atendimento que antecede à efetivação do método. Constatei também que o esclarecimento de dúvidas, a escuta das inquietações, bem como o processo educativo, o qual consiste na explicação e explanação de como se dá o método de opção, que antecede à realização do método, muitas vezes, consolida ou não a opção do casal.

Entre as inquietações e dúvidas dos usuários, destacam-se as relacionadas ao desconhecimento do método e sua condição de irreversibilidade frente ao futuro. As motivações mais freqüentes para a opção são: a dificuldade econômica de provimento da família; a prole já em número adequado ou excessivo; e a impossibilidade do uso de outros métodos anticoncepcionais (MAC).

Ferreira et al. (1997) apontam como fatores que podem influenciar a escolha de um determinado MAC: as doutrinas religiosas que, muitas vezes, contém normas a este respeito; o custo e eficácia do método; experiências anteriores na utilização de um método; e a frequência nas relações sexuais.

Por acreditar que as ações educativas devem permear todas as atividades de um programa de planejamento familiar e que tais ações devem ser contextualizadas a partir da experiência vivida, questiono: os fatores que motivaram a escolha pelo método definitivo continuam presentes após sua efetivação? Como o casal percebe as repercussões da efetivação do método?

Portanto, com o propósito de aprofundar o tema e qualificar o processo educativo nesta área, proponho o presente estudo.

1 OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a percepção de casais sobre as repercussões da efetivação dos métodos definitivos de contracepção.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar a persistência dos fatores que influenciaram a opção pelo método efetivado;

Relacionar as repercussões da efetivação do método para a saúde do homem e da mulher, relacionamento do casal e contexto familiar.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Esta revisão tem como finalidade explicitar os aspectos teóricos que embasaram a construção do objeto da pesquisa. Assim, serão abordados os temas: família no mundo pós-moderno, planejamento familiar e métodos contraceptivos.

2.1 FAMÍLIA NO MUNDO PÓS-MODERNO

A família enquanto grupo social tem-se modificado ao longo dos tempos sob a influência das transformações sociais, culturais e econômicas que ocorrem no mundo. Por muitos e muitos anos, segundo Ariés (1988), a razão de ser da família era a produção de bens e a reprodução para a perpetuação da espécie. Apenas na idade moderna o afeto, o amor e a camaradagem passaram a ser valores priorizados na constituição do grupo familiar, em algumas sociedades.

A família atual, de configuração nuclear, segundo Centa e Elsen (1999), está centrada nos filhos e enfrenta desafios como a individualização da mulher.

Nos últimos 20 anos, conforme Goldani (1994), a participação das mulheres e filhos nas atividades de trabalho para manutenção econômica, a redefinição de papéis, de padrões de hierarquia e sociabilidade, bem como a busca da democracia nas relações familiares são desafios enfrentados por este grupo social.

Nos tempos pós-modernos, segundo Althoff (2001), a organização familiar tem sofrido várias mudanças. Entre as quais destacam-se as influências tecnológicas na função reprodutiva da família e a formação do grupo familiar, baseada no vínculo, no afeto e no modo de viver e compartilhar.

Segundo o IBGE (2001), no Brasil, a família do século XXI caracteriza-se por um grande número de separações e reconstituições, número reduzido de filhos, aumento do número de idosos e convivência entre gerações.

A partir da evolução histórica e social da família, questiona-se “O que é família, afinal?”. Para Osório (1996), família não é um conceito unívoco, pois o grupo familiar não é passível de conceituações, mas sim de descrições.

Denota-se do significado de família elaborado por Elsen (1994), Osório (1996) e Angelo (1999), que é um grupo social dinâmico, constituído por pessoas que se percebem como família, num determinado espaço de tempo, com estrutura e organização para o cumprimento de funções.

Segundo Osório (1996), as funções são de ordem biológicas, psicológicas e sociais, porém, dificilmente elas podem ser estudadas em separado, visto que estão intimamente relacionadas. Tais funções são desempenhadas à medida que os componentes familiares desenvolvem papéis que são determinados culturalmente, mas que nem sempre correspondem aos indivíduos convencionalmente designados para exercê-los.

A função reprodutiva da família relaciona-se ao papel conjugal e parental exercidos geralmente pelo casal. Entretanto, na família pós-moderna, conforme Ackerman (1974), é notória a dificuldade de integração dos papéis familiares. Romanelli (1995) acrescenta que uma das transformações mais significativas do viver em família é a crescente participação da mulher na força de trabalho, o que atribui novos papéis à condição feminina e, também à masculina à medida que estabelece formas alternativas de relações entre homens e mulheres dentro e fora do grupo familiar.

Na vivência doméstica, segundo a mesma autora, o casal, ao longo de seu ciclo vital, seleciona, organiza e constrói um repertório de regras que são aplicadas no dia-a-dia e, conseqüentemente, ocasiona o declínio da autoridade masculina e democratiza a vida doméstica.

A função biológica inclui a preocupação da família quanto à reprodução. Na era pré-industrial, o grande número de filhos era tido como “natural”, pois todos os componentes trabalhavam para manter um “ativo econômico”, segundo Turkenicz (1995). Hoje, diz o autor, o aumento da expectativa de vida, a modificação do padrão dos rendimentos econômicos individualizados dos membros da família, a crescente preocupação no provimento adequado, a exigência cada vez maior de profissionalização da mulher fora de casa e a significativa ampliação da oferta de educação e formação dos filhos, induz a não aceitação de uma prole em número excessivo. Este fato remete a família e casais, enfim, a procura pelo planejamento familiar com o propósito de regular sua fertilidade de acordo com seus desejos e estilo de vida.

Conforme Marcolino (1994), a partir dos anos 70, o movimento feminista fortemente influenciado pelos problemas decorrentes da prática do aborto clandestino e da dificuldade de acesso a métodos seguros, ampliou o debate em torno do planejamento familiar, considerando

a mulher uma cidadã com direito de dispor de seu corpo. Griffin, citado por Cechin (1997), considera que tal movimento lutou pelo controle da fertilidade como principal estratégia para conquista da sexualidade desvinculada da reprodução. Entretanto, Ades (1997) considera que, apesar das grandes mudanças sociais ocorridas, a anticoncepção ainda é encarada como um dever da mulher.

Reforçando esta concepção, Giovanini (2000, p.24) questiona “não é no seu corpo que ocorre o fenômeno da procriação?”. A autora refere que na realidade brasileira ocorrem desequilíbrios em questões relativas às funções e papéis da mulher, seja na esfera familiar ou profissional. A dificuldade de acesso a serviços de saúde de boa qualidade e a informações que auxiliam a regulação da fertilidade aumentam os riscos à saúde da mulher.

Já Marcolino (1994) considera a anticoncepção como uma responsabilidade e opção do casal. Com o que concorda Miranda (2000), pois sendo a família um núcleo integrador de funções e papéis, quando cada membro os desempenha adequadamente, as responsabilidades por determinadas decisões são compartilhadas e não recaem em apenas um de seus membros.

Cechin (1997) preconiza ser a saúde reprodutiva um direito do indivíduo, pois, através de sua resolução, promove um bem-estar particular e coletivo. E ainda cita a crescente responsabilidade ditada pela “Paternidade Responsável” uma razão para a procriação ter um significado especial devido ao grande crescimento populacional. Marcolino (1994) também cita este jargão como estimulador à utilização de meios anticoncepcionais passando para a área da saúde o compromisso da formulação de estratégias de ação. Ades (1997) refere que o planejamento familiar vem evoluindo ao longo das últimas décadas com os crescentes resultados indicando progresso para a humanidade, em especial, para o sexo feminino, e o considera uma condição básica e um direito individual e, acrescenta-se, um direito da família.

Assim, a seguir, aborda-se a trajetória do planejamento familiar no Brasil através de uma visão histórico-social.

2.2 PLANEJAMENTO FAMILIAR NO CONTEXTO BRASILEIRO

O significado de planejamento familiar tem uma conotação bem mais ampla do que algumas designações alternativas, como anticoncepção e controle do nascimento. Faúndes et al. (2000, p.14) coloca que:

“O planejamento familiar é a capacidade que permite aos indivíduos regular sua fertilidade de acordo com seus desejos, e ter o número de filhos e oportunidades definidas pela própria mulher, ou em conjunto com seu parceiro; ele constitui-se uma importante contribuição ao bem-estar físico e sobretudo psíquico e social das pessoas”.

Ziegel e Cranley (1985) referem que as decisões sobre o planejamento da prole e o uso de um método anticoncepcional são influenciados por fatores físicos, sociais, psicológicos, econômicos e teológicos.

O planejamento familiar, por vezes, é visto exclusivamente como um meio para o controle populacional (DUNCAN, SCHMIDT e GIUGLIANI, 1990). Porém, para Duncan, Schmidt e Giugliani (1990) e Moretti (1992) consiste em um cuidado à saúde da mulher, da criança e da família à medida que proporciona o espaçamento das gestações; a redução das complicações decorrentes de abortos clandestinos; a diminuição da mortalidade infantil; o aumento dos casais que assumem a paternidade de forma responsável.

Conforme Ziegel e Cranley (1985) e Moretti (1992), uma enfermeira norte-americana, Margareth Sanger, ao constatar inúmeros casos de abortos sépticos decorrentes de gestações não planejadas, orientava mulheres sobre os MAC. Porém, no contexto norte-americano,

apenas em 1918, foi permitido por dispositivos legais, a utilização de programas educativos para este fim.

Na Europa, em 1930, aconteceu, na cidade de Munique, a Primeira Conferência Clínica Internacional sobre Planejamento Familiar. Em 1952, foi fundada a Federação Internacional de Paternidade Responsável, cuja primeira presidente foi a enfermeira Margareth Sanger (MORETTI, 1992).

Segundo Formiga Filho (2000), o planejamento familiar passou a ser considerado um direito humano básico e uma ação de Saúde Pública a partir da Primeira Conferência sobre Direitos Humanos em Teerã e fortalecido pelos Planos de Ação elaborados pelas Conferências Internacionais de População de 1974, 1984 e 1994. A mais recente manifestação internacional sobre o tema ocorreu em Pequim, China, em 1995, durante a Conferência Mundial sobre a Mulher. Nesta conferência, avanços em relação aos cuidados com a saúde reprodutiva foram propostos; os mesmos relacionam-se: ao direito reprodutivo e sexual, às ações educativas e à valorização na melhoria da qualidade dos serviços.

No Brasil, o debate quanto à necessidade de políticas relativas à reprodução humana iniciou na década de 60, culminando, em 1965, com a criação da Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar (BENFAM), após a realização da XV Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (MORETTI, 1992; MARCOLINO, 1994 e ANDRADE et al., 2000).

Esta instituição, segundo Andrade et al. (2000), encarregar-se-iam de elaborar soluções adequadas aos danos decorrentes do alto índice de abortos e conseqüentes problemas à saúde da mulher, bem como seu principal objetivo era implantar o programa de planejamento familiar em âmbito nacional.

No decorrer da década de 70, influenciados pela Conferência Mundial da População e a divulgação da encíclica “*Humanae Vitae*”, tanto o governo quanto o episcopado passaram a encarar o assunto planejamento familiar com o enfoque de uma paternidade responsável. Nessa conferência, pela primeira vez, o governo brasileiro assume a proposta de dar informações e meios para as famílias brasileiras planejarem sua prole (AGUINAGA, 2000).

Conforme Ferrari, citado por Marcolino (1994), o planejamento familiar no Brasil passou a ser entendido como um serviço de saúde e direito do cidadão a partir da década de 70.

O anúncio publicitário dos MAC, segundo Moretti (1992), passa a ser livre em 1975, quando o então Presidente Geisel modifica o Artigo 20 da Lei de Contravenções Penais. Assim, surgem várias instituições privadas interessadas em desenvolverem programas de planejamento familiar.

Em 1984, ao término da Conferência Mundial de População no México, o Governo Brasileiro assume o compromisso de proporcionar meios informativos para que a população possa exercer livremente sua escolha na utilização dos MAC e tal iniciativa foi delegada ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado ano anterior, pelo governo do Presidente Figueiredo (MORETTI, 1992).

O PAISM, conforme consta em Formiga Filho (2000), é um modelo assistencial do Ministério da Saúde que visa à atenção integral à saúde da mulher, sendo o planejamento familiar uma das atividades propostas com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da mulher e de sua prole. Tal atividade proporciona a prevenção da gravidez indesejada, o espaçamento intergestacional, a prevenção da gravidez de maior risco e a baixa da mortalidade da mulher e da criança.

A Constituição Brasileira, promulgada em 1988, contempla, em seu Capítulo VII, artigo 226, parágrafo 7, o dever do Estado em propiciar recursos educativos e científicos para o exercício do planejamento familiar. Os procedimentos relacionados à contracepção definitiva foram regulamentados através da Lei 9. 263, de janeiro de 1996 (POLI, 2000).

Conforme Formiga Filho (2000), à esfera municipal compete coordenar o planejamento familiar em nível local, bem como implantar e implementar os serviços de saúde para atender as demandas.

Os programas de saúde propostos sejam em âmbito federal, estadual ou municipal, têm como preceitos básicos a informação sobre os MAC existentes no mercado e disponíveis na rede de saúde pública, bem como a orientação a qualquer indivíduo ou casal na escolha de um método que evite ou adie a concepção, da maneira mais aceitável e adequada à necessidade de quem irá utilizá-lo (ZIEGEL e CRANLEY, 1985; DUNCAN, SCHMIDT e GIUGLIANI, 1990; ADES, 1997).

Segundo Minayo, Médici e Berquó, citados em Ferreira et al. (1997), a mudança de comportamento da população brasileira quanto ao uso dos MAC e ao padrão reprodutivo tem-se modificado devido ao incremento da difusão dos métodos pelos meios de comunicação, maior inserção da mulher no mercado de trabalho, aumento da urbanização e diminuição do poder aquisitivo das famílias.

No entanto, Bagnoli et al. (2000) manifestam que os programas de saúde reprodutiva, para atingirem seus objetivos, devem incluir aspectos relacionados à sexualidade e ao planejamento familiar de acordo com cada comunidade. Com que concorda Ferreira et al. (1997), ao destacar as razões culturais inerentes a cada indivíduo na adoção da contracepção.

Silva et al. (1992) expõem que, apesar do Programa de Atenção Integral à Mulher estar implantado há algum tempo e este ter, em sua prerrogativa, maiores atividades relativas ao planejamento familiar, as ações reais e objetivas inexistem. Em estudo efetuado pela autora com 30 mulheres, clientes do PAISM, na periferia de Aracajú, estas, em sua maioria, desconheciam ou sequer haviam recebido informações de profissionais da saúde sobre MAC.

Bagnoli (2000), ao considerar que atitudes devem ser tomadas em relação ao acesso da população ao Planejamento Familiar, destaca a importância da educação sexual. Tal destaque justifica-se à medida que a iniciação sexual ocorre em idade precoce, favorecendo o incremento das DSTs; gestações não desejadas; abortos e laqueaduras em mulheres jovens.

Cunha (1999) enfatiza que a eficácia de programas de planejamento familiar proporciona diminuição nas taxas de mortalidade materna e perinatal; abortos provocados; e gestações de risco.

Ramos, citado por Silva et al. (1992), revela que quanto maior o nível de escolaridade e renda familiar, maior é o interesse pelo planejamento familiar. Entretanto, argumenta que o estímulo por parte dos profissionais de saúde à clientela feminina de baixa renda provoca respostas positivas, principalmente, quando estes respeitam sua condição de saber e oportunizam a escuta de dúvidas e conflitos.

Portanto, hoje o planejamento familiar é considerado um direito do cidadão e o acesso a este é um dever do Estado. Cada cidadão deve ter a oportunidade de se educar em relação à sua sexualidade e exercer a sua escolha em ter filhos, assim como quantos e quando.

2.3 MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Os métodos anticoncepcionais (MAC) são aqueles que possibilitam a regulação da reprodução, bem como acredita-se que a opção por um MAC é a finalização da orientação ao planejamento familiar (COSTA, FERRAZ e MORRIS, 2000).

Para a utilização de um método anticoncepcional devem ser considerados vários fatores dentre eles a situação de saúde do usuário, seu contexto socioeconômico e vida sexual. É de fundamental importância que, após a informação e orientação sobre os MAC e tendo sido colocadas suas vantagens e desvantagens, seja assegurado aos interessados a decisão final da opção do método (DIAZ et al., 2000).

Os autores citados acima relatam que a comunicação e atividades educativas são vitais para o processo de conscientização dos usuários quanto à escolha do método ideal para si.

Dentre os MAC disponíveis, existem os naturais ou comportamentais, de barreira, dispositivo intra-uterino, hormonais e os permanentes ou definitivos.

2.3.1 Métodos comportamentais

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os métodos de planejamento familiar natural referem-se às técnicas que tentam evitar a gestação através da observação de sinais e sintomas ocorrentes no ciclo menstrual (TOMÁZ e LEAL, 1999).

Callahan, Caughey e Heffer (1998) referem que métodos naturais são baseados na fisiologia e são de escolha para os casais com determinadas crenças religiosas ou filosóficas que os impedem de utilizar outros métodos, como os químicos ou de barreira. Mas, salienta que os tidos como “naturais” são os menos efetivos.

Dentre os métodos naturais ou comportamentais temos:

2.3.1.1 Método do calendário de ritmo (*ogino-knaus*) ou abstinência periódica

Preconiza a abstinência nos dias em torno do período ovulatório da mulher. Segundo Callahan, Caughey e Heffer (1998) este método deverá incluir a verificação da temperatura basal e do muco cervical, bem como avaliação de algum sintoma ovulatório. Leal (1999) coloca que a eficácia deste método pode ser influenciada pela estabilidade emocional do casal e pela mudança no cotidiano de vida da mulher. Enquanto Callahan, Caughey e Heffer (1998) referem como desvantagens à necessária motivação do casal e longos períodos de abstinência das relações sexuais.

2.3.1.2 Método da temperatura basal

Consiste em detectar o período de ocorrência da ovulação através da verificação diária da temperatura corporal da mulher. Sua desvantagem é que sua eficácia é suscetível às mudanças na vida diária da mulher, como o uso de medicamentos e estados febris. Por fatores econômicos, educacionais e falta de segurança a escolha deste método é rara, principalmente entre mulheres de baixa renda (LEAL, 1999).

2.3.1.3 Método Billings ou do muco cervical

Decorre do fato que o muco cervical, produzido pela ação de glândulas localizadas no colo do útero, apresenta características diversas durante o ciclo menstrual. Tomaz e Leal (1999) referem ser este um dos métodos recomendados pela Igreja Católica, pois não interfere na natureza feminina. Suas desvantagens relacionam-se à abstinência periódica e ao fato deste não ser o método indicado para mulheres com problemas freqüentes de vaginites

(corrimentos que prejudicam a avaliação do muco) e que possuam dificuldade com o manuseio de seu corpo.

2.3.1.4 Método sintotérmico

Segundo Tomaz e Leal (1999), consiste na combinação dos métodos naturais descritos anteriormente. Os autores colocam como principais desvantagens a necessidade do estabelecimento de horário adequado e programação das relações sexuais entre os casais.

2.3.1.5 Coito interrompido

Conforme Carvalho (1987), Callahan, Caughey e Heffer (1998) e Tomaz e Leal (1999), é o método mais antigo e difundido. Ele consiste na interrupção da relação, com a retirada do pênis da vagina no momento da ejaculação, tornando a relação incompleta. Segundo Tomas e Leal (1990), este método descaracteriza o princípio básico de uma relação sexual que possui quatro etapas das quais só seriam efetivadas a excitação e o platô, ficando relegadas o orgasmo e a resolução, assim o relacionamento não seria consumado nem compartilhado. Com que concorda Carvalho (1987), quando afirma que a utilização deste método, geralmente, torna as relações frustrantes, deixam o homem tenso e a mulher ansiosa.

2.3.2 Métodos de barreira

Tem sua funcionalidade na anticoncepção, prevenindo a entrada de esperma na cavidade endometrial. Neles estão incluídos os condons, feminino e masculino, diafragma e espermaticidas.

2.3.2.1 Condon masculino

É conhecido por várias designações como camisinha de vênus, camisinha ou preservativo. Sua história vem de longa data, sendo muito usado no mundo todo e os materiais utilizados em sua confecção são aperfeiçoados continuamente (Carvalho, 1987). Atualmente, são feitos de látex e colocados no pênis ereto antes da ejaculação. Sua eficácia à anticoncepção, conforme Callahan (1998), quando usado corretamente, poderá ser de 98%, além de evitar a contaminação por Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e/ou pelo vírus da Imunodeficiência (HIV). Entre as desvantagens do uso do método são citadas: o custo; a interrupção do ato sexual; a possibilidade do látex se romper por defeitos ou erro no seu manuseio; a possibilidade da camisinha sair do pênis ainda dentro da vagina; e a queixa de mulheres e homens sobre a diminuição da sensibilidade durante a relação sexual ao fazerem uso do método (CARVALHO, 1987).

2.3.2.2 Condon feminino

É de difícil acesso para a maioria da população devido a seu alto custo. Ele é feito de poliuretano com um anel flexível em cada ponta. A menor ponta é fixada profundamente na vagina, junto ao colo uterino e a ponta maior fica exteriorizada no intróito vaginal (CALLAHAN, CAUGHEY e HEFFER, 1998). De acordo com o autor, ainda, são poucas as pesquisas a cerca da eficácia deste método.

2.3.2.3 Diafragma

É uma peça redonda, ligeiramente côncava, feita de borracha ou látex rodeada por um aro metálico revestido pelo mesmo material (CARVALHO, 1987; CALLAHAN, CAUGHEY e HEFFER, 1998). Uma geléia espermaticida deve ser sempre colocada em ambos os lados do

diafragma antes deste ser introduzido na vagina. Assim formará uma barreira na cervix para a retenção do esperma.

Entre as desvantagens do uso deste método, citam-se: alto custo; a necessidade de ser trocado a cada cinco anos ou quando a mulher perde muito peso; sua eficácia depende de uma programação, pois este deve ser colocado com o espermaticida até duas horas antes e ficar no mínimo seis horas após o término da relação sexual (CARVALHO, 1987; CALLAHAN, CAUGHEY e HEFFER, 1998).

2.3.3 Dispositivo intra-uterino

É um método muito utilizado, principalmente entre mulheres que optam por um longo espaço de tempo entre as gestações ou consideram sua família completa. Este fato justifica-se pela ausência de efeitos colaterais sistêmicos relacionados ao uso do método, bem como sua praticidade (ANDRADE e LEAL, 1999). Apesar disso, o DIU não pode ser usado indiscriminadamente. Callahan, Caughey e Heffer (1998) colocam que as clientes devem ser monogâmicas, já terem gestado e possuírem baixo índice de doenças sexualmente transmissíveis. Ainda afirmam que o DIU é comumente a escolha para as mulheres em que estão contra indicados os contraceptivos orais, além de dizerem que ele é um dos mais utilizados métodos reversíveis em todo o mundo.

Andrade e Leal (1999) relatam que a efetividade é mais alta e os efeitos colaterais mais baixos em mulheres de idade mais avançada, sendo, portanto, um método reversível de excelente escolha. O uso do DIU tem gerado muitas controvérsias devido ao seu mecanismo de ação, isto é, o efeito espermaticida ocasionado por uma reação inflamatória estéril pelo simples fato de ser ele um corpo estranho no útero. Isso faz com que nenhum ou, raramente, um espermatozóide chegue as trompas, impedindo a fertilização. Callahan, Caughey e Heffer

(1998) cita também como efeitos de sua utilização a inibição da implantação do ovo e alterações na mobilidade das trompas.

Os mais modernos DIUs hoje podem permanecer até dez anos no útero e sua eficácia é de até 99% (ANDRADE e LEAL, 1999).

Dentre os principais efeitos colaterais, destacam-se as infecções pélvicas, dismenorréias, sangramentos intermenstruais, expulsão do dispositivo, gravidez seguida de aborto espontâneo, perfuração do útero, sendo esta última relativamente rara no uso desse método (CALLAHAN, CAUGHEY e HEFFER, 1998).

Ao analisar as vantagens e desvantagens, Andrade e Leal (1999) apontam que os benefícios do DIU são maiores que seus riscos, principalmente devido ao fato dele possibilitar uma rápida volta à fertilidade; se esta for desejada, basta extraí-lo.

2.3.4 Métodos hormonais

Fazendo parte desta categoria atualmente existem, além da revolucionária pílula anticoncepcional dos anos 60, os implantes subcutâneos, os injetáveis e a pílula do dia seguinte.

2.3.4.1 Anticoncepcionais orais

São compostos por hormônios sintéticos (estrógeno e progesterona), que atuam na inibição da ovulação através da interferência na produção dos hormônios folículo estimulantes (FSH) e hormônio luteinizante (LH) secretados pela pituitária anterior, mudança do muco cervical impedindo a penetração do espermatozoide no útero e modifica o endométrio,

impossibilitando a implantação ou fixação do ovo (CARVALHO, 1987; CALLAHAN, CAUGHEY e HEFFER, 1998).

Existem três tipos diferentes de anticoncepcionais orais (ACO): a pílula combinada, a seqüencial e a minipílula, cada uma delas com composição e indicação específicas.

Callahan, Caughey e Heffer (1998) referem que apesar do ACOs serem o MAC mais utilizado mundialmente e aquele que possui menor taxa de falhas, as mulheres muitas vezes fazem uso descontínuo devido a queixas, como enxaquecas, náuseas, falta de fluxo menstrual e o fato de haver necessidade de tomá-las diariamente. Ainda colocam que o uso de algumas medicações interagem com os ACOs, reduzindo sua eficácia e, por sua vez, estes reduzem a eficiência das medicações.

2.3.4.2 Anticoncepcionais injetáveis:

De acordo com Coutinho e Spínola (1999), os estudos iniciaram na década de 60, na maternidade Climério de Oliveira, vinculada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Nesse contexto profissionais observaram que a aplicação de alguns progestínicos via parenteral provocavam longos períodos sem ovulação. Aos estudos brasileiros associaram-se companhias farmacêuticas americanas, as quais passaram a produzir os anticoncepcionais injetáveis, utilizados, atualmente, em todo o mundo. A partir de 1997, esse anticoncepcional passa a ser comercializado no Brasil.

Além da inibição da ovulação, atuam também alterando o muco cervical, tornam o endométrio impróprio para a implantação e a trompas inaptas para o transporte ovular. Referem os autores, que a aplicação deverá ser realizada nos cinco primeiros dias do ciclo menstrual a fim de ser descartada uma possível gravidez. Callahan, Caughey e Heffer (1998) relatam que a injeção intramuscular deste anticoncepcional pode ter seu efeito prolongado por

3 meses e sua falha é de menos de 3%. Já Coutinho e Spínola (1999) afirmam que sua eficácia deveria estar associada a uma correta aplicação e recomendam que o local não seja massageado, evitando prejudicar o efeito “depot”¹ do anticoncepcional.

Conforme Coutinho e Spínola (1999), o uso desse método é contraindicado para as mulheres portadoras de: câncer de mama e/ou útero; disfunção hepática; Diabetis Mellitus; doenças cardiovasculares; sangramentos uterinos com diagnóstico não definido; entre outras.

A alteração do ciclo menstrual, segundo Coutinho e Spínola (1999), é o principal efeito colateral que faz com que muitas mulheres desistam do uso deste método. As alterações vão desde uma possível amenorréia até sangramentos irregulares, particularmente o chamado de “spotting”².

2.3.4.3 Os implantes

São constituídos por cápsulas de progestínicos que são implantados através de uma incisão na face interna do antebraço ou na região glútea (COUTINHO e SPÍNOLA, 1999). Caso a usuária queira engravidar, o implante é retirado. As contra-indicações, os efeitos colaterais e a efetividade deste método são iguais a dos anticoncepcionais injetáveis.

2.3.5 Métodos definitivos de contracepção

Têm sido estigmatizados como “esterilizações”, no entanto, sabe-se que o grande diferencial está na maneira como os métodos definitivos serão definidos e por quem eles serão decididos. Para o correto discernimento desta questão, freqüentemente, é utilizado o termo

¹ Termo farmacológico da língua inglesa que significa depósito. A droga deve ficar depositada no tecido muscular para que sua liberação ocorra de forma gradual.

² É um tipo de sangramento como se fosse uma pequena mancha de sangue menstrual escura, tipo borra de café.

“anticoncepção cirúrgica voluntária”, o qual esclarece que o método foi de livre escolha dos envolvidos para regulação de sua fertilidade (BOSSEMEYER et al., 1996).

A escolha pela anticoncepção cirúrgica, seja feminina ou masculina, deve ser colocada ao casal em igualdade de condições aos outros MAC, pois todos têm vantagens e desvantagens, indicações e contra-indicações. O ponto fundamental na abordagem dos métodos cirúrgicos é sua potencial irreversibilidade, sendo crucial para o profissional conhecer o contexto de vida dos envolvidos e orientar de acordo com seus desejos e expectativas o método adequado, observando a eficácia e segurança esperadas.

Diversos autores como Duncan, Schmidt e Giugliani (1990), Callahan, Caughey e Heffer (1998) e Bossemeyer et al. (2000) colocam que os métodos de anticoncepção cirúrgica vêm crescendo nas últimas três décadas em todos os continentes como escolha da regulação da reprodução por casais que decidem por não mais ter filhos.

2.3.5.1 Método de contracepção cirúrgico masculino

É extremamente simples e seguro, Duncan, Schmidt e Giugliani (1990), Castro (1996) e Callahan, Caughey e Heffer (1998). Tal qual o método definitivo de contracepção feminino, ou masculino deve obedecer a critérios estabelecidos no Art. 10 da Lei número 9. 263 de 1996 que regulamenta o planejamento familiar no que concerne aos métodos definitivos existentes (ANDRADE et al., 2000). Entre os critérios estabelecidos para a indicação do método constam: o homem ter idade igual ou superior a 25 anos e ter, no mínimo, dois filhos Para a efetivação do método é exigida a observação do prazo mínimo de sessenta dias entre a decisão e a realização do ato cirúrgico.

Este método é conhecido como vasectomia e consiste em um procedimento cirúrgico ambulatorial com anestesia local que visa à oclusão dos canais deferentes, com a finalidade de impossibilitar a passagem dos espermatozóides no momento da ejaculação.

A simplicidade do procedimento é ressaltada por Andrade et al. (2000), quando dizem que o homem tem alta imediatamente após o ato cirúrgico, podendo trabalhar no dia seguinte. Alguns cuidados pós-operatórios são necessários, tais como repouso; aplicação de gelo por 4 a 6 horas; evitar o esforço físico e relação sexual por três dias.

Tanto Castro (1996) e Callahan, Caughey e Heffer (1998) relatam ser raras as complicações e efeitos colaterais neste método.

Duncan, Schmidt e Giugliani (1990) e Burroughs (1995) salientam que a vasectomia não interfere na libido masculina, bem como a produção androgênica pelo testículo, o volume do sêmen ejaculado e as secreções prostáticas não se alteram após a cirurgia.

Callahan, Caughey e Heffer (1998) afirmam ser a vasectomia mais segura e menos onerosa que a ligadura tubária.

Segundo Duncan, Schmidt e Giugliani (1990) e Castro (1996), a efetividade desse método é alta e sua falha, a recanalização espontânea precoce ou tardia, ocorre em 1% dos homens que realizam o procedimento. A falha só será diagnosticada se a companheira engravidar.

Castro (1996) relata ser a tomada de decisão pela vasectomia envolvida pelas motivações de ordem racional, enquanto que pela laqueadura tubária envolve componentes emocionais, pois, de acordo com Bossemeyer et al. (1996), as mulheres manifestam nesta decisão seus antecedentes culturais como o culto à maternidade.

2.3.5.2 Método de contracepção cirúrgico feminino

Durante a década de 60, o uso de métodos contraceptivos teve seu incremento no Brasil, impulsionado por fatores externos como a expansão do feminismo, o surgimento dos anticoncepcionais orais e os movimentos “hippies”, que contribuíram para a discussão dos tabus acerca da sexualidade (MORETTI, 1992; MARCOLINO, 1994).

No cotidiano do cuidar, Duncan, Schmidt e Giugliani (1990), Ades (1997) e Ferreira et al. (1997) constatam que, no contexto brasileiro, ainda são delegados à mulher a responsabilidade, a preocupação na escolha e uso de um MAC. Aspectos advindos da mudança de comportamento da vida da mulher têm contribuído no incremento dessa preocupação, conforme Marcolino (1994), a crescente participação da mulher no mercado de trabalho para proporcionar o aumento na renda familiar, assim como o modo cada vez mais urbano de viver das famílias não comporta mais uma prole numerosa.

No entanto, autores como Ziegel e Cranley (1985) e Callahan, Caughey e Heffer (1998) afirmam que nenhum método terá a efetividade desejada se não houver motivação do casal envolvido em sua utilização, visto que nenhum deles possui 100% de eficácia.

Conforme Callahan, Caughey e Heffer (1998), cada MAC possui uma taxa de eficácia teórica, quando usado exatamente de acordo com as instruções; e outra, da “vida real”, que varia em consonância com a consistência de seu uso.

Callahan, Caughey e Heffer (1998) descrevem a LT como um processo cirúrgico de oclusão ou secção de ambas as trompas de Falópio para impedir a união do óvulo e do espermatozóide, intencionando impossibilitar a fecundação. No pós-operatório, recomenda-se repousar por alguns dias e evitar o levantamento de peso por uma semana (BURROUGHS, 1995).

Segundo Callahan, Caughey e Heffer (1998), não existem efeitos colaterais, apenas algumas mulheres reportam dor e distúrbios menstruais, mas em muitas delas os sintomas são decorrentes da interrupção de contraceptivos orais, resultando períodos de ciclos com mais sangramentos e dismenorréia. Burroughs (1995) aponta discreta dor pós-operatória. No entanto, relata que mulheres demonstram aumento no interesse sexual, pois não há risco da gestação indesejada.

Ziegel e Cranley (1985) informam que, quando o método definitivo é realizado durante um parto ou logo após este, ocorre dificuldade no vínculo da mãe com o novo filho e de reintegração familiar. Assim, acredita-se que casais que optam pela contracepção cirúrgica “(...) devem compreender claramente a natureza permanente destes métodos de esterilização” (ZIEGEL e CRANLEY, 1985, p.157).

Segundo Duncan, Schmidt e Giugliani (1990), as complicações deste MAC ocorrem em menos de 2% das mulheres submetidas a este procedimento.

Em se tratando da contracepção definitiva feminina, Silva et al. (1992) diz que a mulher de baixa renda é sugestionada muitas vezes por soluções radicais na tentativa de uma solução mais fácil para seus problemas socioeconômicos. Também relata a existência de indução das mulheres à LT devida à indisponibilidade de outros métodos, falta de conhecimento, das desvantagens e riscos que cada um oferece. Nesse processo de desinformação, o profissional de saúde é um agente consciente ou não neste processo, assim, segundo a autora, o profissional de enfermagem deve conhecer sua clientela, auxiliar na procura de soluções coerentes e adequadas de acordo com a vivência, consciência e decisão desta.

Ferreira et al. (1997), em seu estudo, destacam que mulheres expressaram sentimento de segurança quando se referiram à LT e relata como reações pós-ligadura enxaqueca, tontura, emagrecimento e útero aumentado. Já Silva et al. (1992) afirma que a ansiedade apresentada

por um grande número de mulheres após a LT relaciona-se, geralmente, à decisão de certa forma impensada, refletindo em sintomas vagos atribuídos ao ato da laqueadura.

Ades (1997) retratou que, em todos os países onde a LT é uma realidade, observa-se por algum motivo, em alguma etapa da vida, arrependimento pela opção deste método. Afirma que quando esse sentimento acontece ao casal, o desgaste emocional e implicações psicológicas são problemas de saúde importantes. Entre os motivos que podem desencadear tal fato destaca: o procedimento ter sido realizado logo após parto cesáreo ou aborto; bem como em mulheres jovens; desejo tardio por mais filhos; falta de harmonia e comunicação entre os cônjuges, principalmente, quando um deles não concordava com a realização do procedimento; a ocorrência de eventos relacionados a saúde, com o aumento do volume menstrual ou diminuição da libido; o sentimento de baixa auto-estima de um dos cônjuges por não poder mais gerar filhos; estabelecimento de nova relação acompanhada da vontade de ter com o companheiro um filho.

De acordo com Cunha (1999), no estabelecimento de um serviço multidisciplinar, é possível estabelecer critérios e controle sobre as indicações da contracepção definitiva e cumprir as disposições na Lei 9. 263/96 a qual regulamenta as cirurgias e o planejamento familiar.

Em estudo realizado por este autor, a idade de mulheres que procuraram pela LT variou de 25 a 41 anos. Estas passaram por uma avaliação através de critérios previamente estabelecidos dos quais destacamos idade mínima de 30 anos, estabilidade conjugal, cesáreas anteriores, intolerância ao uso de anticoncepcionais orais ou incapacidade do uso de outros contraceptivos reversíveis, doenças médicas ou genéticas.

Portanto, o planejamento familiar e os métodos de contracepção definitivos deixam aos profissionais de saúde envolvidos com esta prática um amplo campo para realizar o processo educativo com a finalidade de promover à saúde da família.

Com o desafio de Marcolino (1994) ao aprofundamento do tema, na procura de maior qualificação, este estudo propõe-se a conhecer as percepções de casais sobre as repercussões da efetivação dos métodos de contracepção definitivos.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo do tipo exploratório descritivo de caráter qualitativo. A escolha recaiu para o estudo de caráter qualitativo, porque este possibilita compreender as pessoas em si mesmas e no contexto onde se encontram inseridas: “Esse tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal qual ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores” (BENOLIEL citado por POLIT, 1995, p.27).

Parse (1985) apresenta dois tipos de estudos descritivos, dentre eles, o denominado exploratório que se caracteriza pelo estudo e investigação na compreensão de um evento da vida de um grupo de sujeitos em determinadas situações.

3.2 QUESTÕES NORTEADORAS

Apesar da busca da contracepção vir de datas remotas, o consenso sobre o melhor método ainda não foi alcançado. Assim, investigações sobre este tema continuam sendo realizadas em nível mundial. Porém, a grande maioria dos estudos é de caráter quantitativos, portanto, não contemplando a realidade vivida pelo casal ao adotar determinado método anticoncepcional. A partir do exposto, definiu-se como objetivo desta investigação:

Conhecer as percepções de casais sobre as repercussões da efetivação dos métodos de contracepção definitivos

Deste objetivo definiu-se as questões que seguem:

O que levou vocês a optarem pelo método definitivo?

Hoje, o que pensam sobre estes motivos?

Quais as repercussões da efetivação do método para a saúde do homem e da mulher?

Quais as repercussões da efetivação do método para o relacionamento do casal?

Quais as repercussões da efetivação do método para o contexto familiar?

3.3 LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

A Pesquisa foi desenvolvida junto ao Programa de Aconselhamento ao Planejamento Familiar (PAPFA), que faz parte das ações de prevenção, educação e saúde do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Secretaria de Saúde do Município de Campo Bom.

O PAPFA foi criado em janeiro de 1996, por iniciativa da então Secretária de Saúde, uma enfermeira, com o objetivo geral de “proporcionar à população do Município de Campo Bom livre acesso na educação das famílias sobre como e por que planejar o número de filhos”. Esta proposta obteve adesão imediata de uma assistente social e da relatora deste estudo.

Elaborado na íntegra pelas duas profissionais da saúde e exercido até a presente data pelas mesmas, foi ininterruptamente aceito pelos secretários que se seguiram. Na atual administração municipal, o programa conta com o apoio da secretária, a qual mantém suporte logístico para o seu funcionamento adequando-o às difíceis condições econômicas do município.

O programa foi implantado de acordo com o pressuposto básico de que as pessoas têm o direito à livre escolha quanto ao padrão de reprodução que lhes convém e este é pautado e respaldado pela Constituição Federal de 1988, no seu Cap.VII, artigo 226, parágrafo 7.

A principal justificativa para a criação do PAPFA surgiu por estar o Município de Campo Bom localizado no Vale do Sapateiro (Vale dos Sinos). Esta região caracteriza-se por conter grande número de indústrias do setor coureiro-calçadista, as quais empregam grande mão-de-obra feminina. Logo, a população feminina de Campo Bom caracteriza-se, em sua maioria, por trabalhadoras, muitas vezes, sendo as responsáveis pelo sustento do lar, o que motiva o desejo de realizar uma contracepção segura conforme sua vontade de gestar ou não.

O PAPFA dispõe, desde a sua criação, de variados métodos contraceptivos, entre eles, métodos como condom, anticoncepcionais orais ou injetáveis, dispositivo intra-uterino e encaminhamento para realização dos métodos definitivos (vasectomia e laqueadura tubária) ou de implante subcutâneo.

Para proporcionar a realização dos métodos definitivos, a Secretaria de Saúde Municipal firmou convênio com uma entidade privada de utilidade pública, o Serviço de Planejamento Familiar (SERPLAN) em Porto Alegre. Para tanto, são cumpridas todas as normas legais que esta entidade solicita e a Secretaria encarrega-se do transporte dos clientes.

Os clientes atendidos pelo PAPFA são moradores do município de Campo Bom, são encaminhados pelas Unidades Básicas ou por profissionais da área da saúde do município. Também procuram o programa por livre iniciativa ou sugestão de um amigo, familiar ou vizinho que já tenha se beneficiado das atividades disponibilizadas por este.

Os atendimentos aos clientes, sejam do indivíduo ou do casal, acontecem sempre com atuação conjunta da assistente social e enfermeira. Este fato proporciona unir o olhar e o saber de ambas as profissionais, quer seja no social ou biológico, para melhor atender e orientar a clientela.

No primeiro encontro, é preenchida uma ficha semelhante a um prontuário (Anexo A) onde ficam registrados os dados pessoais, os relatos dos clientes e as condutas dos profissionais. Também, é fornecida ao cliente uma carteira de agendamento dos encontros subsequentes (Anexo A). De acordo com a decisão do cliente, disponibiliza-se e orienta-se o método escolhido.

Caso seja pela realização de um método definitivo, existe todo um processo de acompanhamento específico partindo do primeiro encontro até a efetivação do mesmo. Foi elaborada uma ficha socioclínica (Anexos B e C) para o registro do procedimento, vasectomia ou ligadura tubária. Há trâmites legais conforme a legislação vigente (Lei 9. 263 parágrafo único, artigo 6 que regula o parágrafo 7 do artigo 228 da Constituição Federal e exigidos pela SERPLAN (Anexo D) para sua execução. Um dos fatores legais dispõe sobre a necessidade de o casal ficar em acompanhamento no prazo mínimo de 60 dias entre o primeiro contato e a

concretização do método. Também é importante salientar que o PAPFA entende como importante o atendimento em pelo menos alguns encontros de ambos os cônjuges.

Este procedimento torna-se imprescindível, pois legalmente ambos devem assinar termo de compromisso (Anexo E) por sua decisão, o que fará o procedimento bem como aquele que dá sua concordância. Uma vez cumprido o acima disposto e a opção seja a LT, a mulher precisa passar por uma avaliação clínica, que fica registrada em um laudo (Anexo F) e ginecológica, inclusive realizando o exame citopatológico de colo de útero, para só então se declarar pronta a assumir sua escolha e ser encaminhada para o procedimento. Solicita-se que os clientes compareçam após a efetivação de qualquer dos métodos definitivos, pelo menos a um encontro, a fim de avaliarmos se a opção foi satisfatória.

Conhecendo o trabalho realizado pelo PAPFA, pode-se visualizar a relevância da proposta a que se dispõe o presente estudo. Fica clara a importância de conhecer a visão dos casais no processo de efetivação dos métodos definitivos a partir da situação vivida.

Em levantamento efetuado em dezembro/2000, o número total de clientes atendidos pelo PAPFA foi de 1.006, estes contabilizados a partir de março de 1996 até final do ano 2000. Os optantes pelo método definitivo feminino foram 96 mulheres (9,54%) e pelo método definitivo masculino foram 28 homens (2,78%), perfazendo um total de 12, 32% de clientes que efetivaram um dos métodos definitivos.

3.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.4.1 Entrada no Campo

Uma vez obtida a permissão da secretaria de saúde do município (Apêndice A), do qual faz parte o programa onde foi desenvolvido o estudo, iniciou-se a busca pelos dados dos casais que realizaram um dos métodos contraceptivos definitivos entre os anos de 1998 e 2000.

O número inicial de clientes encaminhados de acordo com a listagem dos agendamentos no serviço conveniado era de 98, destes, 28 optaram pela vasectomia e 70 pela ligadura tubária.

No decorrer do processo de complementação dos dados que proporcionassem o contato com o casal, constatou-se que houve perda de possíveis candidatos a sujeitos, pois nem todos retornaram ao programa após terem efetivado o método. Tal fato impossibilitou localizar o endereço dos casais por não devolução da ficha socioclínica (Anexos B e C). Concomitantemente, alguns prontuários (Anexo A) não foram encontrados nos arquivos do programa.

Para a organização dos dados dos casais separou-se toda documentação por ano, tipo de procedimento realizado, ordem alfabética do nome do cônjuge que efetivou o método. Como a intenção era a visita ao domicílio do casal, a adequada e precisa visualização dos nomes e endereços constituíram-se condição fundamental. Elaborou-se um caderno de registros destes dados acrescidos da idade dos cônjuges, estado civil, número de filhos e tipo/data da realização do método efetivado.

3.4.2 Participantes do estudo

Fizeram parte deste estudo 16 casais clientes do Programa de Aconselhamento ao Planejamento Familiar (PAPFA), que optaram e efetivaram um dos métodos de contracepção definitiva entre janeiro de 1998 à dezembro de 2000. A opção pelo período justificou-se pelo fato de somente a partir de janeiro de 1998 o programa ter usuários do sexo masculino interessados na efetivação da vasectomia.

Os critérios de exclusão do estudo foram: casais que não residiam em Campo Bom e que, no momento, não possuíam o mesmo companheiro da ocasião de realização do procedimento. Como critério de inclusão, foi essencial a assinatura do termo de consentimento livre e informado (Apêndice B) por parte de ambos os cônjuges, disponibilidade do casal em ser entrevistado, ter o mesmo cônjuge e residir no mesmo endereço da época da efetivação do método.

O número de casais foi determinado pela saturação dos dados. Polit (1995) refere que a saturação dos dados dá ao pesquisador uma sensação de fechamento, ou seja, quando os dados subsequentes não produzem novas informações. Minayo (2000) refere a pouca importância do critério numérico em pesquisa qualitativa, pois a busca e preocupação são com a abrangência e o aprofundamento na compreensão dos achados e sua totalidade.

Os casais participantes no que se refere ao estado civil eram 81% casados e 19% solteiros; 50% dos casais possuem dois filhos, 37, 5% possuem 3 filhos, 6, 25% tem 4 filhos e 6, 25% tem 5 filhos. No que se refere ao método definitivo utilizado, 56, 25% foi laqueadura tubária e 43, 75% vasectomia. No que se refere à idade por sexo, 56, 25% das mulheres tinham idade entre 35 a 45 anos, enquanto 25% estavam na faixa de 25 a 35 anos e 18, 75% acima de 45

anos. Quanto ao sexo masculino 68, 75% tinham idade entre 35 a 45 anos e 31, 25% destes mais de 45 anos.

Em um estudo realizado por Silva et al. (1992), no ano de 1988, na periferia de Aracajú, estado de Sergipe, com 30 mulheres, objetivando verificar a incidência da ligadura tubária, foram encontrados os seguintes dados: 53% das mulheres havia realizado o método; 30% delas estava na faixa etária entre 21-30 anos e 16, 7% entre 31 e 40 anos; 26% das mulheres tinham de 2 a 3 filhos e 16, 6 de 4 a 5 filhos. Não foi considerada a qualidade do estado civil das componentes do estudo.

Com a finalidade de estabelecer o perfil do candidato à vasectomia, uma pesquisa realizada no ano de 1987, em um serviço paulista de atendimento ao planejamento familiar com 17, 500 candidatos ao método, Castro (1996) apresenta os seguintes dados: 80% dos homens tinham mais de 10 anos de união com a mesma companheira; a média de idade dos homens era de 35 anos e das mulheres de 30 anos. O autor cita a importância do número de filhos na opção pela vasectomia, mas não faz menção a dados estatísticos.

Ambos estudos mencionados acima estudaram apenas um dos métodos de contracepção cirúrgica definitivo, para tanto, as entrevistas foram realizadas com o postulante a efetivar o relativo procedimento, ou seja, mulheres no caso da ligadura tubária e homens no caso da vasectomia. Não foram encontrados estudos que considerassem em um mesmo momento ambos os métodos e que tivessem entrevistado ambos os cônjuges.

3.4.3 Considerações Éticas

A fundamentação ética deste estudo se deu conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos, de acordo com a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996). Uma vez aprovado pela

banca de qualificação e o fato do local de realização do estudo não contar com Comissão de Ética, este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o qual emitiu parecer favorável à sua realização. Os sujeitos, informantes dos achados, receberam no momento do convite para sua participação as informações sobre a temática e os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado (Apêndice B) de acordo com Goldim (2000). Ficou assegurado aos sujeitos participantes o anonimato nos relatórios dos achados.

3.4.4 Coleta dos dados

Para Minayo (2000), é essencial que exista uma interação entre o pesquisador e os sujeitos na pesquisa de caráter qualitativo.

Atendendo a esse preceito, acordado por Triviños (1987), os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada realizada durante visita domiciliar. A entrevista, segundo o autor, parte de questionamentos básicos fundamentados em toda a informação colhida a respeito do objeto do estudo. O informante, diz o autor, segue sua linha de pensamento e coloca suas experiências fazendo parte integrante na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Para atingirmos o objetivo do estudo foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (Apêndice C) com os casais em seus domicílios, em momentos diversos para ambos os cônjuges, após terem sido esclarecidos sobre o teor deste estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Informado (Apêndice B). Através do Termo, os cônjuges também assentiam à solicitação de gravação das falas que posteriormente foram transcritas para análise.

A maior dificuldade encontrada para a realização das entrevistas foi o fato de ser raro encontrarmos ambos os cônjuges no domicílio em um mesmo dia. Em alguns casos, foi necessário auxílio de um familiar para agendar a entrevista com o casal.

3.4.5 Análise dos dados

A análise do material coletado através das entrevistas semi-estruturadas realizadas nas visitas domiciliares foi realizada de acordo com a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2000).

Após a transcrição das entrevistas, os dados foram exaustivamente lidos e relidos. As falas foram desmembradas em unidades de significado, sendo estabelecido código da seguinte maneira: “C” para casal, com o número respectivo da entrevista; “E” para esposa; “M” para marido; “Lt” quando o método efetivado foi a ligadura tubária e “V” quando o método efetivado foi a vasectomia seguido do número da unidade de significado.

Exemplificando: *“É que eu já tinha dois filhos, não queria ter mais, daí eu falei pra fazer a ligadura”*.(C11ELt1) Esta é a fala na entrevista do casal 11, esposa que fez a ligadura tubária e unidade de significado 1.

Estando todas as falas divididas em unidades de significado, as mesmas foram agrupadas em temas que deram origem às categorias.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados foi realizada considerando as questões norteadoras do estudo, assim sendo definiram-se duas categorias e destas emergiram temas conforme o quadro a seguir.

Título Quadro 1: Categorias e temas

CATEGORIAS	TEMAS
Motivos da Escolha	<ul style="list-style-type: none">- Saúde da mulher e as conseqüências do uso do anticoncepcional oral- Saúde da mulher frente às gestações- Fatores sócio-afetivos determinando o tamanho da prole
Repercussões da efetivação do método	<ul style="list-style-type: none">- Saúde da mulher- Saúde do homem- Sexualidade do casal- Convivência familiar- Avaliação do procedimento

Fonte: dados coletados através das entrevistas dos participantes, 2002

4.1 CATEGORIA MOTIVOS DA ESCOLHA

Desta categoria fazem parte temas relativos aos motivos que levaram os participantes do estudo a optarem pela realização de um dos métodos definitivos de contracepção. Entre eles, destacam-se a saúde da mulher e as conseqüências do uso do contraceptivo hormonal oral, a saúde da mulher frente às gestações e os fatores econômicos determinando a prole.

4.1.1 Saúde da Mulher e as Conseqüências do uso do Contraceptivo Hormonal Oral

Os contraceptivos hormonais orais (CHO) são fármacos constituídos por hormônios ou pela associação desses, amplamente utilizados na anticoncepção por suas inúmeras vantagens, tais como a eficácia e a segurança.

De acordo com Yazzlle et al. (2000), existe a persistente prática de pesquisadores em procurar diminuir cada vez mais os efeitos indesejáveis com benefícios maiores para as usuárias.

Andrade e Mello (1996) comentam que os ginecologistas enfrentam problemas para a escolha de um CHO em mulheres portadoras de diferentes patologias.

Confirmando estas dificuldades, na prática, um dos participantes disse: "... negócio de problema dela da pressão dela, até foi pro médico, ele disse que não podia mais toma comprimido por causa da pressão". C6MLt1.

Vários participantes comentaram sobre necessidade de cessar o uso do CHO devido à pressão arterial elevada. Alguns citaram esse fato como indicação médica: "*Foi porque eu tinha problema de pressão (...) daí a médica sempre recomendava fazer ligamento (...) daí ele fez vasectomia*". C14EV1.

Andrade e Mello (1996) argumentam que o controle da pressão arterial deve ser feito antes do início da pílula e durante o seu uso. Ainda, afirmam que a detecção de hipertensão arterial, durante o uso do CHO, deve originar a interrupção do método.

Yazlle et al. (2000) adendam que a presença de hipertensão grave ou moderada pode proporcionar riscos e complicações, principalmente, as cardíacas. Além de mencionarem a presença dos problemas com a pressão, o Diabetes Mellitus foi citado como desencadeante do abandono do uso ao CHO. Uma das participantes, cujo marido fez vasectomia, contou: “*No caso, fazer a vasectomia é assim, uma por causa dos meus problemas, que eu tenho problema de pressão e diabetes..*”. C20EV1

Andrade e Mello (1996) preconizam ser contra-indicação absoluta o uso do CHO em pacientes portadores de Diabetes Mellitus. Yazlle et al. (2000) relatam que os componentes do CHO tendem a diminuir a tolerância à glicose, sendo necessário optar por outro método.

Já Callahan, Caughey e Heffer (1998) consideram contra indicado o uso de CHO para portadoras de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus ser relativa. Para hipertensas, deve ser considerado o fato da mulher ser ou não fumante e ter idade superior aos 40 anos.

Para Abeche, KaiHua e Pecis (1995), é contra-indicação absoluta o uso do CHO quando a diabética possui complicações renais ou retinopatias, fumantes com mais de 35 anos e hipertensão arterial sistêmica severa.

O fator idade foi citado como motivo para a troca de método contraceptivo, por exemplo: “... *porque eu já tava com 44 anos quando eu fiz (a ligadura)*...”. C13ELt1 No entanto, Andrade e Mello (1996) preconizam que não havendo contra-indicações, pode ser prescrita a pílula combinada (progesterona e estrogênio) para mulheres até os 45-50 anos de idade ao que acordam Abeche, KaiHua e Pecis (1995).

É importante lembrar, segundo Yazlle et al. (2000), que a ação dos CHO acontece em vários órgãos e sistemas do organismo, podendo acarretar modificações tidas como efeitos colaterais. Vários participantes afirmaram ter sido a intolerância ao uso do comprimido, referenciadas nas falas, como as dores de cabeça, náuseas, vômitos, diminuição do fluxo menstrual, o motivo desencadeante da decisão por um método de contracepção definitivo.

Para Hatcher et al. (2001), estes efeitos colaterais são comuns e colocados como pontos de desvantagem para a continuação no uso do CHO e afirma não serem sinais de enfermidades.

Tanto Yazlle et al. (2000) como Andrade e Mello (1996) pensam que as queixas que as usuárias indicam como sendo originárias do uso de um CHO, muitas vezes, podem estar relacionadas a temores e ansiedades ou ainda ao uso de outras medicações. Dizem os autores que muitos dos sintomas desaparecem com o uso continuado de um mesmo CHO, geralmente, ao final de três ciclos consecutivos.

Abeche, KaiHua e Pecis (1995) comentam ser estes efeitos colaterais menores que só oferecerão risco na presença de fatores predisponentes como fumo, idade e obesidade. Porém, muitas das entrevistadas usaram comprimidos por longa data, conforme relata um dos cônjuges: “... o que levou eu e minha esposa a optar por esse método (vasectomia) foi o caso que ela tomava comprimido durante anos”. C14MV1

Em outra fala, uma entrevistada confirma que os efeitos ruins do CHO persistiam, mesmo após longo tempo de uso: “E eu ficava ruim, tomava anticoncepcional e ficava ruim...”. C1ELt2

Yazlle et al. (2000) atribuem vários efeitos colaterais ao excesso ou déficit de estrogênio aqueles constantes nas falas como o aumento de peso corporal e a hipomenorréia

respectivamente. Um participante comentou: “... *ela engordava muito, hoje ela ela não tem, o peso já normalizou, né, acho que foi por aí que a gente tomou essa decisão, né*”. C2MV1

Em outra argumentação, o autor acima mencionado ressalta que o aumento de peso como efeito colateral do uso do CHO é significativo nas usuárias devido a retenção de água e sódio, mas com os de baixa dosagem, a tendência é observar-se a redução deste efeito. Abeche, KaiHua e Pecis (1995) frisam também que estes efeitos eram comuns aos CHO com alta dosagem hormonal e que com o advento das novas pílulas a tendência é o desaparecimento destas queixas. No entanto, sabe-se que os CHO de baixa dosagem ou chamados de “última geração”, não são usados pelas mulheres de família de baixa renda devido ao alto custo. Razão pela qual os serviços públicos tampouco os disponibilizam.

A diminuição do fluxo menstrual para muitas mulheres que usam CHO é referenciada como problema: “*Os comprimidos tavam fazendo mal prá mim, né, eu já não menstruava mais, menstruava um dia, ah... , um mês sim, três não..*”. C3EV2 Andrade e Mello (1996) e Abeche, Kai Hua e Pecis (1995) pensam que o fator acima mencionado é benéfico pois reduz a incidência de anemia ferropriva.

Várias referências foram feitas sobre a presença de dores de cabeça, enjôos, vômitos e mal-estar durante o uso do CHO, como por exemplo: “*Ah! Eu tinha muita dor de cabeça, que me arrebatava. Também enjoava demais. Tomava o comprimido de noite e na manhã vomitava. Era um inferno!*”. C4ELt1

Yazlle et al. (2000) afirmam que estes efeitos tendem a desaparecer com a continuidade do uso de um mesmo CHO. Outros autores concordam e ainda falam que este fato não é motivo para suspender o uso do comprimido e que há tolerância a esses efeitos após um ou dois ciclos (Abeche, KaiHua e Pecis, 1995). Na prática, não só a persistência no uso de um mesmo CHO como a disciplina na ingestão diária para manutenção de sua eficácia são

problemas para as mulheres. Tal fato comprova-se na fala: *“Por mim eu resolvi tudo que eu queria, no meu ligamento, porque é uma coisa assim que tu teve aquele compromisso de tá tomando aquele comprimido todo dia de noite”*. C5ELt2

Hatcher et al. (2001) afirmam que os CHO são eficazes se tomados diariamente e isso é difícil para algumas mulheres lembrarem de fazê-lo todo o dia. Assim muitas delas arriscam-se, propiciando uma falha no método e a ocorrência de uma gravidez não desejada. Um cônjuge comentou: *“... e eu me preocupava, bah, as veiz a menstruação dela atrasava, né, bah, eu já me preocupava, como, tu falhou, tu não tomou o comprimido? (...) Porque o guri veio e ela tava tomando comprimido..”*. C4MLt5

Igualmente, Abeche, KaiHua e Pecis (1995) dizem que o êxito ou fracasso de um método depende, fundamentalmente, da maneira como ele é utilizado, no caso da pílula, é tomar sem esquecimentos.

Yazlle et al. (2000) ressaltam que podem ocorrer interações medicamentosas, as quais diminuirão tanto o efeito contraceptivo pelo medicamento e vice-versa. Entre estas drogas, encontram-se os antibióticos conforme informa um a das participantes: *“... porque se eu tomasse antibiótico, me cortava o efeito dos comprimido, foi ali que aconteceu, no final do ano tomei cerveja e champanhe e me atacou a garganta, tomei antibiótico que eu tinha em casa, fui no médico e ganhei mais um, dali a quinze dias eu tava com ele (o filho) em projeto. Como é que pode, preciso toma um antibiótico e vem outro filho”*. C5ELt5

Percebe-se não só neste último aspecto, mas em todos acima discutidos que, no planejamento familiar, torna-se de fundamental importância a boa orientação, esta deve ter como objetivo melhorar a qualidade de vida e a saúde reprodutiva, fazendo com que as pessoas possam exercer sua sexualidade e direito a decidir quando e quantos filhos desejam ter (Diaz et al., 2000).

Faúndes et al. (2000) afirma que a competência técnica na indicação de um contraceptivo oral tem implicação direta no aparecimento de efeitos indesejados. Comenta que no Brasil estes efeitos poderiam ser atribuídos ao fato de que boa parte das mulheres compra diretamente nas farmácias um CHO sem passar por uma consulta médica. O autor relata o resultado de quatro estudos realizados no estado de São Paulo, nos quais constatou-se que tanto as mulheres atendidas em serviços de saúde reprodutiva como aquelas que por conta adquiriam seu contraceptivo oral apresentaram igual índice de efeitos indesejados. Ainda verificaram que, nas de melhor nível educacional, os efeitos eram menores. Os dados sugeriram enorme falha nos serviços de saúde reprodutiva, comprometendo a saúde da mulher, principalmente as de menor poder aquisitivo.

4.1.2 Saúde da Mulher frente às Gestações

Faúndes et al. (2000) indicam que as gestações podem ocorrer acidentalmente, mas que a maior parte delas acontece por completa desinformação sobre os métodos anticoncepcionais, falta de acesso aos mesmos seja pelo custo elevado ou pela ausência de serviços adequados de planejamento familiar.

O conhecimento da população quanto ao fator contraceptivo da amamentação constitui uma tradição popular que data séculos (Santos e Carvalho, 2000). Comentam que embora as campanhas de promoção ao aleitamento materno salientam as vantagens à saúde materno infantil, poucos falam da ação contraceptiva quando exercida exclusivamente em mulheres amenorréicas nos primeiros seis meses pós parto. Na de uma esposa percebe-se tal desconhecimento; “... *porque eu engravidei amamentando da outra, aí eu tive três menina, uma atrás da outra sabe (...) aí foi aonde eu procurei em recurso prá faze essa ligadura*”.

Os autores salientam que a divulgação contraceptiva do aleitamento materno deve constar nas ações de saúde, salientando pontos como o reinício das menstruações, período superior a seis meses após o parto e a introdução de suplementos alimentares ao bebê como indicativos da necessidade do uso de outro método contraceptivo ao que concordam também Callahan, Caughey e Heffer (1998).

Hentschel (1996) refere que as mulheres ocidentais não são acostumadas a utilizar a amamentação de livre-demanda e cedo introduzem outra alimentação, deste modo não pode ser considerada eficaz para a anticoncepção. Acontece muitas vezes, continua o autor, que a primeira ovulação após o parto passa despercebida pela mulher por não apresentar sangramento prévio. Logo, muitas mulheres engravidam sem ficarem menstruadas. Afirma que a lactação só efetiva quanto maior for a duração do aleitamento materno e mais frequentes as mamadas, este período tido como infértil provavelmente seja devido a inadequada liberação dos hormônios que estimulem a ovulação. Em Callahan, Caughey e Heffer (1998), temos que a restauração da ovulação é retardada devido a ação que a lactação ocasiona no hipotálamo com a supressão da ovulação.

De acordo com Yazlle et al. (2000), a necessidade ou não de suspensões temporárias no uso dos CHO tem sido questionada, atualmente, destacam que o uso deve ser contínuo com avaliações clínicas-ginecológicas anuais.

A crença da necessidade da pausa aparece na fala de uma das participantes: “... pausa eu não queria fazer com medo de engravidar. Já tinha acontecido. Tomava injeção e fiquei do guri”. C4ELt2

Coutinho e Spínola (1999) escrevem que os contraceptivos injetáveis devem ser aplicados durante os cinco primeiros dias do ciclo menstrual e que a má aplicação compromete a

eficácia do método. Andrade et al. (2000) ressaltam que os injetáveis são utilizados por uma parcela significativa da população e geralmente sem prescrição médica.

O medo de engravidar durante a pausa e a utilização de outros métodos contraceptivos deixaram claro as incertezas quanto à sua eficácia quando havia a certeza de não mais querer engravidar. Confirma uma das esposas: “... a gente optou por esse (ligadura) porque é uma coisa definitiva, daí não tem, porque a gente, assim eu pensei em botar o DIU, mas daí eu pensei, ah o DIU às vezes dá problema, uma coisa e outra, e eu pensei não, então eu vou fazer a ligadura que daí eu to tranqüila”. C16ELt1

Diaz et al. (2000) citam que a baixa prevalência do uso do DIU em mulheres brasileiras deve-se a fatores como o desconhecimento do método, uso inapropriado e o medo injustificado de complicações ligadas a seu uso.

4.1.3 Fatores sócio-afetivos determinando o tamanho da prole

Para Ariés (1988), as transformações do mundo através dos tempos têm modificado o núcleo familiar. Passamos de uma construção da prole direcionada à perpetuação da espécie e produção de bens para a valorização do afeto na constituição da família. Althoff (2001) concorda e acrescenta que influências tecnológicas alteram a formação do grupo familiar através da função reprodutiva da família.

Turkenicz (1995) afirma que a preocupação com a reprodução na família faz parte da sua função biológica e hoje uma prole extensa não é aceitável devido, entre outros, à crescente preocupação com o provimento adequado e a progressiva exigência de educação na formação dos filhos. Este fato faz com que casais procurem um planejamento familiar para o controle de sua fertilidade.

Marcolino (1994) concorda com Miranda (2000) que o casal deve dividir a responsabilidade na opção pela anticoncepção.

Estas considerações podem ser verificadas na fala de um dos participantes: *“Eu acho que tu tem que te dois, três no máximo pra tu pode dá uma educação, é um planejamento familiar, exatamente”*. C16MLt2. Outro relata: *“A gente tem um casal. Mas foi um planejamento familiar, pra da todo apoio a eles e dá toda atenção e te assim uma vida mais tranqüila”*. C16MLt4. Ao que a esposa reinterou: *“... e daí, como a gente tinha resolvido que não queria mais, a gente já tinha um casal, já tava satisfeito, a gente não quis mais”*. C16ELt1

Cechin (1997) e Marcolino (1994) comungam ao afirmarem que a “Paternidade Responsável” dita uma responsabilidade para com a procriação devido ao grande aumento populacional e funciona com estimulador à utilização de meios anticoncepcionais. Um dos cônjuges coloca: *“... tem muitas pessoas que tem meia dúzia de filhos, essas mães não tem aquela atenção com a criança (...), transporta as dificuldade pra prefeitura”*. C16MLt3

Centa e Elsen (1994) indicam que a família atual está centrada nos filhos e enfrenta desafios como a individualização da mulher. Goldani (1994) ainda fala que a afirmação acima inclui uma redefinição de papéis. Osório (1995) coloca que os componentes familiares desempenham papéis culturalmente determinados de acordo com suas funções.

Encontra-se em uma das falas a preocupação do cônjuge não só com a função de provedor de bens materiais, mas também com a de provedor de afeto, através da disponibilização de sua presença e sua atenção aos filhos: *“... eu acho dentro da nossa realidade hoje, assim em termos de trabalho, de tudo, acho tu tem pouco tempo prá dá atenção e tu te todo aquele tempo disponível prá dá atenção aos filho, tu não pode assim, com relação a te muitos filhos né”*. C16MLt2

O reconhecimento sobre a importância do papel da família na manutenção da saúde de seus membros diz respeito às responsabilidades na condução do cuidado doméstico (Marcon et al., 2002). As autoras ainda referem que a presença de uma doença crônica compromete a situação econômica da família em função dos custos do tratamento.

Um participante refere: *“Nóis tinha um (filho doente), mas como ele teve muito problema de diabetes daí nóis ficuemo assim, em dúvida, mais um ou não. Mais daí optamo por mais um e como ele tina esse problema nóis tevemo muito medo..”*. C16MLt4

Acredita-se que além do fator econômico, existe o desgaste e sofrimento do familiar acometido afetando todo o contexto familiar.

Na Conferência Mundial sobre População de Bucarest, em 1974, citada por Berquó (1998), firmou posição de que a responsabilidade de casais e indivíduos no exercício do planejamento familiar deve levar em conta as necessidades de seus atuais e futuros filhos, bem como suas responsabilidades com a comunidade e com a geração futura. Quanto a isso, um dos maridos informa: *“Eu sempre entendi em não assim, um pai ter muitos filhos, minha família já com esta tradição, meu pai também teve só três filhos..”*. C4MLt1

Evidencia-se nesta fala a tradição desta família em manter uma pequena prole, supondo-se a existência de uma educação para a saúde reprodutiva.

Os filhos já não desempenham uma função econômica como na era pré-industrial, diz Turkenicz (1995), e sim um “passivo econômico”, passando a ser desejado ou evitado. A afirmação do autor torna-se evidente na manifestação de diversos casais: *“Do ligamento, eu quis fazer porque adianta tu ter um monte de filho e tu não poder sustenta, hoje o estudo tá um absurdo, eu já tinha três daí resolvi não ter rmais”*. C5ELt1

Reforçando a citação anterior, disse uma esposa: “... *eu acho assim que o casal tem que o máximo (..) tem que ter dois, três filho, ainda mais na crise que tá hoje, assim a gente não consegue dá tudo pros filho, eu acho que dois seria o ideal para um casal*”. C13ELt2

Conforme Turkenicz (1995), a redução na quantidade de filhos pode aumentar o investimento na qualidade da formação de cada filho.

Knobel (1992) comenta que a cooperação diminui o peso de uma responsabilidade excessiva e é o grupo familiar o modelo inicial da cooperação e mutualidade. Um participante ilustra: “... *que nem eu disse trabalha de dia, come de noite, eu sou aposentado por invalidez... , filho a gente não vai joga na lata de lixo, né, ..*”. C4MLt9 Sua esposa afirmou: “*Sabe, a gente passa muita necessidade*”. C4ELt4

O autor acima citado ainda relata que os pais, sabendo aceitar seus papéis correspondentes na família, transmitem a ela uma harmonia, funcionando como núcleo integrador e proporcionando uma saúde física e mental.

Diaz et al. (2000) afirmam que a opção por um método anticoncepcional deve levar em conta a vida sexual do casal, sua saúde, valores e contexto socioeconômico. A determinação de um custo, muitas vezes, proporciona a descontinuidade de seu uso por parte do usuário conforme apontou um participante: “... *e também esses comprimido, né, os anticoncepcional que ela toma, são caros, né...*”. C4MLt5

Na prática profissional, muitas vezes, observa-se que este é um dos grandes fatores de abandono do uso do anticoncepcional oral. A população que comparece aos serviços públicos está cada vez mais carente e, algumas vezes, o profissional não leva em conta este fator, bem como as instituições não possuem a sensibilidade de disponibilizar alguns métodos

anticoncepcionais à população. Tal fato possibilita a gravidez indesejada e toda problemática decorrente desta.

4.2 CATEGORIA REPERCUSSÕES DA EFETIVAÇÃO DO MÉTODO

Fazem parte desta categoria temas que emergiram através das falas dos participantes a respeito das repercussões, após a realização de um dos métodos definitivos de contracepção, referentes à saúde da mulher, saúde do homem, sexualidade do casal, convivência familiar e avaliações do procedimento efetivado.

4.2.1 Saúde da Mulher

Bossemeyer et al. (1996) consideram que a contracepção cirúrgica deve estar em igualdade de condições com outros métodos anticoncepcionais no momento da escolha por parte do usuário individualmente ou casal. Os métodos cirúrgicos têm, como qualquer outro, suas vantagens e desvantagens. Segundo os autores, estes devem ser enquadrados em um contexto adequado para que proporcione uma melhor saúde reprodutiva para o indivíduo ou casal, permitindo o desfrute de uma vida familiar de melhor qualidade.

Castro (1996) destaca que os métodos definitivos de contracepção têm representado a solução mais viável para os casais que já constituíram sua família. Afirma que, apesar dos machismos de muitas regiões, a vasectomia está cada vez mais difundida em todas as condições econômicas e culturais. Um participante justifica a opção pelo método: “... *olha, no caso pra melhor, pra ela porque os comprimido sempre atrapalhava bastante o estado de saúde dela que casou nova, né (...) então melhorou bastante pra ela*” C14MV4.

Comprova-se o comentado por Castro (1996), que o homem faz a vasectomia para proteger a esposa e os filhos e o faz como medida preventiva à saúde familiar. Esta afirmação reitera a posição de Castro (1996), a decisão do homem é racional. Entre as razões para adotá-la cita: a escolha de um método contraceptivo eficaz e não temporário quando não querem mais ter filhos; o exercício pleno de sua sexualidade; o fato de considerarem a vasectomia um procedimento mais simples sem grandes complicações e intercorrências, assim como menos oneroso; a participação masculina na responsabilidade de planejar sua prole.

Leal e Câmara (1999) comentam serem comuns histórias de pacientes que após o método definitivo de contracepção feminino reclamam de alterações no fluxo menstrual, hipermenorréia e dismenorréia, mas que muitas vezes teriam correlação com o uso do método anticoncepcional anterior. Uma participante informa: *“Eu fico 7 a 8 dias, vindo direto”*. C1ELt7 Outra relata como a cólica e o aumento do fluxo surgiram após a ligadura: *“A única coisa que eu senti diferença, é que eu tenho muita cólica (...) e problema de sangramento depois de fazer a ligadura, até o doutor disse que é normal..”* C10ELt4.

A este respeito concordam Callahan, Caughey e Heffer (1998) e Hatcher et al. (2001) quando afirmam que a dor e os distúrbios menstruais são sintomas decorrentes da interrupção do uso de contraceptivos orais.

Na opinião de Montgomery (1997), o corpo pode se expressar de várias maneiras algo vivido e sentido, mas não admitido conscientemente. No caso das mulheres, os sintomas ginecológicos, muitas vezes, exprimem conflitos no plano do desejo, do relacionamento familiar seja conjugal ou filial. Referente a dismenorréia, dor ao menstruar, parte do fato da expressão “ser mulher”, manifestando-a nega seu papel feminino. Quanto à amenorréia, o autor diz que tanto a falta como a irregularidade menstrual implica em uma recusa em aceitar o papel feminino da maternidade.

No entanto, tivemos o desaparecimento deste sintoma através do relato de um dos maridos: *“Ela assim, sentia muita cólica tomando os comprimido, isso diminuiu bastante, sem a pílula, ela não se queixa mais”*. C2MV7 Este fato não foi mencionado na entrevista com sua esposa. Elaborando um contraponto com o descrito acima poderíamos dizer que a esposa deste casal manteve intacta a sua condição feminina da maternidade e por outro lado a de “ser mulher” à medida que regulou seu fluxo menstrual, pois parou o uso do CHO, pelo fato de seu cônjuge ter realizado vasectomia.

Em sua maioria, as entrevistadas colocaram o aparecimento de um fluxo significativo e regular como um ponto positivo, pois vindo a menstruação elas tinham a certeza de não estarem grávidas. Uma esposa relata: *“Minha saúde melhorou bastante, porque agora eu fico menstruada todo mês, certinho, é a garantia, é um alívio”*. C3EV6

A realização do método definitivo foi intensamente citada como término das preocupações com o uso diário do anticoncepcional oral e do medo que advinha de um esquecimento ou de uma possível falha: *“... sabendo que agora eu não preciso mais usar comprimido, e antes é uma coisa que eu tinha que saber que eu tinha que tomar todo dia, e eu tinha medo, agora é tranquilo”*. C10ELt8

Montgomery (1997) acredita que gravidez indesejada seja somente aquela que ocorre em mulheres que fizeram a ligadura tubária ou optaram pela colocação do DIU, considera o gesto do esquecimento de tomar o CHO ser guiado por intenções inconscientes.

Outros fatores referenciados para a melhora da saúde da mulher foram aqueles igualmente relacionados ao uso dos anticoncepcionais orais, como aumento de peso e dores de cabeça os quais exemplificamos nas falas a seguir: *“... porque eu engordava muito com anticoncepcional, foi uma das coisas que eu me senti melhor”* C11ELt3; *“E antes eu tinha*

muita dor de cabeça, né, por causa dos comprimido, hoje em dia eu não tenho mais, aliviou, me ajudou bastante (a opção pelo método definitivo)” C3EV7.

Os efeitos tidos colaterais para as mulheres como aumento de peso, diminuição do fluxo menstrual, cefaléias leves, entre outros, cessam quando o método for suspenso e não são sinais de enfermidades (ABECHE; KAIHUA; PECIS, 1995; YAZLLE et al., 2000; e HATCHER et al., 2001).

Pinho Neto et al. (2000) mencionam que estudos têm sido feitos tentando comprovar a existência de uma síndrome pós ligadura tubária que incluiriam efeitos como os discutidos acima. No entanto, colocam que o tema é controverso devido ao fato de que, muitas vezes, as mulheres que efetivam o método já se encontram em algumas situações, tais como alterações menstruais, uso durante tempo prolongado do contraceptivo hormonal oral e idade superior a 35 anos quando já apresentam sinais de insuficiência ovariana.

Um participante considera: “Normal de uma mulher, ela tá com 40 agora. Ela misturou preocupação do lar com trabalho, e trabalho com o dia a dia, né, e fez com que ela tivesse muito calor, ficou ansiosa. A gente homem sente que as mulheres nesta idade tem que saber o que está acontecendo consigo mesma” C2MV8.

Outro marido, cuja esposa está com 39 anos, falou: “... *acho que ela mudou, ela é muito nervosa depois que ela fez isto aí (...). Não é diretamente com isso, acho que não”* C10MLt4.

Frederickson (1993) confere sintomas como ondas de calor, ansiedade e irritabilidade ao período que permeia a menopausa.

Nas citações sobre alterações na pressão arterial, percebeu-se que a descontinuidade do uso do anticoncepcional oral não teve uma profunda diminuição nos níveis tensionais, como

era o esperado pelos participantes. Uma participante confirma: “... a pressão até que ficou melhor (...) só não fica tão alta como era antes, ela mantém, sabe também a gente se cuida. Tô tomando remédio”. C7ELt3 O esposo acrescenta: “Prá mim foi ótimo, porque a gente ficava preocupado, a pressão dela, né, em aumentá mais, né, assim ela já tem problema mais tá nivelado”. C7MLt 4.

Abeche, KaiHua e Pecis (1995) colocam que a hipertensão arterial sistêmica severa (HAS) é sinal de contraindicação ao uso do contraceptivo hormonal oral. Bossemeyer et al. (1996) e Pinho Neto et al. (2000) não citam a HAS com fator de contraindicação da anticoncepção cirúrgica por laparoscopia, mas o primeiro autor considera fator de risco no caso de realizá-la por minilaparotomia.

Não consta nas referências que a portadora de hipertensão arterial sistêmica obtivesse cura com a realização da ligadura tubária. Porém, muitos autores citam que o desuso de contraceptivo hormonal oral é fator preponderante na diminuição dos níveis tensionais, bem como que a presença desta patologia contraindica o método contraceptivo definitivo feminino. (BURROUGHS, 1993; ABEICHE, KAIHUA e PECIS, 1995; ANDRADE e MELLO, 1996; CALLAHAN, CAUGHEY e HEFFER, 1998; YAZLLE et al., 2000).

4.2.2 Saúde do Homem

Ruiz (1988, p.46) afirma que “a socialização masculina supervaloriza o rendimento sexual do homem conferindo-lhe a responsabilidade do funcionamento eficaz”.

As considerações expressas pelo entrevistados, independentemente da condição de gênero destes, quanto à modificação de qualquer aspecto da saúde do homem, foram direcionadas à possível alteração do rendimento sexual. Uma esposa disse: “... prá nós foi normal tudo, e

muitos diziam que não era, não ficava normal, no caso, assim, no homem, prá nós tem sido normal, tudo normal” C14EV3.

Castro (1996) expõe que a vasectomia não é o método ideal para todos os homens, pois a tendência de muitas pessoas é confundir masculinidade/virilidade com capacidade de gerar filhos. Para não incorrer em um engano é imperativo a qualidade do aconselhamento, respeitando o direito decisório do homem/casal.

Hopkins (2001) cita que uma orientação clara e prática sobre o procedimento contribuirá para que o homem sinta-se satisfeito, seguro e não se arrependa mais tarde.

Nas demais referências, o grande chavão foi “não mudou nada”: “*Não, prá mim não mudou nada*”.C15MV3 Enquanto sua esposa informa: “*Não, eu acho assim, pra mim ele nunca falou nada, mas eu acho que não, ele sempre diz que nunca, que ficou, que é a mesma coisa*”.C15EV4

Callahan, Caughey e Heffer (1998), Castro (1996 e 2000) são contestes em afirmar que a vasectomia é um método definitivo de baixíssimas complicações e raros efeitos colaterais com alta eficácia. Abeche, KaiHua e Pecis (1995) complementam que a ejaculação continua com as mesmas características e que a potência sexual não é alterada após a vasectomia. Pode-se conferir a esta afirmação o não aparecimento de nenhuma queixa sobre sua saúde, por parte dos homens que efetivaram o método definitivo de contracepção masculino.

4.2.3 Sexualidade do casal

De acordo com Russ (1994) e Ferreira et al. (1995), sexualidade é o conjunto de fenômenos e atividades que dizem respeito ao exercício das funções sexuais quer seja no indivíduo ou casal.

Segundo Eisentein (2000), a sexualidade humana é um processo evolutivo, iniciado com o nascimento e que se estende por toda a vida, implicando em: amor, satisfação das necessidades instintivas, troca de intimidades e sintonia entre duas pessoas, entre outros.

Montgomery (1997) referencia-se à sexualidade como uma energia, que todos nascemos com ela e que ela pode ser canalizada para muitas esferas além da genital.

Após a Segunda Guerra Mundial, o incremento do planejamento familiar e a tendência à redução da prole separam a sexualidade do círculo crônico de gravidez e do parto. A contracepção efetiva não só limitou o tamanho das famílias, mas também marcou a vida das pessoas e fez que a sexualidade passasse a ser sentida como propriedade do indivíduo. A moderna tecnologia reprodutiva possibilitou a diferenciação entre o sexo e as exigências da reprodução (Giddens, 1993).

Lopes et al. (2000) comentam que, com o advento das práticas contraceptivas, a reprodução não é a principal motivadora da sexualidade, pois esta é praticada por prazer e por amor.

A temática do controle da reprodução e o advento da pílula, segundo Miranda (2000), fazem com que somente a figura feminina seja alvo de pesquisas, pouco se tem analisado sobre a fecundidade masculina.

Lopes et al. (2000) pensam que é importante diferenciarmos sexualidade de relação sexual, esta última envolve reprodução, enquanto que a primeira envolve afetividade, emoções e sentimentos. Concebe que um casal só irá assimilar adequada e responsabilmente a contracepção quando atingir a harmonia entre sua afetividade e sua impulsividade sexual. Afirma que uma anticoncepção efetiva implica no abandono de tabus e de culpa advinda da prática do sexo não reprodutivo, mas sim pelo prazer.

É assumir sua sexualidade e reafirmar constantemente a escolha por uma vida sexual ativa. Montgomery (1997) afirma que, a partir do momento que o casal divide a responsabilidade na escolha de um método eficiente, ele poderá viver plenamente seu potencial sensorial e criativo da sexualidade.

Na fala a seguir, percebe-se o acima exposto: *“É verdade que nois temo mais tranqüilo. Quando é prá transa, não é que a gente faz toda hora, mais ficamo mais tranqüilo porque não precisa mais se preocupa em fica grávida”*. C4ELt13 O esposo acrescenta: *“Fiquemo, ih... muito mais tranqüilo...”*.C4MLt12.

No que se refere à eficácia do método, Faúndes et al. (2000, p.14) salientam que o casal que confia na sua opção pode “ter relações sexuais livres do temor de uma gestação não desejada ou inoportuna, o que não se dúvida contribui para a sua saúde psíquica e sexual”. Uma das entrevistas confirma o dito pelo autor: *“Só fiz aquele exame para vê se ficou tudo certo. Mas agora já faz quatro ano, acho que não fico mais grávida”*. C4ELt11

Contraopondo os autores acima citados, Lopes et al. (2000) indicam que os métodos contraceptivos objetivam permitir que a sexualidade seja desfrutada sem o medo do risco de engravidar, no entanto, alertam que praticamente todos eles interferem de alguma forma negativa na sexualidade. Assim, questionam a necessidade da discussão da influência do método contraceptivo adotado na sexualidade. Afirmam que existem aspectos orgânicos e psicossociais muitas vezes difíceis de serem isolados, que devem ser considerados no momento da escolha.

Segundo os mesmos autores, as dúvidas maiores quanto à correlação da sexualidade e ao uso de métodos contraceptivos relacionam-se à eficácia destes, conforme o ilustrado na fala de um casal. Enquanto o esposo relata o nervosismo da esposa, esta refere o medo relacionado à possibilidade de rompimento do condon: *“... ela ficou mais tranqüila, ela vivia*

sempre nervosa, de medo de engravidar, a gente se cuidava, cuidava..” C13MLt4; a esposa disse: “... melhorou bastante, eu não fiquei mais com aquele medo, quando a gente usava camisinha, medo de furar, aí será que eu vou engravidar?” C13ELt3

Quanto à falha do contraceptivo hormonal oral, um dos entrevistados manifestou: “*Eu acho que deu uma melhorada (...) ela tá mais segura e confiante que não vai te problema, ela mudava de comprimido e acabamos tendo duas guria (...) ela se engravidou tomando comprimido, andavam dizendo que era de farinha, não tiro a razão”*. C3MV11

Lopes et al. (2000) confere aos possíveis paraefeitos da contracepção hormonal a interferência na vida sexual da mulher e do casal. Um esposo disse: “*Olha, se tornou melhor o relacionamento entre eu e minha esposa, por causa daquela época ela tomava comprimido e era ruim pra ela, ela não sentia praticamente quase prazer, depois que eu fiz a vasectomia, melhorou bastante prá mim e prá ela, no dia a dia do casal”*. C14MV5

Ruiz (1991) comenta que uma pessoa deve se entregar total e descontraidamente para ter uma resposta sexual positiva, abstraindo-se do meio que o rodeia.

No que se refere à adoção de métodos contraceptivos cirúrgicos, Lopes et al. (2000) consideram a possibilidade de ocorrer repercussões relacionadas à sexualidade, assim como a aspectos emocionais. Tais repercussões, geralmente, ocorrem quando estes métodos são realizados sem maiores critérios ou sem avaliação psicológica.

Uma participante exemplifica o considerado pelo autor acima citado: “*Aquela vontade que a gente tinha antes parece que depois que eu fiz a ligadura parece que aquilo deu assim, uma parada (...)já não sinto tanta vontade, meu marido não, nele ficou igual, mas eu fiquei meio morna..”*.C13ELt5 Enquanto o marido informa: “*Prá mim não mudou, ela ficou não*

*muito ativa (...)*ela ficou meio parada, mas ela sempre foi uma mulher não muito ativa (...) desde o início do nosso casamento ela não foi muito ativa...” C13MLt5.

Montgomery (1997) adverte que enquanto os homens são ansiosos sexuais, o desejo da mulher é cíclico, variando de acordo com as mudanças hormonais, sociais e psicológicas. Afirma que o casal tem que aprender a organizar seu ritmo e que o melhor da relação sexual é ficarem juntos. Um participante relatou que a realização do método definitivo de contracepção: “... acho que aproximou mais ainda” C11MV5.

Lopes (2000) ainda cita que se o motivo maior que ocasionou a decisão por um método definitivo foi o socioeconômico as repercussões podem ser negativas. Vimos anteriormente que foram muitas vezes mencionadas entre outras os fatores econômicos influenciando na decisão dos participantes por um dos métodos definitivos de contracepção, mas em nenhum momento este fator foi citado como ter sido responsável na sua repercussão seja positiva ou negativamente na sexualidade do casal. Talvez possamos dizer que na maioria houve outros fatores junto ao econômico que influenciassem na sua efetivação.

Como fator para a diminuição do desejo sexual, a idade foi citada por um marido: “... porque a idade já tá chegando, a gente não fica mais tão excitado...” C13MLt6.

Osório (1996) coloca que a intimidade compartilhada é importante em qualquer idade e que o exercício da sexualidade vai além de um coito, acrescenta, ainda, que a natureza foi sábia adequando o desejo às possibilidades de cada idade.

Dois casais, os quais optaram pela vasectomia, referenciaram momentos de ansiedade, preconceito gerando preocupação quanto a perda da virilidade nos primeiros tempos após a efetivação do método, como pode-se sentir nas falas a seguir: “... no início até uns três meses, eu não sei, não falei... mas tive aquela ansiedade... ela me procurava mais eu procurava mais

do que ela... mas já passou". C2MV3 A esposa, apesar do marido não ter comentado teve a seguinte percepção: *"Não precisa te aquela desconfiança, que vai traze problema pro homem, não funcioná sabe"*. C2EV9

Outro casal assim colocou: *"Tem muito hommi que acham que não vai dá certo, que não vai mais funcioná, mas isso é bobagem... fazendo isso aí é muito melhor..."*. C14MV2 Sua esposa também teceu considerações a este respeito: *"... às vezes ele não gosta de comentar muito, mas agora ele já tá entendendo que tudo é normal... já não tem mais aquele preconceito"*. C14EV7

Lopes et al. (2000) inferem que o homem tem sua sexualidade basicamente genitalizada e tendo realizado a vasectomia pode apresentar problemas sexuais, normalmente quando mal-informados, por medo ou ansiedade acabam desenvolvendo uma impotência psicogênica, resolvida através de um aconselhamento sexual.

Duncan, Schmidt e Giugliani (1990) e Burroughs (1995) afirmam que a realização da vasectomia não interfere na libido masculina, bem como as funções dos testículos e próstata.

A questão da possibilidade de desconfiança por parte da esposa foi colocada por um participante: *"... na mulher periga surgir uma preocupação, porque, bom, agora ele não vai ter problema, ele pode sair, mas a cabeça da pessoa que é responsável (...) não é só aquele motivo de engravidar alguém, é a relação dos dois..."*. C2MV10

Montgomery (1997) atribui uma sensação de culpa quando o sexo for representado com proibido.

É importante ressaltar que quando colocada a questão relativa à relação do casal a grande maioria inicialmente não a relacionou com a sexualidade, para em seguida retornar e modificar sua resposta, complementando com alguma consideração a respeito.

4.2.4 Convivência Familiar

Este tema pretende estabelecer ligações entre a efetivação de um dos métodos definitivos de contracepção e sua repercussão no dia a dia das famílias e nas relações entre seus familiares. De acordo com Ferreira et al. (1995, p.379), convivência é “trato diário”, “familiaridade”, “relações íntimas” e “convívio”.

Althoff (2001) refere que a experiência humana é marcada pelas situações vividas na família. A prática familiar cotidiana e as relações que estabelecem entre si visam preparar e transformar a pessoa para a vida, levando em conta o mundo que a rodeia. Destaca, ainda que a convivência familiar é fundamentada nos valores compartilhados estabelecendo as relações e as ligações afetivas.

Um dos participantes expressou-se a respeito: *“Não, nem mais calmo, nem mais nervoso, ficou igual o comportamento familiar, nada de estressante, a gente nunca discutiu, nunca brigou, nem depois do que aconteceu (ter feito a vasectomia), (...) não é motivo pra despertar este lado”* C3MV17; *“Sua esposa concordou em sua fala:” Não mudou em nada, influência na vida familiar, nos filhos...”*. C3EV10

A maioria dos participantes, que fizeram considerações concretas a respeito da sua vida familiar, após a efetivação de um dos métodos definitivos de contracepção, afirmou não ter havido nenhum reflexo no seu cotidiano.

Althoff (2001) comenta que um compartilhamento nas decisões estabelece uma sensação de bem-viver familiar. Exemplificando: *“... não mudou nada, os dois filhos que temos aí foi tudo planejado (...)foi tudo tranqüilo (...) nós resolvemos fazer por segurança, e quanto a família, tudo tranqüilo”*. C13MLt7 Nesta colocação, ao mesmo tempo que o participante fala que nada mudou, também afirma ter ficado tranqüilo. Pode-se inferir que por terem planejado

não mudou a relação, mas que esta trouxe tranqüilidade a família. Mais objetivo foi o marido do casal 4: “*Trouxe, trouxe uma tranqüilidade maior...*” C4MLt17.

Hintz (1999) considera que quando há capacidade de negociação permitindo mudanças na família sem alterar a relação conjugal, este casal atingiu um nível de comprometimento maduro.

Lipovetsky (1997) refere-se à mudança no mundo contemporâneo da rediscussão dos papéis familiares, uma vez que a mulher, muitas vezes, possui seu rendimento e vê aumentar seu poder de decisão no casal. Isto leva a crer que há uma tendência de um novo modelo igualitário dentro das relações conjugais, o que faz com que haja a participação de ambos nas decisões importantes. O fato das mulheres contribuírem com a renda familiar não foi mencionado nas entrevistas por nenhum dos cônjuges, no entanto, sabe-se que é fato vigente na sociedade atual (MARCOLINO, 1994; ROMANELLI, 1995). Além de ter sido uma das principais justificativas para a criação do programa de aconselhamento ao planejamento familiar, onde este estudo foi desenvolvido.

Os fatores econômicos (educação, profissão, salários), anteriormente, mencionados pela grande maioria dos participantes como motivadores da decisão pelo método definitivo de contracepção só foram considerados por um casal na palavra do marido: “*Com certeza melhorou, tem o nosso planejamento e o deles (dos filhos), porque a gente acompanha tudo, o estudo deles, a vida futura né (...)* Nossa decisão foi acertada e com consciência, nessa correria, tá loucura. Dentro da nossa realidade em que te os dois lado, a vida profissional e a dos filho (...) tu pode dá toda atenção, mas não com muitos filho. Foi a nossa intenção, agente decidiu a opta pelos dois te uma vida encaminhada”. C16MLt10

Alguns relatos estabeleceram-se em função de os filhos terem conhecimento quanto ao procedimento realizado. Alguns afirmaram terem recebido apoio dos filhos, estes terem

concordado com a decisão, mas sem comentários, que explicaram aos filhos sobre o procedimento e outros sobre como o fato despertou curiosidade. Um marido conta :”... *surge uma curiosidade do menor de doze anos, agente é muito aberto com os dois garoto, né, e sabe, a gente não deu detalhes. Então eles perguntam as vezes: Bah! Mas então, deste mato não sai mais coelho? Nós ficamos contente que voçeis são o suficiente pra gente..*”. C2MV12

Conforme Sattle et al. (1999), a relação do casal interfere no comportamento e nas interações dos outros membros da família como alianças, coalizões ou intermediação dos filhos nas relações dos pais.

Este mesmo participante fez menção a uma possível adoção caso algum dia quisessem aumentar a família: “... se um dia optar em ter mais alguém, agente adota. Coisa que não passo ainda pela minha cabeça, mas se for uma menininha...”. C2MV13

De acordo com Althoff (2001), uma tomada de decisão em questões relacionadas às famílias, seus membros pensam ser de competência exclusiva deles, não desejando interferências de outras opiniões. Na fala de um marido, viu-se uma referência a esta questão: “... *eu não tenho mais pais, meus irmãos, a sogra e o sogro, ninguém entro em detalhes com nada, ninguém fez pergunta curiosa. (...) Se eles perguntam, eu respondo com a maior clareza*”. C2MV14

O compartilhamento das decisões é a estratégia que as famílias utilizam para conseguirem um sentido igualitário de poder entre seus membros salienta Althoff (2001). O que se pode notar pelo apanhado acima é que a qualidade de interação do casal antes da efetivação de um dos métodos definitivos de contracepção foi de suma importância, visto que a decisão do tamanho da prole deve atender o desejo de ambos os cônjuges.

Claro também fica que uma prole menor possibilita maior satisfação dos pais, pois estes conseguem estabelecer maior equilíbrio e harmonia familiar uma vez que as necessidades almejadas pela família são mais fáceis de serem alcançados.

4.2.5 Avaliação do Procedimento

Os métodos cirúrgicos de contracepção têm sido freqüentemente relacionados a planos de controle de natalidade, principalmente em países do chamado “terceiro mundo”. Conforme Bossemeyer et al. (1996), a diferenciação está em como e por quem estes métodos foram definidos e adotados.

No Brasil, de acordo com dados da Pesquisa sobre Saúde Materno Infantil e Planejamento Familiar da MEMFAM, em 1986, 27% das mulheres em união com faixa etária, entre 15 e 44 anos, tinham realizado a ligadura tubária (PINHO NETO et al., 2000) e o, 8% de homens concretizado a vasectomia na mesma faixa etária (CASTRO, 2000).

Os métodos definitivos de contracepção vêm crescendo nas últimas décadas em todos os continentes como opção para a regulação da reprodução por casais que não desejam mais ter filhos (DUNCAN, SCHMIDT e GIUGLIANI, 1990; BOSSEMEYER et al., 1996; CALLAHAN, CAUGHEY e HEFFER, 1998; LEAL e CÂMARA, 1999).

Abordam-se neste tema as considerações dos entrevistados relativas à sua satisfação com a realização de um dos métodos contraceptivos definitivos. Fala-se em “satisfação” pois nenhum dos participantes teceu comentários negativos a respeito da opção efetivada. Do número total de participantes 81, 2% explicitaram comentários de contentamento e afirmação de terem optado corretamente, tais como: “**foi muito bom, estamos contentes**”; “**foi ótimo**”; “**foi bom; me sinto melhor**”; “**foi muito bom, preferia ter feito antes**”; “**foi muito válido**”;

“foi um alívio”; “boa escolha”; “foi um benefício”; “excelente”, “decisão acertada”; “estamos satisfeitos”; “valeu a pena”.

Ades (1997), em um estudo para identificar fatores associados ao arrependimento após a laqueadura tubária no Ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, entrevistou 351 mulheres no período de julho de 1991 a dezembro de 1995, concluiu que os principais fatores responsáveis pela insatisfação das mulheres eram o estabelecimento de um novo relacionamento conjugal e a baixa idade no momento da concretização da laqueadura tubária.

Turkenicz (1995) relata que cônjuges motivados por desejos em comum tenderão a estabelecer laços estáveis e perfil de compromisso. Os participantes deste estudo, pelo fato de não demonstrarem arrependimento, podem ter discutido previamente a opção por um dos métodos definitivos de contracepção como podemos observar na fala do casal: *“Ah!, agente decidiu que três crianças ja é de bom tamanho e que está bem, provavelmente faria de novo”* C5ELt7; *“A gente decidiu igual, faria de novo, eu disse prá ela, qualquer um (dos métodos), eu faço também, valeu a pena... bah... tá loco!”* C5MLt6

Michel (1983) cita a comunicação igualitária e a observação dos direitos e obrigações entre os cônjuges como condições primordiais para os indivíduos obterem satisfação, estabelecendo então a união conjugal.

O diálogo é citado por Althoff (2001) como um “modo estratégico” que as famílias utilizam para fazerem trocas e conhecer anseios e necessidades de cada um.

Alguns participantes referiram que indicariam sem receio o método definitivo para outras pessoas, este disse assim: “... se algum dia eles (os irmãos) quiserem fazer eu aconselho que

façam. É muito importante esta confiança entre os irmãos (...). Pergunto e converso com eles, né, tá muito bom mesmo”.C2MV15

Dois participantes demonstraram preocupação social referindo-se à famílias sem condições de criar seus filhos: “Eu acho bom, porque, muitas pessoas aqui não tem condições de criar crianças, como é fácil e rápido, todos os casais que tem aí dois, três filhos deveriam fazer isso aí...”. C13MLt2

Guimarães (1995) afirma que é na família que o ser humano faz sua primeira experiência de sociabilidade. A família enquanto célula social deve abrir-se à sociedade, assumindo sua tarefa social. É através da educação obtida no seio familiar que o indivíduo cresce como ser humano.

De acordo com Knobel (1992), a miséria é inimiga do amor e as perturbações que a luta pela sobrevivência causa atingem os filhos. Estes querem basicamente de seus pais o amor e este fato deve ser lembrado responsabilmente pelos pais. Os filhos, afirma, precisam sentir o amor dos pais para terem um desenvolvimento normal gerando nestes, segurança em si mesmos e capacidade de enfrentar a vida.

Houve considerações tão contundentes a respeito da certeza da opção ter sido correta que manifestações de participantes levantaram a hipótese de que nem o falecimento de um dos filhos faria com que a opção fosse modificada. Como no caso do casal que já havia perdido um filho: “... *mas eu to nem assim eu pensava em te mais um, já tava decidida satisfeita com os filhos, eu tive quatro, mas aí um acabou falecendo, eu disse*”. C7ELt10 *Seu cônjuge também se manifestou: “... nesta época, nós tomava a mesma decisão, não mudaria nada*”. C7MLt2

Outro participante manifestou-se a respeito do acontecimento de uma possível perda: "... mas se caso no futuro, tomara que ninguém vai acontecer isso, né, que vem a falecer todo mundo, isto assim se for uma desgraça, mas mesmo assim daí a gente vai optar por não ter mais filhos, né não querer mais filhos". C3MV16

Um casal quando chega através da convivência e do diálogo a concluir que estabeleceu seu papel reprodutivo frente a seus anseios e à sociedade percebe que, segundo Montgomery (1997, p 211): "*cumpriu sua obrigação com a espécie e pode concentrar suas energias no indivíduo*".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve a aspiração de ampliar e qualificar o processo educativo que entremeia as atividades de um programa de planejamento familiar através da experiência vivida por casais na opção por um dos métodos definitivos de contracepção, conhecendo suas motivações e repercussão na vida do casal e da família.

Com o intuito de chegar ao objetivo, a escolha recaiu por um estudo exploratório descritivo de caráter qualitativo, pois preencheria a compreensão dos eventos a serem investigados.

Supõem-se que a utilização desta metodologia supriu as inquietações ora propostas, no entanto, pensa-se ter sido aberto portas à ampliação de discussões referentes ao tema.

No decorrer do trabalho, apresentaram-se alguns contratempos como a troca de endereços de muitos participantes. Na prática, não se caracteriza como fato estranho, visto que as moradias das famílias de baixo poder socioeconômico são, em sua maioria, alugadas. Portanto, findo o período estipulado, elas migram para outros bairros ou mesmo para municípios vizinhos de acordo com o valor do aluguel e do montante que elas dispõem para este fim.

Como permanecem pouco tempo em cada endereço, não estabelecem vínculo com os vizinhos, os quais, muitas vezes, utilizam-se do mesmo critério, não deixando referências e/ou notícias do seu paradeiro.

O fator mais difícil foi não encontrarmos ambos os cônjuges em seu domicílio no momento da coleta dos dados, sendo necessário o retorno em diferentes períodos do dia, entardecer e noite ou ainda em finais de semana.

A acolhida extremamente receptiva e amigável foi o ponto facilitador da realização das entrevistas, bem como o envolvimento de familiares no auxílio para o agendamento de um encontro. Apesar de terem sido os homens os mais difíceis de serem encontrados no domicílio, sentiu-se que estes, em especial, foram de extrema amabilidade e demonstraram o maior interesse no atendimento aos questionamentos, tendo sido eles os mais elucidativos.

Os motivos da escolha do casal por um dos métodos de contracepção definitivos foram concretamente evidenciados nas falas dos participantes deste estudo.

As conseqüências do uso dos contraceptivos hormonais orais na saúde da mulher foram os grandes vilões desencadeadores da efetivação de uma das opções definitivas de contracepção para muitos participantes.

Muitas esposas eram portadoras de patologias, como a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, o que contra-indicava o seu uso. Na presença dessas situações, o método de escolha foi, em geral, a vasectomia, demonstrando que estes maridos foram sensíveis na solução de uma dificuldade apresentada pela esposa e quando a decisão era por não terem mais filhos.

Referências foram feitas a respeito do uso prolongado de contraceptivos hormonais orais, bem como seu uso indevido em mulheres com idade superior a 40 anos associados a algum

mal-estar. O fator idade, conforme a literatura pesquisada, só oferece riscos caso a mulher seja portadora de alguma patologia e/ou fumante.

O maior número de considerações foram feitas sobre os efeitos colaterais, indicando uma intolerância excessiva, assim, impossibilitando a continuidade do uso dos contraceptivos hormonais, orais como dores de cabeça, náuseas e vômitos, aumento de peso e diminuição do fluxo menstrual. A literatura demonstra a tendência ao desaparecimento dessas sintomatologias com o uso contínuo de um mesmo CHO, mas é justamente este pressuposto a grande dificuldade externada pelos participantes do estudo. As mulheres colocaram seu inconformismo em ter que ingeri-lo todo dia, bem como seus maridos em ter que supervisionar a ingesta diária.

Alguns autores associam as queixas com a presença de temores e ansiedade ou a interações medicamentosas. Este último aspecto, no caso o uso de antibióticos, foi citado pelos entrevistados como causador de gestações indesejadas, fato que é comprovadamente substanciado pela literatura.

Os comentários **relacionados à saúde da mulher frente às gestações** foram relativos ao desconhecimento das mulheres diante da necessidade de cuidados contraceptivos durante o período de lactação, a suspensão temporária de anticoncepcionais orais e credibilidade quanto à eficácia do Dispositivo Intra-Uterino (DIU) e os anticoncepcionais hormonais injetáveis.

A maioria da população crê que durante o período que a mãe está amamentando seu filho não poderá engravidar. Porém, a diminuição das mamadas junto à introdução precoce de complementos alimentares comuns, em nosso meio, faz com que a mulher ovule muitas vezes sem perceber por ausência de sangramento prévio, surpreendendo-se com uma gestação para a qual não estava preparada e também muito menos a desejava.

Todos os autores foram unânimes em afirmar a necessidade de investir em orientações mais claras sobre a ação contraceptiva da lactação/amenorréia. Na prática, os profissionais que compartilham as ações envolvendo o pré-natal, tanto em consultas como em cursos e grupos de gestantes, tem uma oportunidade ímpar de orientar as futuras mães o conhecimento relativo aos cuidados com a contracepção no período puerperal.

Os temores dos participantes relativos à eficácia do DIU e os injetáveis, bem como a crença da pausa no uso do CHO advém do desconhecimento da ação destes e/ou seu uso inadequado sem as devidas orientações de quem os indica e fornece.

A determinação do tamanho da prole em detrimento de fatores econômicos trouxe à tona questões que versam sobre a responsabilidade dos pais para com o provimento na educação e sustento de sua prole; a dificuldade em dar atenção e afeto por parte dos pais, visto que estes possuem sua atividade laboral e o tempo no lar é curto; o comprometimento da renda familiar junto ao desgaste emocional da família na presença de uma doença crônica; o alto custo dos anticoncepcionais orais e a tradição passada de pai para filho quanto ao tamanho da prole.

Os participantes mostraram-se determinados em estabelecer o número reduzido da prole pela preocupação no adequado provimento e na crescente exigência de investimento na educação dos filhos. Demonstraram, através das falas, que este fato deve ter a participação de ambos os cônjuges na divisão da responsabilidade em assumir um planejamento familiar consciente e não delegar ao poder público o ônus de dar atenção a seus filhos.

Consideraram importante permanecerem com número pequeno de filhos para disponibilizarem mais atenção e afeto para eles, dentro do tempo limitado que passam seus lares em detrimento daquele necessário ao provimento material, isto é, no seu trabalho.

Gradativamente, o mercado de trabalho restrito e os baixos salários que a população em geral recebem é comum nas famílias ambos os cônjuges trabalharem para obterem renda para sua subsistência e, muitas vezes, há sobrecarga de horas visando à complementação dos ganhos.

Ter um filho com alguma doença crônica induziu um casal a ter dúvidas quanto ao aumento da prole devido à preocupação com os custos da saúde familiar. A população tem consciência da dificuldade em conseguir assistência à saúde nos moldes hoje vigentes, portanto, sente-se aflita com a possibilidade de um comprometimento de seus provimentos com os custos de um tratamento se nem ao menos possui o suficiente para a manutenção de seus gastos diários com alimentação e educação dos filhos.

A não permanência no uso dos anticoncepcionais orais foi relacionada a seu alto custo, inviabilizando sua continuidade e determinando uma ação mais definitiva do casal na problemática de uma nova gestação. Os métodos contraceptivos disponibilizados pelo poder público não atendem muitas vezes às diversas exigências e alternativas de que a população necessita, são em quantidade e qualidade restritos. Também se observa a falta de critério e sensibilidade daqueles que os indicam em reconhecer a carência do usuário e o simples fato de buscar saber aquele que está sendo oferecido no serviço que presta sua assistência.

O exercício do planejamento familiar leva os casais a serem responsáveis pelos seus conceitos seja no momento atual e no futuro, bem como com a comunidade onde vivem gerando uma educação para a saúde reprodutiva.

Este fundamento foi determinado com a colocação de um participante que considerou ter herdado de seu pai ensinamentos na escolha por uma prole reduzida.

As repercussões da efetivação de um dos métodos de contracepção definitivos puderam ser percebidas em cinco aspectos de acordo com as falas dos participantes.

Os reflexos sobre a **saúde da mulher** puderam ser percebidos pelos participantes independentemente do método realizado, visto que a descontinuidade do uso do anticoncepcional oral pelas esposas ocorreu em ambos os casos, possibilitando o fim de efeitos colaterais, do agravamento de patologias anteriormente estabelecidas e da preocupação com o esquecimento em ingeri-lo diariamente.

No entanto, algumas participantes reclamaram do aumento do fluxo menstrual e o aparecimento de cólicas e os relacionaram com a realização da ligadura tubária. Sabe-se que com a suspensão do contraceptivo hormonal oral, a tendência é o restabelecimento da quantidade de fluxo que cada mulher apresentava antes do início de seu uso. A concentração dos participantes deste estudo realizaram o método de contracepção definitivo feminino na faixa etária acima dos 35 anos, sugere que elas poderiam estar apresentando sintomatologia climatérica. Reforçando esta possibilidade, maridos mencionaram a presença de ansiedade, nervosismo e ondas de calor, os quais se sabe são sintomas passíveis de serem manifestados neste período de vida da mulher.

Por outro lado, muitos participantes demonstraram como ponto positivo na realização dos métodos definitivos o retorno dos ciclos menstruais regulares com quantidade significativa de sangramento menstrual, o que as fez sentirem-se mais saudáveis e conferiu-lhes maior segurança de não estarem grávidas.

Muito se tem discutido a respeito da natureza saudável da menstruação. Alguns afirmam ser um “insucesso mensal” ou uma “falha reprodutiva”, visto que ela decorre da ausência da fecundação. Porém, no conhecimento popular, as mulheres necessitam enxergar o

sangramento mensal como uma constatação de sua saúde e muitas vezes para comprovação de sua fecundidade.

Considera-se a explanação clara das vantagens e desvantagens de cada método no momento da escolha pelo indivíduo ou casal ponto fundamental para se evitar o aparecimento de repercussões indesejáveis, decorrentes de um aconselhamento ao planejamento familiar sem qualidade.

Relativa à **saúde do homem**, a apreciação acima também é válida, pois as únicas colocações das participantes, uma vez questionadas sobre a saúde do cônjuge relativo, foi quanto à realização da vasectomia interferindo na virilidade deste.

A sociedade machista coloca na virilidade do homem todo seu poder e valorização enquanto ser masculino. Torna-se, portanto, de suma importância a descrição do método e principalmente a não interferência deste nos aspectos referentes à sexualidade, quando existir interesse pelo método de contracepção definitivo masculino.

Um bom profissional, que desenvolve seu trabalho com consciência, comprometimento e conhecimento, ouvindo e respeitando o usuário e seus anseios poderá desenvolver um planejamento familiar eficiente que promova mudanças para a melhoria da qualidade de vida não só do indivíduo e/ou casal, mas também para sua família e sociedade.

As impressões sobre a relação conjugal frente à efetivação de um dos métodos definitivos de contracepção trouxeram a pauta aspectos relativos à **sexualidade do casal**.

O fator que mais interferia na qualidade do casal em desenvolver prazerosamente sua sexualidade era a presença constante do temor de uma gestação indesejada.

As idéias mais relevantes e que formaram a maioria das colocações foram relativas à melhoria da sexualidade do casal, pois uma vez que haviam dividido a responsabilidade na escolha do método e nele depositaram confiança quanto a sua eficácia, viram-se seguros e mais despreocupados com a possibilidade da ocorrência de uma gestação a qual não mais pretendiam.

Independente das considerações a respeito da dúvida quanto à eficácia de alguns métodos, por exemplo o condon, alguns participantes mencionaram que os parafeitos dos contraceptivos orais interferiam negativamente no desejo sexual da mulher.

Quanto a possíveis influências dos métodos definitivos de contracepção na sexualidade do casal, percebeu-se através do exposto pelos participantes que uma possível desafinação de ritmo já era apresentada pelo casal antes de sua concretização ou eram relativas ao fator do preconceito da perda funcional por parte do homem.

A sexualidade da mulher é manifestada de maneiras diversas daquelas que o homem demonstra. Enquanto que no homem a sexualidade se coloca concretamente entre o estímulo e o desempenho, na mulher ela é sensorial e emocional, além de estar intimamente dependente de suas variáveis hormonais.

Ressaltando a questão do desempenho na importância para a virilidade masculina, um participante comentou sua preocupação com a possível desconfiança da esposa que ele pudesse ter relações extraconjugais após efetivação da vasectomia pelo simples fato que ele seria incapaz de engravidar uma mulher.

A ponderação feita pelo próprio depoente foi de que a responsabilidade com a sua consciência e a relação entre os dois era o que importava.

Muitas vezes, presenciou-se, na prática, uma busca ao planejamento familiar por usuários, em que, ao final dos encontros, manifesta-se na necessidade de uma orientação à sua sexualidade. A maioria da população, ainda hoje, apesar de toda suposta liberação sexual, não está habituada à discussão de questões relacionadas a este assunto.

Grande parte dos casais não compartilha sua intimidade, pensa que o exercício da sexualidade se resume ao ato sexual. Participantes relataram o fator idade como causador para a diminuição do desejo sexual, mas, na verdade, desconhecem que o exercício da sexualidade implica em uma gama de manifestações do amor que o casal tem um pelo outro, independente de sua idade. O casal ao repartir seus anseios quanto à sexualidade está construindo sua intimidade enquanto casal.

Para os profissionais de saúde, assim como para os educadores, o objeto sexualidade é ainda deveras constrangedor, mesclando-se a tabus e preconceitos difíceis de serem desfeitos se não iniciarmos pelas mudanças dentro da célula primordial da sociedade, a família.

A **convivência familiar**, após a concretização de um dos métodos de contracepção definitivos, foi ligeiramente afetada no sentido positivo, pois trouxe maior tranquilidade a seus membros, visto que uma vez estabelecida a prole, a família pode vislumbrar um planejamento de vida para seus componentes, seja para os pais ou os filhos.

O compartilhamento de valores e decisões familiares estabelece relações afetivas e comprometimento mútuo. Ficou claro que a discussão que alguns participantes tiveram com seus filhos sobre a realização de um dos métodos definitivos trouxe um sentimento de cumplicidade que favorece a relação dos pais com os filhos.

Uma vez que uma família torna-se competente em partilhar suas decisões consegue ficar alheia às interferências de opiniões externas, pois este fato lhe confere segurança e independência.

Os casais que participaram deste estudo demonstraram estar em harmonia e conseguir estabelecer um equilíbrio entre seus componentes na convivência quotidiana, visto que um fato como o estabelecimento numérico da prole não determinou substancial interferência.

Na **avaliação do procedimento**, os participantes demonstraram sua satisfação quanto à opção realizada, em nenhum momento foi considerada a menção de arrependimento. O exposto foi justamente o contrário. Não foram poucas as manifestações da possível repetição do procedimento caso fosse necessário e a indicação sem receio para outras pessoas.

O caráter positivo da avaliação talvez tenha sido beneficiado pelo fato dos participantes terem em sua totalidade relações conjugais estáveis além de um provável bom relacionamento conjugal e familiar, bem como também estarem em uma faixa etária que propiciasse a correta decisão.

O bom relacionamento conjugal deve vir precedido de um diálogo igualitário o que provavelmente deu subsídios aos cônjuges de discutirem previamente sobre a decisão correta a ser tomada.

É na família que a socialização deve ter início. É no seu interior que devem ser transmitidos os valores sociais e a contribuição que cada tem indivíduo para com a sua comunidade. Para tanto, os filhos necessitam de um desenvolvimento humano normal isto determina que os pais possam transmitir-lhes amor, apego e educação. Uma família que é capaz de gerar filhos seguros de si e capazes de enfrentar as vicissitudes da vida cumpriu seu papel de educadora.

Alguns participantes demonstraram tal certeza quanto ao seu desejo em limitar sua prole que desconsideraram a possível perda de um filho ao arrependimento da efetivação do método.

Aos casais que acreditarem que seu papel reprodutivo esteja completo, deveria ser possibilitada a opção por um método de regulação da reprodução que melhor convier de acordo com sua vontade e características sócio econômicas, culturais e religiosas.

Partindo das discussões trazidas pelos resultados, pode-se tecer algumas considerações a respeito das repercussões quanto à decisão por um método de contracepção definitivo.

O ponto de partida para uma decisão consciente e responsável tem início na relação familiar, pois é nela que são passados os ensinamentos primordiais que formam pessoas humanas sensibilizadas com o comprometimento social.

Ao se atingir relações bem estruturadas, estar-se-á apto a desenvolver capacidades necessárias para enfrentar transformações que se apresentam no decorrer de uma vivência.

O estabelecimento de uma escolha que se suponha ter repercussões em algum aspecto da vida do indivíduo nem sempre poderá ser objetivada solitariamente, deverá ser compartilhada.

Quando a questão é o planejamento familiar, vislumbrado essencialmente do ponto de vista da regulação da reprodução, que é direito individual, geralmente necessita-se de aconselhamento.

Constatou-se que há um desconhecimento da população quanto às ações dos diversos métodos contraceptivos existentes. Atividades de aconselhamento ao planejamento familiar deveriam ser parte integrante das ações de saúde como um todo, visto que envolve toda estrutura familiar. As orientações realizadas com qualidade, competência, consciência e

responsabilidade possibilitam o estreitamento do vínculo do usuário com o profissional de saúde. É importante o vínculo para a troca de conhecimentos e retorno do usuário para a continuidade no acompanhamento ao uso ou troca de um método contraceptivo.

Poder-se-ia ampliar as ações educativas que permitiriam as mulheres o conhecimento de seu corpo, a descoberta da sexualidade e junto ao seu saber cultural e familiar estabelecer com seu cônjuge um planejamento de sua prole. Aos homens, ressaltar seu comprometimento com a paternidade responsável, possibilitando seu envolvimento e participação no planejamento familiar.

A formação acadêmica de profissionais da saúde deveria dar mais ênfase a questão da educação para a saúde reprodutiva. Esta foge das questões meramente bio-fisiológicas e se ampliam para o psicológico e social, influenciando nas relações familiares e sociais.

É necessário dispor-se a ouvir, a entender os meandros das relações envolvidas para estabelecer confiança e interação, sem as quais ficam impossibilitadas as práticas educativas.

Deixa-se por ora estas reflexões e espera-se que as mesmas possam servir de subsídios para futuras, mas não distantes, ações quanto ao atendimento a indivíduos e ou casais as questões relacionadas à saúde reprodutiva. Não se pretende tampouco que estudos referentes às questões que envolvam decisão por um método de contracepção definitivo com envolvimento da relação conjugal e familiar parem por aqui. É necessário estimular outros profissionais na discussão do tema para ampliar e aprofundar tema tão atual e, por tantas vezes, controverso e desmerecido.

REFERÊNCIAS

- ACKERMAN, N. W. **Diagnóstico y tratamiento de la relaciones familiares.** Buenos Aires: Hormê, 1974.
- ABECHE, A. M.; KAIHUA, C; PECIS, F. Planejamento Familiar. In: BUCHABQUI, J. A. **Promovendo a saúde da mulher.** Porto Alegre: Ed. da Universidade, 1995.
- ADES, A. Identificação de fatores associados ao arrependimento após a laqueadura tubária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 8, n. 1, p.30-36, 1997.
- AGUINAGA, H. Histórico do planejamento familiar no Brasil. In: ANDRADE, R. et al. **Contracepção-promoção da saúde sexual e reprodutiva.** Rio de Janeiro: Revinter, 2000. Cap. 1, p.1-11.
- ALTHOFF, C. R. **Convivendo em família: contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar.** Série teses em enfermagem Florianópolis: Editora da UFSC, 2001.
- ANDRADE, A. T. L.; LEAL J. W. B. Dispositivo intra-uterino. In: LEAL, J W. B. **Concepção e anticoncepção.** Rio de Janeiro: Revinter, 1999. Cap. 14, p.121-127.
- ANDRADE, R. P. et al. **Contracepção: promoção da saúde sexual e reprodutiva.** Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- ANDRADE, R. P.e MELLO, C. R. Métodos Hormonais. In: CANELLA, P.; VITIELLO, N. **Tratado de reprodução humana.** Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1996.
- ANGELO, M. Abrir-se para a família: superando desafios. **Revista Família Saúde Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p.7-14, jan./dez. 1999.
- ARIÉS, P. **A criança e a vida familiar no antigo regime.** Lisboa: Relógio D'água, 1988.
- BAGNOLI, V. R. et al. Aspectos reprodutivos e obstétricos em ginecologia preventiva. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 11, n. 4, p.215-221, 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BERQUÓ, E. O Brasil e as recomendações do plano de ação do Cairo. In: BILAC, E. D; ROCHA, M. I. B. **Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe**. São Paulo: Editora 34, 1998.

BOSSEMEYER, R. et al. Métodos cirúrgicos-contracepção cirúrgica feminina. In: CANELLA, P.; VITIELLO, N. **Tratado de reprodução humana**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1996. Cap.14, p.547-558.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Diário Oficial da União, p.21082-21085, 16/10/1996.

BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CALLAHAN, T. L.; CAUGHEY, A. B.; HEFFER, L. J. **Obstetrics and gynecology**. Baltimore: Capital City Press, 1998.

CANELLA, P; VITIELLO, N. **Tratado de reprodução humana**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1996.

CARVALHO, G. M. **Guia prático para evitar a gravidez**. São Paulo: E. P.U. , 1987.

CASTRO, M. P.P. Contracepção cirúrgica – vasectomia. In: CANELLA, P.; VITIELLO, N. **Tratado de reprodução humana**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1996. Cap.14, p.558-567.

_____. Vasectomia. In: ANDRADE et al. **Contracepção, promoção da saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

CECHIN, P.L. **Vivenciando o processo da contracepção com mulheres trabalhadoras**. Florianópolis, 1997. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

CENTA, M. L.; ELSSEN, I. Reflexões sobre a evolução histórica da família. **Revista Família Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p.15-20, jan. /dez. , 1999.

COSTA, N.; FERRAZ, E. A.; MORRIS, L. Uso da anticoncepção no Brasil segundo a pesquisa nacional sobre demografia e saúde. In: ANDRADE, R. P. et al. **Contracepção, promoção da saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. Cap.4, p.35-46.

COUTINHO, E. M.; SPÍNOLA, P.G. Anticoncepção hormonal: injetáveis e implantes. In: LEAL, J. W. B. **Concepção e anticoncepção**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. Cap.10, p.89-94.

CUNHA, D. C.; HALBE, H. W.; NETTO, J. S. Avaliação do ambulatório de planejamento familiar do departamento de obstetrícia e ginecologia da faculdade de medicina de Marília. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 10, n. 1, p.26-28, 1999.

DIAZ, M. et al. Processo de orientação em planejamento familiar. In: Andrade, R. P.; et al. **Contraceção, promoção de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. Cap.3, p.27-34.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

EISENSTEIN, E. Ficar... por dentro! In: SÁ, C.A.M.; PASSOS, M.R.L.P. e KALIL, R. **Sexualidade humana**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ELSEN, I. (org.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed da UFSC, 1994.

ETHUR, H. B. S.; et al. **Fatores que interferem na utilização efetiva de métodos anticoncepcionais pelas púérperas**. São Leopoldo: UNISINOS, 1994.

FAÚNDES, A.; et al. Planejamento familiar dentro do contexto de saúde sexual e reprodutiva. In: ANDRADE, R. P. et al. **Contraceção, promoção da saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. Cap.2, p.13-25.

FERREIRA, S. et al. Opiniões de mulheres e homens a respeito da utilização dos métodos contraceptivos. **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 6, n. 1, 1997.

FORMIGA FILHO, J. F. N. Programa de assistência à saúde da mulher (PAISM) e planejamento familiar. In: ANDRADE, R. P. et al. **Contraceção, promoção da saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. Cap.21, p.251-260.

GIDDENS, A.A. **A transformação da intimidade**. São Paulo: Ed.UNESP, 1993.

GIOVANINI, T. A questão do gênero e seus reflexos na saúde da mulher brasileira. In: SÁ, A. M.; PASSOS, M. R. L.; KALIL, R. S. **Sexualidade humana**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. Cap.3, p.23-26.

GOLDANI, A. M. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 91, p.7-22, nov., 1994.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: DaCasa, 2000.

GUIMARÃES, A. R. **Família e política**. Petrópolis: Vozes, 1995.

HATCHER, R. A. et al.. **Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção**. Baltimore, EUA: Population Reports, 2001.

HENTSCHEL, H. Anticoncepção em Situações Especiais. In: CANELLA, P.; VITIELLO, N. **Tratado de reprodução humana**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1996.

HINTZ, H.C. Dinâmica da interação do casal. **Pensando Famílias-DOMUS**. Porto Alegre: ano 1, número 1, p31-40, agosto 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Programa nacional de acompanhamento de domicílios**. Disponível em: <[http://www. ibge. gov.](http://www.ibge.gov)

br/ibge/estatística/população/pnad99/síntese/tabela. shtm. >. Acesso 15 de novembro de 2001.

KNOBEL, M. **Orientação familiar**. São Paulo: Papirus, 1992.

LEAL, J. W. B.; CÂMARA, P. D. Anticoncepção tubária. In: LEAL, J.W. B. **Concepção e anticoncepção**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

LOPES, G. P. et al. Sexualidade e anticoncepção. In: ANDRADE, R. P. et al. **Contracepção, promoção da saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

LIPOVETSKY, G. **A terceira mulher**. São Paulo: Cia das Letras, 1997.

MARCOLINO, C. **Trajectoria da mulher em direção à esterilização cirúrgica feminina: um estudo fenomenológico**. São Paulo, 1994. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da USP, 1994.

MARCON, S. S. et al. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos. In: ELSEN, I; MARCON, S. S; SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

MICHEL, A. **Sociologia da família e do casamento**. Porto: Rés-Editora, 1983.

MINAYO, M. C. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1997.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2000.

MIRANDA, M. Sexualidade feminina. In: SÁ, A. M.; PASSOS, M. R. L.; KALIL, R. S. **Sexualidade humana**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. Cap.4, p.27-31.

MONTGOMERY, M. **Mulher: o negro do mundo**. São Paulo: Ed.Gente, 1997.

MORETTI, A. **Planejamento familiar e tecnologia contraceptiva**. Passo Fundo: Editora UPF, 1992.

OSÓRIO, L. C. **Família hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PARSE, R. R.; COYNE, B.; SMITH, M. J. **Nursing Research Qualitative Methods**. Baltimore: Brady Communications, 1985.

PINHO NETO, João Sabino et al. Anticoncepção cirúrgica voluntária feminina. In: ANDRADE, R. P. et al. **Contracepção, promoção da saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

POLI, M. E. H. Planejamento familiar e a lei, comentários. In: ANDRADE, R. P. et al. **Contracepção, promoção da saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. Cap.23, p.271-280.

POLIT, D. F.; HUGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RIO GRANDE DO SUL – Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria número 144**. Porto Alegre: 1997.

ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, M. C. B. (org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 1995.

RUIZ, A. **Psicologia do casal e da família**. São Paulo: Paulinas, 1991.

SANTOS, L. C.; CARVALHO, M. A. Método da Lactação-Amenorréia. In: ANDRADE, R. P. et al. **Contracepção, promoção da saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

SATTLE, M.K.et al. O ciclo da vida do casal. **Pensando Famílias-DOMUS**. Porto Alegre: ano 1, número 1, p 41-47, agosto 1999.

SILVA, I. C. S. et al. Laqueadura tubária-controvérsias éticas, morais, físicas e psicológicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 45, n. 4, out./ dez, 1992.

TOMAZ, G.; LEAL, J. W. B. Métodos naturais de anticoncepção. In: LEAL, J. W. B. **Concepção e anticoncepção**. Rio de Janeiro, 1999. Cap.12, p.105-109.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURKENICZ, A. **A aventura do casal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

YAZLLE, M. E. H. D. et al. Anticoncepção Hormonal Oral. In: ANDRADE, R. P. et al. **Contracepção, promoção da saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ZIEGEL, E. E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra, 1999.

Anexos

Apêndices

Apêndice A

Ilma. Sra. Secretária Municipal de Saúde de Campo Bom

Prezada Senhora

Ao cumprimentá-la, cordialmente, vimos através deste solicitar a sua permissão para realizarmos entrevistas com clientes do Programa de Aconselhamento ao Planejamento Familiar (PAPFA) desta Secretaria. Elas têm como objetivo selecionar casais que se disponham a participar de uma Pesquisa Acadêmica que faz parte do Curso de Mestrado em Enfermagem que estou realizando junto à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O objetivo desta pesquisa é CONHECER A PERCEPÇÃO DE CASAIS SOBRE AS REPERCUSSÕES DA EFETIVAÇÃO DOS MÉTODOS DE CONTRACEPÇÃO DEFINITIVOS.

Através de seus achados esta pesquisa pretende contribuir para o enriquecimento no atendimento à educação para saúde no que se refere à escolha e utilização dos Métodos Contraceptivos aos clientes e suas famílias que procuram o PAPFA.

Todos os casais serão informados quanto ao objetivo do estudo, terão seu anonimato preservado e assinarão um consentimento informado, podendo desistir da participação no momento que desejarem.

Certos de seu interesse em ações que possam qualificar a assistência à saúde da comunidade, desde já agradecemos e despedimo-nos, aguardando resposta.

Atenciosamente,

Dra. Beatriz R. Lara dos Santos
Orientadora

Enfa. Heloisa M. R. Bello
Mestranda

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Prezado Cliente do PAPFA

Para realizar o estudo que ora me proponho a respeito da PERCEPÇÃO DE CASAS SOBRE AS REPERCUSSÕES DA EFETIVAÇÃO DOS MÉTODOS DEFINITIVOS DE CONTRACEPÇÃO, necessito de sua colaboração.

Este estudo é parte integrante dos requisitos do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e os dados coletados comporão o mesmo.

Solicito sua colaboração em conceder-me uma entrevista com aproximadamente 30 minutos de duração em uma visita domiciliar, a qual se realizará conforme sua disponibilidade. Durante a realização da atividade pretendo utilizar um gravador, caso for de sua concordância, a fim de obter informações mais corretas e fidedignas de seu depoimento.

Estará assegurado, no entanto, a possibilidade de interromper sua colaboração a qualquer momento, se este for seu desejo.

Ficarei a seu dispor para esclarecer dúvidas quanto ao desenrolar do trabalho e assuntos a ele relacionados pelo telefone (51) 597 25 76 com Enfermeira Heloisa.

Este estudo, bem como o consentimento informado é de pleno conhecimento da Secretaria de Saúde de Campo Bom, onde o Programa encontra-se inserido.

Para tanto, solicito por escrito seu consentimento e saliento que será preservado o anonimato do relatório.

Agradeço sua colaboração.

Cônjuge 1 – Nome e Assinatura

Cônjuge 2 – Nome e Assinatura

Nome e assinatura da pesquisadora

Nome e Assinatura da Professora Orientadora.

Local e Data: _____

**ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA COLETA DOS DADOS COM OS
PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Data:

Início:

Término:

Idade homem:

Idade Mulher:

Estado civil homem:

Estado civil mulher:

Renda Familiar:

Ocupação homem:

Ocupação mulher:

Grau de Instrução homem:

Grau de Instrução mulher:

Religião homem:

Religião mulher:

Número de filhos do casal:

Filhos de outro relacionamento:

Método Anticoncepcional Anterior ao procedimento definitivo:

Método Definitivo Efetivado: Data:

1. O que levou vocês a optarem pelo Método Definitivo?
2. Hoje, o que pensam sobre estes motivos?
3. A realização do Método Definitivo interferiu no seu estado de saúde atual?
4. A realização do Método Definitivo interferiu no estado de saúde do seu companheiro (a)?
5. Ter feito o Método Definitivo trouxe algum efeito ao relacionamento do casal?
6. A opção e concretização do Método Definitivo têm trazido influências na vida familiar? Quais?