

Perfil das mulheres que buscam a laqueadura tubária no interior do estado de São Paulo

Profile of women seeking tubal ligation in the interior of São Paulo state

DOI:10.34117/bjdv7n8-416

Recebimento dos originais: 07/07/2021

Aceitação para publicação: 02/08/2021

Carolina Guizardi Polido

Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva, Coordenadora e Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos
carolina.polido@estacio.br

Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Enfermeira, Livre Docente pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Paulista – UNESP, Faculdade de Medicina de Botucatu -FMB

Florence Beryl Pilkington

Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da York University – Toronto, Ontario, Canadá

Marcelo Hiroshi Tutia

Estatístico, Doutor em Agronomia - Energia na Agricultura pela Universidade Estadual Paulista – UNESP, Docente da Faculdade de Tecnologia de Ourinhos – FATEC Ourinhos.

1 INTRODUÇÃO

O PAISM, considerado um marco para a saúde da mulher, redimensionou toda a rede do cuidado relativo a ela, superando a atenção restrita ao ciclo gravídico-puerperal e introduzindo o conceito de saúde reprodutiva às ações em saúde da mulher (Osis, 1998). O conceito de saúde reprodutiva foi definido pelo Fundo das Nações Unidas para Assuntos de População (UNFPA) na Conferência de População do Cairo em 1994 como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todos os assuntos concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos” (UNFPA, 1995), e implica que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, “tendo autonomia para reproduzir e liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo”. Ainda, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é o PF que auxilia os casais a decidir quando começar a ter filhos, qual o intervalo entre eles e quando parar, sendo

responsável ainda por auxiliar na detecção de riscos envolvidos com a gestação (OMS, 1998).

Os direitos reprodutivos estão previstos na legislação nacional e normativas do Ministério da Saúde (MS). A oferta da contracepção na atenção primária se insere no PF, como preconiza o PAISM, e uma das situações previstas é a esterilização feminina cirúrgica definitiva – LT, que é regulamentada no Brasil pela Lei 9.263 (Brasil, 1996) e pela Portaria 144 do Ministério da Saúde (Brasil, 1997), com o intuito de garantir os direitos reprodutivos de casais ou indivíduos, homens e mulheres, de acordo com o artigo 226 da Constituição Federal (Brasil, 1988).

No Brasil, a decisão pela LT ocorre, na maioria das vezes, pela falta de escolha das mulheres, imposta pelas circunstâncias vividas e pela indisposição do parceiro de colaborar na anticoncepção (Marcolino e Galastro, 2001; Carvalho, 2003; Moura e Vieira, 2010), devido aos repetitivos insucessos e no sentimento de incapacidade de se controlar este aspecto da vida (Osis et al., 1998; Moura e Vieira, 2010), levando as mulheres a optarem por este método como necessário para que se tenha controle de sua história reprodutiva.

Existe uma situação de possível reversão da tendência de crescimento deste método no Brasil, porém um alto índice de esterilização permanece para mulheres com menor renda e escolaridade, podendo indicar acesso mais difícil aos métodos contraceptivos reversíveis ou falta de informação qualificada sobre eles, com taxas influenciadas ainda pelo número de filhos vivos. Há que se considerar, no entanto, que a taxa de fecundidade é mais elevada entre as mulheres de classes sociais menos favorecidas, havendo entre estas uma média de 3,9 filhos, em contraste com a média de 1,2 filhos entre as mulheres de classes sociais mais favorecidas (Carvalho e Schor, 2012; Cirolini, 2010; IBGE, 2010b).

Existe ainda um descompasso entre o desejo de não ter filhos e do uso regular de métodos contraceptivos, e a análise dos índices de LT deve incluir ainda a própria desaprovação das mulheres em relação aos métodos contraceptivos reversíveis oferecidos, eficácia, inocuidade e até mesmo aceitação cultural, sendo evidente a maior participação delas no PF (Heilborn et al., 2009; Nicolau et al., 2010; Ribeiro et al., 2008). A dificuldade de acesso ao PF de qualidade, e conseqüente falta de informação adequada sobre os métodos contraceptivos, juntamente com a não individualização do cuidado corroboram com a decisão pela LT em detrimento de outros métodos (Vieira e Souza, 2011; Carvalho e Schor, 2012; Nicolau et al., 2010).

A literatura evidencia que o cenário brasileiro é marcado pela busca da LT por mulheres de menor escolaridade e renda, que não recebem adequado aconselhamento em PF, e muitas vezes decidem pela LT pelas situações de vida a que estão submetidas, tendo, portanto, grande chance de recorrer à reversão do procedimento em outro momento da vida. O problema da longa espera para o procedimento foi apontado na literatura, ao encontro do que foi identificado no campo deste estudo, gerando a motivação para a pesquisa.

Este estudo buscou responder às seguintes questões: quem são as mulheres que procuram a LT no interior do estado de SP, porque optam pela LT e quais as suas características sociodemográficas?

2 OBJETIVOS

Caracterizar as mulheres da lista de espera para realizar a laqueadura tubária em duas microrregiões de saúde do interior do Estado de São Paulo e os motivos pelos quais optam pela LT.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório multimétodo, que aborda tanto questões qualitativas como quantitativas. Buscou-se compreender as diversas variáveis envolvidas no processo de decisão e opção pela LT em duas microrregiões de saúde do interior do Estado de São Paulo. A população deste estudo foi composta por mulheres em fila de espera para a realização de LT no interior do Estado de São Paulo. Sabendo que este não é um evento atemporal e as mulheres podem tanto se inserir na mesma como deixá-la a qualquer momento, para fins deste estudo, foi considerada como população de mulheres somente as que estavam com seu nome na lista fornecida pelos coordenadores/responsáveis locais pelo PF na data em que as listas foram levantadas junto aos serviços municipais/regionais, com mais de 18 anos e em gozo de plena capacidade mental, visto que a LT pode ser realizada sob intervenção judicial para as mulheres que não exercem plenamente suas capacidades mentais.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados do Censo Demográfico das duas microrregiões (IBGE, 2010a) apontam que 25% da população nas cidades deste estudo são mulheres em idade fértil, e,

consequentemente, as possíveis candidatas à participação nos programas de PF e os tipos de procedimentos realizados pelo SUS baseados no município de residência da usuária relacionados diretamente ao foco dos programas de PF.

Levantados nos serviços de PF municipais, os dados sobre as mulheres em fila de espera para a LT mostram 164 mulheres. No entanto, a ausência do número de mulheres em fila de espera na maior cidade da região afeta negativamente esta amostra. Isto se deve ao motivo de modificação no sistema de gestão da maternidade no município, gerando perda significativa de dados e também dos dados relativos à fila de espera para a LT. Houve ainda perda de dados referente a um município da região, pois não foi possível se obter contato com o gestor municipal de saúde na cidade para agendar a visita e as entrevistas após 8 tentativas de contato em diferentes dias e horários.

Das 164 mulheres levantadas nos serviços e que estavam em fila de espera para a LT, com 52 não foi possível contato pelo retorno de número inexistente da operadora de telefonia ou porque o número não se referia ao da mulher em lista de espera para a LT; com 49 a ligação ia diretamente para caixa postal em 5 tentativas de dias e horários diferenciados; com 16 não houve resposta às tentativas de contato em 5 tentativas de dias e horários diferenciados; com 47 mulheres se obteve sucesso no contato, porém somente com 44 houve concordância na participação da pesquisa. 1 destas mulheres constava na lista de espera para a LT, mas havia feito o procedimento há 2 anos. Das que não concordaram em participar do estudo, 2 o fizeram por terem pagado pela LT na rede privada (particular) e não gostariam de contribuir com a pesquisa e 1, por ter desistido da LT, não estava confortável em contribuir com o estudo.

É importante ressaltar a dificuldade encontrada neste estudo em se contatar as mulheres levantadas em fila de espera para a LT nas unidades. Telefones que não correspondem aos informados e nem aos registros encontrados em prontuários foram grandes empecilhos para o desenho do perfil das mulheres que buscam a LT na região. Além disso, sabendo-se que a principal forma de contato com as mulheres que aguardam a LT é por via telefônica, e que nas duas maiores unidades hospitalares da região as cirurgias são realizadas de acordo com a disponibilidade de leitos, é possível inferir que o problema na regulação da oferta do procedimento está com um entrave na comunicação entre a unidade de referência e a usuária do sistema. Deste modo, além de permanecer um tempo considerável na espera, quando for chamada pelo serviço, uma boa parte poderá não ser avisada, em função da dificuldade acima relatada.

A respeito das mulheres entrevistadas, 56% se autodeclararam brancas, 25% se

declaram morenas, 14% pardas e 5% negras. Faz-se necessário salientar que as entrevistas realizadas por telefone e abertura da pergunta para a autodeclaração da cor pela mulher não permitiu a correta identificação da cor “morena” como parda ou branca. Em relação à religião 52% se declararam católicas, 36% evangélicas, 5% cristãs, 5% agnósticas e 2% espíritas. Em relação ao hábito de fumar 30% são fumantes e consomem, em média, 16 cigarros por dia. Em relação ao estado de saúde 32% relataram comorbidades e a mais frequente foi Hipertensão Arterial (18%).

Em relação ao estado civil: no momento da entrevista, 70% declararam-se unidas e 30% se declaram solteiras. Eeckhaut (2015) aponta as mesmas características em relação ao estado civil em sua pesquisa realizada nos Estados Unidos: a LT é mais procurada por mulheres unidas, principalmente com uniões longas.

Na região desta pesquisa, em relação ao número de uniões que tem ou já tiveram, situação semelhante foi entrada, e 1 mulher nunca teve nenhuma união estável. Entre as que se declararam solteiras, 6 tiveram 1 união anterior e 6 tiveram 2 uniões anteriores; entre as que se declararam unidas, 23 estão unidas há, no mínimo, 9 anos; 8 estão na segunda união, com tempo mínimo de união de 2 anos e 1 está na terceira união, que já dura 14 anos.

Em relação a estudo, renda¹, número de gestações, número de pessoas que habitam a casa e tempo de espera relatado pela mulher à espera de LT, a seguinte situação se configura quando se separa as mulheres em dois subgrupos: beneficiárias e não beneficiárias de Programas Sociais de Distribuição de Renda²:

Tabela 1: Variáveis associadas às mulheres entrevistadas. Botucatu, 2016.

		Faixa Etária				
		25-29	30-34	35-39	40-44	45 e mais
Inserida em Programa Social de Distribuição de Renda	Anos de Estudo Completos					
	Até 4	0	0	1	0	1
	5 a 7	1	1	2	1	0
	8 a 10	2	1	2	0	0
	11	2	0	0	1	0
	Mais de 11	0	0	0	0	0
	Renda Individual					
	Até 1 SM	3	2	3	1	0
	1 a 1,5 SM	2	0	1	1	0
	1,5 a 2 SM	0	0	1	0	1

¹Em relação à renda, considerou-se como referencial o Salário Mínimo (SM) brasileiro, que em 01/01/2016 atingia o valor de R\$880,00 (Brasil, 2016).

²Considera-se Programas Sociais de Distribuição de Renda neste cenário o Bolsa Família e a Renda Cidadã.

Mais de 2 SM	0	0	0	0	0
Renda Familiar					
Até 1 SM	0	1	0	1	1
1 a 2 SM	4	1	4	1	0
Mais de 3 SM	1	0	1	0	0
Número de Gestações					
1	0	0	0	1	0
2	1	1	0	0	0
3	3	0	1	0	1
4 e mais	1	1	4	1	0
Habitantes na mesma residência					
2	0	0	0	0	0
3	1	0	0	1	0
4	1	1	1	0	1
5 e mais	3	1	4	1	0
Tempo Relatado Espera Fila LT					
Menos de 1 ano	0	0	1	0	0
De 1 a 1,5 ano	3	1	0	0	0
1,5 a 2 anos	1	1	2	2	1
Mais de 2 anos	1	0	2	0	0

Não Inserida em Programa Social de Distribuição de Renda

Anos de Estudo Completos					
Até 4	1	0	0	2	0
5 a 7	0	0	1	1	0
8 a 10	1	5	2	0	0
11	3	4	4	0	2
Mais de 11	0	1	0	0	1
Renda Individual					
Até 1 SM	2	6	5	2	1
1 a 1,5 SM	3	4	1	1	1
1,5 a 2 SM	0	0	1	0	0
Mais de 2 SM	0	1	0	0	1
Renda Familiar					
Até 1 SM	1	1	1	2	1
1 a 2 SM	1	4	2	0	0
Mais de 3 SM	3	6	4	1	2
Número de Gestações					
1	0	0	1	0	0
2	1	3	3	0	2
3	4	3	0	2	0
4 e mais	0	5	3	1	1
Habitantes na mesma residência					
2	0	2	1	0	1
3	0	0	1	0	1
4	0	2	1	1	0
5 e mais	5	7	4	2	1
Tempo Relatado Espera Fila LT					

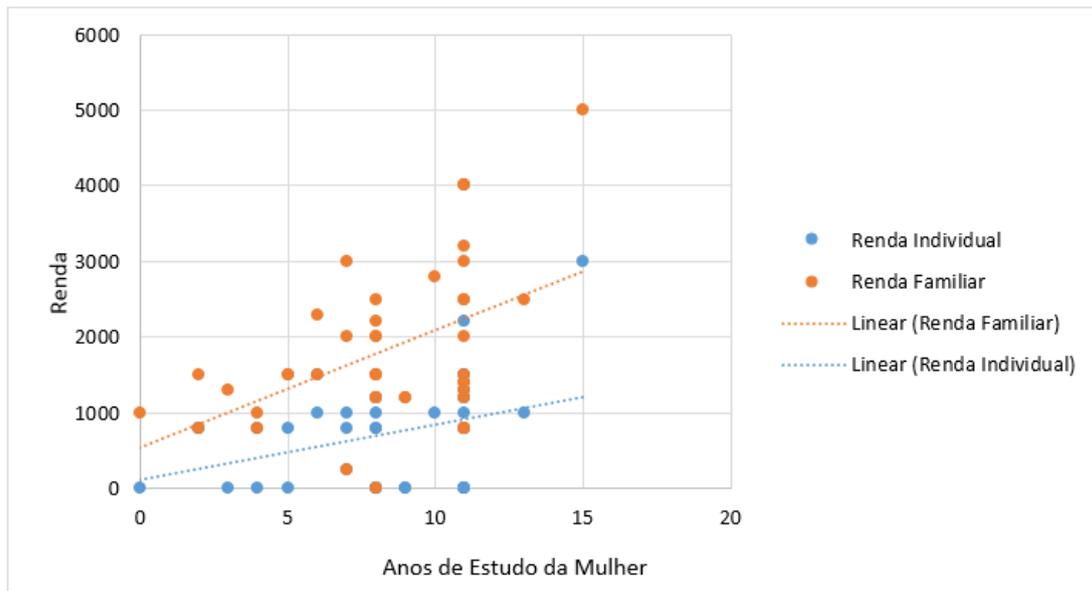
Menos de 1 ano	1	3	1	0	1
De 1 a 1,5 ano	0	3	2	0	0
1,5 a 2 anos	2	0	2	0	0
Mais de 2 anos	2	5	2	3	2

Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Salienta-se que, devido à configuração do estudo, não é possível se estabelecer uma relação de causa-consequência entre ser beneficiária de programa de distribuição de renda com os outros fatores mencionados na tabela.

Ao se relacionar a renda individual e familiar com os anos de estudo da mulher, temos a seguinte distribuição:

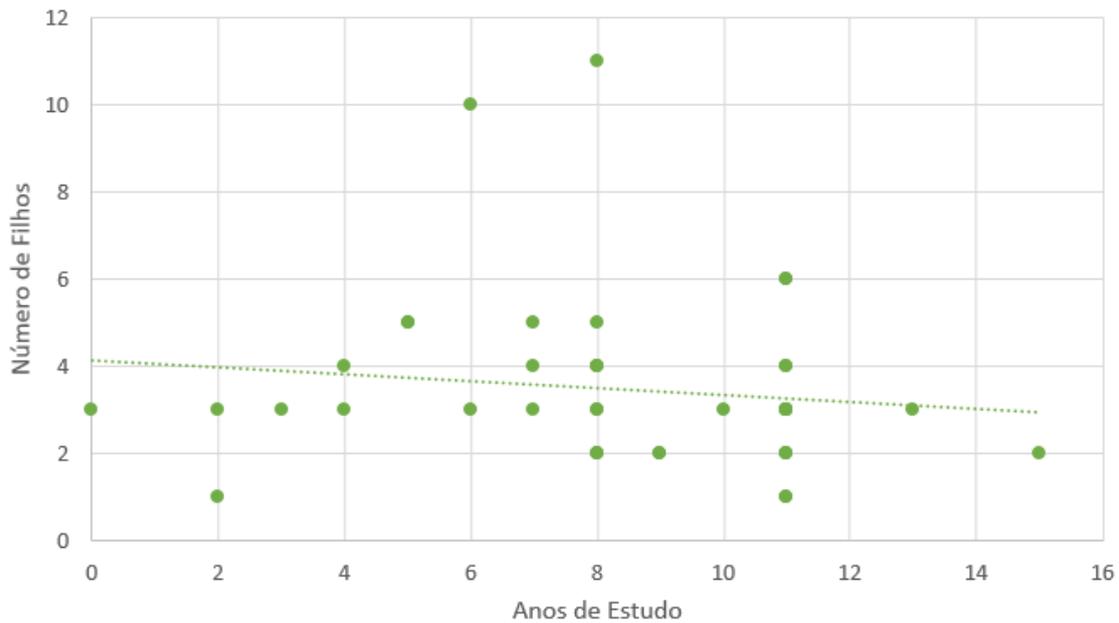
Figura 1 - Distribuição da renda individual e familiar em função dos anos completos de escolaridade das mulheres optantes pela laqueadura tubária nas microrregiões de saúde Bauru e Botucatu. Botucatu, 2016.



Esta figura permite a inferência já detectada no Brasil (IBGE, 2010a; IBGE, 2010b) de que os anos de estudo tem ampla influência tanto na renda individual como familiar.

Ainda, ao se relacionar número de filhos com anos de estudo, percebe-se que os anos de estudo têm influência direta sobre a redução do número de filhos, como já demonstrado em estudos anteriores de base populacional (IBGE, 2010a; IBGE, 2010b), e se observa também na figura a seguir (Figura 2):

Figura 2 - Distribuição do número de filhos e familiar em função dos anos completos de escolaridade das mulheres optantes pela laqueadura tubária nas microrregiões de saúde Bauru e Botucatu. Botucatu, 2016.



Entre as mulheres entrevistadas, há um predomínio de partos normais em relação às cesarianas, porém algumas mulheres tiveram os dois tipos de parto. A somatória dos partos nos mostra 99 partos normais contra 41 cesarianas, e 20% das mulheres tiveram os dois tipos de partos (em gestações diferentes); 16% (7 mulheres) declararam ter sofrido aborto ao menos uma vez e, destas, 43% (3 mulheres) tiveram dois abortos.

Sobre anticoncepção, 100% das mulheres afirmaram conhecer pelo menos 1 método contraceptivo, porém, 27% nunca fez uso regular de métodos de barreira ou hormonais, 57% já usou métodos hormonais orais femininos, 9% relatou uso de métodos de barreira masculinos, 7% relatou uso de método hormonal injetável feminino, 5% relatou o uso (em momentos diferentes) de métodos de barreira masculino e hormonal oral feminino e 5% relataram uso de dispositivo intrauterino. O uso irregular de anticoncepção oral feminina foi ainda descrito como motivo para a busca pela laqueadura tubária por 50% das mulheres que aguardam o procedimento.

Nos Estados Unidos, onde a LT prevalece como o segundo método contraceptivo mais utilizado, e este fato se atribui à busca pelas mulheres de métodos contraceptivos mais eficazes e com manutenção mais baixa, sendo a aderência ao método influenciada pela origem negra ou latina, padrão de escolaridade, idade, tempo de união com o companheiro e constituição familiar (Westhoff e Davis, 2000; Chan e Westhoff, 2010; Shih, Turok e Parker, 2011; Mosher e Jones, 2010; White e Potter, 2012; Whiteman et al., 2012; Anderson et al., 2012; Anderson et al., 2010; Siddiqui e Westhoff, 2012;

Eeckhaut, 2015; Garcia et al., 2015). Mais de dez milhões de mulheres americanas buscam LT como método contraceptivo, sendo pouco menos da metade destas LT realizadas no imediatamente pós-parto, evidenciando um aumento na demanda reprimida, caracterizada pela dificuldade do sistema de saúde de absorver esta demanda devido à desistência da mulher, tipo de parto, superlotação das unidades de cuidado que inviabilizam a sua realização, ausência de cobertura do procedimento pelo plano de saúde e burocracia relacionada ao procedimento (Siddiqui e Westhoof, 2012; Potter et al., 2012), que ainda pode ter como influência o número de gestações não planejadas (Borrero et al., 2010; Krashin et al., 2014). Estudo sobre o consentimento informado para LT estruturado de forma mais simples e de forma completa numa sala de espera de uma clínica no sudeste dos EUA, nos traz que o termo de consentimento para a LT, principalmente a questão de sua irreversibilidade, foi melhor entendido no modelo mais simples, que tinha linguagem mais informal, o que nos faz pensar sobre a forma como as mulheres recebem as informações acerca da LT e que podem vir a causar arrependimento após a sua realização (Zite e Wallace, 2011), que ainda pode ser influenciada pela gestações não planejadas, estado civil à realização da LT e concordância do casal sobre o procedimento (Eeckhaut, 2015; Grady et al., 2013; Jamieson et al., 2002).

Tem-se descrito na Índia rural uma situação de aumento na procura pela LT e queda na idade, principalmente entre mulheres jovens (abaixo dos 30 anos), com três ou mais filhos e histórico de um ou mais abortos induzidos, e, apesar de 65% destas mulheres já conhecerem métodos contraceptivos temporários, 53,2% nunca usou por medo de complicações, 75% demonstrou pouco conhecimento acerca da LT, e apenas 2,8% pensou em complicações futuras, fazendo-nos repensar a forma como a contracepção temporária e a definitiva são percebidas pelas mulheres (Arora, Choudhary e Raghunandan, 2010). No Reino Unido, as mulheres submetidas à LT em 2006 tinham cerca de 27 anos, histórico de hipertensão, doenças cardiovasculares e/ou uso de contraceptivos orais, eram múltiparas, fumantes e de classes sociais baixas (Iversen, Hannaford e Elliott, 2007). Por outro lado, em países como a Nigéria, a contracepção através das LT não é um procedimento popularmente aceito pelas mulheres, sendo esta realizada juntamente com algum outro procedimento cirúrgico (como a cesariana de repetição), e que, portanto, tem baixa procura (Adesiyun, 2007; Swende e Hwande, 2010). Na França, Boufettal, Mahdaoui e Samouh (2014), dizem que a chance de se arrepender da LT é associada à falta de informação sobre outros métodos, a idade, o desejo de ter mais filhos, o período de reflexão envolvido na decisão pela LT e o fator religioso. Na Alemanha, Erlenwein et

al. (2015) descrevem que o conhecimento sobre a LT é maior entre mulheres de origem germânica do que não-germânicas, e a aceitação do procedimento é maior entre as mulheres que já constituíram a família da forma como desejavam, são mais velhas e com relacionamento longo ou divorciadas, sendo o nível educacional inversamente proporcional à aceitação da LT como método contraceptivo, que é ainda influenciada pela religião e religiosidade, chegando os autores à conclusão de que a LT é mais aceita do que utilizada entre as mulheres alemãs. Gaym (2012) nos diz que a LT não é um procedimento comumente aceito no Continente Africano, e isso pode estar relacionado a fatores como as falhas do sistema de saúde, concepções errôneas sobre o procedimento e mesmo falta de informações sobre ele, e as barreiras ainda podem estar relacionadas à falta de conhecimento e motivação para com o método por profissionais de saúde. Huijgens, Lardenoije e Mertens (2014) relatam que na Holanda o número de LT realizadas vem caindo a cada ano, sendo mais comuns em pacientes com média de 36 anos, e a taxa de busca pela fertilização é pequena, sendo bastante procurada por mulheres que recorrem mais jovens à LT. Kahraman et al. (2012), em estudo sobre a preferência contraceptiva de mulheres em um hospital universitário na Turquia, relatam uma taxa de aceitação da LT por 11% das mulheres entrevistadas, que ainda se associa com idade mais avançada, e de acordo com nível de estudo, prevalecendo a escolha por métodos hormonais orais. No Canadá, Fransoo et al. (2013) trazem que a LT ocorre com maior frequência em grupos com menor renda e escolaridade, e conforme essas características aumentam, aumenta a vasectomia. Martyn e Prather (2012), nos dizem que essa é uma das cirurgias que mais ocorrem em mulheres canadenses, e que muitos casos são levados à justiça, pois as mulheres se sentem lesadas por não terem sido corretamente informadas e que, portanto, os profissionais de saúde devem estar aptos a informar corretamente as mulheres, preferencialmente por escrito, e que o menor risco de dúvida sobre o procedimento já o contraindica.

Utilizando-se a análise de correlação de Spearman para distribuição bicaudal dos dados sobre as mulheres desta amostra, as seguintes correlações se mostraram relevantes:

- Em relação aos anos de estudo:
 - Com renda familiar: a maior escolaridade é correlacionada à ocorrência de maior renda familiar (ρ 0,356; $p=0,05$), portanto há uma influência direta e positiva na escolaridade sobre a renda;
 - com número de gestações: a maior escolaridade está correlacionada

a menor número de gestações (ρ -0,301; $p=0,05$), o que indica, possivelmente, maior controle sobre a própria fertilidade;

- Em relação à renda individual:

- Com renda familiar: a maior renda individual está correlacionada a maior renda familiar (ρ 0,515; $p=0,01$), indicando que a renda individual influencia diretamente a renda familiar;

- Em relação à renda familiar:

- com números de partos normais: o maior valor de renda familiar é correlacionado a menor valor de partos normais (ρ -0,309; $p=0,05$) e maior valor de partos por cesarianas (ρ -0,434; $p=0,05$), podendo indicar a busca por partos via cesarianas conforme aumenta a renda;

- Em relação ao tempo de união atual:

- com o número de filhos: o maior tempo de união atual está correlacionado a maior número de filhos na união (ρ 0,631; $p=0,01$) e a menor número de filhos de união anterior (ρ -0,702; $p=0,01$), possibilitando a inferência de que o tempo de união interfere na quantidade de filhos;

- com o número de gestações não planejadas: o maior tempo de união atual está correlacionado a menor ocorrência de gestação não planejada (ρ -0,329; $p=0,05$), indicando maior planejamento sobre quantos filhos, o que se confirma com o dado abaixo sobre uso de contraceptivos;

- com tempo de uso de contraceptivos: o maior tempo de união atual está correlacionado a maior tempo de uso de métodos contraceptivos (ρ -0,423; $p=0,01$), confirmando que há melhor planejamento das gestações de acordo com o tempo de união;

- Em relação ao número de uniões anteriores:

- com o número de filhos: quanto maior número de uniões anteriores, menor o número de filhos na união atual (ρ -0,740; $p=0,01$) e maior o número de filhos tidos em uniões anteriores (ρ 0,764; $p=0,01$), indicando

que mulheres com maior número de uniões apresentam maior tendência a ter filhos gerados em seus relacionamentos;

- Em relação ao número de gestações:
 - com o número de partos normais: o maior número de gestações está correlacionado à maior ocorrência de partos normais (ρ 0,728; $p=0,01$), e, ao se interpretar este dado utilizando-se a relação apresentada entre anos de estudo e número total de gestações, percebe-se que menor escolaridade e conseqüente menor renda influenciam diretamente o controle da própria fertilidade;
 - com a ocorrência de gestações planejadas: o maior número de gestações está correlacionado a maior número de gestações planejadas (ρ 0,650; $p=0,01$), indicando maior vontade das mulheres de ter filhos, possivelmente relacionado também ao número de uniões;

- Em relação ao planejamento das gestações:
 - com o tempo de uso de contraceptivos: maior ocorrência de gestações planejadas estão correlacionadas a maior tempo de uso de contraceptivos (ρ 0,396; $p=0,01$) e gestações não planejadas correlacionadas a menor tempo de uso de contraceptivos (ρ 0,564; $p=0,01$), fortalecendo a indicação de que o uso de contraceptivos auxilia o controle sobre a própria fertilidade.

4 CONCLUSÃO

O perfil das usuárias entrevistadas reúne mulheres na faixa dos 27 anos, brancas, casadas, com 11 anos de estudo completos, que não exercem atividade remunerada, cuja renda familiar gira em torno de dois salários mínimos e que tiveram, em sua maioria, 3 gestações. Este perfil se destaca em relação à escolaridade das mulheres em relação a outros. Ressalte-se neste ponto a ausência dos dados relativos à maior cidade da região, o que se mostra um viés de extrema importância e que poderia modificar completamente os resultados aqui encontrados.

Acredita-se que a opção pela LT recaia, assim como outros estudos, na falta de informação qualificada sobre outros métodos contraceptivos e no fator cultural, que impõe à mulher a contracepção. O aperfeiçoamento dos profissionais envolvidos para

melhor aconselhamento de mulheres sobre os métodos contraceptivos disponíveis, com adequada oferta dos mesmos e das alternativas à LT e o desenvolvimento de materiais educativos que tenham por finalidade facilitar a apreensão, pelas mulheres, de todas as variáveis envolvidas em cada um dos métodos contraceptivos, facilitando sua escolha e adaptação a métodos temporários, são questões que ainda permeiam a opção pela escolha da LT entre as mulheres.

AGRADECIMENTOS

À CAPES pela Bolsa de Doutorado CAPS-DS e pela Bolsa Sanduíche no Exterior (Processo 99999.007336/2014-04) e a todos os envolvidos nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, J.E. et al. Contraceptive sterilization among married adults: national data on who chooses vasectomy and tubal sterilization. **Contraception**, v.85, n.6, p.552-557, Jun 2012.

ANDERSON, J.E. et al. Contraceptive sterilization use among married men in the United States: results from the male sample of the National Survey of Family Growth. **Contraception**, v.82, n.3, p.230-235, Sep 2010.

ARORA, M.; CHOUDHARY, S.; RAGHUNANDAN, C. Young women opting for tubal sterilization in rural India: reasons and implications. **J Obstet Gynaecol**, v.30, n.2, p.175-178, Fev 2010.

BORRERO, S. et al. Unintended pregnancy influences racial disparity in tubal sterilization rates. **J Gen Intern Med**, v.25, n.2, p.122-128, Feb 2010.

BOUFETTAL, H.; MAHDAOUI, S.; SAMOUH, N. Determinants of regret after tubal ligation. **Pan Afr Med J**, v.17, n.244, Apr 2014. Disponível em: <<http://europepmc.org/articles/PMC4189862>>. Acesso em 06 Jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n.º 144, 20 de novembro de 1997. Dispõe sobre normas gerais para o planejamento familiar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 227, 20 nov. 1997.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 Jan 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm>. Acesso em: 15 jan. 2013.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_15.12.1998/index.shtm>. Acesso em: 6 jan. 2013.

CARVALHO, M.L.O.; SCHOR, N. - Esterilização feminina: em busca do controle da própria fertilidade. **Ciênc Cuid Saúde**, v.11, supl, p.95-101, Jan/Mar 2012.

CARVALHO, N.T. **Motivos que levam à escolha da esterilização entre mulheres usuárias do SUS - Feira de Santana - BA**. 2003. 188p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CHAN, L.M.; WESTHOFF, C.L. Tubal sterilization trends in the United States. **Fertil Steril**, v.94, n.1, p.1-6, Jun 2010.

CIROLINI, E. **Perfil das pacientes que realizaram ligadura tubária e técnicas empregadas em um hospital público de Porto Alegre**. Porto Alegre: [s.n], 2010. 39p.
EECKHAUT, M.C.W. Marital status and female and male contraceptive sterilization in the United States. **Fertil Steril**, v.103, n.6, p.1509-1515, Jun 2015.

ERLENWEIN, J.; et al. Attitude toward, acceptance of and knowledge about female sterilization as a method of contraception. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v185, s/n, p.83-87, Feb 2015.

FRANSOO, R. et al. Social gradients in surgical sterilization rates: opposing patterns for males and females. **J Obstet Gynaecol Can**, v.35, n.5, p.454-460, May 2013.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ASSUNTOS DE POPULAÇÃO. Conselho Nacional de População e Desenvolvimento. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: plataforma de Cairo, 1994**. Brasília: UNFPA, 1995.

GARCIA, G. et al. Trends and Disparities in Postpartum Sterilization after Cesarean Section, 2000 through 2008. **Womens Health Issues**, v25, n.6, p.634-640, Nov/Dec 2015.

GAYM, A. Current and future role of voluntary surgical contraception in increasing access to and utilization of family planning services in Africa. **Ethiop Med J**, v.50, n.4, p.363-70, Oct 2012.

GRADY, C.D. et al. Does a history of unintended pregnancy lessen the likelihood of desire for sterilization reversal? **J Womens Health (Larchmt)**, v.22, n.6, p.501-506, Apr 2013.

HEILBORN, M.L. et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.25, s.2, p.s269-278, 2009.

HUIJGENS, A.N.; LARDENOIJE, C.M.; MERTENS, H.J. Female sterilization and refertilization. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v.175, s/n, p.175-182, Feb 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo 2010a**. Disponível em:<www.ibge.gov.br>. Acesso em: 3 jan. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. 2010b. Extraído de [<http://wwwdatasus.gov.br>]. Acesso em 06 Jan 2013.

IVERSEN, L.; HANNAFORD, P.C.; ELLIOTT, A.M. Tubal sterilization, all-cause death and cancer among woman in the United Kingdom: evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception study. **Am J Obstet Gynecol**, v.196, n.5, p.e1-8, May 2007.

JAMIESON, D.J. et al. A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. **Obstet Gynecol**, v.99, n.6, p.1073-1079, Jun 2002.

KAHRAMAN, K. et al. Factors influencing the contraceptive method choice: a university hospital experience. **J Turk Ger Gynecol Assoc**, v.13, n.2, p.102-105, Jun 2012.

KRASHIN, J.W. et al. Prohibiting consent: what are the costs of denying permanent contraception concurrent with abortion care? **Am J Obstet Gynecol**, v.211, n.1, p.1-10, Jul 2014.

MARCOLINO, C.; GALASTRO, E.P. As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.9, n.3, p.77-82, 2001.

MARTYN, P.; PRATHER, V. A clinical and medico-legal review of tubal ligation in Canada. **J Obstet Gynaecol Can**, v.34, n.7, p.683-687, 2012.

MOSHER, W.D.; JONES, J. Use of contraception in the United States: 1982-2008. **Vital Health Stat** 23, v.29, s/n, p.1-44, 2010.

MOURA, E.R.; VIEIRA, R.P. - Reconstrução cirúrgica tubária e condições de realização das laqueaduras. **Rev Gaucha Enferm**, v.31, n.3, p.536-543, Set 2010.

NICOLAU, A.I.O. et al. História reprodutiva de mulheres laqueadas. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.5., p.677-683, Set/Out 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Medidas vitais**: um desafio de comunicação. Brasília: OMS, 1998.

OSIS, M.J.M.D. et al. **Estudo comparativo sobre as consequências da laqueadura na vidas das mulheres**. Relatório Técnico Final. Campinas: CEMICAMP, 1998.

Disponível em:

<<http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/emmz6apuhwwykbibamt7ylm6e65bkg4wxe4adu a24hv2i537zfxrl35s3zfvsvbwmcmmnez4svgudl/brazil2f.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2013.

POTTER, J.E. et al. Frustrated demand for sterilization among low-income Latinas in El Paso, Texas. **Perspect Sex Reprod Health**, v.44, n.4, p.228-235, Dec 2012.

RIBEIRO, P.J. et al. Planejamento familiar: importância do conhecimento das características da clientela para implementação de ações de saúde. **Mundo Saude**, v.32, n.4, p.412-419, 2008.

SHIH, G.; TUROK, D.K.; PARKER, W.J. Vasectomy: the other (better) form of sterilization. **Contraception**, v.83, n.4, p.310-315, Apr 2011.

SIDDIQUI, A.; WESTHOFF, C. Barriers to accessing voluntary postpartum female tubal sterilization among minority and low-income women. **Contraception**, v.82, n.2, p.173-186, Apr 2012.

VIEIRA, E.M.; SOUZA, L. A satisfação com o serviço de esterilização cirúrgica entre os usuários do Sistema Único de Saúde em um município paulista. **Rev Bras Epidemiol**, v.14, n.4, p.556-564, Dez 2011.

WESTHOFF, C.; DAVIS, A. Tubal sterilization: focus on the U.S. experience. **Contraception**, v.73, n.5, p.913-922, May 2000.

WHITE, K.; POTTER, J.E. Reconsidering racial/ethnic differences in sterilization in the United States. **Contraception**, v.89, n.6, p.550-556, Dec 2013.

WHITEMAN, M.K. et al. Postpartum intrauterine device insertion and postpartum tubal sterilization in the United States. **Am J Obstet Gynecol**, v.206, n.2, p.127134, Aug 2012.

ZITE, N.B.; WALLACE, L.S. Use of Low-Literacy Informed Consent Form to improve women's understanding of tubal sterilization: a randomized controlled trial. **Obstet Gynecol**, v.117, n.5, p.1160-1166, May 2011.