



UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

CLÁUDIO MUNHOZ ROZSANYI DE MENEZES

**CORPO E AUTONOMIA: REPERCUSSÕES DA LAQUEADURA NA VIDA DAS
MULHERES**

CURITIBA
2016

CLÁUDIO MUNHOZ ROZSANYI DE MENEZES

**CORPO E AUTONOMIA: REPERCUSSÕES DA LAQUEADURA NA VIDA DAS
MULHERES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná, como requisito necessário para a obtenção do título de mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social Comunitária

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde na Comunidade

Orientadora: Profa. Dra. Grazielle Tagliamento

CURITIBA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na fonte
Biblioteca "Sydney Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuti do Paraná

M541 Menezes, Cláudio Munhoz Rozsanyi de.
Corpo e autonomia: repercussões da laqueadura na vida
das mulheres/ Cláudio Munhoz Rozsanyi de Menezes;
orientadora Prof^a dr^a Grazielle Tagliamento.
62f.

Dissertação(Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná
Curitiba, 2016

1. Laqueadura. 2. Sexualidade feminina. 3. Prevenção.
I. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação
em Psicologia/ Mestrado em Psicologia. II. Título.

CDD – 613.942

RESUMO

Neste trabalho são discutidas as repercussões da laqueadura na vida das mulheres, a partir de como elas, que se submeteram ao processo cirúrgico de cesárea de laqueadura no município de Paranaguá/PR, perceberam as alterações advindas da referida cirurgia em suas vidas. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco mulheres residentes no município de Paranaguá. Os dados coletados foram expostos no formato de narrativa e organizados nas seguintes categorias: processo de laqueadura, percepções sobre as sexualidades e prevenção das DSTs/HIV/Aids. Observou-se, por meio da análise dos dados, que essas mulheres não perceberam significativas alterações nas suas sexualidades, que a prevenção das DSTs/HIV/Aids não era elemento de preocupação e/ou relevância, apresentaram certas dificuldades em abordar a própria sexualidade diante de um pesquisador homem e não fizeram relação entre a laqueadura e a autonomia de seus corpos. Também foram abordados neste trabalho os elementos culturais que interferiram sobre as categorias citadas, bem como sobre o planejamento familiar e os aspectos legais balizadores da laqueadura. Concluiu-se que, no Brasil, os elementos culturais e a violência, em suas diversas expressões, apresentam-se como profundos norteadores dessas opiniões e posturas femininas, bem como refletem também na postura dos legisladores.

Palavras-chave: Laqueadura. Sexualidades feminina. Prevenção.

ABSTRACT

This paper discusses the repercussions of tubal ligation on women's lives, from how they, who have undergone surgical sterilization, process of cesarean in the municipality of Paranaguá/PR, perceived the changes arising from such surgery in their lives. To this end, semi-structured interviews were conducted with five women living in the municipality of Paranaguá. The data gathered were exposed in narrative format and organized in the following categories: tubal ligation process, perceptions of sexuality and prevention of STDs/HIV/AIDS. It has been observed, through data analysis, these women did not notice significant changes in their sexuality, prevention of STDs/HIV/AIDS was not an element of concern and/or relevance, presented certain difficulties in addressing sexuality itself on a man researcher and make no relationship between tubal ligation and the autonomy of their bodies. Were also discussed in this study the cultural elements that interfere on the categories mentioned, as well as family planning and benchmarks legal aspects of tubal ligation. It was concluded that, in Brazil, the cultural elements and violence in its various expressions, are presented as guiding deep these opinions and female attitudes, as well as also reflected in the attitude of legislators.

Keywords: Tubal ligation. Female sexualities. Prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|----------------|--|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| CME | Centro Municipal de Especialidades |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| DIU | Dispositivo Intrauterino |
| DST | Doença Sexualmente Transmissível |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| MEC | Ministério da Educação |
| MS | Ministério da Saúde |
| ONG | Organização Não Governamental |
| PA | Pressão Arterial |
| SUBPLAN | Subprocuradoria-Geral de Justiça para Assuntos de Planejamento Institucional |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 7 |
| 1.1 Sexualidades | 10 |
| 1.2 Cesárea e Laqueadura | 14 |
| 1.3 Planejamento Familiar | 16 |
| 1.4 Métodos Contraceptivos, Afeto e DSTs/HIV/Aids | 18 |
| 2 OBJETIVOS | 20 |
| 2.1 Objetivo Geral..... | 20 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 20 |
| 3 MÉTODO | 21 |
| 3.1 Local da Pesquisa..... | 22 |
| 3.2 Ida a Campo | 24 |
| 3.3 Coleta de Dados e Participantes..... | 27 |
| 3.4 Análise dos Dados | 30 |
| 3.5 Aspectos Éticos..... | 31 |
| 4 PROCESSO DE LAQUEADURA | 33 |
| 5 PERCEPÇÕES SOBRE AS SEXUALIDADES | 45 |
| 5.1 A Prevenção das DSTs/HIV/Aids..... | 48 |
| 6 CONCLUSÃO..... | 51 |
| REFERÊNCIAS | 54 |
| APÊNDICES | 60 |
| Apêndice 1 – Roteiro de Entrevista | 60 |
| Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 61 |

1 INTRODUÇÃO

Desde 2006, o município de Paranaguá/PR, em parceria com a Primeira Regional de Saúde do Estado, vem realizando cirurgias de laqueadura conjuntamente à cesárea em parturientes que manifestem esse interesse e se enquadrem no previsto pela legislação vigente. O processo de liberação para esse procedimento prevê uma breve entrevista psicológica, com o intuito de promover esclarecimentos no caso de dúvidas, averiguar o grau de entendimento da paciente, bem como de orientar a ela e seus familiares sobre os próximos passos do processo para a laqueadura e as consequências de tal cirurgia.

O procedimento comum de laqueadura e cesárea é realizado em obediência e em conformidade com o preconizado pelo Ministério da Saúde por meio de normativas e pela legislação federal com as legislações complementares. A Carta Constituinte de 1988 prevê, em um de seus artigos, a viabilidade da já citada forma cirúrgica como uma das alternativas de controle de natalidade e versa sobre o que o legislador acredita ser a forma adequada de planejamento familiar (§ 7º, do art. 226, da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar), e a Lei Federal nº 9.263, que esclarece esse art. 226 da Constituição. Essa lei complementar ordena os parâmetros para as demais alternativas contraceptivas e formas de planejamento familiar, e rege e delimita a laqueadura, a cesárea e a conjunção de ambas.

Mesmo esse serviço sendo há 10 anos ofertado e realizado no município de Paranaguá, não foi identificado levantamento ou acompanhamento pelo estado do Paraná para se verificar como estão as mulheres que participaram desse programa. Além disso, as fontes consultadas, como a Secretaria Municipal da Saúde de Paranaguá e a Primeira Regional de Saúde do Estado do Paraná, que deveriam ter esses dados, não possuem nenhuma informação sobre o assunto em seus arquivos. Ou seja, não há dados de uma parcela significativa da população do estado, uma vez que a Primeira Regional de Saúde do Estado abarca todos os municípios litorâneos do Paraná.

Contudo, conforme a experiência do pesquisador nas atividades com as solicitantes do serviço de laqueadura, ressalta aos olhos um questionamento muito frequentemente levantado por essas mulheres durante os procedimentos de liberação cirúrgica: a eventual ocorrência de alteração da sexualidade após a laqueadura. As questões e preocupações levantadas sobre a sexualidade são de todas as ordens e tipos, sendo que a abordagem desse tópico, a sexualidade, vem de forma implícita e indireta ou mais explícita durante as entrevistas psicológicas para a liberação cirúrgica. As preocupações vão desde a insensibilidade até quando poderão retornar às atividades sexuais. De forma bem mais específica e aglutinando a maioria das questões em uma única pergunta, seria quanto à possibilidade de se perder o prazer nas relações sexuais ou como elas costumam falar: “ficar seca ou fria”. Diante desses tipos de questão levantados pelas mulheres que pleiteiam a laqueadura é que gira o cerne deste trabalho.

No intuito de subsidiar e dar estofo ao presente estudo, foi realizada uma breve busca em dois portais de dados, a BVS e a SciELO. Ao se realizar a busca na BVS, na data de 11/03/2016, com um período de abrangência de 10 anos de 2006 até 2016, foram encontrados 25 artigos para a palavra-chave ‘laqueadura’; 65 para ‘sexualidade feminina’; e 3 artigos para a palavra-chave ‘práticas sexuais femininas’. Foi identificado na BVS, entre um volume total de 93 trabalhos, apenas um artigo que parcialmente se enquadrava na temática proposta para este trabalho. Refere-se ao texto de Brandão e Heilborn (2006) intitulado *Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro*, enquadrando-se apenas nas categorias ‘sexualidade feminina’ e ‘práticas sexuais femininas’. Brandão e Heilborn (2006) se atêm às questões da gravidez na adolescência e problematizam esse ponto, não entrando nos objetivos mais específicos deste estudo e contribuindo pouco para um maior esclarecimento.

Quando utilizadas as mesmas palavras-chave dentro dos mesmos parâmetros no SciELO, em 11/03/2016, os resultados foram os seguintes: com a palavra-chave ‘laqueadura’ teve-se 34 artigos; com ‘sexualidade feminina’, 44; e ‘práticas sexuais femininas’, 3 artigos. Nessa

configuração de procura com limitação temporal de 10 anos nenhum dos 80 resultados se enquadrava nessa tríade temática. Diante desse fato, foi ampliado o período de procura para 18 anos em vez de apenas 10. Nessa nova padronagem foi identificado um trabalho que tratava diretamente da temática deste estudo: *Consequências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubária*, de Osis, Faúndes, Sousa e Bailey (1999). Esse trabalho de Osis et al. (1999) adota uma metodologia de pesquisa quantitativa, que expõe dados quanto às mudanças na vida sexual, na fisiologia da mulher laqueada e na satisfação com a cirurgia de forma geral. Os autores nos contam que a satisfação entre as mulheres que optaram pelo método contraceptivo definitivo (laqueadura) é significativamente maior do que entre as que optaram pelo método não definitivo, embora tenha sido observado nas laqueadas um maior arrependimento do que em relação às outras formas contraceptivas. O trabalho também aponta que mais frequentemente foi atribuída à laqueadura uma melhora na vida sexual, bem como na situação econômica. Quanto às questões fisiológicas, revelou inúmeros relatos negativos especificamente sobre a menstruação. Porém, ao longo do texto, os autores abrem inúmeras questões de ordem qualitativa que o método empregado (quantitativo) no estudo não permitiu o aprofundamento ou a articulação dos dados para maior entendimento do tema em questão. Portanto, podemos abstrair do trabalho de Osis et al. (1999) algumas perguntas, como: o que as mulheres estavam entendendo por melhora na vida sexual? Será que as mulheres estavam esperando uma maior liberdade sexual? Ou seria a segurança de não engravidar? O artigo de Osis et al. (1999) abre um leque para variadas linhas de pesquisa não só para a saúde, mas para a Antropologia, a Sociologia e a Psicologia, porém é relevante ressaltar que, mesmo esse trabalho tendo mais de seis anos, não foram localizados estudos mais recentes que inter-relacionassem esses tópicos.

Quanto aos demais artigos e textos relacionados em ambos os buscadores, apresentavam-se restritos ou à sexualidade ou à laqueadura, não os inter-relacionando. Além disso, esses textos,

em sua grande maioria, possuíam uma concepção metodológica quantitativa e não qualitativa, como se pretende aqui. Somado a esses pontos, nota-se que o enfoque dado às sexualidades nos trabalhos levantados é voltado a uma perspectiva desenvolvimentista e naturalizante, diferentemente do presente estudo, que adota uma perspectiva da Psicologia Social Comunitária, onde a laqueadura é entendida como fenômeno sócio-histórico, bem como as manifestações das sexualidades. Outro ponto é o fato de esses estudos não darem destaque às falas das mulheres, não sendo vistas como protagonistas do seu corpo e sexualidades.

Diante do exposto, a presente pesquisa tem por objetivo compreender as repercussões da laqueadura na vida de mulheres que se submeteram a esse procedimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1 Sexualidades

O entendimento das sexualidades abordado aqui é advindo das Ciências Sociais, não se preocupando com a patologia biologicista. Tanto Michel Foucault (2012) quanto Michel Bozon (2004) nos falam que as sexualidades podem ser entendidas como um conjunto de expressões, de comportamentos ou regras dos seres humanos que influenciam todo o ciclo de vida, por estarem relacionadas a fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, entre estes a reprodução e a autoafirmação.

De acordo com Falcão Júnior et al. (2007), as sexualidades fazem parte da vida e o seu equilíbrio depende da estabilidade emocional do indivíduo. Entre os seres humanos, as sexualidades não dizem respeito apenas às funções de reprodução; elas incluem necessariamente o relacionamento afetivo e o prazer imbricados no sexo. As sexualidades humanas também são entendidas como uma construção histórico-cultural com base nas experiências vivenciadas pelos indivíduos em seus vários ambientes de inserção. Para Bozon (2004), o ser humano não faz sexo

sem dar um sentido maior a esse ato. Ato este construído em uma teia cultural. Com isso, o autor expõe o caráter da flexibilidade cultural, histórica e social das sexualidades, e tem por objetivo demonstrar que as sexualidades humanas não são produtos da Natureza e sim da Sociedade, são uma construção social.

Afirmar que a atividade sexual não existe isoladamente acompanha o pensamento de ambos os Michels (Foucault, 2012; Bozon, 2004). As sexualidades dependem de uma teia de significados sociais e coletivos, não podendo ser compreendidas apenas como pulsão ou como inconsciente a-histórico. Dessa forma, as práticas sexuais não deveriam ser estudadas meramente como se possuíssem um significado em si próprias.

Nessa teia de sexualidades, está inscrita a questão da reprodução e maternidade, sendo mais um dos pontos de extrema relevância social. O controle da mulher sobre o seu próprio corpo, suas sexualidades e especialmente a sua vida reprodutiva/maternidade é o oposto do que pregam diversas instituições com fundo filosófico judaico/cristão e de muitas ações realizadas pelo Estado visando ao controle de seus corpos, à disciplinarização de seus corpos (Foucault, 2012). Tais perspectivas dão bases para o embate travado, em parte, no Programa de Ação de Cairo em 1994 (Corrêa & Ávila, 2003; Diniz, 2009), onde se discutiu os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, sendo ratificados na IV Conferência Internacional sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995 (Organização das Nações Unidas [ONU], 1995). De acordo com o texto da Conferência de Cairo, os direitos sexuais e reprodutivos

se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos. (ONU, 1994).

Corrêa e Ávila (2003), no entanto, ponderam que nesse texto não consta nada sobre a gestação e o período posterior ao parto, o da maternidade, momentos que os direitos sexuais e reprodutivos também devem ser garantidos.

Freud (1905) já se questionava no começo de século passado se o princípio do prazer é a maior influência nas sexualidades femininas. Atualmente, se sabe que é inviável considerar as sexualidades de forma isolada, por ser um processo ininterrupto, o acompanhando o ator social por todo o seu ciclo de vida, recebendo diversas influências, sendo estas fisiológicas, emocionais, culturais, sociais etc. Em suma, o entender dos atos e saberes sexuais solicita um investigar do universo sociocultural que os configurou.

Por ser uma construção social, podemos ampliar o foco da discussão (Ministério da Educação [MEC], 2007) chegando à aprendizagem, à regulação que a cultura faz sobre as sexualidades, por meio principalmente de marcadores sociais da diferença, como classe, raça/etnia, orientação sexual e gêneros.

Como gênero é uma categoria que será importante para a nossa análise, é importante o conceituarmos. Entendemos gênero não como macho ou fêmea, mas como as dinâmicas masculinidades e feminilidades (Donati, 2010). Gênero, portanto, remete a construções sociais, históricas, culturais e políticas que dizem respeito a disputas materiais e simbólicas, que envolvem processos de configuração de identidades, definições de papéis e funções sociais, construções e desconstruções de representações e imagens, e diferentes distribuições de recursos e de poder. Em nossa sociedade, as relações estabelecidas por homens e mulheres são realizadas de forma desigual, havendo uma dominação masculina nas mais diversas relações sociais (Narvaz & Koller, 2006).

Nessa perspectiva, Berger e Luckmann (2004) nos contam sobre os papéis sociais e como estes imprimem nos atores sociais noções esperadas ou orientadas tanto pelo grupo sociocultural quanto pelo meio. Queiroz e Arruda (2006), dando sequência nessa senda e enveredando para as

questões da mulher/mãe, afirmam que, apesar das mudanças na situação da atriz social, o desejo pela maternidade é socioculturalmente estabelecido, existindo “certa” obrigação por ser mãe. A infertilidade, portanto, é tida e vista por alguns como doença ou castigo divino; enquanto a maternidade, por sua vez, é representada como um carimbo que confere legitimidade ao cumprimento do “papel” atribuído à mulher pela cultura tradicional de uma “boa mulher”.

As sexualidades femininas podem ser vistas por um viés dicotômico, apontado por Bozon (2004), com os polos do Divino e do Profano, da Santa e da Puta. O que joga a mulher em diversos dilemas e em conflitos éticos e morais de grande porte, que são, muitas vezes, geradores de sofrimento intenso em diversas áreas da vida feminina.

No posicionamento feminino tradicional, há um alto grau de submissão da mulher ao homem. Esse fato está muito bem expresso no livro *Casa grande & senzala*, de Freyre (2003), quando o autor nos conta que os pais (os grandes fazendeiros) incentivavam seus filhos homens a terem relações sexuais com as escravas, com o objetivo de aumentar o número de escravos sob sua posse. Manter essas relações com as escravas dava uma posição de homens de verdade ou ganhões aos filhos. Porém, como consequência dessa criação masculina e estupro das mulheres escravas, vem uma repressão feminina que atravessa séculos. Bozon (2004) observa que modernamente, com a revolução sexual dos anos 1970, precedida pela Segunda Guerra Mundial, essas posições de submissão e opressão têm sido questionadas.

Merleau-Ponty (1980) nos explica que aquilo que as pessoas experienciam no corpo nos auxilia a deixar de lado as suposições cotidianas, consequentemente, rever/reexaminar e romper com a aceitação habitual. Portanto, o que as mulheres vivenciaram nas indústrias da Segunda Guerra e na vida do pós-guerra as conduziu às novas formas de ver e lidar com a vida e as sexualidades. Empossar-se desse novo papel social mais ativo, juntamente com o entendimento de Simone de Beauvoir (2009, p. 185), que afirma que “ninguém nasce mulher, torna-se mulher”, resulta no entendimento mais atual das sexualidades femininas, que é um devir ainda em

formação, como afirma Bozon (2004). Mas, conforme Watanabe (2012), Simone de Beauvoir adverte que a concepção de mundo é masculina, portanto as mulheres e tudo delas vai ser visto por um ponto de vista masculino.

Enfim, para encerrar essa busca do entendimento das sexualidades femininas, vamos a uma leitura de Wittgenstein pelas lentes do professor Penha (2013), que nos conta que o limite da minha linguagem é o limite do meu mundo. Já que o acesso ao conteúdo/conhecimento para as mulheres é muito recente em termos da amplitude histórica, o ampliar do mundo também o é. Com isso, seguindo a trilha da lógica e do filósofo, o ampliar das sexualidades femininas é mais recente ainda.

1.2 Cesárea e Laqueadura

Existem vários tipos de cesariana, sendo eles muito bem explicitados na cartilha governamental *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes* (Ministério da Saúde [MS], 2011) e no manual *Noções práticas de obstetrícia* (Correia, Mello, Aguiar, & Correia Jr., 2011).

Osis et al. (1999) falam que a distinção entre as cesáreas reside no tipo de incisão (longitudinal ou latitudinal) feita no útero, para além da incisão na pele. A cesariana clássica envolve uma incisão longitudinal de linha mediana do abdômen, que permite um maior espaço para a entrega do bebê. No entanto, ela é raramente executada atualmente, pois é mais propensa a complicações. A seção inferior do segmento uterino é o procedimento mais comumente usado; envolve um corte logo acima da borda da bexiga e resulta em menor perda de sangue transversal e é de mais fácil cicatrização. Outro procedimento descrito por Correia et al. (2011) é a emergência cesariana, que é uma cesariana realizada quando um trabalho de parto já tenha tido início. Já a cesariana acidente ocorre quando uma cesariana é realizada em um caso de emergência

obstétrica, onde complicações apareceram durante o processo de trabalho de parto e é necessária uma rápida intervenção para evitar a morte da mãe, feto ou ambos. De acordo com Correia et al. (2011), a histerectomia cesariana consiste em uma cesariana seguida pela remoção do útero, que pode ser feita em casos de sangramento intratável ou quando a placenta não pode ser separada do útero, entre outras.

Tanto Braga (1998) quanto a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2008) entendem a laqueadura como uma cirurgia de esterilização voluntária definitiva, na qual as trompas da mulher são amarradas ou cortadas, evitando que o óvulo e os espermatozoides se encontrem. Há dois tipos de laqueadura: abdominal e vaginal. A laqueadura abdominal, a qual nos interessa e vamos nos deter, pode ser feita de duas formas: a minilaparotomia e a videolaparoscopia. A minilaparotomia é feita com um corte acima do púbis. Já a videolaparoscopia é realizada por meio da introdução de uma minicâmara de vídeo no abdômen. É um método contraceptivo definitivo. Antes de realizar a cirurgia, a mulher pode analisar outras formas de evitar a gravidez, pois a laqueadura é uma esterilização e não um método anticoncepcional. Já o tempo de recuperação da cirurgia varia de acordo com a paciente e o tipo de anestesia utilizado. No entanto, os ovários continuam a funcionar normalmente, e os óvulos são libertados inofensivamente e absorvidos pelo organismo.

Braga (1998) comenta sobre a necessidade de uma melhor regulação, encaminhamento e chegada à laqueadura pelo SUS, pois a mulher pode ser pressionada e conduzida. Com o atual regramento (Lei nº 9.263/1996 e Portaria do Ministério da Saúde nº 48/1999), número de profissionais envolvidos (assistente social, enfermeiros, psicólogos, médicos e outros) e longa burocracia envolvida, este é um processo que praticamente dura todo o período da gestação e por um único indicador não é feito. Ou seja, a laqueadura, por ser um processo de esterilização, só é feita se for por múltiplas indicações e autorização pessoal da mulher. A soma de laqueadura com cesárea, que é o padrão adotado para se fazer o procedimento cirúrgico, veio de duas brechas na

legislação que viabiliza ao gestor local fazer uma escolha de forma e parâmetros para implementar como achar melhor o planejamento familiar. A Portaria nº 48/1999, do Ministério da Saúde, dita as possíveis formas cirúrgicas aceitáveis de esterilização, sempre voluntária e com indicação de necessidade clínica médica. Também é digno de nota que o art. 4º dessa mesma portaria desencoraja a laqueadura abertamente e põe mais um filtro preventivo contra a esterilização, com a implementação de equipes multidisciplinares para atendimento e demais esclarecimentos sobre todo esse processo. A segunda brecha é encontrada na Lei nº 9.263/1996, no art. 14, que abre a possibilidade para o próprio gestor local do sistema escolher o que é mais condizente com a realidade local em termos de planejamento familiar. Nesse cenário, tanto para atender ao planejamento quanto para manter a integridade físico-jurídica de todos, a conveniência de uma única cirurgia que soluciona múltiplas problemáticas e têm múltiplas indicações aparenta ser a melhor escolha.

1.3 Planejamento Familiar

Na esfera da assistência privada, uma das poucas referências encontradas sobre o planejamento familiar como controle de natalidade é a das empresas de planos de saúde, que, com clara ênfase legal e intenções de se salvaguardar de quaisquer complicações jurídicas, fazem uso de duas legislações: a Lei nº 8.078/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor, mais especificamente dos arts. 9º e 39; e o Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina [CFM], 2009), art. 59, que prevê que:

é vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

O código e o artigo vêm a esclarecer da necessidade de informar às mulheres, que aqui são enquadradas como consumidoras de um serviço. Informações estas muito relevantes, pois são de um serviço ao qual não se pode desfazer ou se arrepender, já que a laqueadura é uma cirurgia de esterilização definitiva, por isso a gravidade da questão.

No intuito de completar a parte referente ao planejamento familiar na esfera privada, foi feita uma procura em um buscador automático (Google) a fim de identificar Organizações Não Governamentais (ONGs) que trabalhassem com a temática. Identificou-se uma série de pequenas ONGs que estão voltadas para auxiliar a mulher de forma geral, não especificamente para esse momento de planejamento familiar ou de laqueadura.

Já na esfera governamental, tem-se a Lei Federal nº 9.263/1996, que no art. 2º define para os serviços vinculados ao SUS o que é planejamento familiar e o descreve como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, segundo o que entende o aparato governamental e legislativo como correto e suficiente para a sociedade. Nesse sentido, a Portaria nº 48/1999, do Ministério da Saúde, normatiza, codifica, instrumentaliza e esmiúça a lei segundo o ponto de vista operador e não do usuário.

Observa-se que a legislação brasileira vigente, Lei Federal nº 9.263/1996, entende o planejamento familiar como um direito de todo o cidadão. Para que isso se concretize é de entendimento também legal que cabe aos gestores estaduais e municipais de saúde proceder ao credenciamento das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) para a realização dos procedimentos de cesariana com laqueadura tubária em pacientes com cesarianas sucessivas anteriores/risco de vida.

A portaria e a legislação já mencionadas filtram e selecionam as participantes dessa modalidade de planejamento familiar por se tratar de um procedimento de esterilização, sendo um encaminhamento multilateral. Um significativo grupo de indicadores clínicos, médicos,

sociais, psicológicos e estrutural forma a soma para a devida liberação dentro do sistema padrão do SUS para a laqueadura. No caso do município de Paranaguá, local desta pesquisa, é preciso também o consentimento por escrito de um parente ou cônjuge, além do consentimento por escrito da própria mulher. Sendo esses consentimentos uma exigência normativa da própria Secretaria de Saúde de Paranaguá, visto que esses pontos da lei original foram vetados no momento da promulgação.

Nesse caso, tem-se um discurso jurídico e médico sobre os corpos femininos. Segundo Vazquez (2014) e Butler (2002), em nossa sociedade, há mecanismos que compreendem que os corpos femininos possuem um peso social, um peso de um sexo e um peso de gênero. É nesse sentido que é feita a materialização das sofisticações dos corpos, pois a partir das atribuições dos pesos dados para cada corpo é que paulatinamente vão se formando os sujeitos sociais e se ampliando as atribuições do gênero no social. Nesse processo, há uma não garantia da autonomia das mulheres sobre seus corpos, uma vez que estas ocupam um lugar de submissão em nossa sociedade, em que as práticas discursivas do Estado, do Judiciário e da Medicina legitimam a dominação masculina sobre os corpos femininos.

1.4 Métodos Contraceptivos, Afeto e DSTs/HIV/Aids

Em um longo estudo sobre o país, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013) fez uma pequena menção quanto ao uso de preservativos, afirmando que a população em geral, quando em uma relação estável, não utiliza preservativos (4 em cada 10 acham que não precisam usar o preservativo). No entanto, a não utilização do preservativo nessas relações torna as pessoas mais vulneráveis às DSTs/HIV/Aids. Somado a isso para as muitas mulheres, em especial as mais jovens, o uso ou não de preservativo pode representar uma certa negociação entre os parceiros e o significado da relação, uma vez que não usá-lo subentende o quão “profunda” e

“séria” está a relação, denotando maior “compromisso”, “prova de afeto” e “entrega à relação por parte do parceiro” (Vidal & Ribeiro, 2008).

No estudo de Borges e Schor (2005), foi possível perceber que as mulheres de vida sexual ativa, predominantemente no contexto dos relacionamentos afetivos estáveis (namoro ou noivado), estão em posição de maior vulnerabilidade às DSTs/HIV/Aids e à gravidez não planejada que os homens em relações esporádicas, como as de amizade ou “ficadas”. Isso pode ocorrer, em parte, pelo fato de as mulheres relacionarem sexo e sentimentos mais estreitamente que os homens (Vidal & Ribeiro, 2008). Além disso, há o medo das mulheres em serem abandonadas – ao solicitar o uso do preservativo o parceiro pode achar que ela ou está desconfiando dele ou ela não é confiável –, o constrangimento e, pode haver, discussões dolorosas e muitas das vezes com violência (Geluda, Bosi, Cunha, & Trajman, 2006). As medidas contraceptivas ou de proteção às DSTs/HIV/Aids, portanto, variam se os contatos sexuais se dão no âmbito de relacionamento amoroso ou ocasional, e os jovens tendem a ser menos vigilantes quando estão em relacionamentos duradouros (Borges & Schor, 2005).

O preservativo oferece uma dupla proteção, pois previne das DSTs/HIV/Aids e da gravidez não planejada. Contudo, com a maior preocupação nas relações sexuais, principalmente nas estáveis, da gravidez e com a dificuldade de uso do preservativo nessas relações, muitas mulheres optam pelos métodos hormonais de contracepção (Leite et al., 2007). O fato de as mulheres substituírem o preservativo pela pílula, quando em relacionamentos estáveis, contribui para o aumento da sua vulnerabilidade às DSTs/HIV/Aids.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender as repercussões da laqueadura na vida de mulheres que se submeteram a esse procedimento pelo SUS.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar como se dá o processo de decisão pela laqueadura.
- Identificar se o procedimento de laqueadura repercute sobre as sexualidades e a prevenção às DSTs/HIV/Aids.

3 MÉTODO

Este trabalho teve como objetivo primeiro ouvir as mulheres usuárias do SUS do município de Paranaguá/PR, mais especificamente as mulheres que se submeteram ao procedimento conjunto de laqueadura e cesárea, sobre as repercussões que a cirurgia teve sobre suas vidas, focando nas sexualidades e prevenção das DSTs/HIV/Aids. Para o exercício de tal estudo, uma criteriosa escolha quanto ao adequado caminho metodológico foi de suma importância. Portanto, e para tal, foi empregado o formato metodológico qualitativo, pois essa abordagem nos permitiu atribuir o devido valor ao que foi dito pelas mulheres participantes da pesquisa e visualizar o contexto histórico e social que permeia os discursos postos por elas. A procura por sentido dentro desses discursos, ou a visualização desses contextos, não é tarefa trivial e corriqueira, como nos adverte Fontanella, Ricas e Turato (2008), pois em qualquer fala pode-se obter uma “pista”.

Devemos ressaltar que um fator que colaborou para a realização das entrevistas é o fato de elas, as entrevistadas, já conhecerem o pesquisador, enquanto psicólogo do serviço para preparação para a laqueadura. Guilhem e Novaes (2010) afirmam que, com o devido vínculo estabelecido, a influência tende a ser atenuada ou ignorada na maioria das pesquisas em saúde.

De forma geral, a grande pretensão deste trabalho foi captar um pequeno trecho da experiência de vida dessas mulheres e anotar, dentro das possibilidades, as crenças e os sentidos contidos, imbricados, nos retalhos de relatos de discursos dessas mães, comungando com as afirmações de Minayo (2014). Segundo essa autora, a pesquisa em saúde deve enquadrar historicamente a fala, apontar as injunções, afirmações e conflitos ali contidos, ampliando drasticamente o conhecimento da saúde para a dinâmica do mundo e das demais áreas do conhecimento (Minayo, 2014).

Levando em consideração o número de mulheres, fontes/casos, entrevistadas, este estudo caracteriza-se como de casos múltiplos (Yin, 2015). De acordo com Yin (2015), os estudos de casos são usados eminentemente como etapas exploratórias nas pesquisas de fenômenos pouco investigados ou uma etapa empírica, que investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto natural, em situação fronteira entre o contexto e o fenômeno em si, não claramente visível, utilizando múltiplas fontes.

3.1 Local da Pesquisa

Esta pesquisa se deu no município de Paranaguá no litoral do estado do Paraná, onde se localiza o maior porto do estado. Uma cidade eminentemente portuária, com mais de 140.000 habitantes, segundo Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). O município teve um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,75, em 2010, segundo o IBGE (2010), obtendo um aprimoramento em sua qualidade de vida em comparação com o ano de 2000, no qual teve 0,64 ponto percentual nesse mesmo índice.

Mas, apesar da melhora desses dados de desenvolvimento global, os números referentes à violência estão muito mais atualizados e piores. Conforme os índices da Subprocuradoria-Geral de Justiça para Assuntos de Planejamento Institucional (SUBPLAN) de 2016, em comparação aos índices do estado do Paraná quanto a delitos na especificidade da área criminal, como homicídios, roubos, violências domésticas, lesões corporais e uso/tráfico de drogas, o município de Paranaguá se encontra significativamente acima. Enquanto apenas os números de corrupção de menores, estupro, porte de armas e embriaguez no volante se encontram próximos ou levemente abaixo dos índices do estado.

Desde 2014, é inexistente a coleta de dados por parte da Secretaria de Saúde quanto a estupros e violência contra a mulher. Segundo a atual secretária de Saúde, em audiência pública

na Câmara Municipal de vereadores, no primeiro semestre de 2016, a interrupção da coleta de dados deu-se, primeiro, pela carência de pessoal e, segundo, pelo desvio de funcionários para a emergência da dengue no município.

Também podemos observar a dificuldade de acesso da população aos aparatos públicos, sejam os da Secretaria de Saúde, sejam os da Secretaria Social. Pois, ambos os aparatos, em seus informes anuais abertos na página da prefeitura de Paranaguá, mais especificamente no Portal da Transparência, informam que não cobrem plenamente o município, por meio do número de funcionários para atender toda a população.

Nesse sentido, Ayres, França Júnior, Calazans e Saletti Filho (2003) colaboram com essa discussão quando apontam que investimentos em ações governamentais e programas preventivos, e a existência de serviços sociais e de saúde de fácil acesso, com qualidade, equidade e devidamente avaliados, seriam indispensáveis para reduzir a vulnerabilidade programática, diminuindo, conseqüentemente, todo um ciclo de violência e dor para uma faixa da população.

Este trabalho foi realizado em uma das dependências da Secretaria de Saúde do município, no Centro Municipal de Especialidades (CME). Local este muito bem conhecido pelos munícipes por ser uma das unidades mais antigas da secretaria, aberto em 1960, e também no qual as mulheres que pretendem fazer laqueadura passam, até hoje, por inúmeros outros procedimentos, como entrevistas pré-cirúrgicas, com assistentes sociais, psicólogos e ginecologistas, com o intuito de liberá-las para o processo de laqueadura, em conformidade com a legislação vigente sobre esse assunto. Além desses pontos, esse local foi o que a secretária de Saúde autorizou o estudo, definindo e determinando como sendo esta a única unidade possível e adequada para receber a pesquisa.

A edificação do CME pertence à Secretaria de Estado de Saúde e está cedida à Secretaria Municipal de Saúde há mais de 30 anos. Esse centro oferece consultas médicas das seguintes especialidades: pneumologia, cardiologia, gastroenterologia, neurologia, angiologia, nefrologia,

ginecologia, reumatologia, urologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, cirurgias gerais de pequeno porte e hanseníase; bem como o atendimento de outros profissionais de nível superior da área da saúde: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Fonoaudiologia, Assistência Social, Psicologia e Enfermagem. No CME são realizados também procedimentos da área de Enfermagem, como curativos mais complexos, retirada de pontos, aplicação de injeções e preparo de pacientes com aferição de Pressão Arterial (PA) e peso; e exames diagnósticos: eletrocardiograma, eletroencefalograma e endoscopia. Nesse mesmo prédio há, ainda, o Centro de Diabetes que realiza orientação de enfermagem, consulta com nutricionista, palestras de orientação, cadastramento de pacientes novos para recebimento de medicação, hemoglicotestes, distribuição de seringas para insulina e distribuição de medicação; e por fim abarca também o programa de concessão de órtese e prótese, com entrega para a comunidade de bolsas e placas de colostomia e urostomia. O prédio, até o momento de realização desta pesquisa, encontrava-se interditado pela Vigilância Sanitária estadual e pelo Corpo de Bombeiros, no aguardo de recursos para amplas reformas em toda a sua estrutura no intuito de adequá-lo às exigências sanitárias.

3.2 Ida a Campo

Quanto à ida a campo, devemos ressaltar antes de tudo as condições e limitações impostas pela Secretaria de Saúde para o procedimento de busca ativa das mulheres a serem entrevistadas para a pesquisa. O pesquisador não poderia se ausentar da unidade cedida para as entrevistas, o CME, ou se deslocar fisicamente em qualquer horário ou momento à residência das laqueadas. Portanto, teve-se a utilização de ligações telefônicas como forma prioritária de procura e contato com essas mulheres. Em paralelo às ligações, foi pedido o auxílio nas UBSs das Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs), as quais também são moradoras das comunidades/bairros em que trabalham. As ACSs têm como função primordial orientar e acompanhar famílias quanto a

variados tópicos referentes à saúde, sendo essas atrizes da comunidade as verdadeiras agentes de mudança de seus territórios no caminho de uma melhora da saúde mais global não hospitalocêntrica (Piccinini & Neves, 2013). Esse aparato do sistema de saúde, portanto, foi um valioso instrumento na obtenção de informações do paradeiro e da situação social dessas mães.

O município de Paranaguá não é coberto em sua integralidade pelo sistema de atendimento comunitário das UBSs, mas as unidades que foram acionadas, mesmo com essa cobertura parcial, foram suficientes para atingir um número considerável de mulheres para o trabalho. As UBSs acionadas para auxílio foram as seguintes: Unidade de Saúde “Dr. Helvécio Chaves da Rocha” (Banguzinho), Bockman; Unidade de Saúde “Norberto Costa” (7 de Setembro), Ilha do Valadares; Unidade de Saúde “Evanil Rodrigues” (Jardim Araçá); Unidade de Saúde “Dr. Simão Aisenman” (Vila Guarani); Unidade de Saúde “Luiz Carlos Gomes” (Vila do Povo); Unidade de Saúde “Aline Marinho Zacharias” (Vila Garcia); Unidade de Saúde “Argemiro de Félix” (Habitacional), Santos Dumont; e Unidade de Saúde “Sueli Dutra Alves” (Conjunto Nilson Neves).

De um total de 45 mulheres as quais se tentou contato, três não se obteve contato ou qualquer informação de sua situação, três não realizaram a laqueadura por motivos variados e apenas cinco concordaram e se dispuseram a participar da pesquisa, enquanto as 34 restantes se recusaram. Dessas 34 negativas, as ACSs responsáveis pelos contatos conseguiram trazer informações referentes à situação familiar e social dessas mulheres. Esse pequeno levantamento revelou que 20 dessas laqueadas e seus familiares tiveram problemas e vínculo com tráfico ou drogas; já em relação às 14 restantes, foi identificada como a dificuldade primordial o relacionamento entre vizinhos ou família, como brigas, violências de forma geral e agressões; enquanto duas dessas 34 mulheres se enquadravam nas duas modalidades de problemáticas sociais.

Deve ser anotado que nessa ida a campo em busca das entrevistas muitas das mulheres procuradas não estavam acessíveis por uma série de fatores. Fatores estes que, quando devidamente compilados, revelaram-se muito surpreendentes, pois demonstraram toda uma realidade social, por vezes grave e violenta, como a que essas mulheres e suas famílias estavam tendo que lidar e conviver de forma cotidiana. A grande maioria das mulheres que fizeram o procedimento de cesárea com laqueadura em Paranaguá era ou estava em situação educacional, cultural e econômica menos favorecida. Exatamente estas, em situação mais precária, foram as mulheres que mais apresentaram resistência às abordagens das ACSs, tanto para a realização desta pesquisa quanto para essas ACSs darem cabo de seus trabalhos de saúde comunitária.

A primeira e maior das dificuldades de alcançar essas mulheres foi a constante e sucessiva mudança nos contatos telefônicos, seja os de telefonia fixa ou móvel. O segundo maior empecilho para estabelecer contato foi a frequente mudança de residência. A maioria dos endereços anotados nas fichas cadastrais tanto da laqueadura quanto nas UBSs era de residências alugadas ou emprestadas. Segundo os relatos das ACSs, em um curto período de tempo, poucos meses, essas laqueadas e suas famílias já estavam em novas residências e localidades ou em outros municípios. Esse constante movimento populacional e social dificultou e atrasou em muito o desenrolar do trabalho. Segundo os dados levantados pelas ACSs nessa ida a campo de forma geral, os fatores que motivaram as mudanças foram brigas, envolvimento com drogas e traficantes, brigas com os familiares, questões com a polícia, assuntos com o Ministério Público, problemas com o Conselho Tutelar e desavenças com os vizinhos.

Ayres et al. (2003), de forma sintética, nos orientam que no plano social a vulnerabilidade tende a ser mediada pelas noções de cidadania, de direitos humanos, de direitos à segurança, de direitos sexuais e reprodutivos, de saúde e acesso à saúde, de pertencimento cultural, de gênero, de geração, entre outras dimensões. Portanto, a presente violência exposta nesse breve relato evidencia o quão vulnerável essas mulheres e famílias se encontravam nesse município.

As condições socioeconômicas das mulheres procuradas eram variadas, mas a região onde as ACSs foram à procura dessas mães era dominada por traficantes de notória violência local. Essas condições, somadas ao fato já exposto neste trabalho da inoperância do Estado, bem como sua precariedade, são fatores, segundo Ayres et al. (2003), que potencializam as vulnerabilidades de toda a população dessa comunidade.

A violência e suas reverberações foram de forma geral o fato que mais dificultou a realização desta pesquisa. E essa questão social foi um dado relevante e altamente inesperado. Também se percebe a inexistência ou ineficácia de um suporte social, governamental e não governamental para garantir proteção a esse estrato da sociedade. Deve-se novamente anotar que o aparato assistencial (CRAS, CREAS), de responsabilidade da Secretaria de Assistência Social do município de Paranaguá, tem uma estrutura bem mais restrita que a da saúde.

3.3 Coleta de Dados e Participantes

Foi utilizada como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada (Apêndice 1), audiogravada em ambiente protegido, com a devida anuência das participantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2). As entrevistas foram realizadas com dia e hora agendada conforme a integração entre a conveniência das participantes e a disponibilidade de salas adequadas para a atividade proposta. As entrevistas foram realizadas individualmente, com exceção de uma na qual o companheiro participou a pedido de ambos os cônjuges. As selecionadas já tinham tido inúmeros contatos com o pesquisador, o que facilitou o acesso para a realização das entrevistas. Cada entrevista teve uma duração aproximada de 20 a 30 minutos.

Esse instrumento, a entrevista, é respeitado e visto, como nos conta Minayo (2014), como um rico fornecedor de dados nas atividades de campo em saúde, independentemente de sua

modalidade – entrevista fechada/estruturada, entrevista aberta/não estruturada e entrevista meio aberta/semiestruturada. A opção pela semiestruturada foi por essa modalidade estar entre a grande riqueza da não estruturada e a objetividade da estruturada. Cunha (2008) afirma que, com a entrevista semiestruturada, o entrevistador tem clareza de que informações quer, bem como estrutura um procedimento adequado para obtê-las.

Participaram da pesquisa cinco mulheres que se submeteram ao procedimento cirúrgico de laqueadura com cesárea pelo SUS. Dessa forma, foram entrevistadas somente as mulheres, e o cônjuge de uma delas, que fizeram o procedimento cirúrgico pelo SUS, sendo este o critério de inclusão na pesquisa. A coleta de dados se deu a partir de 6 meses após a realização da cirurgia.

A legislação é bem específica quanto aos parâmetros que balizam a laqueadura no SUS, os quais estão normatizados tanto na Lei nº 9.263/1996 quanto na Portaria do Ministério da Saúde nº 48/1999. Porém essa legislação abre margem para que as entidades governamentais locais formatem os parâmetros que permitem ou não que mulheres façam a laqueadura. No município de Paranaguá, foram adotadas as seguintes normas: apenas as mulheres com a somatória de todas estas características: mais de 25 anos, dois filhos ou mais, sucessivas cesarianas, e com anuência do companheiro ou familiar consanguíneo podem se submeter ao procedimento. São previstas exceções, como nos casos em que os médicos acompanhantes dos casos de gravidez de risco considerarem esse fator muito sério, bem como nos casos de exceção judicial, levando em consideração incapacidade ou um bem maior devidamente julgado e fundamentado.

No Quadro 1, é apresentada uma caracterização das participantes e das datas de entrevista e cirurgia.

Quadro 1 – Caracterização das participantes¹ e período da realização das entrevistas e cirurgia.

| Nome | Idade | Escolaridade | Estado civil | Número de filhos | Situação profissional | Data da cirurgia | Data da entrevista |
|-------|-------|-------------------------|--------------|------------------|-----------------------|------------------|--------------------|
| Ana | 29 | Ensino fundamental | Casada | 3 | Trabalha no lar | 30/01/2014 | 17/07/2015 |
| Maria | 37 | Ensino médio | Casada | 4 | Auxiliar de cozinha | 26/10/2012 | 17/07/2015 |
| Luci | 29 | Ensino médio incompleto | Separada | 3 | Não trabalha | 18/03/2013 | 31/07/2015 |
| Cida | 35 | Superior incompleto | Casada | 2 | Trabalha no lar | 25/04/2012 | 31/07/2015 |
| Rita | 40 | Superior | Separada | 2 | Professora | 09/03/2006 | 31/07/2015 |

Ana está casada com o pai de seus três filhos, desde antes dos seus 18 anos. Esse companheiro é mais velho e sustenta financeiramente a família, que é complementado pelo benefício de transferência de renda Bolsa Família. Segundo Ana, ele sempre esteve presente e é de grande auxílio em casa e com o cuidado dos filhos. Todas as crianças estavam em estabelecimentos de ensino em conformidade com suas idades. Ana é portadora de condição genética que propicia dificuldades de saúde, demandando tratamento médico contínuo, que, por sua vez, compromete a sua inserção no mercado de trabalho. Ela afirmou que, devido às doenças, comprometimentos médicos e por serem todas gestações de risco, procurou a laqueadura.

Maria estava no segundo relacionamento, com o qual possuía dois filhos menores, sendo os dois mais velhos fruto de outro relacionamento. O atual companheiro trabalhava como caminhoneiro e, portanto, com frequência estava viajando. Ela afirmou ter auxílio dos demais familiares, mãe e irmãs, para cuidar das crianças, pois trabalhava como auxiliar de cozinha para reforçar o orçamento familiar, já que não recebia ajuda financeira de seu primeiro companheiro. Maria alegava que, quando trocou a medicação anticoncepcional, engravidou de dois de seus quatro filhos e por isso procurou a laqueadura.

¹ Foram atribuídos nomes fictícios para a identificação das participantes, a fim de garantir o seu anonimato.

Luci, do momento do nascimento de seu último filho até o momento da entrevista, mais de dois anos, não teve relacionamento estável. Ela convivia com seus três filhos e com a sua mãe. Cada um dos filhos veio de um relacionamento diferente, sendo o primeiro quando ainda era muito nova, adolescente. Luci afirmou que não trabalhava, preferindo viver das pensões que recebia dos dois filhos mais velhos. Procurou a laqueadura por ter tido dois dos três filhos por mero descuido e entender que esse método era o mais seguro para prevenir uma gravidez.

Cida, desde o nascimento de seu primeiro filho, se afastou dos estudos de magistério. Não estava trabalhando formalmente e realizava apenas pequenos “bicos” como professora e cuidadora de crianças. O companheiro de Cida era trabalhador da saúde, tendo renda, segundo ela, para sustentar adequadamente a família. A entrevistada comentou que, por ter problemas hormonais, não acreditava engravidar com facilidade de seus filhos e pelo mesmo motivo não podia tomar nenhuma forma hormonal de anticoncepcional, sendo, portanto, a laqueadura, em seu ponto de vista, a forma mais fácil de prevenção.

Rita era professora na rede pública do estado do Paraná em dois períodos. Ela morava com os pais e seus dois filhos desde o nascimento de sua última menina, que coincidiu com o período de sua separação. Rita tinha contato com seu ex-marido e pai de seus filhos, bem como não recebia nenhum suporte dele. Os filhos dessa entrevistada, até o momento da entrevista, não tinham contato com o pai ou com os demais parentes desse ramo da família há mais de cinco anos. Rita sempre quis ter dois filhos e, por não se dar bem com anticoncepcionais, pois engordava, seria mais fácil de fazer a laqueadura.

3.4 Análise dos Dados

Após a adequada transcrição das entrevistas gravadas, esses dados foram tratados conforme se orienta na técnica de análise de conteúdo. A análise de conteúdo, segundo Bardin

(2011), é um conjunto de aparelhos metodológicos para entender os diversos discursos e as variadas formas de comunicação, buscando as mensagens que estão por trás da fala do sujeito pesquisado. Em suma, objetiva uma descrição sistemática e com rigor objetivo do conteúdo subjetivo do sujeito dissolvido em seu próprio discurso. Essa autora organiza o processo de análise em três fases: a pré-análise, exploração do material e tratamento do material.

- A fase da pré-análise, após a transcrição dos dados, iniciou-se com uma leitura flutuante para escolha/surgimento dos índices/categorias que foram colhidos/encontrados nas respostas das mulheres.
- A fase de exploração do material incidiu na construção das codificações (baseadas nas categorias) ou decomposição/enumeração, em função dos objetivos anteriormente levantados.
- Na fase do tratamento do material, foi empreendida uma ligação do material obtido às teorias previamente levantadas, avançando para as conclusões da pesquisa.

A partir de uma primeira leitura do material obtido e com base nos objetivos desta pesquisa, foram elegidas as seguintes categorias de análise: processo de laqueadura, percepções sobre as sexualidades e prevenção das DSTs/HIV/Aids.

3.5 Aspectos Éticos

Conforme a Resolução CNS nº 466/2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, para esta pesquisa ser iniciada, esta foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Paranaense de Otorrinolaringologia. A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Paranaguá e foram garantidos a todas as participantes

voluntárias os devidos direitos, esclarecimentos e garantias contidas na supracitada normativa, além disso assegurou-se às participantes e ao companheiro que participou total sigilo de seus dados pessoais e a possibilidade de desistência a qualquer momento do transcurso do trabalho, pontos que foram ressaltados no momento da explicação, assinatura e recolhimento dos TCLEs.

4 PROCESSO DE LAQUEADURA

Durante a coleta das entrevistas para este trabalho surgiram várias preocupações e temáticas muito abrangentes que englobam inúmeras áreas da vida dessas laqueadas indo desde a própria saúde física chegando até a vida dos companheiros. Entre as inúmeras preocupações levantadas nessas entrevistas, foi possível elencar tópicos diretamente relacionados às especificidades da laqueadura, como as motivações que levaram essas mulheres a procurarem essa modalidade contraceptiva, a legislação de planejamento familiar que regula essa cirurgia e a vasectomia. As ênfases que foram dadas pelas laqueadas nas entrevistadas, às vezes de forma emotiva, foram selecionadas exatamente por terem tido destaque ao longo do discurso delas e por serem comuns nas falas das mulheres.

O primeiro tópico, não necessariamente o mais relevante, evidencia a menção da vasectomia dos parceiros como forma substitutiva à laqueadura. Sobre esse ponto, o fator que o torna relevante e digno de nota é que, das três casadas, duas mencionaram a procura por vasectomia antes da laqueadura, como exemplificado na fala a seguir:

... ele queria, tanto que eu corri atrás em Curitiba... não deu certo. (Maria).

Bastos e Miranda (2007) observam que, diante da cultura patriarcal sob a qual estamos imersos, a mulher fica atrelada ao âmbito da maternidade e ao lar, nas tarefas internas da família; e é nesse ponto que está inclusa a decisão de ter ou não ter mais filhos. Por outro lado, Duarte, Alvarenga, Osis, Faúndes e Sousa (2003) explanam que no Brasil vem ocorrendo mudanças de conduta das famílias e em especial dos homens com relação à responsabilidade reprodutiva, tornando-os protagonistas mais ativos nos processos contraceptivos, como foi possível observar no relato anterior.

Diferentemente do encontrado por Duarte et al. (2003), a escolha por laqueadura ou vasectomia não tem correlação com a escolaridade do casal. Os autores apontam que o padrão da

escolaridade dos cônjuges, independentemente de qual dos dois, é de extrema relevância para a escolha do método definitivo, no caso vasectomia ou laqueadura. Duarte et al. (2003) afirmam que a preferência dada pelos casais com maior escolaridade é a vasectomia em detrimento da laqueadura; mesmo que se tenha que postergar por qualquer motivo. Nesta pesquisa, observa-se que os casais que escolheram a vasectomia, antes da laqueadura, eram casais com ensino fundamental (Ana) e ensino médio (Maria), enquanto entre as outras três, que escolheram a laqueadura como primeira opção, havia pessoas com maior escolaridade do que estas.

Dessa forma, é possível afirmar que, entre esses casais de maior escolaridade que escolheram como primeira opção a vasectomia, havia relações de gênero mais pautadas na equidade ou, como afirmam Duarte et al. (2003) e Garcia (2002), um maior equilíbrio entre as relações intrafamiliares. Garcia (2002) reflete sobre o que ele denomina “um novo entendimento de gênero”, o qual se baseia tanto nas novas posturas assumidas pelas mulheres quanto nas alterações das estruturas familiares, que vão modernamente muito além do “tradicional pai e mãe”, herdados e ainda muito presentes no nosso dia a dia da cultura e estrutura patriarcal sob a qual ainda estamos subjugados aqui no Brasil, introduzindo e refletindo, assim, as conformações de novo entendimento familiar como “pai e pai”, “mãe e mãe”, “avó e mãe”, entre outras variações.

Outro autor que comunga com esse entendimento referente às mudanças de postura tanto das mulheres quanto a dos casais é Bozon (2004). Mesmo que Bozon baseie seus estudos na estrutura da sociedade e cultura francesa/parisiense, pode-se observar os paralelos entre o “ranço” do “patriarcado brasileiro” e as observações sociais desse autor. Bozon foca sua leitura em particular no comportamento feminino na sociedade, sendo relatado por ele as novas posturas assumidas pelas mulheres, por exemplo, a ampliação do poder decisório das mulheres sobre o próprio corpo e natalidade em detrimento às expectativas da família e do companheiro. Em relação a esse controle do próprio corpo e quantidade de filhos, as entrevistadas disseram:

... eu já tinha três né? Aí eu queria o quarto... porque era o que eu queria, os dois casais... (Maria).

... porque simplesmente eu acho que... três filhos já... são... é ótimo (risos). (Luci).

... então quando nos casamos... né... e nós decidimos... ter logo... dois filhos e daí fazer a laqueadura. (Cida).

Observa-se que, diferentemente do que ocorria com gerações anteriores (Alves, Guimarães, Carvalho, & Pozza, 2015), essas mulheres não viam a reprodução como uma vontade de Deus, mas algo que deve ser decidido pela mulher.

Traçando um paralelo entre os relatos transcritos acima e os estudos de Bozon (2004) sobre a alteração do comportamento individual e coletivo na sociedade francesa, podemos entender que entre os pressupostos para a alteração do comportamento têm-se as questões econômicas e políticas muito mais que outros fatores. Isso porque ambas, como uma única estrutura indissolúvel, moldam e alteram o indivíduo, forçando e criando, portanto, uma nova postura diante da realidade. Bauman e Donskis (2014) corroboram e comungam com esse pensar, pois afirmam que as estruturas políticas e as iniquidades capitalistas alteram o comportamento no sentido de uma fonte geradora de medo e forma de dominação.

Nesse sentido, Santos (2013) e Castro (1983) enfatizam que no meio social e econômico era, até bem pouco tempo atrás, extremamente tímida a participação feminina no mercado de trabalho. Por exemplo, até os anos 1970, essa participação era predominantemente na prestação de serviços de natureza não econômica, em residências familiares, prostituição, entre outros não diretamente vinculados às formas convencionais da produção do capitalismo (Castro, 1983), o que foi sendo alterado ao longo dos anos (Santos, 2013). Encontramos nos discursos a seguir tanto a relação dos efeitos da economia quanto da distinção entre os tipos de trabalho econômico formal e não formal exercidos por essas mulheres.

... não só trabalho em casa com a nenê... dá mais trabalho do que fora. (Ana).

... três filhos já... são... é ótimo... não está fácil. (Luci).

Quanto aos motivos que levaram as entrevistadas a fazerem a laqueadura, elas afirmaram:

... aí eu queria o quarto (filho), daí quando eu fiquei sabendo que era, como eu tinha dois meninos, e tinha uma menina, e era uma menina, aí eu resolvi fazer a cirurgia. (Maria).

... tive a primeira com 15 anos. Daí eu não queria mais. Aí eu tive o terceiro, e eu parei. (Luci)².

... não, nunca usei anticoncepcional na vida. Não posso, sou alérgica... então quando nos casamos... né... e nós decidimos ter logo dois filhos e daí fazer a laqueadura. (Cida).

Nota-se, a partir desses relatos, um controle/poder que as entrevistadas impunham sobre a quantidade de filhos que desejavam ter, sendo a laqueadura um procedimento que auxiliou nesse exercício, o que poderia demonstrar uma maior autonomia das mulheres sobre seus corpos e vida. Essa autonomia se contrapõe à cultura brasileira “tradicional” que teve sua formação marcada por uma cultura religiosa cristã-católica, na qual a mulher devia obediência e servidão ao homem e a responsabilidade de criar todos os filhos que Deus e que a natureza determinassem (Ventura, 2004; Alves et al., 2015), assim como deveria ser responsável pelos demais deveres do lar e pelas demais pessoas da família e agregados (Freyre, 2003). Indo mais além da opressão religiosa, a mulher viria a ter posição secundária em várias outras áreas da sociedade brasileira.

As manifestações feministas no Brasil iniciaram-se em 1918 com a Dra. Bertha Lutz que, após uma visita a Londres onde sofreu forte influência dos movimentos libertários ingleses, se transformou na protagonista e na primeira a usar a imprensa como arma de luta pela emancipação da mulher (Saffioti, 1969). A partir dos anos 1940, com a Consolidação das Leis do Trabalho,

² Deve-se anotar que esta terceira entrevistada teve sua primeira filha quando adolescente e solteira. Posteriormente, quando casou, quis ter outros dois filhos com seu marido.

que garantia direitos à mulher trabalhadora, novas conquistas foram se somando: o direito à creche, aos benefícios para as agricultoras, à guarda dos filhos e à proteção da maternidade. Porém, na década de 1970, auge da repressão instaurada pela Ditadura Militar, havia a crença da “existência de uma sub-raça de brasileiros”, como o personagem Geca Tatu de Lobato, cenário que possibilitou o surgimento de projetos “não oficiais” com o objetivo de uma esterilização em massa, sendo esse fato um total desrespeito ao ser humano (Saffioti, 1969). Esse discurso gerou desdobramentos práticos, políticos e sociais discriminatórios graves.

Em decorrência da luta pela retomada da democracia nos anos 1980, das conquistas da Dra. Lutz e dos movimentos por direito das mulheres, veio à tona um novo discurso para a reprodução humana, agora baseado nos princípios do direito à saúde, na maior autonomia das mulheres nos casamentos e na definição/orientação de intervalos entre os nascimentos e o planejamento por um número ideal de filhos por família. Sendo todos esses pontos materializados nas Leis Federais nº 9.263/1996 e nº 8.078/1990 do início da década seguinte. Esse movimento também proporcionou a criação, em 1983, dos programas de assistência integral à saúde da mulher e de conselhos que garantissem maiores direitos às mulheres (Ventura, 2004). Esses programas foram responsáveis pela introdução dos direitos reprodutivos na Constituição de 1988, e foram fortalecidos pelas conferências do Cairo, em 1994, e de Beijing, em 1995, das quais o Brasil participou (Ventura, 2004). As alterações das posturas das mulheres em exigir seus direitos e ter as devidas assistências em saúde concretizadas são exemplificadas nesta fala:

Sempre da forma que eu precisei, eu perguntei. Não, não acredito que recebi alguma orientação diferente do que qualquer pessoa deva receber. (Rita).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, foi um encontro proposto pela ONU para discussão sobre a população como um todo e desenvolvimento, enfocando, também, os direitos das mulheres. Teve-se, nesse momento, a inclusão da mulher no debate sobre população, sendo introduzida a questão demográfica e dos

direitos reprodutivos no âmbito dos direitos humanos (Guarnieri, 2010). O Plano de Ação do Cairo faz um diagnóstico sobre a situação mundial das mulheres e meninas, e no corpo do capítulo IV são estabelecidos os objetivos que devem nortear a ação dos governos no tocante à melhoria da condição das mulheres, assegurando que todos – mulheres e homens – tenham direito à educação.

Essas decisões tomadas na conferência acabaram por nortear a busca da garantia das necessidades femininas básicas e o exercício dos direitos humanos. A IV Conferência Mundial sobre Mulheres de Beijing reafirmou o compromisso com os direitos humanos das mulheres, dando continuidade à agenda global para o progresso e fortalecimento da condição feminina no mundo (Guarnieri, 2010). Nesse sentido, esses tratados internacionais interferiram na construção das legislações das décadas seguintes referentes ao gênero, buscando uma maior autonomia das mulheres, o que é possível, entre outras coisas, por meio do acesso à informação de qualidade sobre a sua sexualidade e reprodução. Tal aspecto apareceu no depoimento de uma das entrevistadas:

Eu acho que era um processo normal de orientação que o médico faz. Tem de fazer sempre durante o acompanhamento, todo o período, todas as visitas... né... eu acho que as orientações... normais, na minha cabeça, no meu entendimento. (Rita).

Nota-se que os avanços conquistados no campo da construção de um processo de autonomia das mulheres, no que se refere ao controle da natalidade, à assistência, à reprodução, entre outros, são compreendidos como algo natural pelas pacientes entrevistadas, as quais desconheciam os meandros dos debates e interlocuções mundiais no sentido de garantir a melhora da condição da vida humana sob os mais diversos aspectos. Essa suposta naturalização da laqueadura oculta um controle socioestatal que dificulta a reflexão crítica e a conscientização das pessoas, em particular das mulheres.

Dessa forma, no Brasil, está começando uma postura em que se dá a opção para as mulheres poderem definir a forma contraceptiva mais adequada para seu estilo de vida, condições socioeconômicas, levando em consideração também os efeitos colaterais da contracepção, o que é um grande avanço para a independência e “libertação/liberação” sexual e um retomar do seu próprio corpo.

... tava tomando o ... o ... com ... injeção né, e tava engordando muito e eu queria fazer uma dietinha básica, e não consegui emagrecer, e só inchava, inchava. Então chega ... já tinha combinado com o Dr. A... e já foi feito com ele mesmo. E não tive nenhuma... foi muito, muito bacana até a cirurgia na hora, conversamos. (Luci).

No entanto, a legislação de planejamento familiar solicita a “anuência do cônjuge”, o que nos leva à seguinte questão: se a pessoa está em “seu devido estado mental”, qual é o motivo de necessitar da permissão do outro? A esterilização cirúrgica de pessoas casadas no âmbito do município de Paranaguá só pode ser realizada com o consentimento expresso do cônjuge ou de alguém com parentesco comprovado, o que na prática limita o direito das mulheres de optarem pela não gravidez. Essa polêmica conduta municipal fere a autodeterminação da pessoa humana e, diante das desigualdades que ainda permeiam as relações de gênero, mais uma vez a mulher fica sem a liberdade de decisão sobre o seu próprio corpo. Além disso, essa necessidade de autorização não condiz com a regulamentação da Lei nº 9.263/1996, que teve o seu art. 10º, que exigia tal autorização, vetado em 20 de agosto de 1997.

Diante dessa incongruência entre a legislação e a prática efetivada no município, procuramos uma profissional da Secretaria de Saúde do município de Paranaguá, que ocupa o cargo de direção e é assistente social, e, em uma conversa informal, perguntamos sobre a postura do município quanto à Lei nº 9.263/1996 e o seu artigo vetado em 20 de agosto de 1997. A profissional afirmou que essa postura decorria do fato de o município estar em consonância com as recomendações da Conferência do Cairo, estimulando a responsabilidade de ambos os

cônjuges, dando ênfase à corresponsabilidade masculina na contracepção e ampliando a responsabilidade do pai para com os filhos.

É notória a contradição da postura do município com o art. 12 da Recomendação Geral nº 24 sobre a saúde das mulheres, da Convenção Internacional para a Eliminação da Discriminação Contra as Mulheres, que recomenda que se deveria extinguir qualquer barreira para o acesso aos serviços de saúde, como a obrigatoriedade de autorização preliminar de cônjuge, parente ou autoridades hospitalares para qualquer intervenção (Ventura, 2004). Infelizmente, essa irregular necessidade de consentimento no município de Paranaguá também carrega o “ranço” da cultura rural-escravocrata, na qual imperava a vontade do homem, do pai, do marido, do irmão ou até mesmo do empregador, podemos também afirmar isso sobre o formato original da Lei nº 9.263/1996, que previa tal necessidade.

Para Foucault (2000), um dos maiores artifícios para a boa governança foi justamente a “descoberta” da unidade específica de microgovernos e da família. Assim, a modalidade de poder exercida sobre essa dinâmica populacional denominou-se biopolítica ou biopoder, como parte de um do processo de governamentalização do Estado agindo sobre as formas de vida. Esse poder não surge para substituir a ideia de soberania do Estado ou qualquer outra coisa, mas para atualizar o poder já existente. A postura expressa pela Secretaria de Saúde, nas palavras da assistente social, reflete bem isso que Foucault (2000) nos traz. Aqui, podemos entender que não só o Estado, mas múltiplos agentes e instituições, como os médicos, podem exercer funções de governo com um conjunto de ações que tem como objetivo determinar ou conduzir condutas para um fim que lhes pareça conveniente: “... *já tinha combinado com o Dr. A... e já foi feito com ele mesmo.* (Luci).” O saber médico transformou a mulher em objeto de análise singular em decorrência do seu aparelho reprodutor, este significando mais do que uma parte do corpo feminino, visto como um instrumento de perpetuação da espécie humana e de determinação das condutas permitidas às mulheres.

Outro ponto considerado relevante para este trabalho é a sequência dos trechos a seguir que evidencia como as cirurgias, em especial a cesárea, estão integradas ao dia a dia, ao corriqueiro e à plena normalidade da vida feminina; interpretadas e assimiladas como elementos de plena rotina e familiaridade.

... todo mundo fala, aí cesariana é... Cesárea, laqueadura é complicado..., mas não é.

(Ana).

... foi graças a Deus foi, foi tudo tranquilo. (Maria).

... três foram cesárea, graças a Deus. (Luci).

... foi ótimo. A cesárea foi ótima. No mesmo dia já estava de pé, servindo docinho para todo mundo. (Cida).

A literatura revela que o processo de decisão pelo tipo de parto, normal ou cesárea, tem interferência de elementos externos, muito além do mero querer e desejo individual/particular da mulher, como, por exemplo, por parentes/família e profissionais da saúde (Santana, Lahm, & Santos, 2015). Domingues et al. (2014) afirmam que, a partir do momento que a mulher chega com a decisão previamente tomada, o normal é não alterar sua postura ou decisão. Os demais dados levantados por esses autores nos contam que as mulheres que chegam sem preferência prévia às consultas de pré-natal acabam tendo um maior índice de cesáreas que as demais. O elemento cultural/familiar presente em frases como esta: “... foram cesárea, graças a Deus... como da mãe.” (Luci), reforça o que nos traz a literatura.

Entretanto, sabe-se que na literatura médica existem os casos indicados para a cesárea. As dificuldades para a realização de parto normal, independentemente da laqueadura, foram anotadas nas seguintes entrevistas:

... nasceu um pouco antes... eu fiquei doente, me deu gastrite, o médico falou ou você toma o remédio... ou toma remédio para gastrite é forte, e é onde começava a alterar. A pressão, aí começava a subir. (Ana).

... era uma situação atípica... a oligodramia... (Rita).

Tanto Braga (1998) quanto a ANS (2008) recomendam para ambas as situações a cesárea como forma de parto agendado ou parto por emergência como a mais segura para as gestantes e para as crianças.

Estudos como os de Braga (1998) e Barba (2015), entre outros, apontam que, antes de serem regulamentadas nos idos dos anos 1990, a cesárea e a laqueadura eram vistas como procedimentos práticos que resolviam dois problemas simultaneamente, a realização em conjunto e a laqueadura ser uma opção definitiva para aquelas que não queriam mais ter filhos. Atualmente, a opção por esse tipo de parto é incentivado e se dá por conveniência, em geral, dos médicos, que podem se programar para a cirurgia e realizar vários procedimentos em um mesmo dia (Perasso, 2015). Esses fatores alimentam o que o Ministério da Saúde considera uma “epidemia”, que já faz com que 84% dos partos na rede privada sejam cesáreas (na rede pública, a taxa é de 40%), enquanto o recomendado pela Organização Mundial da Saúde é de 15%. Esses números conferem ao Brasil o título de país com o maior índice de cesáreas (Barba, 2015).

Contudo, e na contramão desses índices, as novas regras estabelecidas pela ANS, por meio da Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015, estimulam a realização de parto normal na rede de saúde pública e privada e a conscientização das gestantes sobre os riscos apresentados pela cesárea, em comparação com as vantagens do parto natural. Além de conscientizadas, as gestantes precisam assinar um termo de consentimento sobre os riscos da cirurgia antes que ela seja realizada, eximindo os médicos da responsabilidade por intercorrências durante o parto. É inegável, porém, os benefícios da cesárea para parturientes e bebês em situação de risco, mas esse fato não pode ser levado como justificativa para aumentar o número de parturientes a procurar a

cesárea como primeira “alternativa”. Outro elemento estimulador da cesárea é que as parturientes procuram esse procedimento por ser supostamente sem dor e conveniente, como afirmam Ruano, Prohaska, Tavares e Zugaib (2007).

Também é mister anotar que a estrutura do SUS tem falhas inegáveis que são bem conhecidas, estudadas e alardeadas, como no trabalho do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC, 2003), *O SUS pode ser seu melhor plano de saúde*, no qual se tem um capítulo explanando a problemática encontrada e as possíveis alternativas de solução. Há também estudos que exploram de modo mais aprofundado a ineficiência administrativa e de gestão do SUS que compromete a qualidade (Politelo, Rigo, & Hein 2014), bem como uma “má vontade” da mídia para com o SUS, a qual denigre a sua imagem, muito bem comentada em *O SUS que não se vê*, de Lavor e Machado (2011).

Porém, nesta pesquisa, foi possível observar que os aparatos instalados funcionavam e promoviam o bom atendimento às mulheres. Mediante a análise das falas das mulheres laqueadas pesquisadas, podemos notar uma demonstração das boas práticas e bons cuidados prestados no SUS, ao contrário do que o censo comum prega (CFM & Datafolha, 2015):

... foi muito, muito bacana até a cirurgia na hora, conversamos. (Luci).

Foi uma cirurgia tranquila sem intercorrências... (Rita).

Todavia, as boas iniciativas e exemplos são pouco divulgados na mídia, a não ser por publicidade governamental (das três esferas), a qual muitas vezes vem com uma apresentação parcial de estudos ou dados, dando maior ênfase a pontos específicos e não ao conteúdo desses estudos ou dados como um todo. Mas, na contramão dessa visão midiática e da população nacional em sua maioria (CFM & Datafolha, 2015), o The New England Journal of Medicine (Macinko & Harris, 2015) publicou um estudo enaltecendo o SUS e comentando que o sistema pode ser um exemplo para o mundo em termos de saúde comunitária básica, exemplificando com o atendimento às grávidas e pacientes cardíacos. Já em 2003, o governo implantou a Política

Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) no intuito de aprimorar e desenvolver o SUS no sentido de uma melhora nos serviços e na qualidade dos atendimentos ofertados. Os cadernos HumanizaSUS (MS, 2010) produzidos pela PNH são um bom exemplo de um mecanismo da estrutura interna do SUS com o claro objetivo de se autocorriger e aprimorar os processos de atendimento direto ao público e da gestão direta em todas as esferas governamentais. Bons exemplos de gestão em municípios de Santa Catarina, nos quais a eficiência medida é bem superior à média nacional, existem e deveriam ser seguidos pelos demais patamares governamentais de Estado (Politelo et al., 2014).

Mas no contraponto ao visto anteriormente, podemos ver que a produção intelectual médica sobre o corpo feminino, em particular sobre a relação mulher-mãe, constitui uma boa parte da produção do saber médico a respeito do feminino (obstetrícia, ginecologia, p. ex.) (Foucault, 2012; Vazquez 2014).

... já tinha combinado com o Dr. A... na época antes de fazer o pré-natal, daí o Dr. A no dia... ele marcou o dia da minha cesárea, e já foi feito com ele mesmo. (Luci).

Assim, afirma Vazquez (2014), o discurso de poder médico justifica a necessidade de acompanhar de maneira diferenciada a mulher, no intuito de ampliar seu controle e perpetuar a “função social” feminina, a de ser mãe. Tudo isso alicerçado inicialmente na noção capitalista, do início da era industrial, de que o corpo passa a ser entendido como força de produção e a medicina ganha, então, um importante *status* com isso (Foucault, 1980), o de controle da reprodução e perpetuação da espécie humana. O biopoder médico entrava em jogo para a produção de uma “nova sociedade”, bem como para manutenção desta, a qual punha a mulher como responsável pelo “futuro” (Vazquez, 2014).

5 PERCEPÇÕES SOBRE AS SEXUALIDADES

As sexualidades, principalmente a feminina, sofre diversas formas de controle e regulação. As religiões, tanto ocidentais quanto as orientais, ditam regras em que predominam a autoritarismo masculino. O pecado e a tentação judaico-cristãos são diretamente associados ao corpo e especialmente à prática das sexualidades. Um exemplo foi a criação pela Igreja Católica medieval da Santa Inquisição para intervir, julgar e punir severamente, quando viável, todas as atividades da vida feminina. Mulheres que se dedicavam à medicina da época, parteiras e enfermeiras eram consideradas demoníacas, julgadas sob tortura e condenadas pela prática de bruxaria a inúmeras formas de punições extremamente violentas de forma geral (Moraes, 2011).

As conquistas das mulheres cresceram a partir dos séculos XIX e XX, quando a saúde da mulher, entre outras necessidades, foi incorporada às práticas políticas, como no atendimento público e privado da gravidez e do parto, que são exemplos de conquistas no âmbito da saúde, ao mesmo tempo que se retira da mulher a autonomia sobre o seu corpo, sendo este delegado ao profissional da saúde. Programas de controle de natalidade e planejamento familiar começaram a entrar em pauta no âmbito político brasileiro de fato no início da redemocratização e da Constituição de 1988.

Sempre se tratou socialmente das sexualidades femininas de forma velada, oculta e seu diálogo geralmente é envolvido de vergonha e timidez (Paulino & Rodrigues, 2013). Nas respostas, percebe-se essa recusa em se falar no assunto, ainda mais para um entrevistador homem:

Aham! Normal! (Maria).

Logo depois de ter filho (fez cesárea), não é a mesma coisa... (risos) ... eu acho que é porque você fica meio... machucada, assim! Meio assim! (Cida).

Nesses trechos e nas expressões das entrevistadas, podemos identificar a dificuldade e constrangimento em responder às perguntas sobre como elas, mulheres laqueadas, percebiam as suas sexualidades após a laqueadura. Apesar de ser uma expressão da visão dessas mulheres sobre as sexualidades, está embutido em seu discurso a cultura patriarcal opressora e impositora de valores culturais que alteram fortemente a maneira de vivenciar e entender as sexualidades (Araújo, Salim, Gualda, & Silva, 2012). Se falar sobre o próprio corpo já é difícil, falar de prazer é muito mais, especialmente se associarmos as recriminações judaico-cristãs como o pecado e o sexo como função reprodutiva apenas. Araújo et al. (2012) comentam:

Sendo assim, ao pensarmos os corpos e as sexualidades, é necessário considerar uma dimensão maior que a biológica, pois devem ser compreendidos em um contexto sociocultural, imbuídos de significados e que são continuamente reelaborados na vida de cada indivíduo e na história das sociedades. (p. 555).

Todas as entrevistadas afirmaram não perceber nenhuma alteração nas suas sexualidades quando compararam o antes e o depois do procedimento cirúrgico:

Não mudou nada. (Ana).

Não, normal. (Luci).

Nenhuma alteração. Nenhuma modificação. (Rita).

Esses dados levantados contradizem os achados de Araújo et al. (2012) e Moraes (2011), quando eles afirmam da redução da libido nas parturientes e no desejo de que o corpo voltasse a ter o formato e aparência anterior.

Nas respostas referentes aos parceiros e se elas perceberam alguma alteração nas sexualidades deles, elas afirmaram não terem observado alteração: “... *não... nenhuma.*” (Maria); “... *não notei nada.*” (Cida). Em apenas uma das entrevistadas casadas esteve presente o companheiro, o qual relatou “... *fiquei com medo...* (risos).” (companheiro de Ana). Esse

companheiro comentou também sobre a sua preocupação para com a saúde da companheira: “...*eu fiquei nervoso no primeiro dia que fui ver ela lá... pô já fico preocupante.*” (companheiro de Ana). Andrade (2014) comunga com os dados encontrados quanto aos medos masculinos e preocupações, dando a entender que são pontos corriqueiros aos companheiros e que interferem nas práticas sexuais do casal.

A esse respeito, uma das entrevistadas pontuou:

Não, não notou nada... (risos) ... não sei se homem nota, só nota se a mulher reclama.
(Cida).

Nessa expressão, além de podermos notar a influência cultural do machismo, temos também, como falam Trindade e Ferreira (2008), a presença de uma inércia feminina quanto às sexualidades e à ausência de comunicação entre os parceiros. Quanto à inércia, Goldenberg (2011) comenta em seu trabalho que as mulheres estão encobertas ou subjugadas pelas obrigações sociais, especialmente pelo investimento feito no papel de esposa/mãe e que, após cumprirem com essas obrigações, se sentem livres para romper com essa inércia imposta pelo social. No entanto, as mulheres pesquisadas parecem não ter rompido com essa posição, mesmo depois de terem sido mães. Já a carência de comunicação está baseada, segundo Trindade e Ferreira (2008), na vergonha e no difícil relacionamento com os companheiros. Essas autoras dão a noção de que essa situação e o relacionamento difícil vêm da estrutura social dominante. Estrutura social esta que condiciona ambos os gêneros em um nicho comportamental restrito e impregnado pela cultura judaico-cristã extremamente preconceituosa e limitante.

Pôde-se observar, portanto, que as laqueadas entrevistadas não observaram alterações entre o antes da cirurgia e o após para os tópicos levantados na entrevista: sexualidades, dores, modificações gerais, alguma alteração observável, doenças e qualquer incômodo. Apenas duas entrevistadas reclamaram da cicatriz, por questões estéticas. O nada de diferente foi a constante.

“... não” (Ana); “... não...” (Maria); “... não, nada...” (Luci); “... nenhuma mudança...” (Cida); “... não... não...” (Rita).

5.1 A Prevenção das DSTs/HIV/Aids

No que tange a essa temática é digno de nota que todas as mulheres que integraram esta pesquisa participaram também do Programa Rede Mãe Paranaense (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná [SESA], 2012). Esse programa foi organizado para prestar uma maior e melhor cobertura de atenção básica no período materno-infantil das grávidas e dos recém-nascidos. Especificamente ampliando as ações referentes ao pré-natal e puerpério com uma constante e mais frequente verificação do crescimento e desenvolvimento das crianças e o acompanhamento das mães no pré e pós-parto.

É, portanto, um conjunto de ações que envolve a captação e cuidados precoces de gestantes, por meio de acompanhamento nas UBSs do pré-natal das futuras mães, com a classificação de risco delas e dos recém-natos.

... com o cuidado, bem especial da médica, porque como existia essa situação atípica e de risco da... da placenta e... houve um cuidado, maior... no processo, de curetagem de limpeza... do... do... útero. Tudo bem certinho para não ter resquícios... (Rita).

Para pôr em prática essas atividades, e em especial a estratificação de risco, o Programa Mãe Paranaense realiza uma ampla bateria de exames no pré-natal, mais do que o recomendado pelo Ministério da Saúde:

... todos (os exames), todos no próprio pré-natal... (Luci).

... todos (os exames) junto com o pré-natal... (Rita).

Esses exames são executados por intermédio do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, mas, se o município não tiver essa disponibilidade, entra em ação a atenção

secundária (unidades 24 horas, Unidades de Pronto Atendimento – UPAs ou hospitais conveniados). O teste rápido de HIV/Aids é parte integrante dessa bateria de exames executados, os quais são feitos no município de Paranaguá pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

O CTA de Paranaguá oferta diariamente, por livre procura ou por meio de encaminhamento de qualquer profissional da Secretaria de Saúde, testagem rápida de HIV sendo ou não munícipe. O CTA, em seus levantamentos estatísticos informais, aponta que mais de 65% dos testes rápidos realizadas no município são na população masculina e a forma de procura para esse exame é a espontânea sem encaminhamento. Já as mulheres realizam a testagem, em sua maioria, por encaminhamento advindo dos obstetras ou dos ginecologistas e quase sempre no período gestacional. Raras são as exceções de mulheres que procuram de forma espontânea e menor ainda as que procuram com regularidade, como foi o caso de Maria:

... é de vez em quando eu faço os exames certinhos né... (Maria).

Os relatos das mulheres apontam, quase de forma unânime, que a preocupação em relação às DSTs é muito pequena ou quase inexistente, como relatado por Rita:

... não... sem preocupação nenhuma... (Rita).

O fim dos receios com a contracepção por conta da laqueadura aparentou ser o ponto mais relevante em seus discursos:

Acho que quanto a gestação já é assunto encerado... (risos) e já nada interessa mais. (Cida).

Nicolau et al. (2011) argumentam que a resolução da possibilidade de engravidar propicia uma despreocupação ou uma espécie de relaxamento nas tensões e cuidados quanto à gravidez. Esses autores, na sequência de sua lógica, argumentam que concomitantemente à despreocupação vem um aumento estatístico das DSTs, compondo consequentemente um padrão de negligência

na prevenção. Ayres et al. (2003) afirmam que aspectos individuais e sociais associados a um menor acesso a recursos adequados, como informações de qualidade, potencializam o grau de vulnerabilidade às DSTs/HIV/Aids. Nesse sentido, quatro das cinco entrevistadas neste trabalho afirmaram não se preocupar com as DSTs, não utilizando, ou utilizando de forma inconsistente, preservativos em suas relações sexuais:

... última foi antes de ganhar ela... (Ana).

... preservativo. Por um tempo e ... e às vezes... (Maria).

... nem o preservativo também não... (Luci).

... não usava... (Cida).

... não... (Rita).

De acordo com Vidal e Ribeiro (2008), as medidas de proteção às DSTs/HIV/Aids variam se os contatos sexuais se dão no âmbito de relacionamento estável ou ocasional. No entanto, a partir dessas falas, notamos que, independentemente do tipo de relação, não há uma preocupação com a prevenção. De acordo com Ayres et al. (2003), o conceito de vulnerabilidade é expresso por um conjunto de aspectos individuais e sociais relacionados ao grau e modo de exposição a situações com possíveis consequências indesejáveis.

Em pesquisa sobre comportamento sexual da população brasileira, Berquó (2000) afirma que ter informações, por si só, não predispõe à mudança de comportamento:

... sim ... deram cartilha. (Luci).

... sim todas as informações referentes foram repassadas... (Rita).

Pressupõe-se que o acesso à informação transforme as práticas sexuais, instaurando uma conduta de autoproteção. Entretanto, a forma como a informação é passada, as questões de gênero imbricadas no processo de negociação do uso do preservativo, o acesso ao preservativo, entre outros fatores, é que vão colaborar ou não para a redução das vulnerabilidades às DSTs/HIV/Aids (Ayres et al. 2003; Bertagnoli, 2012).

6 CONCLUSÃO

Spink (1992) definia há mais de duas décadas que a arena de atuação da Psicologia Social seria o campo entre o indivíduo e a sociedade privilegiando-se a perspectiva do paciente/usuário do serviço, concebendo a doença e o adoecer como fenômeno psicossocial, necessariamente implicado em uma ideologia vigente sobre o adoecer numa determinada sociedade e em um determinado período de tempo. De acordo com Paiva (2013), a dimensão psicossocial concebida na vertente do campo construcionista está implicada em uma noção de pessoa com autonomia, liberdade e dignidade a serem respeitadas. No entanto, a ilusão da liberdade capitalista é de difícil desmanche, proporcionando situações de violência. Martín-Baró (2003) nos conta que a pessoa que é vítima de violência muitas vezes não chega sequer a perceber, achando estar ou ser um estado “natural das coisas”. Como o relatado pelas entrevistadas, que achavam “normal” fazer o que o “médico” dissesse para ser feito.

Inicialmente, esta pesquisa tinha o objetivo de analisar se as mulheres laqueadas notavam ou não alguma alteração em suas sexualidades, o que foi mudando conforme as entrevistas foram sendo realizadas. Nesse sentido, o entendimento de que a estrutura social/ideológica se impõe e produz modos de vida, sem que a pessoa perceba, chegando a gerar doenças, gerar violências, alterou o rumo deste trabalho (Foucault, 2012; Bozon 2004; Berger & Luckmann, 2004). A vivência das mulheres entrevistadas foi sendo revelada e ampliada aos poucos. Ele era muito maior que o mero sim ou não da alteração sexual. Portanto, o processo de desconstrução e reconstrução deste trabalho passou eminentemente por um novo entendimento dessas vivências.

Quanto às suas sexualidades, as entrevistadas fizeram relatos diretos e sintéticos, comentando que não observaram alteração quanto a esse tópico e que não notaram diferença quanto ao antes e ao depois da laqueadura. O “inesperado” foi a extrema riqueza de outros assuntos que surgiram no momento da entrevista. Assuntos como a própria saúde física, a alegria

do pós-parto, outros exames, HIV/DSTs, os filhos/maternidade, a violência, entre outros que não envolviam as sexualidades.

É importante ressaltar que as respostas tão sintéticas com relação ao assunto sexualidades podem estar relacionadas ao fato de o entrevistador ser um homem, o que pode ter dificultado falar sobre um assunto que para as mulheres, em geral, é um tabu. Por outro lado, tal possibilidade pôde ser minimizada, já que essas mulheres já tinham um laço de confiança estabelecido com o entrevistador. Os anos de trabalho psicológico e atividades terapêuticas comunitárias com o pesquisador facilitaram em muito todo o processo.

A riqueza de assuntos surgiu na fala das mulheres de forma muito espontânea. O fato de o discurso da saúde/Estado ser denso e não ser dado espaço à fala do usuário é tão notório que o próprio sistema reconhece sua falha e tenta corrigi-la por meio dos vários cadernos e apostilas do HumanizaSUS, desde 2010. Ficou claro que, para uma delas, o HumanizaSUS não está “humanizando”, ou dando o espaço adequado para essa usuária se manifestar. Essas mulheres fizeram uso do espaço da pesquisa para falar de si mesmas, falar de suas prioridades/necessidades reais e falar do sistema SUS, mais do que meramente responder às necessidades de um trabalho sobre sexualidades.

Os pontos mais importantes trazidos pelas entrevistadas foram a tríade planejamento familiar, contracepção e DSTs/HIV/Aids. O entendimento foi de que a laqueadura, uma forma de planejamento familiar, pode estar contribuindo para um aumento de casos de DSTs/HIV/Aids, ou seja, tornando essas mulheres mais vulneráveis a essas doenças.

Diante do exposto, pudemos constatar que a violência surgiu como um tema recorrente. Uma violência camuflada ideologicamente (Martín-Baró, 2003), que proporcionou que as “pessoas/vítimas” não chegassem a se perceberem como vítimas. As inúmeras formas de violência percorriam a vida dessas mulheres em diversos momentos: a violência ideológica, a violência de gênero, a violência de Estado, a violência do narcotraficante, a violência intrafamiliar

e muitas outras violências. A violência no cotidiano do ser humano é a manifestação de uma estrutura social, de uma ideologia social (Martín-Baró, 2003), agravando a condição humana. Talvez, por isso, as entrevistadas se sentissem mais confortáveis para falar sobre seus filhos, a maternidade, por ser um dos poucos elementos de suas vidas que lhes desse realmente prazer, felicidade.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (2008). *O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas*. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modelo_atencao_obstetrica.pdf.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (2015). Resolução normativa - RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. *Diário Oficial da União*. Recuperado de <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg>
- Alves, A. A., Guimarães, A. S., Carvalho, E. M. O., & Pozza, G. (2015). *Mais sexo e menos pausa: a influência da menopausa na sexualidade de mulheres de diferentes gerações* (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba.
- Andrade, M. B. (2014). *A sexualidade após a maternidade: a experiência de mulheres usuárias do SUS*. Ribeirão Preto: USP.
- Araújo, N. M., Salim, N. R., Gualda, D. M. R., & Silva, L. C. F. P. (2012). Corpo e sexualidade na gravidez. *Revista Esc. Enfermagem*, 46(3), 552-558.
- Ayres, J. C. R. M., França Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia, & C. M. de Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 116-139). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barba, M. D. (2015, 21 de janeiro). Tabu alimenta epidemia de cesáreas no Brasil. *BBC*. Recuperado de http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/01/150119_cesarea_epidemia_mdb_1k.shtml
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (70a ed.). São Paulo: Editora Lisboa.
- Bastos, R. P., & Miranda, E. S. (2007). *Vasectomia como inclusão masculina no planejamento familiar*. Rio de Janeiro: Benfam.
- Bauman, Z., & Donskis, L. (2014). *Cegueira moral*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- Beauvoir, S. (2009). *O segundo sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2004). *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento* (24a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Berquó, E. (2000). *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/Aids*. São Paulo: Programa Nacional de DST/AIDS.

- Bertagnoli, M. S. F. F. (2012) *Gestantes soropositivas ao HIV: histórias sobre ser mulher e mãe* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Borges, A. L. V., & Schor, N. (2005). Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 499-507.
- Bozon, M. (2004). *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Braga, I. (1998). Contracepção cirúrgica: laqueadura. *Arquivo Ciência Saúde*, 2(2), 163-168.
- Brandão, E. R., & Heilborn, M. L. (2006). Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 22(7), 1421-1430.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan: sobre los limites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paídos.
- Castro, C. R. S. (1983). *O princípio da isonomia e a igualdade da mulher no direito constitucional*. Rio de Janeiro: Forense.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). (2009, 13 de outubro). Resolução CFM nº 1.931. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União*.
- Concelho Federal de Medicina (CFM), & Datafolha. (2015). *Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área de saúde*. Recuperado de <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/pesquisadatafolhacfm2015.pdf>
- Constituição da República Federativa do Brasil*. (1988, 5 de outubro). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- Corrêa, S., & Ávila, M. B. (2003). Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In E. Berquó (Org.), *Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Unicamp.
- Correia, M. D., Mello, V. H., Aguiar, R., & Correia Jr, M. D. (2011). *Noções práticas de obstetrícia* (14a ed.). Belo Horizonte: Cooper.
- Cunha, J. A. (2008). *Psicodiagnóstico - V* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Diniz, S. G. (2009). Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 19(2), 313-326.
- Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., Torres, J. A., D'Orsi, E., Pereira, A. P. E., Schilithz, A. O. C., & Leal, M. C. (2014). Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Suppl. 1), S101-S116.
- Donati, F. A. (2010). *Comportamento sexual e percepção do HIV/AIDS entre estudantes universitárias do IBILCE/UNESP de São José do Rio Preto* (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho", Marília.
- Duarte, G. A., Alvarenga, A. T., Osis, M. J. D., Faúndes, A., & Sousa, M. H. (2003). Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 207-216.

- Falcão Júnior, J. S. P., Rabelo, S. T. O., Lopes, E. M., Freitas, L. V., Pinheiro, A. K. B., & Ximenes, L. B. (2007). Perfil e práticas sexuais entre universitários. *Escola Anna Nery R. Enfermagem*, 11(1), 58-65.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Foucault, M. (1980). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2000). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2012). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. São Paulo: Graal.
- Freud, S. (1905). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. São Paulo: Imago.
- Freyre, G. (2003). *Casa grande & senzala* (48a ed.). São Paulo: Globo.
- Garcia, S. M. (2002). *Contracepção: uma questão para os homens?* São Paulo: Universidade de Campinas.
- Geluda, K., Bosi, M. L. M., Cunha, A. J. L. A., & Trajman, A. (2006). “Quando um não quer, dois não brigam”: um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1671-1680.
- Goldenberg, M. (2011). Afinal, o que quer a mulher brasileira? *Psicologia Clínica*, 23(1), 47-64.
- Guarnieri, T. H. (2010). Os direitos das mulheres no contexto internacional: da criação da ONU (1945) à Conferência de Beijing (1995). *Revista Eletrônica da Faculdade Metodista Granbery*. Recuperado de <http://re.granbery.edu.br>
- Guilhem, D., & Novaes, M. R. C. G. (2010). Ética e pesquisa social em saúde. In S. Fleischer, & P. Schuch (Orgs.), *Ética e regulamentação na pesquisa antropológica* (pp. 217-248). Brasília: Letras Livres.
- Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). (2003). *O SUS pode ser seu melhor plano de saúde* (2a ed.) Brasília: Ministério da Saúde.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2010). *Censo Paraná 2010*. Recuperado de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_parana.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2013). *Atlas Brasil 2013*. Recuperado de <http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo>
- Lavor, A. D. B., & Machado, K. (2011). *O SUS que não se vê* (104a ed.) Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Recuperado de www.ensp.fiocruz.br/radio
- Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (1990, 12 de setembro). Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.

- Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (1996, 15 de janeiro). Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
- Leite, M. T. F., Costa, A. V. S., Carvalho, K. A. C., Melo, R. L. R., Nunes, B. M. T. V., & Nogueira, L. T. (2007). Saber e prática contraceptiva e prevenção de DST/HIV/AIDS em universitários da área da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(4), 434-438.
- Macinko, J., & Harris, M. J. (2015). Brazil's family health strategy: delivering community-based primary care in a universal health system. *The New England Journal of Medicine*, (372), 2177-2181.
- Martin-Baró, I. (2003). *Poder, ideología y violencia*. Madrid: Trotta.
- Merleau-Ponty, M. (1980). *Os pensadores: textos selecionados*. São Paulo: Abril Cultural.
- Minayo, M. C.S. (2014). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde* (14a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Educação (MEC). (2007). *Gênero e diversidade sexual na escola: reconhecer diferenças e superar preconceitos secretário de educação continuada, alfabetização e diversidade*. Brasília: Imprensa Nacional.
- Ministério da Saúde (MS). (1999, 17 de janeiro). Portaria SAS/MS nº 48, de 11 de janeiro de 1999. Planejamento Familiar. *Diário Oficial da União*.
- Ministério da Saúde (MS). (2010). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde* (2a ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (MS). (2011). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Morais, F. R. (2011). *Interface da sexualidade na parturição: perspectiva de mulheres*. Rio de Janeiro: Editora UERJ.
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2006). Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. *Psicologia & Sociedade*, 18(1), 49-55.
- Nicolau, A. I. O., Moraes, M. L. C., Lima, D. J. M., Ribeiro, S. G., Aquino, P. S., & Pinheiro, A. K. B. (2011). Perfil sexual de mulheres esterilizadas: comportamentos e vulnerabilidades. *Revista Rene*, 12(2), 253-260.
- Organização das Nações Unidas (ONU). (1994). *Declaração e Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento*. Recuperado de <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>
- Organização das Nações Unidas (ONU). (1995). *Declaração e Programa de Ação da Conferência Mundial sobre Mulheres*. Recuperado de <http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/a--20.en>

- Osis, M. J. D., Faúndes, A., Sousa, M. H., & Bailey, P. (1999). Consequências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubária. *Caderno de Saúde Pública*, 15(3), 521-532.
- Paiva, V. (2013). A dimensão psicossocial do cuidado. In V. Paiva, G. Calazans, & A. Segurado (Orgs.), *Vulnerabilidade e direitos humanos* (pp. 41-72). Curitiba: Juruá.
- Paulino, J. A. L., & Rodrigues, L. P. (2013). Construção de sentidos e identidade feminina na pós-modernidade: o que dizem as tiras da Mafalda. *Antares: letras e humanidades*, 5(9), 155.
- Penha, J. (2013). *Como ler Wittgenstein*. São Paulo: Paulus.
- Perasso, V. (2015, 19 de julho). 'Epidemia' de cesáreas: por que tantas mulheres no mundo optam pela cirurgia? *BBC*. Recuperado de http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/07/150719_cesarianas_mundo_rb.
- Piccinini, C. A., & Neves, R. (2013). A saúde bate à porta: olhares sobre a prática dos agentes comunitários de saúde. In S. Paulon, & R. Neves (Orgs.), *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado* (pp. 83-98). Porto Alegre: Editora Sulina.
- Politelo, L., Rigo, V., & Hein, N. (2014). Eficiência da aplicação de recursos no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) nas cidades de Santa Catarina. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 3(2), 45-60.
- Queiroz, A. B. A., & Arruda, A. (2006). Refletindo sobre a saúde reprodutiva e a situação de infertilidade. *Cadernos Saúde Coletiva*, 14(1), 163-178.
- Ruano, R., Prohaska, C. Tavares, A. L., & Zugaib, M. (2007). Dor do parto: sofrimento ou necessidade? *Revista Assoc. Médica Brasileira*, 53(5), 377-388.
- Saffioti, H. I. B. (1969). *A mulher na sociedade de classes mito e realidade*. São Paulo: Quatro Artes.
- Santana, F. A., Lahm, J. V., & Santos, R. P. (2015). Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, 17(3), 123-127.
- Santos, T. S. (2013). A condição feminina: dupla jornada de trabalho. In *III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais*. Belo Horizonte.
- Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). (2012). *Linha Guia Rede Mãe Paranaense*. Recuperado de www.saude.pr.gov.br
- Spink, M. J. P. (1992). A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. *Saúde e Sociedade*, 1(2), 125-139.
- Subprocuradoria-Geral de Justiça para Assuntos de Planejamento Institucional (SUBPLAN). (2016). *Sistema de informações e indicadores municipais*. Recuperado de <http://www2.mppr.mp.br/cid/paranagua.pdf>
- Trindade, W. R., & Ferreira, M. A. (2008). Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(3), 417-426.

- Vazquez, G. G. H. (2014). Sobre os modos de produzir as mães: notas sobre a normatização da maternidade. *Revista Mosaico*, 7(1), 103-112.
- Ventura, M. (2004). *Direitos reprodutivos no Brasil*. Brasília: Fundo de Populações das Nações Unidas. Recuperado de www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos.pdf
- Vidal, E. I., & Ribeiro, P. R. M. (2008). Algumas reflexões sobre relacionamentos afetivos e relações sexuais na adolescência. *Fractal: Revista de Psicologia*, 30(2), 519-532.
- Watanabe, D. K. (2012). *O livro da filosofia*. São Paulo: Globo Ed.
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (5a ed.). São Paulo: Bookman.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Roteiro de Entrevista

Entrevistada nº: _____

Idade: _____

Estado civil: _____

Data da entrevista: _____

Data da cirurgia: _____

Profissão: _____

Questões desencadeadoras:

- Me fale sobre como resolveu fazer a laqueadura?
- Quantos filhos você tinha quando resolveu fazer a laqueadura?
- E como foi a cirurgia?
- Depois da cicatrização, notou alguma diferença na relação sexual? E o seu parceiro?
- Você faz alguma ligação da sexualidade com a cirurgia?
- E as doenças sexuais como Aids e outras? Você já teve alguma DST? Já fez o teste de HIV? Você se preocupa? Toma algum cuidado?

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar de um estudo que tem por objetivo descrever se há mudanças das sexualidades das mulheres que se submeteram à laqueadura com cesárea.

Para a realização da pesquisa, serão realizadas entrevistas semiestruturadas audiogravadas com mulheres que se submeteram ao procedimento de cesárea com laqueadura pelo SUS. Cada entrevista durará em torno de 45 minutos. As mesmas serão gravadas e após seu término serão devidamente transcritas, para fins de análise. Este momento pode trazer algum constrangimento para você, porque será solicitado que você conte algumas coisas de sua vida pessoal, mais especificamente sobre a sua sexualidade, e será solicitada a sua permissão para usar um gravador para registrar a sua fala, mas esperamos que traga benefícios para você, para outras mulheres e para os profissionais de saúde. Além disso, é por meio das pesquisas que são possíveis as percepções de diagnósticos de possíveis problemas ou situações críticas, auxiliando assim na busca de soluções para os mesmos.

O pesquisador Cláudio Munhoz Rozsanyi de Menezes, responsável pela pesquisa, é discente do Mestrado de Psicologia Social Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná e poderá ser encontrado no telefone 41 9226-8883 e/ou e-mail claudiomunhozdemeneses@gmail.com. O pesquisador está sendo orientado pela Professora Doutora Grazielle Tagliamento, que é Docente e Pesquisadora do Mestrado de Psicologia Social Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná e poderá ser acionada pelo fone 41 9838-0980 e/ou e-mail: tagrazi@usp.br.

Para podermos realizar a pesquisa **“Análise das Consequências da Laqueadura sobre as Sexualidades de Mulheres que se Submeteram ao Procedimento pelo SUS”**, precisamos de sua colaboração autorizando a sua entrevista.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa são de responsabilidade da

pesquisadora. Pela sua participação na pesquisa você não receberá qualquer valor em dinheiro. As informações existentes neste documento são para que a senhora entenda perfeitamente os objetivos desta pesquisa, e saiba que a sua participação é espontânea. Você poderá interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe acarrete qualquer tipo de prejuízo.

Garantimos o total sigilo dos dados aqui obtidos, assegurando que o tratamento dos mesmos será realizado dentro dos princípios éticos que regem os procedimentos em pesquisa.

Antecipadamente, agradecemos a sua valorosa colaboração que contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento nesta área e sem a qual este estudo não poderia ser realizado.

Eu, _____, declaro que li este termo e recebi informações sobre a pesquisa e que concordo em participar desta pesquisa, além disso, compreendo que poderei interromper a minha participação a qualquer momento.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com a Sra.

Paranaguá, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante

Pesquisador Responsável