

Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas

Reasons why sterilized women refused reversible contraceptive methods

Marta Lucia de Oliveira Carvalho^a e Néia Schor^b

^aDepartamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil. ^bDepartamento de Saúde Materno-Infantil. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Descritores

Saúde da mulher. Anticoncepção, métodos. Esterilização tubária. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Serviços de planejamento familiar. Educação em saúde. Medicina reprodutiva.

Keywords

Women's health. Contraception, methods. Sterilization, tubal. Health knowledge, attitudes, practice. Family planning services. Health education. Reproductive medicine.

Correspondência/ Correspondence:

Marta L. de O. Carvalho
Rua Moreira Cabral, 191
86010-710 Londrina, PR, Brasil
E-mail: marta-londrina@uol.com.br

Resumo

Objetivo

Identificar as representações sobre os métodos contraceptivos que poderiam ser alternativas à esterilização, para um grupo de mulheres esterilizadas, visando a entender os motivos de rejeição a esses métodos.

Métodos

Trata-se de trabalho descritivo, qualitativo, cuja população estudada foi constituída por 31 mulheres esterilizadas, aleatoriamente selecionadas da listagem de pacientes atendidas pelo Programa de Planejamento Familiar de um ambulatório de um hospital universitário. As informações foram obtidas das mulheres estudadas por meio de entrevistas semi-estruturadas. As transcrições foram analisadas segundo o método de Análise de Conteúdo.

Resultados

A rejeição aos métodos contraceptivos esteve baseada em representações resultantes de informações técnicas recebidas em serviços de saúde, de vivências anteriores com esses métodos ou de informações recebidas do meio social. A rejeição aos métodos hormonais e DIU baseou-se principalmente em representações de baixa inocuidade; os métodos comportamentais (Tabela, Billings) foram rejeitados por representações de baixa eficácia; os métodos de barreira (diafragma e camisinha), por dificuldades no uso desses métodos relacionados a padrões culturais de exercício da sexualidade e representações de baixa eficácia.

Conclusões

A opção pela esterilização feminina pode ser indicativa de rejeição às alternativas contraceptivas oferecidas pelos serviços de saúde. Os profissionais da área de saúde reprodutiva devem aprofundar seu conhecimento sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e culturais que podem influenciar as mulheres na procura por um método contraceptivo que assegure maior controle de sua própria fecundidade.

Abstract

Objective

To identify the representations of contraceptive methods within a group of sterilized women, aiming at understanding the reasons why they refused those methods.

Methods

A descriptive qualitative study was carried out on 31 sterilized women, randomly

Baseado em tese de doutorado apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em 2002.

Recebido em 4/8/2004. Reapresentado em 29/4/2005. Aprovado em 14/6/2005.

selected from a list of patients attending the Family Planning Program of a university hospital. Data was collected through a semi-structured interview. Interview transcription was analyzed according to the Content Analysis method.

Results

Refusal to other contraceptive methods was based on representations formed from a mixture of technical information received at health service units, their previous experiences with contraceptive methods and information received in the social environment. Rejection of high efficacy methods (hormonal and IUD) was mostly based on their low innocuousness; refusal to fertility awareness methods (calendar calculation, Billings ovulation method) was due to their low efficacy; and rejection of barrier methods (condom, diaphragm) was due to a culturally patterned sexuality full of interdictions as well as to their low efficacy.

Conclusions

The option for female sterilization may be indicative of the refusal to the contraceptive alternatives offered by health services. Reproductive health professionals should increase in their practice the knowledge about personal, socio-economic and cultural factors that affect women's choice of a contraceptive method that could guarantee a better control over their own reproductive life.

INTRODUÇÃO

A legislação brasileira indica condições para a realização da esterilização feminina voluntária nos serviços de saúde, incluindo atendimento por equipe multidisciplinar, informação e acesso a todos os métodos contraceptivos reversíveis, preconizados pelo Ministério da Saúde. Tal medida tem a intenção de possibilitar que mulheres mal informadas ou sem acesso às alternativas contraceptivas possam reavaliar sua opção.

No Brasil, 31,1% das mulheres de 15 a 54 anos estavam esterilizadas em 1986 e após 10 anos, já eram 40,1%, fazendo da esterilização feminina o método contraceptivo mais usado no País (Berquó,² 1999).

Existem dois tipos diferentes de demanda em contracepção: espaçamento do nascimento de filhos e não desejar ter mais filhos. Nesta última demanda, a esterilização feminina tem sido o método contraceptivo mais adotado.

A opção por um método contraceptivo, mesmo quando baseada em informações corretas, não é isenta de conflitos: métodos de maior eficácia apresentam maiores riscos de efeitos colaterais e mais contra-indicações. Por outro lado, métodos mais seguros em relação à saúde (comportamentais e de barreira) são os que apresentam maiores índices de falhas⁹ (Tabela 1).

Considerando-se que o aborto não é disponível no Brasil como alternativa legal, o risco de falha do método e ocorrência de uma gravidez não desejada pode ter influência na decisão pela esterilização, com repercussões incalculáveis no projeto de vida das mulheres.

Fator importante na análise dos altos índices de esterilização feminina poderia ser a desaprovação aos métodos contraceptivos reversíveis oferecidos, quanto a eficácia, inocuidade ou até mesmo aceitação cultural.

Muitas mulheres que buscam a esterilização feminina, mesmo recebendo informações e a garantia de acesso a outros métodos contraceptivos, mantêm sua intenção de esterilizar-se. O conhecimento ordinário ou do senso comum sobre os métodos contraceptivos poderia exercer maior influência no processo de decisão do que as iniciativas de fornecimento de informação por meio de ações educativas. As representações sobre os diversos métodos contraceptivos são formadas a partir das informações técnicas, de vivências anteriores das mulheres e de informações obtidas com seu grupo social. As mulheres chegariam ao serviço de planejamento familiar já com representações negativas a respeito dos métodos alternativos à esterilização e, além disso, as informa-

Tabela 1 - Taxa de falha dos métodos contraceptivos, expressa em número de gravidez por 100 mulheres no primeiro ano de uso.

Método	Taxa de falha
Tabela (Ogino Knaus)	9 a 20
Billings	3 a 20
Preservativo masculino (condom)	3 a 14
Preservativo feminino	1,6 a 21
Diafragma	2,1 a 20
Espermaticidas	6 a 26
DIU (Tcu 380 A)	0,6 a 0,8
Pílulas combinadas	0,1 a 6-8
Pílula progestogênio puro + Lactação	0,5 a 1
Injetáveis trimestrais (AMP-D)	0,3
Injetáveis mensais combinados	0,1 a 0,6
Vasectomia	0,1 a 0,15
Laqueadura tubária	0,5

Fonte: Ministério da Saúde,⁹ 2002

Tabela 2 - Características sociodemográficas e de vida reprodutiva das mulheres entrevistadas.

Características	Média	Mediana	Moda	Mínimo-Máximo
Idade (anos)	37	36	36 e 39	30-46
Anos de estudo	6	5	4	0-12
Renda pessoal (R\$)	147,00	15	0	0-900,00
Renda familiar (R\$)	603,00	500,00	500,00	120,00-2.000,00
Número de habitantes/ domicílio	5	5	5	3-9
Renda <i>per capita</i> no domicílio (R\$)	126,00	100,00	130,00	24,00-500,00
Idade início atividade sexual (anos)	19	18	16 e 18	15-34
Idade no primeiro parto (anos)	22	20	17	16-36
Anos disponíveis à reprodução*	14	14	14	3-25
Número de MAC usados	4	4	3	2-7
Número de filhos	3,6	3	3	2-7
Idade na esterilização (anos)	34	33	33	30-46

*Anos compreendidos entre início de atividade sexual e a esterilização
MAC: Método anticoncepcional

ções oferecidas não seriam eficientes para reverter esse quadro de rejeição.

Assim, o objetivo do presente trabalho foi identificar as representações sobre os métodos contraceptivos que poderiam ser alternativas à esterilização, para um grupo de mulheres esterilizadas, visando a entender os motivos de rejeição a esses métodos.

MÉTODOS

Trata-se de trabalho descritivo, qualitativo, cuja população estudada foi constituída por 31 mulheres esterilizadas, aleatoriamente selecionadas da listagem de pacientes atendidas pelo Programa de Planejamento Familiar do ambulatório de um hospital universitário. Esse serviço funciona de acordo com a legislação vigente sobre esterilização voluntária, com atendimento por equipe multiprofissional, informação e garantia de acesso aos diversos métodos contraceptivos reversíveis.

As informações foram coletadas por meio de entrevistas semi-estruturadas com roteiro temático (Bardin,¹ 1995), realizadas no domicílio das entrevistadas. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Procedeu-se à análise categorial, por desmembramento do texto em unidades temáticas definidas pelo roteiro da entrevista.

As mulheres entrevistadas assinaram termo de consentimento informado e o projeto de pesquisa foi analisado por Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

RESULTADOS

As características sociodemográficas e os dados relativos à vida reprodutiva das mulheres entrevistadas são apresentados na Tabela 2. Entre as mulheres entrevistadas, 90% eram casadas ou em união estável e, em 32% dos casos, houve mais que um parceiro/cônjuge em sua vida.

Todas as entrevistadas usaram pelo menos dois métodos contraceptivos reversíveis antes da esterilização (em média 3,8 tipos). Alguns desses métodos foram adotados por mais tempo; outros foram experimentados por curto período e abandonados, por não serem aprovados pela mulher, pelo parceiro ou pelo casal. Outros métodos, ainda que conhecidos, foram rejeitados sem serem experimentados, com base em suas representações negativas.

Em todas as entrevistas evidenciou-se a busca pelo método contraceptivo que proporcionasse a combinação ideal de fatores: alta eficácia; inócuo à saúde; fácil de usar, aceitável aos seus costumes e que também fosse aceito pelo parceiro sem resistências. A expectativa mais intensamente referida foi de alta eficácia, característica fortemente associada à laqueadura tubária em todas as entrevistas. Os métodos contraceptivos conhecidos e usados por essas mulheres estão discriminados na Tabela 3.

Foram descritas variadas motivações para interrupção do uso de métodos ou para a sua rejeição sumária, sem experimentação. Esses resultados foram agrupados de acordo com as características dos métodos

Tabela 3 - Métodos contraceptivos conhecidos e/ou usados pelas entrevistadas, antes da esterilização.

Método contraceptivo	Conheciam o método		Usaram o método	
	N	%	N	%
Pílula	31	100	29	94
Condom	31	100	21	68
Coito interrompido	31	100	17	55
Injetável	27	87	9	29
DIU	31	100	6	19
Tabela	27	87	5	16
Billings	15	48	0	0
Diafragma	29	94	0	0

Tabela 4 - Frequências dos motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis, segundo características dos métodos.

Método	Pílula	Condom	Coito interrompido	Injetáveis	DIU	Tabela	Billings	Diafragma
Inocuidade	25	5	0	10	16	0	0	3
Eficácia	8	9	14	9	13	23	3	3
Facilidade de uso	3	1	0	8	5	11	1	9
Aceitabilidade	0	22	15	0	5	0	1	11
Disponibilidade	1	0	0	4	2	0	0	0
Sem opinião	0	1	4	4	5	0	11	13
Contra-indicado	2	0	0	0	0	0	0	0
Não conhece	0	0	0	4	0	4	16	2

Negrito: maiores frequências de respostas em relação às categorias.

apontadas como motivo da rejeição (Tabela 4). As vivências com os métodos reversíveis foram categorizadas pela ótica da rejeição, usando como fio condutor as características desses métodos, conforme definidas pelo Ministério da Saúde⁹ (2002).

DISCUSSÃO

Como trabalho qualitativo, realizado sobre 31 depoimentos, não se pretendeu resultados generalizáveis, mas descrever alguns modos possíveis de representação dos métodos contraceptivos reversíveis entre mulheres. Assim, espera-se contribuir para que profissionais de saúde reprodutiva aprofundem seu conhecimento sobre a lógica das mulheres que solicitam a esterilização.

Pílula: as principais motivações para rejeição da pílula, em 26 das 31 entrevistas, foram relacionadas à sua baixa inocuidade. Os efeitos colaterais mais citados: náuseas, vômitos, dor de cabeça, enxaqueca, dor de estômago, azia, tonturas, mal-estar, irritação, nervosismo, aumento de peso, pressão alta, varizes, dor nas pernas, diminuição da libido. Esses efeitos adquirem importância para as mulheres a partir do impacto negativo em sua qualidade de vida.

A prescrição médica para o uso da pílula deveria ser regra, já que sob a mesma denominação de “pílula anticoncepcional” estão uma série de formulações contendo diferentes tipos e dosagens de hormônios sintéticos. A escolha aleatória de uma dessas formulações, sem acompanhamento médico, pode contribuir para a má adaptação ao método, pela falta de controle de possíveis efeitos colaterais. Além disso, a prescrição leiga e venda sem receita médica apareceram com frequência, e apenas 48% das entrevistadas fazem referência a algum tipo de assistência médica durante o seu uso.

A ocorrência de efeitos colaterais toma contornos mais sérios quando a assistência à saúde é quase sempre sinônimo de filas, esperas, falta de vagas e atendimento apressado. Em locais onde a infra-estrutura de assistência à saúde é insuficiente, seria recomendável o uso de métodos que tivessem pouco ou ne-

nhum efeito colateral mas, infelizmente, estes métodos inócuos à saúde são também os que têm as taxas de falha mais altas, expondo as usuárias a risco de gestações indesejadas ou abortos inseguros.

Algumas entrevistadas insistiram no uso da pílula durante anos, mesmo apresentando efeitos colaterais. Muitas interrompem o uso da pílula para tentar outras possibilidades, mas acabavam voltando a usá-la, descrevendo como menos problemático conviver com os efeitos colaterais do que com a ocorrência de uma gravidez indesejada, sem recurso legal de resolução. Detectou-se a percepção, um tanto quanto fatalista, de que todos os métodos contraceptivos causariam algum problema e a escolha recairia sobre aquele que, pelo menos, tivesse a eficácia mais aceitável.

A pílula anticoncepcional, escolhida por sua alta eficácia, acaba potencializando o risco de gravidez devido à descontinuidade em seu uso provocada por efeitos colaterais. O conflito constante entre não querer interromper o uso da pílula, por medo de engravidar e, ao mesmo tempo, não poder mais tolerar seus efeitos colaterais, levou a uma possível estratégia para lidar com a situação: o “esquecer de tomar”, citado em algumas entrevistas.

Corrêa & Petchesky⁴ (1996) consideram desrespeito ao princípio da autonomia das mulheres, a postura comum de profissionais de saúde que desconsideram as queixas das mulheres quanto aos efeitos colaterais da pílula como se eles fossem “esperados”, ou de pouca importância.

Condom: em 71% das entrevistas, a rejeição ao condom esteve ligada à sua aceitabilidade. Na maioria dos casos, a rejeição é masculina, com motivos nem sempre bem explicitados. Nota-se a diferença entre as extensas argumentações e justificativas apresentadas quando a mulher rejeita um método, como se, no caso dela, isto fosse necessário, enquanto que no caso do homem, o argumento “ele não gosta” parece ser suficiente. Pode estar implícita a falta de poder de negociação da mulher, que prefere usar algum método feminino, mesmo sofrendo efeitos colaterais, do que argumentar com seu parceiro sobre o uso do condom.

Há também a rejeição partindo da mulher, com argumentos como “quebra do ritmo da relação”, “não saber usar” ou até mesmo “não ficar bem”, ligado à caracterização do condom como método apropriado para relações eventuais, já que seu uso é frequentemente mais associado à prevenção de DST/Aids que à contracepção (Marchi,⁸ 2000).

Na assistência ao planejamento familiar, quando existe a necessidade da suspensão de uso de determinado método, é conduta comum o fornecimento do condom até que se retome o uso do método interrompido ou se inicie o uso de outro. Tal conduta pode deixar a mulher em risco de gravidez, já que é comum a rejeição do parceiro ao condom. Faz-se necessária uma melhor discussão com a mulher sobre o uso do condom como método substitutivo, considerando-se que a falta de comunicação entre os casais é comum, assim como a responsabilidade da contracepção como atribuição feminina (Carvalho et al,³ 2001).

O receio de possíveis falhas do método foi a segunda maior causa de rejeição ao condom. A falha, traduzida sempre como rompimento da camisinha, pode estar ligada à qualidade do produto ou à incorreção na técnica de colocação. Essa última hipótese é bastante plausível, uma vez que a técnica de colocação não é divulgada amplamente com clareza, evitando-se a veiculação da imagem, por motivos obviamente moralistas.

Coito interrompido: é considerado um dos métodos reversíveis mais usados no mundo, adotado por 13% dos usuários desses métodos, segundo dados provenientes de DHS (Demographic and Health Surveys) de diversos países. Esse percentual pode ser ainda maior, uma vez que o uso de métodos tradicionais, de forma concomitante ou intercalada com métodos de alta eficácia, nem sempre é relatado pelos informantes nas pesquisas (Rogow & Horowitz,¹⁰ 1995).

No presente estudo, o uso do coito interrompido apareceu em 55% das entrevistas, nos intervalos de uso de outros métodos como pílula, injetáveis ou DIU, ou em referências do tipo: “não uso nada, só evito”, sendo esse “evitar” explicado como o uso do coito interrompido. Esse método pode ser subestimado em pesquisas onde não se busque intencionalmente a ocorrência de seu uso.

A interrupção da penetração antes do término do ato sexual foi relatada como fator de prejuízo do prazer, ficando um sentido de algo não finalizado, ou até descrito como “estranho”.

Houve relatos frequentes de falha desse método,

com representações como “não confiável”, “arriscado”, principalmente entre mulheres que já tinham a paridade desejada atingida ou até ultrapassada.

Injetáveis: as irregularidades menstruais são os efeitos colaterais mais comuns a eles atribuídos, sendo possíveis sangramentos intermenstruais, fluxo menstrual aumentado e quadro de amenorréia no final de um ano de uso, conforme o tipo utilizado (Hatcher et al,⁶ 2001). Apesar de ser um dos efeitos mais conhecidos e explicados, a amenorréia parece não ter aceitação unânime entre médicos com relação às suas consequências. Talvez as informações não circulem de forma clara entre profissionais da saúde e paciente, persistindo a representação da amenorréia como um estado patológico.

Os sangramentos que diferem do ritmo conhecido também foram interpretados pelas entrevistadas como algo não saudável, sendo as possíveis “hemorragias” o mais forte motivo de rejeição ao método. Além disso, há reforço na representação da menstruação regular como um sinal de saúde, pois uma das questões investigadas em qualquer anamnese é a regularidade menstrual. A regularidade do ciclo menstrual é também o indicador mais seguro e visível de que uma gravidez indesejada não aconteceu. Provocando irregularidades, o injetável inspira insegurança constante em suas usuárias.

A forma de administração do anticoncepcional injetável, que traria a vantagem de substituir a dose diária de hormônio por uma injeção mensal, pode não transmitir segurança em sua eficácia, justamente por essa característica. Segundo as entrevistadas, o intervalo de muitos dias entre as injeções poderia facilitar um escape de ovulação, ou ainda, aumentar a possibilidade de esquecimento.

A via de administração, por injeção intramuscular, causa sempre alguma dor, sendo temida e até evitada por muitas pessoas. O “medo de injeção” é comum, e também foi citado como motivo de rejeição.

DIU (Dispositivo Intra-Uterino): O efeito colateral mais associado ao uso do DIU é o aumento do fluxo menstrual, tanto em número de dias como em volume de fluxo (Hatcher et al,⁶ 2001), podendo ser indicada a retirada em caso de sangramento excessivo que possa comprometer a saúde da usuária (Ministério da Saúde,⁹ 2002). O fluxo menstrual normal seria de 100 a 150 g de sangue, avaliação inviável num serviço de saúde, ou até mesmo para a própria mulher, que acaba criando um padrão de normalidade próprio, com o qual está acostumada. Daí a subjetividade na avaliação desse efeito

colateral, uma vez que o profissional de saúde depende principalmente do padrão próprio da mulher para avaliar possível menorragia (fluxo aumentado) ou hipermenorréia (fluxo e duração aumentados). A rejeição ao DIU como provocador de “hemorragia” foi freqüente no grupo entrevistado.

Outra característica citada na rejeição ao DIU é a dependência em relação a um serviço de saúde para a interrupção do uso do método. Isto pode ser um problema quando a mulher tem dificuldades no acesso à consulta médica ou quando sente que suas queixas não são valorizadas pelo profissional de saúde.

Apesar de não ser um efeito colateral indicado nos estudos sobre o DIU, para algumas mulheres, ele poderia aumentar o risco de câncer uterino.

A possibilidade de uma gravidez ocorrer em usuárias de DIU é real, e se reveste de importância pelo fato do conceito em desenvolvimento e o DIU situarem-se dentro do útero, ainda que separados pelas membranas do feto. A possibilidade de uma mulher gestar uma criança no mesmo espaço que um “corpo estranho” é uma possibilidade altamente rejeitada por algumas entrevistadas, sendo associada a suspeita que ele possa ser um método abortivo e originando toda uma argumentação baseada na negação ao aborto.

A percepção do DIU como um “corpo estranho” é outro argumento para a rejeição do método, aparecendo como negação vigorosa à possibilidade de conviver com o artefato inserido em seu corpo.

Tabela ou Método Ogino-Knaus: apesar de ser conhecido por 93% das entrevistadas, sua utilização foi rara (16%) e por curto período de tempo. Em apenas quatro entrevistas as mulheres afirmaram não conhecer o método, mas na maioria dos casos, o conhecimento revelou-se incorreto quanto à técnica de cálculo.

O risco de falha no uso da Tabela é de 20% (Hatcher et al,⁶ 2001), mas entre as entrevistadas, todas as que usaram a Tabela, engravidaram. Falha do método, falta de orientação adequada sobre o uso, terapia hormonal que alterou o ciclo ou simplesmente dificuldade do casal em manter a abstinência nos dias férteis foram os motivos para tão baixa eficácia. Os mesmos questionamentos a respeito da eficácia da Tabela foram encontrados por Marchi⁸ (2000).

Fundamentada no conhecimento do ciclo menstrual da mulher e delimitação dos dias férteis, a eficácia da Tabela depende de razoável regularidade do ciclo. Este pré-requisito de “ser regulada” é conhecido por algumas mulheres. Em caso de irregularidade

freqüente, ou de alteração do ciclo pelo uso de terapia hormonal, o método não é indicado.

A técnica de uso da Tabela exige que a mulher observe e anote a duração de seus ciclos menstruais durante seis meses, no mínimo, para aplicação de fórmula de cálculo dos limites do período fértil. A observação dos ciclos não pode ser feita sob uso de contraceptivos ou terapias hormonais, a fim de não descaracterizar o ciclo natural da mulher, sendo indicado um método de barreira neste período. Para mulheres unidas ou com atividade sexual regular, e considerando-se a rejeição masculina ao uso do condom, restaria como alternativas, o uso do condom feminino ou a abstinência sexual durante esse período de observação dos ciclos.

Diafragma: entre as mulheres entrevistadas, 45% não souberam expressar sua opinião sobre esse método. Isso porque o pouco contato em palestras ou atividades educativas, associado à inexistência de relatos de uso entre mulheres de suas relações, não propiciou a formação de representações.

Apenas quatro mulheres (13%) admitiram a possibilidade de experimentar o método, caso tivessem conhecido o diafragma ainda em uma fase de vida em que o objetivo fosse espaçar o nascimento dos filhos.

O diafragma é um método que pressupõe familiaridade da mulher com sua vagina, considerando-se sua indispensável manipulação para a inserção e retirada. Para algumas mulheres, esta característica do método pode causar rejeição pela dificuldade de automanipulação (Garcia et al,⁵ 1997; Lopes,⁷ 1996; Hatcher et al,⁶ 2001).

A interdição à sexualidade feminina no meio social e, por conseqüência, aos genitais femininos, é caracterizada algumas vezes como “uma tripla proibição: não tocar, não mostrar, não nomear” (Salas,¹¹ 1990). Apesar de seu importante significado em todos os eventos biológicos da mulher, a vagina seria uma espécie de território desconhecido para muitas delas.

As dúvidas quanto à eficácia do diafragma apareceram associadas à possibilidade de deslocamento e, portanto, à necessidade de colocação correta. Assim, esse método gera insegurança, pois depende da perícia da própria mulher para colocação de um artefato, em uma parte de seu corpo que não lhe é muito familiar.

Billings: apesar de ser tema nas atividades educativas do planejamento familiar onde foram atendidas, apenas 15 entrevistadas (48%) relataram reconhecer

esse método. Entre elas, apenas cinco expuseram seus motivos de rejeição ao método. As restantes não tinham sequer formado uma representação dele.

O método de Billings exige razoável familiaridade da mulher com a fisiologia dos seus genitais, assim como um bom relacionamento entre o casal para que os períodos de abstinência sejam respeitados. É necessário também o uso de método de barreira sem lubrificante ou espermaticida, o que poderia perturbar a percepção do muco fértil (Hatcher et al,⁶ 2001). Uma vez que a aceitação do condom é baixa, assim como o conhecimento sobre o funcionamento dos ciclos, o tempo de aprendizado do método poderia implicar em alto risco de uma gravidez indesejada.

Em conclusão, as informações analisadas no presente estudo permitiram apresentar algumas representações negativas sobre os métodos contraceptivos reversíveis, os quais fundamentaram a decisão de mulheres em descartá-los como opção contraceptiva.

A situação da assistência à saúde reprodutiva no Brasil é quantitativa e qualitativamente insuficiente, e a garantia de informação e acesso a todos os métodos contraceptivos ainda não é uma realidade. A assistência adequada fornecida às mulheres entrevistadas pode não ter sido suficiente para anular o histórico anterior de falta de acesso e de desinformação, podendo ter sido decisivo para a rejeição *a priori* dos outros métodos.

O exercício da contracepção não pode ser problematizado apenas em termos de inexistência de serviços de saúde de boa qualidade. Para a maioria das entrevistadas, o motivo para solicitarem a esterilização esteve baseado no argumento “não querer ter mais filhos”. As necessidades das mulheres relacionadas à contracepção e direitos reprodutivos não se resumem a métodos e serviços de saúde, mas incluem a situação socioeconômica e cultural. Envolvem provavelmente a própria representação atual da maternidade e da desigual carga entre os gêneros, na responsabilidade reprodutiva do casal.

REFERÊNCIAS

1. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
2. Berquó E. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 113-26.
3. Carvalho MLO, Pirotta KCM, Schor N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. *Rev Saúde Pública* 2001;35:23-31.
4. Corrêa S, Petchesky R. Direitos sociais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis (Rio J)* 1996;6(1/2):147-77.
5. Garcia SG, Snow R, Aitken I. Preferencias por los atributos de los anticonceptivos: voces de mujeres en Ciudad Juárez, México. *Perspect Int Planif Fam* 1997;(Esp):28-35.
6. Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton Jd. Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção. Baltimore: Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, Programa de Informação de População; 2001.
7. Lopes G. Anticoncepção e sexualidade. *Femina* 1996;24(5):395-401.
8. Marchi NM, Alvarenga AT, Osis MJD, Bahamondes L. Opção pela vasectomia e relações de gênero. *Cad. Saúde Pública* 2003;19(4):1017-27.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4ª ed. Brasília (DF); 2002. [Série A: Normas e Manuais Técnicos, n. 40].
10. Rogow D, Horowitz S. Withdrawal: a review of the literature and agenda for research. *Stud Fam Plan* 1995;26:140-53.
11. Salas O. A feminilidade: uma revisão da fase fálica. Stitineri FF, tradutor. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.