

O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO NA LAQUEADURA TUBÁRIA

THE DECISION MAKING PROCESS IN TUBAL STERILIZATION

EL PROCESO DE TOMA DE DECISIÓN EN LA LIGADURA DE TROMPAS

Clarice Marcolino*

RESUMO

Nesta investigação qualitativa, o objetivo foi o de verificar como a equipe de saúde operacionaliza a tomada de decisão acerca da laqueadura tubária. Utilizamos a dialética marxista e as representações sociais como referenciais. A pesquisa constou de entrevistas e observações de algumas atividades dos agentes da equipe de saúde. Os dados foram submetidos à análise de discurso. Verificamos que no processo de tomada de decisão ocorre uma tendência à horizontalidade da equipe, dada a importância da dimensão ética da esterilização feminina, que tende a deslocar o conhecimento do campo científico biomédico para o campo das ciências sociais e humanas.

Palavras-chaves: Laqueadura Tubária; Tomada de Decisão; Equipe de Saúde

Os dados estatísticos mais recentes sobre prevalência de métodos contraceptivos no Brasil⁽¹⁾ mostram que de um total de 76,7% de mulheres em união consensual, 70,3% usam métodos contraceptivos modernos. Destas, 40% estão esterilizadas, 21% usam pílula anticoncepcional, 4,4% usam condom, 2,4% utilizam outros métodos, 6% recorrem a métodos tradicionais (abstinência periódica e coito* interrompido) e 6% recorrem a esterilização masculina.

Esses dados sobre prevalência da anticoncepção⁽¹⁾, nos mostram que a maioria das mulheres brasileiras de 15 a 45 anos de idade usa métodos anticoncepcionais, e dois deles são os mais utilizados, a esterilização cirúrgica e a pílula.

A aceitabilidade da esterilização feminina é um fenômeno social importante, uma vez que mostra o alto nível de motivação das mulheres em controlar a sua fecundidade.

De acordo com Molina da Costa⁽²⁾, há 3 aspectos gerais envolvidos no processo de escolha da esterilização tubária. O primeiro é o processo de tomada de decisão. O segundo são os modelos de escolha relacionados à contracepção de modo geral e o terceiro aspecto relaciona-se particularmente à decisão da mulher sobre a ligação tubária.

De acordo com esse autor alguns estudos têm sido conduzidos para clarear o processo de tomada de decisão. Os mecanismos de escolha têm sido estudados nos campos da Economia e da Psicologia. A Teoria Racional de Escolha, desenvolvida por economistas, enfatiza que a opção racional seleciona o mais efetivo meio para satisfazer a preferência dos agentes. Isso significa que o agente calcula a provável rede de benefícios para cada possível curso de uma ação e escolhe aquela que melhor satisfaz suas preferências⁽²⁾.

De acordo ainda com Molina da Costa, os primeiros autores que escreveram sobre a questão da tomada de decisão na escolha da esterilização foram Clark e colaboradores, em 1979 e Clark e Swicegood em 1982⁽²⁾, que agruparam os determinantes da esterilização feminina em:

- razões para busca da esterilização (contraceptiva, coito e saúde);
- fontes de informação acerca da esterilização (material de leitura, médicos, homens e mulheres);
- pessoas que influenciam a decisão (médico, pessoal da saúde, família e amigos);
- a natureza da relação homem e mulher.

* Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora da Escola de Enfermagem da UFMG.

Endereço para correspondência:
Clarice Marcolino
Av. Bernardo Vasconcelos, 2350 apt. 703 • Ipiranga
31160-440 • Belo Horizonte • MG

Há uma multiplicidade de fatores envolvendo a escolha da esterilização e os médicos têm um posição importante na influência dessa decisão.

Segundo Vieira⁽³⁾, os médicos disseminam a esterilização, não apenas efetivamente porque são eles que realizam as cirurgias esterilizadoras, mas também porque, através das escolas de medicina e da prática diária, influenciam outros profissionais dessa área.

A opinião dos médicos tem um efeito fundamental na aceitação e no uso do planejamento familiar. Os médicos influem na elaboração das políticas e diretrizes de prestação de serviços. Apesar de as enfermeiras e o pessoal de saúde proporcionarem cada vez mais serviços clínicos em contracepção e planejamento familiar, suas opiniões podem estar influenciadas pela dos médicos. As opiniões dos médicos, das enfermeiras de saúde pública e dos serviços de saúde podem limitar a eleição de métodos contraceptivos.

Nossa experiência como enfermeira, docente e pesquisadora mostrou-nos que a esterilização, na prática contraceptiva dos serviços de saúde e no cotidiano de busca das mulheres, é uma questão polêmica e controversa.

Essas observações da prática cotidiana e estudos conduzidos pela pesquisadora^(4,5) sobre a esterilização cirúrgica feminina permitiram verificar que os profissionais da saúde que tomam a laqueadura tubária como alvo de intervenções têm papel importante no processo de decisão pela laqueadura tubária.

Em recente pesquisa⁽⁶⁾, buscou-se, entre outros objetivos, reconhecer como a equipe de saúde operacionaliza a tomada de decisão acerca da laqueadura tubária, evidenciando-se que esta ocorre em 2 dimensões distintas, porém relacionadas. Uma em nível individual da mulher, na relação de trabalho com a equipe, que definimos como **a escolha da mulher na dimensão relacional com a equipe**. Neste nível os profissionais apontam algumas condições que, segundo a sua visão, influenciam a decisão da mulher. A outra, em nível da equipe multiprofissional, autônoma por referência à mulher, que definimos como **a tomada de decisão da equipe**. Neste nível, a decisão é baseada, entre outros, em critérios que a equipe adota para autorizar a realização da cirurgia.

Metodologia

Nesta investigação qualitativa, utilizamos a dialética marxista e as representações sociais com referenciais.

Partimos do trabalho da equipe envolvida com a cirurgia esterilizadora, no seu contexto de exercício cotidiano, e constatamos como os agentes a operacionalizam e quais são as representações sobre a mesma.

Os dados empíricos foram obtidos através de entrevistas e de observações de algumas atividades dos agentes da equipe de saúde. Foram entrevistados os nove agentes da equipe de saúde: assistente social, agente de saúde, enfermeiras, médicos e psicólogos. Os agentes entrevistados são trabalhadores de uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, localizada na periferia da cidade de Belo Horizonte. Os discursos foram sub-

metidos à análise, segundo a orientação da técnica proposta por Fiorin e adaptada por Car⁽⁶⁾.

A Escolha da Mulher na Dimensão Relacional com a Equipe Na dimensão relacional com a equipe, a mulher/cliente deve decidir por si própria, a partir das informações técnicas recebidas por ocasião do aconselhamento. Esperam que como resultado dessas informações recebidas, tanto homens, quanto mulheres estejam conscientes da decisão, tranquilos, bem informados, sem dúvidas, livres de pressões e emocionalmente amadurecidos para assumir as possíveis conseqüências do método definitivo, inclusive o arrependimento.

As frases temáticas abaixo apontam-nos essa perspectiva:

- *A decisão de fazer a laqueadura de trompas ou a vasectomia é pessoal, deve ser uma decisão consciente. Devem-se conhecer os riscos e conseqüências sobre a vida das pessoas, evitando assim futuro arrependimento.*
- *A psicóloga considera que a sua função é informar, orientar para que a pessoa tome a decisão e assuma suas possíveis conseqüências inclusive o arrependimento.*

O principal objetivo dos profissionais ao orientar a cliente é apoiar o processo de decisão para evitar o arrependimento. Nesse nível de interação entre mulher e profissionais de saúde, as condições apontadas, segundo eles, representam a mútua influência, tanto da mulher para eles, como deles para a mulher. Ao orientar a mulher, eles esperam apoiá-la na tomada de decisão autônoma e evitar que se arrependam. Isso é o ideal almejado no discurso dos profissionais.

Quanto ao apoio a uma decisão autônoma, temos que argüí-la, em referência à base do raciocínio marxista hierarquizado da sociedade. A relação profissional de saúde/paciente reproduz as relações de classe social, ou seja, uma relação de desigualdade. Os instrumentos de trabalho, o saber técnico, são dominados pelos profissionais de saúde, que ao negarem a autonomia da clientela, reafirmam a posição hegemônica do saber técnico e as relações desiguais se estabelecem em função desse saber.

Os dois elementos não estão negociando igualmente. Sendo assim, como permitir que a mulher seja autônoma na sua decisão? O que vemos não é exatamente um apoio à decisão autônoma, mas uma influência da decisão desejada pelos profissionais, ou seja, a de evitar o arrependimento. Apesar de os profissionais almejem apoiar uma decisão autônoma da mulher, na prática, eles atuam apenas no sentido de evitar o arrependimento.

Que condições garantem a tomada de decisão livre e responsável? Ou que condições ampliam ou restringem o direito de escolha? Qual o contexto de escolha?

Os entrevistados apontaram algumas dessas condições relacionadas à escolha da laqueadura tubária pela mulher, tais como, a falta de conhecimento, de orientação e de acesso aos métodos contraceptivos, o reduzido tempo de espaçamento entre os filhos; o início precoce da vida reprodutiva, mulheres jovens com 4-5 filhos ou 2-3 cesáreas; e a não consideração do futuro, por parte da mulher.

Vejamos as frases temáticas que apontam essas condições:

- *A agente de saúde considera que a falta de conhecimento de métodos contraceptivos, o pouco espaçamento de tempo entre os filhos leva mulheres com pouca idade a fazerem laqueadura de trompas, sem no entanto fazer uma reflexão sobre a mesma.*
- *Segundo a enfermeira, o fato de mulheres jovens que têm 4-5 filhos solicitarem ligadura de trompas, deve-se à falta de orientação e acesso a outros métodos contraceptivos.*
- *O fato de as mulheres iniciarem sua vida reprodutiva precocemente tem aumentado o número de ligaduras em mulheres jovens que já têm 2-3 filhos ou que já fizeram 2-3 cesarianas.*

O acesso limitado aos métodos contraceptivos, bem como à informação tem sido, freqüentemente, apontado como fator que tem influenciado a mulher a submeter-se à cirurgia esterilizadora após 2-3 filhos, muitas vezes em idade precoce devido à realização de cesáreas⁽⁹⁾. Um dos meios mais comuns de a mulher brasileira conseguir uma esterilização tubária é após a terceira cesárea, o que a coloca em situação de risco obstétrico, caso uma nova gestação venha a ocorrer. Desse modo a realização da cirurgia esterilizadora é justificada por razões de saúde da mulher. Vieira e Nicholas⁽⁷⁾ afirmam que é incompreensível que a grande maioria das mulheres do estudo por eles conduzido, concordem que a melhor maneira de obter a esterilização foi em consequência da realização de cesáreas. Essa também é uma das razões que levam o Brasil a ter uma das taxas de cesáreas mais altas do mundo⁽⁸⁾.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a taxa esperada de cesáreas é em torno de 15%. No Brasil, em 1996, essa taxa foi de 36,4%.

Outro fator mencionado pelos nossos entrevistados é o início precoce da vida reprodutiva, fator que indica a exposição da mulher ao risco de engravidar. Se a mulher inicia a vida reprodutiva jovem, corre o risco de uma alta fecundidade.

Outro aspecto ainda apontado pelos entrevistados refere-se aos significados que as mulheres atribuem à laqueadura como: método eficaz e seguro; como o melhor método e que não traz os problemas que o DIU e a pílula acarretam; e ainda porque elas acham que a laqueadura é uma solução e um remédio para todos os males.

As seguintes frases temáticas indicam esse aspecto.

- *As mulheres buscam sobretudo a eficácia dos métodos contraceptivos e depois a segurança.*
- *O médico acredita que a maioria das mulheres prefere a ligadura como o melhor método, por ser eficaz, seguro e não trazer os problemas que a pílula e o DIU trazem.*
- *De acordo com o psicólogo, algumas mulheres chegam desesperadas para fazer a ligadura de trompas, para se sentirem tranquilas em relação a ter filhos e “acham que é uma solução e um remédio para todos os males”.*

Esse aspecto já foi abordado pela pesquisadora em estudo anterior,⁴ no qual entrevistou mulheres que iam submeter-se à laqueadura tubária, verificando que elas compreendem a este-

rilização como um meio mais seguro e eficaz para limitar o número de filhos e para evitar a gravidez indesejada; muitas vezes pela falta de opção de controlar falhas decorrentes de métodos temporários. A cirurgia passa a ser vista como uma solução para vários problemas e como uma forma de não se preocupar com a contracepção no seu dia-a-dia. É um recurso que as mulheres utilizam como reação às pressões exercidas sobre elas, como: dificuldades de acesso a métodos, falta de colaboração do companheiro, falta de conhecimento do corpo, dificuldades financeiras e necessidade de trabalhar fora do lar para complementar a renda familiar.

Conforme destacam os profissionais da equipe de saúde, as razões ou situações que levam as mulheres a recorrer à esterilização podem ser categorizadas como condições materiais.

A decisão da mulher envolve tanto as condições materiais que ampliam ou restringem a escolha, quanto os valores humanos que se manifestam em diferentes graus e que influenciam as decisões por determinadas ações.

Ainda neste mesmo estudo anterior⁽⁴⁾, as mulheres relataram que a decisão pela ligadura ocorreu após experimentarem métodos contraceptivos temporários. O método mais utilizado foi a “pílula” e as mulheres relataram algum tipo de problema enquanto a usavam. Os mais citados foram as queixas relacionadas à saúde, contra-indicações, efeitos colaterais e falhas do método. O confronto com esses problemas decorrentes do uso da “pílula” e de outros métodos foi uma das razões apontadas pelas mulheres para terem se submetido à cirurgia esterilizadora como saída para a contracepção. Outro aspecto de igual importância mencionado pelas mulheres do estudo foi a pouca participação do homem na contracepção e na vivência de criar os filhos. Consideraram ser difícil e pesado para a mãe arcar sozinha com a responsabilidade da educação dos filhos. A condição socioeconômica e o número de filhos foram enfaticamente mencionados como motivos para limitar o número de filhos devido às dificuldades materiais de subsistência e ao desejo de oferecer uma melhor qualidade de vida aos filhos. A necessidade de encerrar a vida reprodutiva, através da laqueadura, para enfrentar a vida produtiva, é um passo importante na vida das mulheres. Elas precisam desincumbir-se da tarefa da reprodução para entrar no mundo produtivo e assim contribuir para compor a renda familiar e melhorar a qualidade de vida da família. A necessidade de manter reduzido o número de filhos surge a partir da incompatibilidade entre criação e educação de filhos e trabalho fora do lar, associados às desigualdades sociais e de gênero, além das condições sociais e econômicas desfavoráveis ao ser humano.

De acordo com Correa e Petchesky⁽¹⁰⁾ “um modelo social de comportamento humano não considera que os indivíduos tomam decisões em um vácuo ou que as “escolhas” são igualmente livres para todos. Identidades grupais e intergrupais complexas (que atravessam gênero, classe, etnicidade, religião, idade, racionalidade) pressionam a decisão das mulheres em múltiplas direções” (p. 156).

Assim, no caso da esterilização feminina, como o método mais usado pelas mulheres brasileiras, uma ampla e complexa

rede de fatores explica essa tendência: preocupação acerca dos efeitos colaterais ou da eficácia dos métodos temporários como a pílula anticoncepcional, falta de informações e acesso ao sistema de saúde pública; normas culturais; as desigualdades de gênero, entre outros, que devem ser considerados na relação entre profissionais de saúde e cliente.

Temos que ver claramente as condições que respeitam o livre direito de escolhas, distinguindo-as daquelas que possam forçar a mulher a escolher um ou outro método, privando-a do exercício de seus direitos reprodutivos.

A Tomada de Decisão da Equipe

A segunda dimensão do processo de tomada de decisão é o da equipe, autônoma por referência à mulher. A análise dos dados apontados pelos entrevistados permitiu-nos considerar que a decisão da aprovação da cirurgia pela equipe tem como base dois pilares de sustentação: o dos *critérios e das condições de elegibilidade*, cuja finalidade é avaliar se a mulher está apta a requerer a cirurgia e ter seu pedido aprovado e o do *trabalho em equipe*. Este último pilar não apenas sustenta e apóia a tomada de decisão, mas também sustenta, apóia e organiza a assistência à saúde da mulher e o planejamento familiar.

A mulher que deseja submeter-se à cirurgia esterilizadora deve ser avaliada pela equipe de saúde ou por qualquer membro da equipe. Essa avaliação apóia-se na verificação de algumas *condições e critérios de elegibilidade*, tais como, o motivo da procura pela laqueadura, o conhecimento e uso de outros métodos contraceptivos, a avaliação do relacionamento do casal, da dinamicidade e condição de vida, da situação dos filhos, o desejo de não querer ter mais filhos, a maturidade das pessoas para decidir sobre o método definitivo, as pressões emocionais que possam estar interferindo na decisão e a verificação, sobretudo, da voluntariedade e se a cliente está dentro dos critérios institucionais de idade e número de filhos.

Vejamos algumas frases que exemplificam a aplicabilidade desses critérios:

- *Se a cliente quer o método cirúrgico definitivo, o atendimento engloba:*
 - *realizar entrevista individual com a finalidade de verificar os motivos, se conhece outros métodos, como é o relacionamento do casal, a condição de vida, a situação dos filhos, etc.*
 - *verificar se a situação da mulher está dentro dos critérios da instituição para fazer ligadura e encaminhar ao serviço psicossocial.*
- *O serviço psicossocial tem o poder de decidir, na maioria das vezes, se aceita ou não o pedido de ligadura de trompas.*

A decisão está sustentada em critérios e valores, cujo conteúdo reflete a forma como os profissionais concebem a laqueadura como método contraceptivo, e conforme foi verificado, está sustentado principalmente no modelo biomédico, no qual o corpo anátomo-funcional, alijado de seu contexto histórico, é objeto de interferência. Apesar disso, a equipe tende a conside-

rar que objeto da decisão não é apenas a cirurgia em si, mas inclui uma série de considerações sobre a mulher e o casal em seu contexto de vida, tomados como sujeitos que sofrem a ação da cirurgia. Observemos as seguintes frases como expressão desta abordagem:

- *Os critérios definidos da laqueadura /vasectomia incluem, além da idade e número de filhos, a avaliação do momento e da dinâmica de vida das pessoas e principalmente o desejo de não ter mais filhos.*
- *O serviço de psicologia avalia a maturidade da pessoa que deseja fazer a laqueadura e as pressões emocionais que interferem na decisão.*

Os critérios definidores da laqueadura, adotados pela Instituição pesquisada, estão, até o presente momento, baseados, principalmente, na lei municipal que instituiu o Programa de Orientação e Assistência ao Planejamento Familiar e Saúde Reprodutiva, que prescreve medidas regulamentadoras/normatizadoras.

No Brasil, até 1997, a esterilização não era recomendada nem promovida, e nem regulamentada pelo Ministério da Saúde. Apesar da sua clandestinidade e controvérsia legal, era e continua sendo o método contraceptivo mais utilizado pelas mulheres brasileiras.

Devido à falta de regulamentação da esterilização pelo Estado, a pesquisadora verificou, nas instituições observadas durante a pesquisa exploratória de campo, a adoção de métodos e critérios estabelecidos com a finalidade de avaliar a elegibilidade da mulher que solicita a laqueadura de trompas. A avaliação da natureza desses critérios mostrou uma ampla variação tanto qualitativa, quanto quantitativa, tanto dos itens avaliativos como das metodologias utilizadas para a avaliação da mulher solicitante.

Algumas frases temáticas que mostram esse aspecto:

- *Os critérios usados pela instituição para a decisão sobre a laqueadura são semelhantes aos usados pelo SUS, entretanto neste último a autorização da cirurgia é mais difícil. Os critérios da Maternidade X para laqueadura de trompas são mais rigorosos que o desta Instituição.*

Foi possível observar que, apesar da existência da lei municipal, as instituições incluem os critérios regulamentados, porém estes têm variado de instituição para instituição.

A falta de regulamentação e de normatização da laqueadura no País mostra que, até 1997, cada um definia seus próprios critérios para aprovação da cirurgia, variando desde aqueles em que o acesso é regulado pelo pagamento do procedimento ao médico,³ até aqueles que consideram a cirurgia como um direito da mulher, caso ela não queira ou não goste de outros métodos.

Vieira³ afirma que o pagamento como critério de acesso não leva em conta a necessidade da esterilização, a indicação do caso e a adequação do procedimento, vedando o acesso a muitas mulheres e facilitando demais a outras. Ou seja, sem estar inserida num programa de planejamento familiar e sem estar regulamentada, a esterilização tem sido realizada sem cri-

térios que permitam a sua escolha dentre outras alternativas contraceptivas.

Em 1997, o Ministério da Saúde¹¹ incluiu a laqueadura tubária e a vasectomia no grupo de procedimentos cirúrgicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu que a (o) solicitante deve ter a idade mínima de 25 anos ou ter pelo menos dois filhos, ou em caso de risco de vida para a mãe ou o filho. Vejamos frases temáticas que apontam para essa mudança:

- *A assistente social acredita que, além da discussão dos critérios estabelecidos pela nova lei, a equipe continuará avaliando a maturidade da pessoa para decidir sobre a ligadura/vasectomia.*
- *Os critérios definidores (idade e número de filhos) da realização do procedimento de método definitivo estão sendo modificados por uma nova lei.*

A portaria nº 144 de novembro de 1997 do Ministério da Saúde sobre a inclusão e normatização da laqueadura de trompas e da vasectomia como procedimentos do Sistema Único de Saúde, indica, pela primeira vez, que o serviço público institucionaliza e normatiza em nível nacional a esterilização tubária, uma prática que até então não era recomendada pelo Ministério, muito embora fosse a mais utilizada pelas mulheres brasileiras como meio para regular a fecundidade dos casais. Espera-se que a normatização da laqueadura tubária coíba os abusos e que os direitos da mulher sejam salvaguardados. Para exemplificar um dos abusos mais alarmantes, lembramos do alto índice de cesarianas no país realizados junto com salpingotripsias. Dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde¹ mostram que a esterilização é feita na grande maioria dos casos (74,8%) por ocasião do parto, sendo - quatro em cada cinco - feitas durante a cesariana.

Hopkins¹² identificou duas posturas distintas em relação às conseqüências da lei da legalização da esterilização. Uma é o aumento da esterilização devido a uma demanda reprimida. A outra - posição das feministas e de alguns médicos - prevê uma redução na esterilização devido ao aconselhamento prolongado requerido pela lei.

Essa mesma autora, baseada em dados da pesquisa por ela conduzida, acredita que a primeira previsão ocorrerá, pelo menos a curto prazo, em face de uma alta demanda reprimida pela esterilização, encontrada na amostra de mulheres de baixa renda por ela estudada. Além disso, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), implantado em 1988 para promover a saúde integral da mulher, ainda não alcançou seus objetivos.

As mulheres de média e alta renda, provavelmente, não se submeterão a um período de aconselhamento de 60 dias em clínicas públicas, especialmente se elas podem pagar pela esterilização a médicos particulares.

Verificamos que o critério técnico assume soberania e independência diante do saber prático da vida das pessoas. Uma certa tecnocracia que - estruturada sob uma base técnica e científica - orienta e valoriza a tomada de decisão dos profissio-

nais, os quais têm dificuldades em valorizar os elementos sobre a vida da mulher, que eles sabem, escutam e até consideram, mas não fazem valer.

O outro pilar de sustentação que apóia e respalda a tomada de decisão da equipe é o trabalho em equipe.

Aqui ocorre uma curiosa contradição. Embora na organização do trabalho de atenção à saúde da mulher, em geral, o médico seja o detentor do processo de trabalho e tenha poder sobre as atividades dos outros agentes da equipe, destacamos que neste particular aspecto, o da autorização para a realização da cirurgia esterilizadora, ocorre uma certa horizontalidade da equipe, apesar de incomum.

As frases temáticas a seguir explicitam essas considerações apontadas:

- *O serviço psicossocial tem o poder de decidir, na maioria das vezes, se aceita ou não o pedido de ligadura de trompas. Toda mulher que deseja fazer laqueadura deve ser avaliada pela equipe multidisciplinar que definirá se o pedido de cirurgia vai ser aceito.*

A nossa observação, em um dos fóruns de discussão da equipe, permitiu verificar que mesmo o médico não estando presente, ele acata as decisões da equipe no que diz respeito à autorização para a realização da cirurgia esterilizadora. Podemos levantar algumas hipóteses explicativas para a horizontalidade do trabalho em equipe. Uma delas é o fato de existirem regras técnicas muito bem definidas, assim o médico não precisa se expor porque é como se ele mesmo tivesse tomado a decisão; talvez seja por esta razão que ele, na maioria das vezes, não está presente nos fóruns de tomadas de decisões. A outra é que o objeto de intervenção, no caso a esterilização feminina, envolve problemas éticos, semelhantes ao caso do aborto, talvez por esta razão haja uma tendência para o trabalho interdisciplinar.

Outro aspecto apreendido foi a organização do processo de decisão, de modo que todos participem, como forma de defesa e proteção contra a ansiedade.

Embora a aprovação da cirurgia esteja sob a responsabilidade do Serviço Psicossocial, a tomada de decisão de aprovar ou não o pedido da cirurgia esterilizadora é da equipe e não de determinado profissional. Isso alivia, sobremaneira, a responsabilidade de determinado profissional assumir inteiramente a aprovação de uma interferência sobre o corpo da mulher. Os profissionais estabelecem vínculos entre si e formas de organizar o trabalho, para garantir o apoio um ao outro e de certa forma dissolver as responsabilidades.

A forma de organizar o processo de trabalho da equipe em torno da decisão mostra também um trajeto de checagem, re Checagem e reafirmação da aprovação da cirurgia.

Vejamos uma frase temática que nos aponta essa perspectiva:

- *Toda mulher que deseja fazer laqueadura de trompas é encaminhada para o Serviço Social mesmo que tenha maturidade e esteja dentro dos critérios de idade e número de filhos.*

Menzies¹³ afirma que o peso psicológico da ansiedade, gerado por uma decisão final e total feita por uma única pessoa, é dissipado de inúmeras maneiras, de forma a reduzir seu impacto. O ato final de implementar é retardado por uma prática comum de conferir e reconferir as decisões e adiar a ação tanto quanto possível. Sempre que possível, outras pessoas são envolvidas na tomada de decisão e na revisão das ações.

A prática de verificar e contraverificar é bastante utilizada pela equipe na situação de decisão pela aprovação da cirurgia esterilizadora como forma de reduzir o peso da responsabilidade, diluindo-a e, ao mesmo tempo, aliviando uma certa ansiedade. É preciso conferir e reconferir para que não haja engano.

A aprovação da cirurgia significa autorizar uma interferência sobre o corpo do outro, cuja conseqüência é a retirada da função reprodutiva. Esse ato pode ser angustiante. Nesse sentido, organizar o processo de decisão de modo que todos participem acaba sendo uma forma de defesa contra a ansiedade.

Considerações Finais

Verificamos que, apesar de o modelo não superar o recorte biológico sob o qual a mulher é concebida, há trabalhos que representam uma postura mais humanística, apontando para transformações nesse campo. Há núcleos de resistência que mostram que alguns trabalhos tendem a se processar de forma diferenciada. Foi possível identificar dois momentos onde isso ocorre. O primeiro é o trabalho de aconselhamento e orientação que a equipe realiza com a mulher que solicita laqueadura de trompas, quando se procura abordar a mulher em seu contexto de vida e trabalho, sendo mais freqüentemente realizado pelos psicólogos e pela assistente social.

O aconselhamento é um espaço para comunicação cliente/membro da equipe, no qual tanto o cliente quanto o agente escutam e falam. Apesar de a fala dos profissionais apontar para a necessidade de uma *informação* e uma *orientação* a fim de que a cliente tome uma decisão livre e responsável, na prática, a preocupação fundamental é com o arrependimento.

O aconselhamento sobre laqueadura tubária, como um trabalho interativo desenvolvido por todos os membros da equipe, tenta abarcar um complexo de conhecimentos gerados pela própria natureza do objeto, que é complexo e contraditório.

O aconselhamento relaciona-se com a *escolha da mulher na dimensão relacional com a equipe*, porque a equipe espera que a *informação* e a *orientação* apoiem a mulher para uma decisão autônoma, evitando o arrependimento. Entretanto, a análise permitiu-nos colocar em evidência as relações internas, revelando algumas contradições.

A decisão autônoma da mulher é o ideal desejado na fala dos profissionais, entretanto, na prática, verificamos que eles atuam no sentido de evitar o arrependimento e não estão muito preocupados com a informação.

A relação cliente – profissional de saúde é uma relação desigual, defasada, como já demonstramos, sobrepujando os interesses dos profissionais, que é o de evitar o arrependimen-

to. Nessa situação, como é possível a mulher tomar uma decisão autônoma?

O segundo momento é o da tomada de decisão da equipe acerca da laqueadura de trompas, quando o trabalho, apesar de incomum, tende à horizontalidade. Essa horizontalidade pode ser explicada, primeiro, porque existem regras técnicas muito bem definidas, e segundo porque o objeto de intervenção tem uma implicância ética importante e não só científica. A valorização da dimensão ética decisória tende a deslocar o saber do campo do conhecimento científico biomédico para um saber apoiado no conhecimento psicológico, sociológico e ético. Talvez por essa razão há uma tendência à multiprofissionalidade evitando que o médico decida sozinho. Por outro lado e, contraditoriamente, na tomada de decisão os critérios que a fundamentam apóiam-se no conhecimento biomédico e não no sociológico, psicológico ou da ética de solidariedade à mulher.

Summary

The objective of this qualitative investigation was to verify how the team makes decisions about tubal sterilization. We used Marxist dialectics and social representation as our references. We held interviews and observed some activities of agents from the health team. The information was submitted to discourse analysis. We found that in the decision making process there is a tendency for the team to operate more horizontally, because of the importance of the ethical dimension of sterilization of women, which tends to dislocate knowledge from the field of biomedical and scientific to the field of social and human sciences.

Key-words: Tubal Sterilization; Decision Making; Health Team

Resumen

El objeto de la presente investigación cualitativa fue verificar cómo se comporta el equipo durante el proceso de toma de decisión de una ligadura de trompas. Como referencias utilizamos la dialéctica marxista y las representaciones sociales. Se realizaron entrevistas y observaciones de algunas actividades de los agentes del equipo de salud. Los datos fueron sometidos al análisis del discurso. Observamos que durante el proceso de toma de decisión el equipo tiende hacia una postura horizontal. Esto se debe a la importancia del problema ético de la esterilización femenina, que tiende a desplazar el conocimiento del campo científico biomédico para el campo de las ciencias sociales y humanas.

Unitermos: Ligadura de Trompas; Toma de Decisión; Equipo de Salud

Referências Bibliográficas

1. Bemfam. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde. Rio de Janeiro, 1997.

2. Molina da Costa A. The determinants of tubal ligation in Recife, Northeast of Brazil. (PhD Thesis) Leeds: University of Leeds, School of Medicine, 1995.
3. Vieira EM. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. *Rev Saúde Pública* 1994; 28:440-8.
4. Marcolino C. Trajetória da mulher em direção à esterilização cirúrgica feminina: um estudo fenomenológico. (Dissertação de mestrado) São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1994.
5. Marcolino C. Análise do trabalho de uma equipe de saúde acerca da laqueadura tubária – estudo de caso de Belo Horizonte. (Tese de Doutorado) São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2000.
6. Car MR. Da aparência à essência: a práxis assistencial dos trabalhadores da Liga de Hipertensão Arterial. (Tese de doutorado) São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 1993.
7. Vieira EM, Nicholas JF. Regret after female sterilization among low-income women in São Paulo, Brazil. *Int Fam Plann Perspect* 1996; 22:32-7, 40.
8. Carranza M. De cesária, mulheres e médicos: uma aproximação médico-antropológica do parto cesário no Brasil. (Tese de mestrado) Brasília: Universidade de Brasília, 1994.
9. Berquó ES A esterilização feminina no Brasil hoje. In: Brasil. Ministério da Justiça. Conselho dos Direitos da Mulher. Quando a paciente é mulher. Brasília, 1989.
10. Correa S, Petchesky R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis Rev Saúde Coletiva* 1996; 6:147-77.
11. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 144 de 20.11.97. *Diário Oficial da União*, 27 nov. 1977 seção 1 p. 27825.
12. Hopkins KL. Under the knife: cesarian section and female sterilization in Brazil. (Dissertation) Austin: Faculty of the Graduate School of the University of Texas, 1998.
13. Menzies I. O funcionamento das organizações sociais como sistemas de defesa contra a ansiedade. Tavistock: Institute of Human Relations, 1970.