

Laqueações Tubárias: Repercussões Psicológicas

Um estudo exploratório

ANABELA HENRIQUES ESTEVÃO ()*
MANUEL ANTÓNIO SILVA ()*
*MARIA DA CONCEIÇÃO FARIA (**)*

1. INTRODUÇÃO

A maternidade e a capacidade reprodutora da mulher sempre mereceram particular interesse. Os homens sentem profunda admiração pelo poder procriador da mulher desejando nele participar.

Asley-Montagu e Bateson (in Langer, 1986) reconhecem o papel importante das funções femininas — especialmente a menstruação e a gravidez — na vida ritual e emocional dos povos primitivos. Por detrás de muitos rituais humanos existe um interesse na fertilidade do ser humano e na fonte de alimento. E, na verdade, a economia e o bem-estar social de qualquer povo dependem da regeneração da sua provisão de seres e alimento.

Com o desenvolvimento da agricultura as mulheres tiveram um papel importante nas cerimónias de fecundidade. Acreditava-se que a vida das tribos dependia das mulheres e dos ritos que realizavam, e que sem elas não haveria colheitas.

Desde sempre, parte do poder atribuído à mulher e por ela retido estava intimamente relacionado com a sua capacidade reprodutora.

Como viverá a mulher moderna a possibilidade de controlar este poder?

Neste último século, a mulher da nossa civilização adquiriu uma liberdade sexual e social totalmente desconhecida, mas as circunstâncias sociais, culturais e económicas impõem graves restrições à maternidade. A mulher actual, que se adapta totalmente a uma sociedade anti-instintiva e antimaternal, sofrerá as consequências sempre que não saiba integrar realização profissional com a vida amorosa e de mãe; e esta integração não é feita facilmente.

Anteriormente, a mulher sabia que a sua finalidade de vida era casar e ter filhos. Actualmente, com as condições de vida económica e profissional que têm as mulheres, o nascimento de um filho é por vezes sentido como um estorvo. O ideal de maternidade foi substituído por múltiplos ideais, diferentes em cada camada social mas muito frequentemente em rivalidade com a maternidade.

A mulher casada tem que cuidar bem da casa e do marido, decorar a casa com gosto, participar na vida profissional e social do marido, educar os filhos e, simultaneamente,

(*) Estagiários de Psicologia no Departamento de Psicologia Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

(**) Psicóloga do Departamento de Psicologia Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

trabalhar fora de casa com um horário e responsabilidades no mínimo iguais às do marido, sem esquecer que tem de dedicar algum tempo (não pouco) ao cuidado da sua imagem.

Mulheres há que ainda se dedicam exclusivamente ao marido e filhos, mas também estas têm problemas a resolver; esta mulher surge como pouco atraente aos olhos dos outros, sente-se desvalorizada, não reconhecida, em suma não se sente suficientemente apreciada (Langer, 1986).

Como viverá então a mulher actual a sua maternidade?

Na mulher existe uma interrelação constante entre processos biológicos e psicológicos. Se o homem é e tem um corpo, no campo da sexualidade esta relação entre aspectos fisiológicos e psicológicos encontra-se profundamente enraizado. O corpo é o meio de comunicação por excelência, nele se expressam sentimentos e emoções e por ele se lançam alertas e gritos de protesto que não podem ser «ditos» de outra forma. A mulher, pelas suas características biológicas e pela estruturação ambiental, mostra tendência para apresentar desde muito cedo manifestações psicossomáticas (Senarclens, 1983). Desde a menarca até à menopausa desenvolvem-se, na mulher, processos biológicos destinados à maternidade e, como refere Langer, trabalhos realizados sobre o ciclo sexual da mulher mostram a preparação psicológica que acompanha as mudanças biológicas (um exemplo ilustrativo poderá ser encontrado numa maior apetência sexual e melhoria no entendimento conjugal que coincide normalmente com a zona fértil do ciclo menstrual feminino); parece existir na mulher um desejo instintivo de ser fecundada e conceber uma criança.

Sabe-se que a maioria das mulheres que sofrem de neoplasias do útero são mulheres que nunca conceberam e se aproximam da menopausa, são mulheres frustradas na sua maternidade e que se aproximam da renúncia definitiva. A mulher que não consegue realizar-se como mãe sentirá, no fundo do seu ser, ter desperdiçado parte de si própria.

«Numa sociedade dominada pelos valores masculinos, as disposições específicas incutidas

na mulher correspondem e ajustam-se a posições socialmente subalternas. É a estas últimas que está ligada a mitologia, conferindo à fisiologia feminina propriedades específicas da sua função de reprodução. O corpo da mulher é posto em relação orgânica com o corpo social, porque assegura a fecundidade, e, com o espaço familiar, no qual é realizada a divisão social do trabalho sexual, com a vida das crianças que origina e tem que garantir» (M. Foucault, citado em Senarclens, 1983).

Desde tempos recuados que a genitalidade sempre se envolveu de mistério, e o homem sempre buscou controlar as consequências do acto sexual com todos os meios à sua disposição. Em todas as tribos primitivas podemos encontrar a utilização de ervas anticoncepcionais.

Com a revolução industrial impôs-se o uso do preservativo como o primeiro anticoncepcional barato, seguro e ao alcance de todos. Colocou-se ao alcance do homem, mas a vida da mulher não mudou muito; deixou intacta a estrutura familiar e a sua dependência. Foi neste século que a situação aparentemente mudou: é a mulher quem decide quando quer ter filhos e, pela primeira vez, o acto sexual é verdadeiramente separado da procriação (Langer, 1986).

Todo o anticoncepcional tem a sua problemática, muitos deles têm contra-indicação psicológica, pois, ao delegarem a sua fertilidade no ginecologista, algumas mulheres perdem-na psicologicamente. Sem dúvida que o acesso a contraceptivos veio libertar a mulher de muitas angústias, no entanto a mulher continua a oscilar entre o medo à gravidez e o receio à esterilidade.

Frequentemente a mulher impõe um limite ao número de filhos, mas sente-se fisicamente frustrada e depreciada na sua valiosa capacidade. Ressente-se, então, com o marido e, muitas vezes, torna-se frígida e sem vontade. Muitos dos transtornos relativos à menopausa (sensação de vazio, tristeza aparentemente injustificada, falta de entusiasmo) são referidos, pelas mulheres que acorrem às consultas de Planeamento Familiar, como resultantes dos contraceptivos. Sem dúvida que o contraceptivo será o responsável mas pelos mecanismos

psicológicos que provoca (Langer, 1986). Não haverá, em muitas mulheres, desejo inconsciente de que o método falhe e engravidem vindo assim injustificados os seus medos de não poderem ter filhos?

Estando estes factores presentes em contraceptivos como a pílula ou o DIU que dizer de uma laqueação de trompas em que o factor determinante tem a ver com a quase irreversibilidade do método?

Se a mulher partilha com o seu grupo familiar e social os aspectos específicos da sua identidade, do seu eu, da imagem de si mesma, destinados a inscrever o seu corpo, e as suas funções fisiológicas de procriação e de reprodução, nos compromissos sociais, políticos e colectivos que dizer da interiorização pessoal e colectiva de uma laqueação de trompas, principalmente se tivermos em conta que muitas destas laqueações são realizadas não por ter terminado o desejo de maternidade mas por razões médicas ou económicas?.

Sem dúvida que a existência de certas exigências, de práticas não concordantes com os desejos internos das mulheres, terá como resultado uma distorção da imagem da mulher e da vivência da sua feminilidade.

Não poderemos deixar de referir o uso secundário da contracepção nas relações conjugais, quantas dificuldades conjugais são mascaradas por dificuldades na contracepção, quantas angústias e medos são deslocados para o desejo de não engravidar? Como resolver em alguns casais os seus problemas conjugais que já não podem ser atribuídos a anticoncepcionais ineficazes e mal suportados. Como ficaram enfim estes casais após uma laqueação de trompas?

Como explicar o facto de algumas mulheres faltarem à intervenção ou voltarem anos mais tarde a pedirem uma recanalização de trompas?

Ao nível inconsciente não é com facilidade que uma mulher «castra» a sua capacidade reprodutora, que assume para os outros e para si própria que já não pode ter filhos, que perdeu essa maravilhosa capacidade de ser mãe. Deste modo, não parecerá estranho que hajam mulheres que engravidam no espaço de tempo

que antecede a operação de laqueação, como se tivessem de afirmar a si próprias que ainda têm o poder de «produzir» um filho, numa necessidade de dar o «canto do cisne» antes do fim.

O pedido de recanalização também nos deve merecer particular atenção. Das cerca de 500.000 esterilizações feitas anualmente (Singler, 1985), 2 a 3% dessas mulheres vêm pedir a recanalização, e um número ainda maior acaba por expressar o seu arrependimento por ter feito a operação.

Se for possível identificar quais as mulheres que mais provavelmente vão pedir a recanalização poder-se-ão prescrever, nesses casos, outros métodos temporários (Divers, 1984).

O pedido de esterilização surge frequentemente na sequência de problemas conjugais (alguns autores registam grande percentagem de divórcios no período que se segue à operação) (Vermer, 1986). Uma taxa importante de esterilizações são efectuadas em conjunto com outras intervenções do foro ginecológico ou obstétrico. Tal procedimento visa poupar a cliente a operações sucessivas mas não existe, muitas vezes, um espaço e um tempo para pensar de forma consciente todas as repercussões do acto. Esta operação combinada resulta, assim, num factor de risco quanto a um possível arrependimento. Vermer (1986) indica-nos dois outros factores de risco: idade inferior a 30 anos e existência de problemas conjugais. Em relação aos problemas conjugais, será prudente que a cliente possa clarificar o seu pedido junto a um psicólogo.

O arrependimento é a primeira fase da recanalização (Siegler, 1985), mas é evidente que esta nem sempre é motivada pelo arrependimento. Outros acontecimentos não previstos (nova relação, morte de filho, mudança social ou profissional, etc.), podem levar ao desejo de restaurar a fertilidade. Este remorso é relativamente comum mas de curta duração (Vermer, 1986), e só um número muito pequeno de mulheres vem pedir de facto a recanalização.

No que foi referido depreende-se a importância da decisão de fazer uma laqueação

de trompas na vida consciente e inconsciente de uma mulher. O que a motiva para esta solução, como é vivida e quais as consequências que acarreta, são aspectos que nos importa conhecer.

De forma a poder ser elaborado um protocolo de intervenção junto destas mulheres há que proceder, em primeiro lugar, à sua caracterização. Neste sentido, foi iniciada, em Agosto de 1989, uma abordagem de todas as mulheres que fizeram laqueação na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC) durante o ano de 1988. Conhecendo melhor a população com que trabalhamos é possível actuar de forma mais eficaz, contribuindo para o seu bem estar, fim último da instituição em que trabalhamos.

2. METODOLOGIA

Foi elaborado um protocolo que serviu de guia de actuação para os 3 elementos do Departamento de Psicologia Clínica do MAC que conduziram as entrevistas. As mulheres que haviam sido convocadas via postal foram informadas do objectivo do estudo e da confidencialidade das informações, e foram solicitadas a colaborar. Não houve nenhuma recusa, tendo todos os sujeitos acedido prontamente a colaborar na investigação.

Procedemos à adaptação do questionário utilizado por Tahrat (1983) com a colaboração da equipa médica de Consulta de Ginecologia. Sendo importante obter, de uma forma objectiva, alguma informação sobre traços de personalidade, foi incluído no protocolo o questionário de auto-administração P.N.P..

O primeiro instrumento foi sendo aplicado ao longo de uma entrevista semi-directiva, em que o Psicólogo fazia o registo das respostas. Quanto ao P.N.P. procedeu-se conforme as instruções de aplicação (auto-administração): a duração das entrevistas, dependendo das características dos sujeitos, variou entre os 30 e os 60 minutos e tiveram lugar na privacidade de um dos gabinetes do Departamento de Psicologia.

Dos 63 sujeitos convocados obtiveram-se 32 respostas positivas. No entanto, um deles referiu não ter chegado a fazer a laqueação apesar de a ter marcado. Estas 31 entrevistas utilizáveis representam 50% das convocações. Estes valores podem ser explicados pela época do ano (Verão) em que decorreu esta fase do trabalho.

Passemos à caracterização da amostra e à análise descritiva dos resultados(1).

Idade

Até 35 anos (incl.)	6	20%
35-40 anos (incl.)	10	33.3%
41 anos	9	30%
Mais de 41 anos	5	16.7%
	$x = 38.433$	$s = 4.224$

Cerca de 50% das mulheres que recorrem à laqueação (na nossa amostra) têm idade inferior ou igual a 40 anos. Em idades posteriores a 41 anos a frequência parece diminuir consideravelmente.

Nacionalidade

Portuguesa	29	93.5%
Língua Port.	2	6.5%

Na amostra considerada deparámos apenas com mulheres casadas e divorciadas (90.3% e 9.7% respectivamente).

Número de gravidezes

	Freq.	
1	3	9.7%
2	9	29%
3	10	32.3%
4	3	9.7%
5	4	12.9%
	$x = 3.548$	$s = 2.528$

Constatamos que 71% das mulheres referem um número inferior ou igual a 3 gravidezes, baixando consideravelmente a percentagem quando se procura um registo igual ou superior a 4 gravidezes (19.4%).

(1) Algumas questões abordadas no questionário não foram tratadas posteriormente por não se revelarem importantes nesta fase do trabalho.

Número de interrupções espontâneas

0	23	74.2%
1	4	12.9%
2	4	12.9%
	x=3.87	s=0.715

74.2% da amostra contactada não refere qualquer interrupção espontânea.

Número de abortos provocados

0	19	61,3%
1		25.8%
2	3	9.7%
3	0	0%
4	1	3.2%

No que se refere a abortos provocados também a maior frequência é registada no valor nulo (61.3%), contudo 25.8% das mulheres referem ter-se submetido a 1 aborto e 12.9% a 2 ou mais.

Profissão

Doméstica	10	32.3%
Sector Prof.	10	32.3%
Serviços	9	29.0%
Quadros	2	6.5%

A grande maioria das mulheres contactadas (64.6%) é doméstica ou trabalha no sector produtivo. Apenas 29% se dedica à prestação de serviços e uma percentagem bem reduzida (6.5%) pertence a quadros.

Habilitações literárias

Primário	25	80.6%
Secundário	3	9.7%
Profissional	2	6.5%
Superior	1	3.5%

Conforme é possível constatar, 80.6% da amostra tem apenas o ensino primário, 16.2% o secundário ou o profissional e apenas uma utente refere uma licenciatura.

Número de filhos

1	6	19.4%
2	14	45.2%
3	6	19.4%
4 ou mais	5	16.1%

Dois filhos apresenta-se como a categoria mais frequente sendo, contudo, verificada uma igualdade no que se refere a 1 ou 3 filhos.

Dificuldade na gravidez e/ou parto

Sim	6	19.4%
Não	25	80.6%

A maioria das mulheres observadas (80.6%) não refere quaisquer dificuldades na gravidez e/ou parto.

Dores na menstruação antes da laqueação

Sim	14	45.2%
Não	13	41.9%

Nesta categoria é observado um equilíbrio entre as duas formas de resposta.

Regularidade da menstruação antes da laqueação

Regular	14	46.7%
Irregular	14	46.7%
Variável	2	6.7%

É verificada uma igualdade no que se refere à irregularidade e regularidade da menstruação (46.7%), anteriormente à laqueação, aparecendo apenas dois casos em que é considerada variável.

Fluxo menstrual antes da laqueação

Normal	12	40.0%
Diminuído	6	20.0%
Aumentado	12	40.0%

Na amostra considerada é igual o número de sujeitos que refere fluxo normal e fluxo aumentado (40.0%), enquanto que fluxo diminuído é relativamente pouco referido (20.0%).

Qualidade da vida sexual

Orgástica	10	35.7%
Satisfatória não orgástica	8	28.6%
Frígida	9	32.1%
Relações com dores	1	3.6%

É observado que 35.7% das inquiridas refere uma vida sexual orgástica enquanto que igual número a refere como frígida, permanente ou intermitentemente. É ainda considerável o número de mulheres que refere uma vida sexual satisfatória mas não orgástica (28.6%).

Religião: Praticante

Sim	10	32.3%
Não	9	29.0%
Variável	12	38.7%

No que se refere a esta categoria a grande maioria frequenta a igreja (71.0%) de forma mais ou menos regular.

Religião: Ligação

Sim	10	32.3%
Não	9	29.0%
Intermédio	12	38.7%

Da mesma forma que na categoria anterior também aqui se observa que a maioria da amostra (71.0%) está ligada à religião. Podemos constatar que a ligação à religião é directamente proporcional à sua prática.

Nacionalidade do Companheiro

Portuguesa	29	93.5%
Língua Port.	2	6.5%

A quase totalidade dos companheiros é de origem portuguesa (93.5%) restando apenas dois indivíduos que, não o sendo, falam a língua portuguesa.

Profissão do Companheiro

Sector Prod.	13	41.9%
Serviços	14	45.2%
Quadros	4	12.9%

Apenas 4 elementos estão em quadros de empresas, enquanto que os restantes (87.1%) se dedicam à prestação de serviços ou ao sector produtivo.

Atitude do Companheiro: Laqueação

Sim	27	87.1%
Não	2	6.5%
Indiferente	2	6.5%

Pode observar-se que de uma forma geral (87.1%) os companheiros têm uma atitude favorável em relação à laqueação enquanto que 13% têm uma atitude indiferente ou mesmo desfavorável.

Evocação de Vasectomia

Sim	2	6.9%
Não	27	93.1%

Na quase totalidade dos casais a vasectomia não é evocada.

Programa de Filhos

0	1	3.7%
1	2	7.4%
2	19	70.4%
3	4	14.8%
4 ou mais	5	3.7%
	x=2.074	s=0.730

Na maioria dos casais (70.4%) constatou-se que consideram 2 como o número ideal de filhos, contudo o programa de filhos é variável sendo de considerar a existência da resposta «sem programa de filhos».

Último Contraceptivo Utilizado

D.I.U.	16	51.6%
Pílula	7	22.6%
Condon	2	6.5%
Outros	6	19.4%

É de salientar que 51.6% das mulheres inquiridas utilizavam D.I.U. como contraceptivo, anteriormente à laqueação, sendo a pílula o 2.º método escolhido.

Quem Tomou a Decisão

Própria	5	16.1%
Casal	17	54.8%
Médico Família	6	19.4%
Ginecologista	3	9.7%

Em mais de metade da amostra (54.8%) a laqueação tubária resultou de uma decisão do casal, embora sejam salientes os casos em que se tratou de uma decisão médica (19.4%) ou apenas da própria mulher (16.1%).

Desejou Ter Mais Filhos

Sim	1	3.2%
Não	29	93.5%
Intermédio	1	3.2%

A quase totalidade das observadas (93.5%) não referiu qualquer desejo de ter mais filhos após a laqueação.

Outras Influências

Ninguém	2	6.5%
Plan. Familiar	17	54.8%
Médico	4	12.9%
Outras	10	25.9%

Mais de metade (54.8%) das mulheres contactadas refere ter feito laqueação por influência da Consulta de Planeamento Familiar. Apenas uma pequena percentagem refere não ter tido quaisquer influências.

Estado de Saúde em Geral Após a Laqueação

Positivo	28	90.3%
Negativo	3	9.7%

A quase totalidade das inquiridas (90.3%) refere o estado de saúde em geral como positivo.

Dores na Menstruação Após a Laqueação

Mais	9	30.0%
Menos	8	26.7%
Igual	13	43.3%

A maior parte das mulheres (43.3%) não refere qualquer alteração relativamente às dores menstruais após a laqueação, as respostas «mais» ou «menos» dor são praticamente equivalentes.

Regularidade da Menstruação Após a Laqueação

Mais	9	29.0%
Menos	1	3.2%
Igual	17	63.0%

A maioria das mulheres não refere qualquer alteração na regularidade da menstruação após a laqueação (63.0%), contudo 29.0% refere uma melhoria na situação.

Fluxo Menstrual Após a Laqueação

Mais	9	29.0%
Menos	5	16.1%
Igual	17	54.8%

Tal como nas duas questões anteriores também aqui a maioria das inquiridas (54.9%) não refere qualquer alteração.

Sentimentos Após a Laqueação

Positivo	24	80.0%
Negativo	5	16.7%

80% da amostra refere os seus sentimentos após a laqueação de uma forma positiva.

Mudanças Corporais

Sim	1	3.3%
Não	3	10.0%
Igual	26	86.7%

A maior parte das inquiridas (86.7%) não revela qualquer sentimento de alteração no seu corpo.

Feminilidade

Mais	1	3.3%
Menos	3	10.0%
Igual	26	86.7%

A maior parte das inquiridas (86.7%) não revela qualquer sentimento de alteração na sua feminilidade.

Desejo Consciente: Filhos

Sim	2	6.5%
Não	29	93.5%

A quase totalidade das observadas (93.5%) não revela desejo consciente de ter filhos.

Sonhos de Gravidez

Sim	4	13.3%
Não	26	86.7%

A maioria das mulheres não referiu sonhos de gravidez (86.7%).

Entendimento Conjugal

Mais	8	25.8%
Menos	4	12.9%
Igual	19	61.3%

A maioria não refere alterações no entendimento conjugal (61.3%) após a laqueação tubária.

Atmosfera Familiar

Melhor	2	6.5%
Pior	4	12.9%
Igual	24	77.4%

A maioria das inquiridas (77.4%) não refere alterações significativas na atmosfera familiar.

Frequência nas Relações Sexuais

Mais	4	12.9%
Menos	3	9.7%
Igual	24	77.4%

A maior parte da população não refere alterações na frequência das relações sexuais após a laqueação tubária.

Prazer Sexual

Mais	7	23.3%
Menos	4	13.3%
Igual	19	63.3%

Desejo Sexual

Mais	8	26.7%
Menos	4	13.3%
Igual	18	60.0%

No que se refere a estas duas questões (Prazer e Desejo Sexual) a maioria das mulheres não refere qualquer alteração provocada pela laqueação tubária.

Dores nas Relações Após a Laqueação

Sim	2	6.7%
Não	28	93.3%

Na quase totalidade dos casos (93.3%) não são referidas dores nas relações sexuais.

Mudança na Atitude do Companheiro

Sim	8	29.6%
Não	19	70.4%

A maioria das mulheres não parece registar qualquer mudança significativa na atitude do companheiro.

Recomendaria a Laqueação

Sim	27	93.1%
Não	2	6.9%

A quase totalidade recomendaria a laqueação a outra mulher.

O tempo decorrido desde a laqueação até à data da entrevista variou entre 15 e 21 meses. Obtivemos uma amostra com um tempo médio de laqueação de 17.8 meses (1 ano e meio), desvio padrão de 1.5 meses.

No que respeita ao Teste P.N.P. resume-se aqui os valores encontrados (nota T):

	Min.	Max.	Média	D. Padr.
Tend. Neuróticas	32	85	64.5	13.3
Tend. Paranoides	30	86	61.5	13.3
Tend. Psicopáticas	32	72	56.2	9.3

Foram feitos dois tratamentos estatísticos.

Num primeiro momento, procedemos aos cruzamentos das variáveis respeitantes à caracterização da amostra (1—29) com as variáveis das sequelas. Das tabelas de contigência retivemos apenas as que apresentavam um $p < 0.07$ (listagem 1). No entanto, como pode ser observado, devido à reduzida dimensão da amostra o número de células em que as frequências esperadas estão abaixo de 5 é muito elevado, o que compromete (invalida) a interpretação dos resultados.

Num segundo momento, realizámos uma reclassificação das variáveis de modo a, tornando-as dicotómicas, reduzir o número de células das tabelas de contigência. O racional, em relação às sequelas, foi a classificação em existência/ausência de alterações após a laqueação. Das tabelas obtidas a partir do cruzamento das variáveis retivemos apenas aquelas em que $p < 15$ (listagem 2). O alargamento da significância (quando habitualmente se utilizam os valores de 0.01 e 0.05) justifica-se atendendo ao carácter exploratório desta primeira fase, onde apenas nos vão interessar indicadores de tendências.

CONCLUSÃO

Da análise sumária destes resultados deparamos com um aparente grau de

satisfação, relativamente à laqueação tubária.

A maioria das mulheres entrevistadas refere estar satisfeita com a opção tomada, não tendo desejo consciente de mais filhos. Também, maioritariamente, não são verbalizadas modificações desfavoráveis quer pessoalmente quer na sua vida conjugal.

No entanto, a análise do teste de personalidade revela um índice de perturbação psicológica significativo; 64.5% da população observada apresenta tendências neuróticas acima da média e, 61.5% apresenta tendências psicóticas igualmente acima da média.

Urge, pois, perceber este elevado grau tendencial de perturbação psicológica.

Verificámos que uma das razões médicas que estas mulheres evocam para justificação do seu pedido de laqueação, é uma razão de ordem psiquiátrica/psicológica (sendo de salientar a elevada percentagem de internamentos em hospitais psiquiátricos). Parece-nos que o elevado grau de tendências neuróticas que estas mulheres apresentam, poderá estar relacionado com vivências internas relativas à laqueação, havendo uma elevação dos sentimentos de desvalorização e diminuição da auto-estima. Estes sentimentos não expressos conscientemente e definidos de forma mais ou menos estruturada na resposta a um inquérito (ao qual é de certo modo fácil dar a resposta socialmente aceite) vêm facilmente à luz quando sujeitos a um teste de personalidade.

Resta-nos, pois, saber se estes sentimentos neuróticos, e, principalmente, a depressão que algumas mulheres apresentam, estão relacionados com a laqueação tubária. Para tal procederemos no futuro a uma avaliação detalhada da personalidade dos utentes no momento em que pedem a laqueação para serem reavaliados alguns meses depois da mesma.

Neste momento encontramos-nos a reelaborar o questionário (tendo em conta os dados obtidos nesta fase — que poderemos chamar de pré-teste) de modo a que possamos dar início à segunda parte do projecto, o qual consiste na convocação da totalidade da população (todas as laqueações feitas entre Janeiro de 1988 e Janeiro de 1989).

BIBLIOGRAFIA

- Bettelheim, B. (1979). *As Feridas Simbólicas*. Lisboa: Moraes Editores.
- Bydlowski, D.-L. et al (1983). Aproche Psycho-Medicale de l'Inferlité. *Journal of Gyne Obs and Psychological Reproduction*, 12: 269-276.
- Brooks, J. (1983). The Fate of Women Requesting Reversal of Tubal Sterilization. *Fertility and Sterility*, 47(5).
- Colman, A.W. (1973). *La Grossesse, Expérience Psychologique*. Paris: Laffont.
- Deutsch, H. (1949). *La Psychologie des Femmes*. Paris: Payot.
- Divers, W. (1984). Characteristics of Women Requesting Reversal of Sterilization. *Fertility and Sterility*, 41(2).
- Langer, M. (1986). *Maternidade e Sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pasini, W. et al (1983). *Sexualité et Gynécologie Psychosomatique* (tome 2), Paris: Masson.
- Senarclens, M. & Fischer, W. (1983). *Amnorreia: Fiminilidade*. Lisboa: Fundação Caloste Gulbenkian.
- Siegler, A. (1985). Reversibility of Female Sterilization. *Fertility and Sterility*, 43(4).
- Vemer, H. (1986). Women Regreting Their Sterilization. *Fertility and Sterility*, 46(4).

RESUMO

A decisão de fazer uma esterilização voluntária tem grande importância na vida consciente e inconsciente de uma mulher. O que a motiva para esta solução, como é vivida e quais as consequências que acarreta são aspectos que nos importa conhecer.

Deste modo foi realizada na Maternidade Dr. Alfredo da Costa uma abordagem das mulheres que fizeram laqueação tubária no sentido de conhecer esta população para que possa haver uma intervenção e prevenção de futuras complicações psicológicas.

ABSTRACT

The volunteer decision of become sterile is of great importance in the conscious and unconscious lives of a woman. What is the motivation, how is it lived, and what are the consequences of such a decision. These are some of the questions we would like to find and answer to.

Therefore at Maternidade Dr. Alfredo da Costa a study was carried out on women that were sterilized in order to fully understand this population and to know how to prevent and act in future psychological disturbances.