

Aspectos Psicológicos da Contracepção: A Laqueação como Método Contraceptivo (Virtualmente) Definitivo

CARLA FONSECA TOMÁS (*)
ISABEL MORAIS CARVALHO (*)

«Era uma vez um rei e uma rainha... (...) tentaram ser felizes para sempre, mas não quiseram ter muitos filhos.»

INTRODUÇÃO

A contracepção traduz-se pelo uso de técnicas específicas com vista a evitar a gravidez. Desde os métodos mais primitivos e menos científicos (barreiras locais ou ervas anticoncepcionais) até às técnicas mais científicas dos anos mais recentes, pode dizer-se que a contracepção sempre existiu como forma dos indivíduos controlarem a sua descendência (Botelho, s/d). É, no entanto, somente no século XX que o acto sexual é visto como separado do acto de procriar, o que contribuiu para a utilização generalizada dos contraceptivos que se foram tornando cada vez mais acessíveis e fiáveis.

Embora a contracepção seja um fenómeno interpessoal, uma vez que pressupõe a existência

de dois parceiros férteis, é habitualmente sobre a mulher que recai a responsabilidade da decisão final sobre o controlo da natalidade. Como o ideal da mulher de hoje vai além do casamento e dos filhos, a sua vida é composta por múltiplos objectivos. A questão põe-se-lhe, cada vez mais, na conjugação e integração das suas várias finalidades, tendo assim de controlar os momentos mais indicados para alcançar uma dessas finalidades – a maternidade.

Que variáveis, no final do século xx, deverão estar ligadas à escolha de um método de controlo da fertilidade?

Pensamos que o comportamento contraceptivo não pode ser visto independentemente, não só do comportamento sexual, mas também do todo do indivíduo. O método deve ser adequado à pessoa e não a pessoa ao método. O sucesso de qualquer contraceptivo não depende apenas das variáveis técnicas que lhe estão ligadas mas depende também, e de forma igualmente importante, das variáveis psicológicas ligadas à mulher, naquilo que cada uma possui de único.

Segundo Rodgers (1978), a laqueação tubária é um método escolhido como a solução mais satisfatória, disponível entre uma variedade de escolhas possíveis, para uma questão funcional específica. Difere de outros métodos contraceptivos essencialmente pelo seu carácter virtual-

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

mente irreversível. O factor crucial na decisão da mulher que quer fazer uma laqueação tubária tem de passar pela total compreensão do seu carácter permanente. A mulher está a decidir que não quer ter (mais) filhos no momento e que não os poderá vir a ter no futuro – é a opção pela infertilidade.

...QUERO FAZER UMA LAQUEAÇÃO!

Através de uma análise das razões que levam as mulheres à Maternidade Dr. Alfredo da Costa para apresentarem um pedido de laqueação e da conjugação dessa análise com os estudos apresentados por Alder (1983) e Rodgers (1978), concluímos que existem, fundamentalmente, quatro ordens de razões mobilizadoras desses pedidos:

- não aceitação de outros métodos contraceptivos, quer por razões físicas – efeitos secundários ou situações clínicas que impedem a sua utilização; quer por razões psicológicas – falta de confiança em métodos com algum risco em termos de eficácia;
- consideração de que a família está completa;
- razões socio-económicas, no sentido de que com mais filhos, as mulheres sentem que não lhes será possível dar a nenhum a educação e as oportunidades que consideram mínimas – condições que, muitas vezes, elas próprias não tiveram;
- problemas conjugais que levam à não aceitação de filhos nessas circunstâncias.

Mas qual é a natureza do processo de tomada de decisão que leva ao pedido concreto de laqueação tubária? Num caso como este, em que o processo é irreversível, a decisão de se submeter à cirurgia é pensada e decidida uma única vez. A mulher, sozinha ou com o seu parceiro, vai mover-se sequencialmente e cada passo envolve uma ou mais tarefas psicológicas, influenciadas também por factores biológicos e ambientais. Numa pré-decisão, o planeamento é a tarefa psicológica mais importante. Com base nas informações de que dispõe, ela projecta-se a si própria no futuro e procura vê-se como alguém que não quer ter (mais) filhos. Idealmente, a mulher apercebe-se que deseja, ou pelo menos

está preparada para optar pela infertilidade. Só com este reconhecimento ela entra verdadeiramente na fase de decisão. Segundo Miller (1978), esta fase ocorre após um life-event particular: relacionado com a gravidez (a sua própria gravidez ou uma gravidez não desejada); relacionado com o controlo da natalidade (sugestão do médico); relacionado com o período menstrual (irregularidades); relacionado com a esterilização (uma amiga que fez uma laqueação). Outros acontecimentos importantes na sua vida poderão também precipitar a tomada de decisão: uma oportunidade de emprego; deslocação geográfica; entrada do filho mais novo na escola; ou mudanças na saúde de um elemento da família. Assim, há uma interacção entre estes acontecimentos e factores de personalidade que levam a mulher a decidir-se.

O reconhecimento leva à reflexão – tanto na fantasia como na discussão interpessoal. Na fantasia, a mulher aplica a si mesma as noções acerca do que a laqueação tubária significa e quais as suas implicações para o futuro. Simultaneamente ela considera as várias hipóteses alternativas. A reflexão interpessoal ocorre através da procura de apoio, da busca de informação e da discussão das várias etapas.

O passo final na tomada de decisão é a acção, isto é, a realização daquilo que foi decidido. Como e quando essas acções ocorrem depende tanto da disponibilidade e dos recursos da comunidade como da forma como a mulher responde a situações que requerem iniciativa.

Na generalidade, os estudos indicam que entre 5 a 10% das mulheres laqueadas demonstram arrependimento ou insatisfação posterior, mas que este arrependimento tende a diminuir com o tempo (Lambers et al, 1984). A laqueação pode significar para a mulher uma sensação de perda de determinada função do seu corpo, com a consequente diminuição da auto-imagem corporal. Como qualquer perda, em circunstâncias normais, tenderia a esbater-se com o tempo. No entanto, em cerca de 5% dos casos a desadaptação à intervenção persiste e, por vezes, agrava-se. É sobre estes 5% que nos vamos debruçar, numa tentativa de despistar formas de diminuir este número, minorando o sofrimento subsequente.

FACTORES DE RISCO

Através da recolha de literatura que efectuámos pudemos concluir que existem alguns factores de risco que levam, com mais frequência, ao arrependimento pós laqueação.

Idade

Embora o factor idade (inferior a 30/35 anos) pudesse ser um presumível factor de risco, nem todos os estudos por nós consultados foram nesse sentido (Schwyhart & Kutner, 1973 e Wise et al, 1976, citado por Lambers et al, 1984). Outros estudos (Watkins, 1976 e Alderman, 1977, citados por Lambers et al, 1984) indicam que a idade é um factor de risco importante. As mulheres mais jovens têm um período de tempo maior para passarem por uma mudança nas suas condições de vida, o que fará da juventude um factor de risco para um posterior arrependimento.

Número de filhos

Também o número de filhos poderia ser, à partida, um possível factor de risco. No entanto, não parece ser, por si só, um aspecto importante para o arrependimento posterior à laqueação. Mais importante será a satisfação com os filhos existentes do que com a sua quantidade (Schwyhart & Kutner, 1973).

Expectativas

Um factor importante de arrependimento é a expectativa errada de que a laqueação resolva um problema que não esteja directamente ligado ao aspecto contraceptivo (Lambers et al, 1984). Por exemplo, casais com problemas a nível do relacionamento sexual, esperam que se a questão do risco de gravidez for eliminado a relação sexual correrá melhor, o que nem sempre parece ser verdade.

Identidade sexual

Nas mulheres em que a identidade sexual está muito ligada à capacidade reprodutora, a laqueação obviamente perturbará o seu equilíbrio dinâmico. Nestes casos o seu arrependimento será praticamente inevitável.

Motivação e integração da decisão

Uma decisão ambivalente ou pouco reflectida

pode mesmo ser geradora de perturbações posteriores a nível do comportamento. Este facto verifica-se essencialmente em mulheres que, embora tenham dado o seu assentimento à intervenção, fizeram-no por pressão, quer dos médicos, quer dos cônjuges, quer do meio ou ainda pouco depois do nascimento dum filho ou associada a uma outra intervenção (Lambers et al, 1984; Pasini, 1983).

Questões religiosas/questões étnicas e culturais

Podem colocar-se problemas a nível da religião, quer por mudança de convicções, quer por falta de compreensão prévia do que está em causa na laqueação, o que leva a sentimentos de culpabilidade com conseqüente deterioração de toda a vivência psíquica. Pelo contrário, em certos grupos étnicos, a laqueação parece ser um método contraceptivo bem aceite pelas mulheres, como por exemplo nas comunidades ciganas.

Existência de antecedentes psiquiátricos

As personalidades frágeis ou desequilibradas formulam muito frequentemente queixas relativas à laqueação – sonhos de gravidez ou persistência de um desejo consciente de uma criança. Acontece que, nestes casos, o pedido de laqueação não é feito por vontade das utentes, mas por pressão médica ou familiar, o que, como já vimos, é em si mesmo um dos principais factores de risco para a desadaptação à intervenção. Pensamos que, por muito desorganizada que seja a personalidade da mulher em causa, é necessário o respeito pelo seu corpo e pela sua vontade.

Participação do cônjuge

Uma opinião indiferente ou desfavorável do companheiro perante a laqueação pode ser um factor significativo de posteriores reacções psico-afectivas negativas.

... QUERO FAZER UMA RECANALIZAÇÃO!

Quando referimos que, em média, 5% das mulheres laqueadas apresentam insatisfação perante a sua opção contraceptiva, significa que, ou surgiram factores inesperados na sua vida que a modificaram, ou que a opção não seguiu todos

os passos desejados durante a tomada de decisão. Embora nem sempre aconteça, a insatisfação e o arrependimento pós-laqueação podem levar a pedidos de recanalização tubária, a maior parte dos quais impossíveis de realizar com sucesso.

Porque pensamos que as razões que levam a estes pedidos contribuem de forma marcante para a clarificação dos factores de risco mencionados, vamos, a partir de nove estudos compilados por Lambers et al, realçar os factores comuns a estes estudos.

Um desses factores é o desejo de maternidade com um novo companheiro. Na maior parte dos casos verificou-se um divórcio – a laqueação foi pedida por relações conjugais insatisfatórias. Um casamento posterior com um homem geralmente mais novo e sem filhos, leva ao desejo de confirmação da nova relação através da gestação de uma criança.

Outro dos factores é a morte de um filho. Quase todos os pedidos de recanalização por esta razão foram feitos por mulheres cujas laqueações se realizaram durante o pós-parto.

Também o simples desejo de uma nova gravidez é mencionado significativamente nos trabalhos referidos, quer por melhoria das condições económicas ou das relações conjugais, ou ainda pela evolução da ciência, em termos de diminuição de riscos em casos clínicos que na altura da laqueação desaconselhavam a gravidez.

Por último são de realçar as razões apresentadas por mulheres que sentem que a sua sexualidade se deteriorou depois da laqueação. A questão está, muitas vezes, no facto dos conceitos de feminilidade e maternidade se confundirem na consciência social, tornando-se difícil *para a mulher fazer a sua distinção – perdendo a possibilidade de procriar não se sente feminina*. Nestas condições encontram-se, habitualmente, as mulheres que foram laqueadas por indicação médica ou durante uma intervenção obstétrica ou ginecológica.

Importa realçar que algumas destas mulheres recorrem à laqueação como solução para problemas sexuais, conflitos internos ou ainda conflitos entre elas e os companheiros, ou seja, para procurarem resolver questões que não têm directamente a ver com a limitação da fecundidade.

A INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO CLÍNICO: AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DOS PEDIDOS DE LAQUEAÇÃO TUBÁRIA

Depois da tentativa de identificação dos factores de risco que levam à insatisfação posterior a uma laqueação tubária, vamos deter-nos sobre o papel do psicólogo clínico na sua prevenção, expondo as nossas reflexões enquanto membros de uma equipa do Departamento de Psicologia Clínica, na área de ginecologia, a funcionar na Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Acima de tudo é importante que se possa identificar, em cada caso, se se está em presença desses factores de risco e colaborar na clarificação não só do pedido de laqueação como das razões que levam a esse pedido. O psicólogo deve fazer parte de uma equipa de técnicos, multidisciplinar, em que cada um desses técnicos analisa, conforme as suas competências, se a laqueação será o método contraceptivo mais adequado à utente em causa, tendo em conta o seu quadro clínico, as suas motivações e os seus recursos psicológicos.

O objectivo da entrevista psicológica é a criação de um espaço que permita à mulher pensar-se a si própria no futuro como alguém que não poderá ter (mais) filhos, de forma a antever os efeitos dessa nova realidade. Procura-se neste espaço contribuir para uma decisão livre, responsável e integrada das utentes, minorando o mais possível a insatisfação e o posterior arrependimento em relação à laqueação. Só desta forma é possível a conjugação entre os interesses das utentes e os interesses das instituições a que elas se dirigem.

Dado que os factores psicológicos são determinantes na insatisfação posterior a uma laqueação tubária, a vivência psicológica associada ao pedido de laqueação deverá ser o ponto essencial a identificar pelo psicólogo, neste âmbito. Esta identificação passa pelas motivações envolvidas na opção contraceptiva. É de fundamental importância avaliar o grau de reflexão e elaboração do pedido de laqueação, através do estabelecimento de uma comunicação adequada com a utente.

Pela prática clínica verifica-se que o pedido de laqueação pode ser um pedido de ajuda inconsciente, ou seja, a forma que a mulher encontra para dizer que alguma coisa está mal com ela, ou com a sua vida – com a sua relação com o

companheiro, com os seus filhos ou com o seu emprego. O pedido de laqueação pode ser um acto agido virado contra si própria.

Para que o psicólogo possa fazer um prognóstico do quadro pós-operatório tem de detectar igualmente o funcionamento psicológico habitual da mulher em causa, incluindo o seu nível de ansiedade face a situações novas. De igual importância é ter a sensibilidade para perceber se a decisão da laqueação não foi tomada por influência ou pressão de factores externos e se a mulher não procura uma oportunidade para expressar a sua verdadeira opinião. Acontece que a figura do médico ou do cônjuge (como autoridades) não permite, a mulheres pouco diferenciadas, a expressão daquilo que sentem verdadeiramente.

O pedido de laqueação, geralmente, não aparece como algo individual, mas como um projecto de casal em que os dois membros tomam a decisão de terminar a sua fertilidade. Por vezes, ao longo da entrevista com a mulher não fica muito claro qual é a opinião do companheiro sobre a entrada dela no processo de laqueação e quais as consequências que ele imagina que esta intervenção pode ter. Outras vezes é visível que nem para a própria mulher isso está muito claro. Existem ainda situações em que não foram partilhados entre ambos os desejos, os medos, as dúvidas subjacentes à decisão contraceptiva. Quando estas situações acontecem surge a necessidade de convocar o homem para uma entrevista de casal. É importante para o casal poder encontrar-se num espaço que os leve a reflectir conjuntamente acerca das modificações que este processo poderá trazer para a sua relação.

Se durante a entrevista de rastreio psicológico o psicólogo detecta dificuldades emocionais, ligadas ou não à questão contraceptiva, sugere habitualmente um apoio psicológico de suporte. Este apoio pode ser feito antes e/ou após a cirurgia, consoante as necessidades de cada caso particular. Findo o apoio, é posto à disposição da mulher um espaço, ao qual ela poderá recorrer, deixando assim uma «porta aberta» à relação.

Em suma, o objectivo último do psicólogo será o de evitar ao máximo as sequelas psicológicas atribuíveis à laqueação e aumentar o bem-estar das mulheres operadas. A especial atenção ao aspecto psicológico vai no sentido da detecção dos conflitos internos existentes para per-

mitir que a utente quando decidir o faça o mais conscientemente possível, isto é, em liberdade.

BIBLIOGRAFIA

- Alder, E. (1984). Sterilization. In A. Broome & L. Wallace (eds.), *Psychology and gynecological problems* (cap.1). London: Tavistok Publications.
- Botelho, M. (s/d). A anticoncepção e seus aspectos psicológicos. *O Médico*, 310-314.
- Clarke, L. (1984). Psychosocial aspects of contraception. In A. Broome & L. Wallace (eds.), *Psychology and gynecological problems* (cap.3). London: Tavistok Publications.
- Lambers, K. et al (1984). Regret and reversal of sterilization. In A. Broome & L. Wallace (eds.), *Psychology and gynecological problems* (cap.2). London: Tavistok Publications.
- Miller, W. (1978). Psychosocial aspects of contraceptive sterilization in women. In S. Newman & Z. Klein (eds.), *Behavioral-social aspects of contraceptive sterilization* (pp. 119-136). Toronto: D. C. Heath and Company.
- Rodgers, D. (1978). Psychosocial aspects of contraceptive sterilization: theoretical framework, methodological considerations and needed research. In S. Newman & Z. Klein (eds.), *Behavioral-social aspects of contraceptive sterilization* (pp. 83-92). Toronto: D.C.Heath and Company.
- Schwyhart, W.R., & Kutner, J. (1973). A reanalysis of female reactions to contraceptive sterilization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 354-370.

RESUMO

Ao longo deste artigo são expostos vários trabalhos de investigação, na área do Planeamento Familiar, referentes às laqueações tubárias. Procuram-se descrever as várias fases pelas quais os casais, ou mais concretamente as mulheres, passam, até chegarem ao pedido de laqueação. Este processo inclui os antecedentes psicológicos, a tomada de decisão e os efeitos pós-cirurgia. São também identificados os factores de risco presentes nas reacções negativas à intervenção contraceptiva, com vista à sua prevenção. Por fim, faz-se uma ligação entre esta base teórica e o trabalho realizado numa consulta psicológica (área de ginecologia) da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

ABSTRACT

Throughout this article, several research works are

presented in the area of Family Planning, concerning contraceptive sterilization. The authors tried to describe the several phases which the couples, in particular women, go through until they reach the request for contraceptive sterilization. This process includes the psychological background, the decision to make

the request and the post-cirurgical effects. Also identified are the risk factors present in the negative outcomes of the contraceptive intervention. Finally, a link is established between this theoretical basis and the work done in the psychological intervention (gyneacological area) at Maternity Dr. Alfredo da Costa.