

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Ademar Sales Macaúbas

**ROTAS ALTERADAS: TRAJETÓRIAS E SIGNIFICADOS DA
ESTERILIZAÇÃO PARA MULHERES ATENDIDAS NO SERVIÇO
DE PLANEJAMENTO FAMILIAR-SPF DO SUS MUNICIPAL DE
CUIABÁ-MT**

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

**SÃO PAULO
2011**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Ademar Sales Macaúbas

**ROTAS ALTERADAS: TRAJETÓRIAS E SIGNIFICADOS DA
ESTERILIZAÇÃO PARA MULHERES ATENDIDAS NO SERVIÇO
DE PLANEJAMENTO FAMILIAR-SPF DO SUS MUNICIPAL DE
CUIABÁ-MT**

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Serviço Social, sob a orientação da Professora Doutora Marta Silva Campos.

**SÃO PAULO
2011**

Banca Examinadora

As contradições do corpo

Meu corpo não é meu corpo,
é ilusão de outro ser.
Sabe a arte de esconder-me
e é de tal modo sagaz
que a mim de mim ele oculta.

Meu corpo, não meu agente,
meu envelope selado,
meu revólver de assustar,
tornou-se meu carcereiro,
me sabe mais que sei.

Meu corpo apaga a lembrança
que eu tinha de minha mente.
Inocula-me seu *pahtos*,
me ataca, fere e condena
por crimes não cometidos

O seu ardil mais diabólico
está em fazer-se doente.
Joga-me o peso dos males
que ele tece a cada instante
e me passa em revulsão.

Meu corpo inventou a dor
a fim de torná -la interna,
integrante do meu Id'
ofuscadora da luz
que aí tentava espalhar-se.

Outras vezes se diverte
sem que eu saiba ou que deseje,
e nesse prazer maligno,
que suas células impregna,
do meu mutismo escarnece.

Meu corpo ordena que eu saia
em busca do que não quero,
e me nega, ao se afirmar
como senhor do meu EU
convertido em cão servil.

Meu prazer mais refinado,
não sou eu quem vai senti-lo.
É ele, por mim, rapace,
e dá mastigados restos
à minha fome absoluta.

Se tento dele afastar-me,
por abstração ignorá-lo,
volta a mim com todo o peso
de sua carne poluída,
seu tédio, seu desconforto.

Quero romper com meu corpo,
quero enfrentá-lo, acusá-lo,
por abolir minha essência,
mas ele sequer me escuta
e vai pelo rumo oposto.

Já premido por seu pulso
de inquebrantável rigor,
não sou mais quem dantes era:
com volúpia dirigida,
saio a bailar com meu corpo.

Carlos Drummond de Andrade

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me concedeu vida e forças para vencer mais esta etapa de minha caminhada e nela colocou pessoas especiais, às quais agradeço.

A todas as mulheres e homens que me concederam entrevistas e compartilharam comigo suas histórias; suas intimidades e seus segredos.

À minha família, por entender e compreender o meu desejo de alçar outros vãos no mundo do saber e, principalmente, por estar presente a distância; todas as manhãs desses dois anos, tive a grata satisfação de acordar com minha mãe a me encorajar.

À professora orientadora, Marta Campos, pela disponibilidade, paciência, consideração, e por ter aberto as portas de sua residência para me receber e comigo seguir desbravando o tema de pesquisa.

Às professoras e professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, com destaque para as professoras Mariangela Belfiore; Rosangela Paz; Carola Carbajal; Maria Lúcia Martinelli; Regina Giffoni; Maria Lúcia Carvalho da Silva; Marta Campos; Carmelita Yazbek; e professores Evaldo Vieira; José Netto e Ricardo Antunes.

Às professoras que compuseram a banca de qualificação Elizabeth Vieira por ter aceitado o convite; e Carla Garcia, da qual tive a oportunidade de ser aluno e perceber a sua dinamicidade ao lecionar; e à professora Maria Lúcia Martinelli, de quem também tive a grata satisfação de ser aluno e levar comigo, dessa convivência, os exemplos de comprometimento, serenidade, humildade, e sua equidade no tratamento com as pessoas.

À banca de defesa, pelo tempo dispendido na leitura e avaliação da presente dissertação.

Aos colegas e amigos de caminhada: Claudio Bartolomeu; Conceição Cavalcante; Douglas Zacarias; Sonimara Perin; Gisela Barahona; Sandra Vaz; Maria Barbosa.

Às pessoas que me incentivaram: professoras Maria Jacobina; Liliane Charbel; Erivã Velasco; Madalena Rodrigues; Maria Salete; doutor Jorge Figueiredo.

Às minhas amigas e amigo que sempre estiveram comigo e me apoiaram: Janaina Almeida; Juciney Lara; Janete Glória; Maricelma Mesquita; Marcos Antônio; Méris Sant'Ana; Sabina Marques; Sônia Mendes; Terezinha Rodrigues; Petronília Silveira (*in memoriam*).

Aos colegas de bolsa de estudo, Rosa Marques, Cristiane Souza, Luiz Nascimento.

A Vânia Lima, secretária do Programa, que presta todo apoio sempre que precisamos.

Às profissionais: Sandra Moraes, pelo acesso aos relatórios do Programa de Planejamento Familiar de Cuiabá (MT); e Sílvia Tomás, pelas informações precisas junto à Secretaria Estadual de Saúde.

Ao Programa Internacional de Bolsa de Pós-Graduação da Fundação Ford, pois somente em razão da concessão da bolsa de estudo me foi possível cursar o Mestrado.

A toda a equipe da Fundação Carlos Chagas, instituição executora do programa no Brasil, especialmente, Fúlvia Rosemberg; Ida Lewkowicz; Leandro Andrade; Maria Luisa; Márcia Caxeta; Marli Ribeiro; Meire Lungaretti; Raquel Ribeiro; Regina Pahin (*in memorian*), pelo acompanhamento preciso e atencioso durante todo percurso.

À Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso e à Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (MT), pela concessão da licença para qualificação profissional.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este desejo se concretizasse.

Na vida, ninguém caminha sozinho, e o brilho do viver se torna intenso quando temos bons fluidos ao nosso lado. É por tudo isso que sou apaixonado pelo ser humano; por sua capacidade de amar e fazer o bem ao próximo.

RESUMO

TÍTULO: ROTAS ALTERADAS: TRAJETÓRIAS E SIGNIFICADOS DA ESTERILIZAÇÃO PARA MULHERES ATENDIDAS NO SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR-SPF DO SUS MUNICIPAL DE CUIABÁ-MT

AUTOR: ADEMAR SALES MACAÚBAS

O trabalho tem como objetivo identificar e analisar as repercussões e significados da esterilização feminina na trajetória de vida das mulheres e de seus maridos/companheiros atendidos pelo Serviço de Planejamento Familiar-SPF da Policlínica Dr. Henrique de Aquino – CPA I, em Cuiabá (MT). A principal estratégia de investigação foi a análise centralizada no processo de decisão pela cirurgia de laqueadura tubária, dentre o conjunto de recursos contraceptivos atualmente disponibilizados para homens e mulheres. Com a realização de um estudo exploratório, de natureza quali-quantitativa, sobre as condições sociais e a motivação para a procura do SPF, de um grupo de 130 mulheres, entre os anos de 2006 a 2008, partiu-se do dado básico de que é a mulher que toma a iniciativa da busca da intervenção e, em grande parte, assume o ônus da decisão, além do risco do processo cirúrgico em seu próprio corpo. A escuta dessas mulheres foi privilegiada no conjunto dos procedimentos de coleta de informações, mediante a utilização de técnicas qualitativas, especialmente dos recursos da história oral. Focalizando a entrevista no momento da decisão, foram abordadas situações a ele correlatas e significativas: infância e adolescência; trabalho e renda; maternidade; sexualidade e conjugalidade; conhecimento, significados atribuídos e uso dos métodos contraceptivos; principais mudanças percebidas depois do procedimento cirúrgico; além, especialmente, da descrição e da significação atribuídas aos determinantes, impactos e consequências da esterilização. Os homens foram também assim ouvidos, como coadjuvantes do processo reprodutivo, destacando-se a importância de sua compreensão sobre a opção da vasectomia como método. Quanto aos resultados, destacam-se: as consequências diversificadas sobre a atividade sexual e a autoimagem em seu desempenho, desde a vivência com maior liberdade e melhor usufruto do prazer até a diminuição e desaparecimento do desejo sexual; nítida desinformação a respeito das DSTs/Aids e da necessidade e possibilidade de sexo seguro; o forte desejo de ser mãe, de bases pessoais e culturais, também entre os fatores eficientes de docilização dos corpos, retardando a esterilização, mesmo em situações-limite de riscos; a reconhecida importância do SPF, acompanhada de uma avaliação negativa quanto ao atendimento, em termos de confiança e tranquilidade no processamento das demandas e realização da intervenção cirúrgica; dificuldades apontadas entre a compreensão da legislação vigente e as demandas singulares. Enfim, as conclusões vão no sentido de que, mesmo que o conhecimento, pela população estudada, dos contraceptivos se caracterize por baixo domínio e equívocos de interpretação, a decisão de fazer a laqueadura está, em grande parte, articulada a um projeto de vida consciente e coerente com a saída do nível mínimo de sobrevivência e da realização de aspirações impossíveis, ao menos no horizonte da remuneração do trabalho e das estruturas de proteção social de curto prazo. O objetivo, portanto, está em mudar significativamente as trajetórias de vida das mulheres, filhos e maridos/companheiros, a partir da superação de muitos obstáculos.

Palavras-chave: Saúde pública, Esterilização, Direitos reprodutivos, Planejamento familiar.

SUMMARY

TITLE: ALTERED ROUTES: TRAJECTORIES AND MEANINGS OF THE STERILIZATION FOR WOMEN ATTENDED AT THE FAMILY PLANNING SERVICE-SPF OF THE MUNICIPAL SUS FROM CUIABÁ-MT

AUTHOR: ADEMAR SALES MACAÚBAS

The objective of this work is to identify and analyze the repercussions and meanings of the female sterilization in the life trajectory of the women and their husbands/partners attended by the Family Planning Service-SPF of the Policlínica Dr. Henrique de Aquino – CPA I, in Cuiabá (MT). The main strategy of the investigation was the analysis centered in the decision process for the surgery of tubal ligation, among the set of contraceptives currently made available for men and women. With the execution of an exploratory examination, of quali-quantitative nature, on the social conditions and the motivation for seeking the SPF, of a group of 130 women, between the years 2006 and 2008, we started from the basic point that it is the woman who takes the initiative of seeking the intervention and, for the most part, assumes the burden of the decision, besides the risk of the surgical process in her own body. The listening to these women was privileged among the set of procedures of data collecting, through the use of qualitative techniques, specially the oral history resources. Focusing the interview on the moment of decision, significant and correlated situations were approached: infancy, teenage; work and income; maternity; sexuality and conjugality; knowledge, attributed meanings and use of contraceptives methods; main changes perceived after the surgical procedure; besides, specially, of the description and meaning attributed to what determined it, impacts and consequences of the sterilization. Men were also heard, as co actors in the reproductive process, standing out the importance of their comprehension of the option for the vasectomy as a method. As for the results, are outstanding: the diversified consequences on the sexual activity and self image of their performance, from living with more liberty and better enjoyment of the pleasure to the decrease and disappearance of the sexual desire; clear misinformation about the STDs/Aids and the need and possibility of safe sex; the strong desire to be a mother, of personal and cultural basis, also among the efficient factors of taming of the bodies, delaying sterilization, even in limit situations of risks; the recognized importance of the SPF, with a negative evaluation of the attendance, in terms of confidence and tranquility in the processing of the demands and the carrying out of the surgical intervention; difficulties pointed out between the comprehension of the legislation and the singular demands. Thus, the conclusions are towards that, even if the knowledge, by the studied population, can be characterized as of low control and mistakes of interpretation, the decision to make the ligation is, for the most part, connected to a conscious and coherent life project with the exit from the minimum level of survival and of the accomplishing of impossible aspirations, at least in the short term horizon of work pay and of the structures of social protection. Therefore, the objective is to significantly change the trajectories of the women, children and husbands/partners lives, with the overcoming of many obstacles.

Keywords: Public health, Sterilization, Reproductive rights, Family planning.

LISTA DE SIGLAS

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BEMFAM: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil

CIPD: Conferencia Internacional de População e Desenvolvimento

Complexo Pomeri: Centro Integrado de Atendimento à Criança e ao Adolescente

CPI: Comissão Parlamentar de Inquérito

CNS: Conferência Nacional de Saúde

DST: Doença Sexualmente transmissível

DINSAMI: Divisão de Saúde Materno Infantil da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde

DIU: Dispositivo Intra Uterino

EPF: Equipe de Planejamento Familiar

FPA- Fundação Perseu Abramo

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

IPPF: International PLanned Parenthood Federation

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

NEPO/UNICAMP: Núcleo de Estudos de População

ONU: Organização das Nações Unidas

PSMI: Programa de Saúde Materno Infantil

PAISM: Programada de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PIB: Produto Interno Bruto

PNAD: Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios

PNDS: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

SPF: Serviço de Planejamento Familiar

SUS: Sistema Único de Saúde

SES: Secretaria Estadual de Saúde

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMM: Taxa de Mortalidade Materna

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição percentual do público considerado apto a esterilização segundo ano de atendimento.....	233
Gráfico 2 - Distribuição percentual do público apto à esterilização segundo faixa etária.....	233
Gráfico 3 - Distribuição percentual do público apto à esterilização segundo etnia declarada.....	234
Gráfico 4 – Distribuição percentual do público apto a esterilização segundo estado civil.....	234
Gráfico 5 - Distribuição percentual das mulheres aptas a esterilização segundo escolaridade.....	235
Gráfico 6 – Distribuição percentual das mulheres aptas a esterilização segundo religião declarada.....	235
Gráfico 07 – Proporção segundo o tipo de parto realizado pelas mulheres candidatas aptas à laqueadura tubária.....	236
Gráfico 08 - Distribuição dos métodos de anticoncepção que as mulheres aptas a realização da laqueadura tubária, usaram durante sua vida.....	236

Lista de Quadros

Quadro 1: Desenho da saúde pública brasileira (período de 1920 a 1988).....	62
Quadro 2: Estruturação do SUS.....	67
Quadro 3: Porcentagem de casais esterilizados na comparação entre países.....	84
Quadro 4: Dados populacionais de Mato Grosso e Cuiabá	95
Quadro 5: Demonstrativo das cirurgias de laqueadura tubária e vasectomias realizadas.....	98
Quadro 6: Demonstrativo do atendimento do Serviço de Planejamento Familiar em Cuiabá (MT) em 2009.....	100
Quadro 7: Demonstrativo do atendimento do Serviço de Planejamento Familiar em Cuiabá (MT) em 2010.....	100
Quadro 8: Síntese da caracterização das mulheres entrevistadas.....	140
Quadro 9: Síntese da caracterização dos homens entrevistados.....	146

Lista de Tabelas

Tabela 1: Critérios definidos para a seleção da amostra de mulheres.....	112
Tabela 2: Características dos sujeitos definidos para a pesquisa.....	113
Tabela 3 – Distribuição percentual do público candidato a esterilização na Policlínica do CPA I no ano de 2006 segundo o número de gravidezes.....	237
Tabela 4 - Distribuição percentual das mulheres aptas a esterilização segundo a naturalidade.....	237
Tabela 5 - Distribuição percentual das mulheres aptas a esterilização segundo trabalho remunerado.....	238

Sumário

INTRODUÇÃO.....	17
 Capítulo I	
REPRODUÇÃO HUMANA, RELAÇÕES DE GÊNERO E CONTRACEPÇÃO.....	27
1. REPRODUÇÃO HUMANA: NECESSIDADE E CONTROLE.....	28
1.1 AS MUITAS FORMAS DE INTERVENÇÃO NA REPRODUÇÃO.....	28
1.1.1 O tabu do incesto.....	29
1.1.2 As expectativas culturais e as normas sociais: parâmetros reprodutivos.....	30
1.1.3 Refrear o nascer - os contraceptivos.....	32
1.1.4 O aborto como medida reguladora do tamanho da prole.....	33
1.1.5 O abandono das crianças: grupo familiar reduzido.....	34
1.1.6 Estado: bases políticas e médicas para uma regulamentação natalista	34
1.2 AS TEORIAS EUGÊNICAS: INSTRUMENTO DE CONTROLE E SELEÇÃO DA HUMANIDADE.....	36
1.2.1 Origens da concepção eugênica.....	36
1.2.2 O Brasil - sua face eugenista.....	41
2. RELAÇÕES DE GÊNERO A PARTIR DO PROCESSO DE PROcriação E A SIMBOLIZAÇÃO DO FEMININO	47
3. TRANSFORMAÇÃO DOS CUIDADOS COM O CORPO: DEUSES, PARTEIRAS, O APERFEIÇOAMENTO DA MEDICINA E AS LUTAS POR DIREITOS REPRODUTIVOS NA SOCIEDADE MODERNA.....	51
4 MULHERES ENTRE O PRIVADO E O PÚBLICO: FORÇAS REPRESSORAS E GANHOS HISTÓRICOS	55

Capítulo II

SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NOS CENÁRIOS BRASILEIRO E CUIABANO.....	61
2. SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	62
2.1 A REFORMA SANITÁRIA - PRINCÍPIOS DEMOCRÁTICOS: DESENHO DO SUS.....	65
2.2 O PAISM – PROPOSTA DE UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE.....	68
2.3 AS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS SOBRE POPULAÇÃO: EM FOCO A SAÚDE REPRODUTIVA E OS DIREITOS REPRODUTIVOS	70
2.4 CONTRACEPÇÃO NO BRASIL: POLÍTICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	76
2.4.1 Esterilização: submissão e desejo - o cenário brasileiro.....	81
2.4.2 Natalistas e antinatalistas: perspectiva de transição demográfica.....	86
2.5 LEGISLAÇÃO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR: INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE E A REALIDADE BRASILEIRA.....	89
2.6 MATO GROSSO – CUIABÁ: ASPECTOS GERAIS.....	94
2.7 SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR EM CUIABÁ/ (MT): ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE.....	96
2.7.1 Partos, vasectomias e laqueaduras tubárias: dados do Estado de Mato Grosso e Cuiabá.....	98
2.7.2 Visão do serviço de planejamento familiar: atendimento de 2008 a 2010.....	99
2.8 SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR: ALGUMAS AVALIAÇÕES.....	101

Capítulo III

A PESQUISA - METODOLOGIA E ANÁLISE.....	107
3. Estratégias de investigação: caminhos percorridos.....	108
3.1 O desenho da pesquisa de campo.....	109
3.1.1 O território - espaço dos sujeitos.....	109
3.1.2 Etapas da investigação	110
3.1.3 Primeira etapa: caracterização do universo dos sujeitos.....	111
3.1.4 Segunda etapa: estudo qualitativo sobre a avaliação dos resultados da cirurgia.....	111
3.1.5 Seleção dos/das participantes.....	116
3.1.6 Instrumento e técnicas de coleta de dados.....	116
3.1.7 Processamento e análise dos dados.....	116
3.1.8 Plano da pesquisa: leitura, codificação e análise dos dados.....	117
3.1.9 Cuidado relativo aos aspectos éticos.....	119
3.2 Resultados Obtidos.....	120
3.2.1 Achados da fase inicial da pesquisa de campo e seu significado: primeira aproximação.....	120
3.2.2 Achados da segunda fase da pesquisa: uma nova aproximação.....	124
3.2.2.1 Eixo 1: caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	124
3.2.2.2 Perfis das mulheres entrevistadas.....	124
3.2.2.3 Perfis dos homens entrevistados	141
3.2.2.4 Eixo 2: Vida pessoal e percepção da identidade: ser mulher/mãe – homem/pai).....	150
3.2.2.5 Eixo 3: Conhecimento e uso de métodos contraceptivos.....	156
3.2.2.6 Eixo 4: Decisão sobre a cirurgia de laqueadura tubária	169
3.2.2.6.1 Luta e controle da cirurgia – é possível?.....	177
3.2.2.6.2 Partilhando a decisão sobre a esterilização.....	181
3.2.2.7 Eixo 5: Mudanças, impactos e consequências após cirurgia de laqueadura tubária.....	190
3.2.2.7.1 Filhos e filhas: quantos ter?.....	202
3.2.2.8 Eixo 6: O serviço: como o perceberam e o avaliam.....	204
3.2.2.8.1 Saúde do homem: aspecto não privilegiado.....	210
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 213

REFERÊNCIAS.....	221
APÊNDICES.....	233
APÊNDICE A – Gráficos e tabelas primeira fase da pesquisa.....	233
APÊNDICE B – Roteiros de entrevistas com as mulheres e homens.....	240
APÊNDICE C – Termo de Aprovação Ética de Projeto de Pesquisa.....	242
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	243

Introdução

“Pensem nas mulheres

Rotas alteradas

Pensem nas feridas

Como rosas cálicas”

(Rosa de Hiroshima,

Vinicius de Moraes e Gerson Conrad)

Temas como a crise do capitalismo e a interdependência mundial do capital têm atualmente provocado, no cenário mundial, a reconfiguração profunda no que tange aos panoramas econômico e social. Em tal contexto, o processo de desestruturação do mercado de trabalho tem-se acelerado e provocado, cada vez mais, a flexibilização das relações trabalhistas. O desemprego, o crescimento do mercado informal, os baixos salários e, consecutivamente, a má distribuição de renda são fatores dos quais deriva o aumento da miserabilidade. (ANTUNES, 2008, HOBBSAWM,1995)

Além desse, outro tema que ganha consistência no debate contemporâneo é a escassez dos recursos naturais. Hoje estamos certos de que esses recursos, antes tacitamente considerados como infinitos, não o são de fato. E mais: a julgar pelos desdobramentos da ação humana, esse fim tende a se acelerar. Isso é claramente percebido com o aquecimento global, cujas causas são o desmatamento, as queimadas, o assoreamento dos rios e a poluição. Todos esses tipos de degradação da natureza têm agravado ainda mais o quadro social do planeta. Esse desequilíbrio ambiental foi evidentemente intensificado pelo sistema econômico dominante no globo. (HARVEY, 2003)

Nesses cenários mundial e nacional, com a diminuição da influência do Estado, ocorreu paralelamente a redução dos gastos com a proteção social. No Brasil, isso pode ser observado na forma como os governos têm implantado seus programas, dotados de caráter focalista, seletivista e compensatório. Neles têm ainda crescido a responsabilização das famílias, pelos governos, para o encaminhamento de soluções para situações de sua vida que podem ser vistas como expressão da questão social.

Por um lado, disso deriva maior exigência de sua atenção relativamente às ações de proteção social. Por outro, no nosso entender, isso se dá como alternativa estratégica eficaz para mascarar a insuficiência da política social e minimizar o baixo investimento governamental.

Nesse aspecto, a figura ainda mais sobrecarregada em suas funções é a da mulher, da qual se exige como atribuição socialmente definida suprir a ausência do Estado. Campos (2004) aborda essas questões e observa:

As medidas de política social [...] vêm procurando ampliar os cuidados familiares como essenciais à provisão de proteção social e, sobretudo, reforçando o papel da mulher na própria gestão dos benefícios, mediante dispositivos legais e a conformação e administração dos principais programas. Considerada a situação de pauperização e de fragilização de vínculos, presente no conjunto das famílias [...] há um traço regressivo nesta perspectiva adotada, proporcionando estruturalmente oportunidade para recuo da ação estatal (p. 21).

Dentro desse quadro, chamam, hoje, a atenção tanto o contingente populacional mundial que, segundo estimativas, chega a 6,5 bilhões, como a população brasileira que, de acordo com a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)/2010, é de cerca de 190 milhões¹ de pessoas. Contrapondo-se ao crescimento demográfico acelerado, alguns países, na esfera mundial, possuem baixos índices de natalidade, forçando-os à procura de incentivos para o nascimento de pessoas.

No Brasil, observa-se expressivo declínio da natalidade, assinalado desde a década de 1960. Segundo documento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) (2008), com base na Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (Pnad), de 2007, o percentual de filhos por mulher foi inferior a dois. A tendência é, portanto, que, nos médio e longo prazos ocorra uma diminuição no crescimento da população. O documento destaca ainda que esse fato também provocará: “mudanças na estrutura etária desta população, que poderá diminuir a partir de 2030 e apresentar um envelhecimento, reproduzindo a experiência de países da Europa Ocidental [...]” (IPEA, 2008: 03).

Essa perspectiva demográfica em profunda mudança obriga a um esforço de análise dos fatores que a condicionam. Sugere, por exemplo, a pesquisa do grau de importância que o alto índice de esterilização feminina poderia ter na baixa do número de filhos por mulher no País.

O ponto de partida para esta proposta de estudo é entender o significado e as consequências para os casais do procedimento de esterilização mediante laqueadura tubária no contexto da política de saúde reprodutiva, procurando simultaneamente atentar para a

¹ Os resultados do Censo não foram ainda publicados oficialmente.

condição feminina, ao longo do tempo, nas diversas culturas e nos vários cenários da história brasileira.

Procura-se caracterizar e aprofundar as formas sociais de representação das mulheres em relação ao serviço de planejamento familiar, focalizando especialmente a esterilização via Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse cenário, é nítido que a mulher, em vários momentos, foi impedida de manifestar a sua vontade acerca das decisões, mesmo quando estas são diretamente relacionadas ao seu próprio corpo. Os valores religiosos colaboram para esse fato, inclusive na vida sexual, sendo ainda hoje perceptível o distanciamento feminino dos fóruns que discutem a temática da saúde da mulher.

Dentre as mais variadas expressões da questão social com que nos deparamos no cotidiano da intervenção profissional, a proposta do estudo desse aspecto ganhou sentido, em 2006, propiciada por nossa vivência como assistente social de uma equipe de planejamento familiar. Foi adensando-se, ganhou maior dimensão e, aos poucos, concretude.

Na convivência diária com homens e mulheres que procuram a Unidade de Saúde para solicitar o procedimento de cirurgia de esterilização, fomos tendo ciência das dinâmicas familiar, econômica, social, conjugal, desse público. Chamou-nos a atenção o lugar ocupado pelas mulheres nesse multifacetado mundo privado, que nos depoimentos proferidos nas suas visitas ao Serviço, se tornava público.

O profissional em sua prática de campo, interfere, em graus diversos de intensidade, na vida das pessoas com quem trabalha, invadindo de certa forma sua privacidade. Explicita-se, aí, a importância do compromisso social do Assistente Social, orientado no sentido de solidarizar-se com o projeto de vida do trabalhador, ao usar esse acesso à sua vida particular para os objetivos que lhes são estranhos. (IAMAMOTO, 2007: 115)

Ao trabalhar com esse tema, entre os anos de 2006 e 2008, nos aproximamos de um conhecimento maior a respeito da vida das mulheres que procuravam a Unidade de Saúde para requisitar a cirurgia de laqueadura tubária. Nesse contexto, conforme Yazbek (2009) entende:

É pela prestação de serviços socioassistenciais que o assistente social interfere nas relações sociais que fazem parte do cotidiano de sua população usuária. Esta interferência se dá particularmente pelo exercício da dimensão socioeducativa que pode [...] direcionar-se ao fortalecimento dos projetos e lutas das classes subalternizadas na sociedade (p. 136).

Desse caminho, destacamos alguns fatores que fizeram com que o desejo de investigar o tema ganhasse tal sentido e consistência. São eles: o maior contingente demandante é de mulheres, com um percentual significativo das que se declaram negras, com baixa escolaridade/instrução, muitas das quais, nas entrevistas, demonstravam limitado conhecimento dos métodos contraceptivos, declarando que a solicitação da cirurgia se devia às condições socioeconômicas.

Em um primeiro momento, o levantamento do perfil das mulheres avaliadas e encaminhadas à esterilização tomou como referência as cópias dos prontuários disponíveis na Unidade naquela época. Constatamos que, no período de julho de 2001 a maio de 2006, a maioria do público considerado habilitado à esterilização, de acordo com os parâmetros legais, era do sexo feminino, embora o procedimento de vasectomia, seja muito mais simples.

A partir desse trabalho, com uso de instrumental para realizar as entrevistas, decidimos acompanhar o perfil das usuárias avaliadas pela equipe. Isso por compreendermos que era necessário criar um banco de dados que possibilitasse aos profissionais conhecerem os sujeitos de sua intervenção profissional.

A necessidade do estudo foi reforçada pela desinformação das mulheres em relação ao conjunto das questões que envolvem sua sexualidade e seu corpo, e, de modo especial, pela atenção que desperta a atitude das mulheres que vão à Unidade de Saúde candidatar-se a um procedimento definitivo, como se fosse um ato simples, sem maiores consequências para sua vida e a da família.

Este estudo justifica-se pela necessidade de dar visibilidade a essas mulheres, procurando ouvi-las e compreendê-las em relação aos seus desejos, e também entender em que contexto surge a intenção de submeter-se à esterilização, o que elas pensam sobre a cirurgia, além de refletir sobre as mudanças e consequências do procedimento em sua vida cotidiana e familiar. Trata-se, assim, de avaliar os significados que atribuem a esse processo e verificar até que ponto a esterilização feminina é de fato voluntária.

Entendemos, ainda, que nem sempre o profissional conhece o sujeito da sua ação interventiva. Muitas vezes, esse sujeito não é percebido no contexto. O foco parece se centralizar no profissional e não no ser que soma para que a ação se configure. Dessa forma, este estudo é uma oportunidade para perceber o sujeito que dá sentido e substância à ação interventiva.

A relevância do estudo feito em Cuiabá-MT advém da raridade das pesquisas especificamente voltadas para a questão dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres na região. Para nós, apresenta-se como uma oportunidade de aprimoramento intelectual, com o objetivo de conhecer as “nuances” que permeiam as trajetórias de vida das mulheres atendidas e de traduzir suas necessidades e argumentos em possibilidade de garantias à ampliação de direitos.

Vale ressaltar que a maior parte dos estudos sobre esterilização feminina está vinculada a uma análise do comportamento das mulheres no uso dos métodos contraceptivos, à focalização nos sentimentos de arrependimento por ter se submetido à cirurgia e alguns na avaliação de serviços destinados a essa temática. São raros, no entanto, os estudos que dão visibilidade à mulher como protagonista da esterilização.

Esperamos que este trabalho possa também instigar a reflexão dos profissionais de saúde, especialmente dos assistentes sociais, para que repensem suas práticas nos serviços de planejamento familiar e em relação aos sujeitos que os utilizam.

Neste aspecto, nos coube examinar todo o contexto que envolve o tema da proposta. É o caso da evolução da legislação brasileira a ele pertinente. O Código Penal brasileiro de 1940 estabelece que toda ação que caracterize lesão grave, no tocante à perda ou inutilização de membro ou função do corpo humano, é considerada crime. Com base nesse dispositivo, o Conselho Federal de Medicina, até a década de 1990, se pronunciava contrário aos procedimentos cirúrgicos de esterilização masculina e feminina.

Segundo estudos de Berquó (1996), Serruya (1996) e Dalsgaard (2006), o planejamento familiar pode ser apontado como uma ação controladora classista. O Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPMI) de 1993 sobre Esterilização Feminina registra: “está confirmada a esterilização em massa de mulheres no Brasil”. Esses estudos também chamam a atenção para o fato de que um número significativo das mulheres que deram à luz nos cinco anos anteriores a 1996, em todas as regiões do País, tiveram gravidezes consideradas de alto risco. Serruya (1996) diz: “oficialmente, a laqueadura tubária precisava de uma razão médica e da autorização de uma junta de três

médicos, o que não impediu que muitos médicos de hospitais [...] passassem a fazer a cirurgia clandestinamente” (p. 145).

Em 1986, a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou os dados provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), permitindo que se tomasse conhecimento de que o País apresentava um índice significativamente alto do uso de algum tipo de controle da contracepção ou estavam esterilizadas. O dado foi visto como alarmante. O Congresso Nacional instalou uma CPMI para investigar a questão (BERQUÓ, 1996). Um dos consensos a que se chegou, foi a necessidade de regulamentar a esterilização cirúrgica e todas as ações para o planejamento familiar.

É imprescindível, na análise dessa importante mudança, considerar que a partir da década de 1960, aliada às significativas transformações da economia mundial, ocorre com mais intensidade a entrada da mulher no mercado de trabalho. Também houve crescente urbanização; expansão dos meios de comunicação; e o surgimento da pílula anticoncepcional. Esses são fatores que desencadearam, entre as mulheres, interesse maior em planejar sua prole. A Pnad de 2006 mostra que as mulheres deram um enorme salto no mercado de trabalho, representando mais da metade da população economicamente ativa (52,6%) enquanto que na década de 1980 não ultrapassavam os 30,1%. Sobre esse aspecto, Giambiagi e Tafner (2010:112) ponderam:

A crescente inserção da mulher no mercado de trabalho é um fenômeno relativamente, recente no Brasil. Até o final da década de 1980, apenas 40% das mulheres em idade ativa estavam ocupadas. Hoje, esse número é superior a 50%. [...] enquanto a taxa de participação masculina cai 4 pontos percentuais entre o final dos anos 1980 e 2008, a feminina cresce mais de 8 pontos percentuais (p. 112).

Medida pioneira na perspectiva do atendimento à saúde reprodutiva, de grande significado, foi a elaboração, em 1983, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), adotado pelo governo federal em 1985.

Com a criação do PAISM as forças progressistas, e em especial o movimento feminista, conseguiram colocar a questão do planejamento familiar no âmbito dos programas de assistência a saúde integral da mulher. O PAISM representou um grande avanço em relação a toda a discussão anterior, pois assumiu uma postura de neutralidade diante dos objetivos natalistas e controlistas das políticas macroeconômicas do país. Representou, também, o compromisso do poder público com as questões de reprodução, apesar de ter

dado pouca ênfase na responsabilidade masculina no processo de regulação da fecundidade. (ALVES, 2006: 29)

Importante destacar que os direitos sexuais e reprodutivos ganham repercussão no País durante o processo de democratização, com a Constituição de 1988. Essa conquista foi fortalecida pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento Social, realizada no Cairo, em 1994, momento em que foi traçado um direcionamento para os próximos 20 anos. Resultou em contribuições relevantes, além das obtidas a partir da Conferência Mundial das Nações Unidas sobre a Mulher, realizada em Pequim, na China, em 1995, que também se somou a esse processo.

Atualmente, o Programa de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde, se ampara na Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que teve como base a Constituição de 1988.

O objetivo dessa lei é ampliar o acesso das mulheres/homens/casais a informações e métodos para o planejamento familiar no contexto da assistência integral à saúde; ampliar o leque de opções contraceptivas disponíveis para os usuários do SUS; promover a dupla proteção: evitar, simultaneamente, a gravidez indesejada e o controle das doenças sexualmente transmissíveis; reduzir a mortalidade materna; evitar gestações de alto risco; diminuir o número de abortos provocados e prevenir os elevados índices de partos considerados de alto risco.

É significativo lembrar ainda que a assistência à concepção e à contracepção é uma das ações da Equipe de Planejamento Familiar, envolvendo toda a rede de serviços de saúde, no âmbito das seguintes atividades: atendimento pré-natal; assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; o controle das doenças sexualmente transmissíveis; o controle e a prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Tramitam atualmente, no Congresso Nacional, sete Projetos de Lei para alteração da Lei 9.236.

A propósito dos esforços públicos, como é o caso da legislação, para influir na matéria da reprodução, de acordo com os interesses de Estado, escreve Rodhen (2003), relacionando-os com as decisões privadas:

O discurso racionalizante atual que determina o número de filhos considerado adequado ou que prescreve o momento certo para a iniciação sexual, por exemplo, traduz uma disposição para a formulação de normas relativas à sexualidade e reprodução que evidencia um projeto de educação ou “esclarecimento” da população. Entretanto, paralelamente, o discurso de decisão privada ganha ênfase continuamente. É curioso que pouco se fale a respeito dessa conjugação de orientações que mostram que, se em um

sentido sexo e reprodução são privados, em outro as regras que deveriam geri-los são concebidas muito claramente como expressões dos interesses públicos (p. 14).

Foi a partir dessa configuração conjuntural apresentada que definimos como objetivo para este trabalho identificar e analisar as repercussões e significados da esterilização feminina, na trajetória de vida das mulheres atendidas na Policlínica Dr. Henrique de Aquino - CPA I, em Cuiabá (MT), e também por uma parcela de seus companheiros e maridos.

O aspecto privilegiado são as repercussões nas trajetórias de vida e o significado atribuído ao procedimento cirúrgico, por desejar conhecer os argumentos e visão dos sujeitos. Por isso, definimos como problema de pesquisa as seguintes questões:

Quais as repercussões da cirurgia de esterilização para a vida das mulheres e também para a de uma parcela de homens esposos/companheiros de mulheres esterilizadas? Quais fatores determinam que a mulher defina o momento ideal para interromper sua vida fértil e quais os sentimentos e mudanças percebidos após a cirurgia?

Nesse sentido, tomamos como referência as seguintes hipóteses:

- A mulher que procura a laqueadura tubária é pressionada por vários determinantes sociais (situação econômica, pressão familiar, poder médico, entre outros) a se submeter à esterilização, desconsiderando, em geral, outras possibilidades, como a da esterilização masculina, além dos métodos reversivos de contracepção.
- Dentre esses fatores, a cirurgia é utilizada por muitas mulheres como uma alternativa para ter mais liberdade com seu corpo, sem o risco de gravidez. Outros fatores também considerados são: a preocupação com a carreira profissional, formação, inserção no mercado de trabalho e luta por melhor qualidade de vida para a família. Enfim, reposicionar-se no quadro vigente da hierarquia e das oportunidades profundamente diferenciadas e restritivas para a mulher, existente no sistema de gêneros, é uma de suas principais motivações.
- Diante das normas e expectativas vigentes quanto ao papel da mulher na família e, na sociedade, elas elaboram representações de culpa frente ao quadro familiar, ao submeterem-se ao procedimento de esterilização.
- A análise do peso das determinações sociais e pessoais sobre a solicitação da esterilização torna, portanto, impossível vê-la como um ato totalmente voluntário.

Com a intenção de trabalhar sobre essas hipóteses, procuramos apoio teórico em várias temáticas pertinentes. No Capítulo I, resgatamos aspectos da história da reprodução

humana. Para tanto, tomamos como referência, no período paleolítico, o interesse da sociedade pelo controle populacional, centrando-nos nas explicações derivadas do período grego-romano, por entender que nesse período já existiam variadas práticas contraceptivas, que iriam perdurar por séculos.

As teorias eugênicas foram abordadas neste trabalho por terem se constituído em processo de controle e seleção da população e por sua prática no Brasil.

Esse percurso foi delineado como forma de demonstrar que a atribuição do controle da reprodução - intervenção praticada diretamente sobre o corpo da mulher - foi grandemente determinada por interferências do Estado, da medicina e em geral sempre sob a força masculina.

Assim, sem descartar o protagonismo feminino nos processos de reprodução humana, estabelecemos como necessária a compreensão do lugar da mulher no seu desenrolar, desvendando as formas que determinaram como foi nele percebida e compreendida. Para tanto, consideramos o universo da simbolização feminina e das estratégias de subjugação do seu sexo/corpo em favor do masculino, pela sociedade, constituindo, assim, sua história – em grande parte como máquina de reprodução.

Nesse aspecto, refletimos sobre a transferência dos cuidados com a saúde da mulher: de uma atividade feminina, para a estruturação do campo da moderna ginecologia e de uma profissão que se fortaleceu com a domesticação dos corpos.

Na sequência, no Capítulo II, demarcamos a construção do sistema público de saúde no cenário nacional, por entender como necessário evidenciar o surgimento da política de saúde brasileira no tocante à reprodução social.

Ainda aqui, para demonstrar o caminho percorrido pelas ações de planejamento familiar, foi necessário atentar para a configuração da política e dos movimentos nacionais e internacionais que interferiram na realidade do País. Isso foi importante para compreender e destacar os parâmetros normativos que as constituíram e implementaram.

O Capítulo III contém os resultados obtidos, tanto pelos procedimentos quantitativos como qualitativos. Tivemos, nesse ponto, o objetivo de apresentar as relações e contextos que permeiam a vida de mulheres e homens no que se refere à saúde e aos direitos reprodutivos. Procuramos retratar como se vêem diante dos dilemas do seu sexo/gênero, tratando de compreender o comportamento reprodutivo, especialmente no tocante à configuração do momento ideal para a limitação dos filhos.

Centramos a atenção nos aspectos relacionados a percepções, consequências e impactos, ligados ao ato de se submeter ao procedimento cirúrgico, obtendo assim

evidências sobre a maneira como avaliam o serviço disponibilizado pelo sistema público de saúde.

Nas Considerações Finais apresentamos uma discussão concisa sobre as hipóteses elencadas no início do trabalho e apresentamos novas questões, propiciadas pelo desenvolvimento dessa discussão, que apontam para a necessidade de outros estudos.

Faz-se necessário enfatizar que não é pretensão deste trabalho exaurir o tema, e sim constituir-se mais como um provocador, com o fim de trazer elementos para reflexão sobre a organização e o funcionamento de serviços de planejamento familiar, incluindo-se, nesse ponto, de forma empenhada, o exame da prática profissional e do respeito à política de planejamento familiar em vigor no País.

Reconhecendo, por fim, esse caráter do trabalho, acreditamos que tenha trazido algumas contribuições relevantes em sua esfera de análise, especialmente propiciando a este pesquisador a ampliação do alcance do olhar nos campos profissionais e científicos envolvidos.

CAPÍTULO I

REPRODUÇÃO HUMANA, RELAÇÕES DE GÊNERO E CONTRACEPÇÃO

“[Primeiro filho] Fiquei alegre. Por que na verdade eu tinha ciúmes de não ser pai. Meus primos tudo novo arrumou mulher e já era pai. Ah!! Também vou ser pai também.”

Caio, pai de quatro filhos com duas mulheres

“Eu rezei tanto a Deus para eu não ter filha mulher porque - Desde pequena eu tenho uma coisa comigo, que mulher nasceu para sofrer; entendeu. Então eu nunca quis ter filha mulher meu Deus do céu. Eu sofri muito na vida, eu nunca quis ter filha mulher para não sofrer.”

Carla, mãe de três filhos.

1. Reprodução Humana: Necessidade e Controle

A intenção, neste tópico, é demonstrar como as mulheres, ao longo da história, limitaram o número de filhos e quais os recursos que utilizaram para tal. Procedemos a esta análise de maneira a destacar as estratégias que o Estado, aliado à sociedade, usou para definir as funções e atribuições femininas e de que forma o corpo feminino foi cooptado para atender aos interesses sociais.

As sociedades ditas primitivas reconheceram a necessidade e a importância de assegurar sua reprodução social. Estreitamente ligada a esse processo, colocou-se a procura de um equilíbrio demográfico, que contribuísse para essa reprodução, nos curto, médio, e longo prazos.

Nesse sentido, seus esforços decorreram basicamente do cálculo relacionado às necessidades de sobrevivência considerando a disponibilidade de recursos ambientais, históricos e sociais.

Os parâmetros levados em conta para o estabelecimento de meios que garantissem uma boa relação entre ambos nortearam-se pela adequação entre as taxas de natalidade e de mortalidade, ao longo do tempo. O sucesso desse objetivo dependeu sempre, significativamente, dos controles público e privado da reprodução biológica.

1.1 As Muitas Formas de Controle da Reprodução

Vários autores ocuparam-se do estudo desse tema e apresentam fatos e análises bastante pertinentes à temática que nos propomos tratar neste trabalho.

Suas análises nos permitem, entre outros aspectos, demonstrar como as mulheres, ao longo da história, puderam limitar o número de filhos, e os métodos que usaram.

Podemos afirmar que, em todas as sociedades, foram criadas formas variadas de restrição à reprodução e à atividade sexual.

1.1.1 O tabu do incesto

Norma de amplitude universal, o tabu do incesto impede o coito entre pessoas com laços de consanguinidade, com o objetivo, segundo Lévi-Strauss (1987), de proibir os casamentos entre parentes:

[...] a regra de reciprocidade por excelência [...] A troca recíproca de mulheres significa assegurar a circulação total e contínua dos bens por excelência que o grupo possui e que são suas esposas e filhas. Com o tabu do incesto, a família marca o momento da passagem da natureza à cultura (p. 177).

Essa visão reveste-se também de outra interpretação, que foi normalizada por convenção coletiva, a partir da difusão da crença em possíveis riscos de anomalias de nascença devido à união de pessoas com laços consanguíneos. Com esse entendimento, aliam-se dois elementos, o biológico e o psicológico.

Levi-Strauss (1987) aponta, no que diz respeito ao aspecto biológico, que isso poderia ser “[...] calculado, já que a taxa de tais aparecimentos é conhecida” (p. 180). E ainda acrescenta que a proibição do incesto, tal como a percebemos atualmente, não seria mais do que o vestígio, ou sobrevivência, de um conjunto complexo de crenças e de interdições, que tem suas raízes num sistema mágico-religioso. A partir desse entendimento do simbolismo da regra do tabu do incesto, considera-o mais uma norma social geral do que uma proibição ligada a preocupações higienistas quanto a possíveis degenerações hereditárias.

De qualquer forma, na opinião de vários autores, ele foi, quanto à reprodução humana, muito importante, pois contribuiu para impor restrição à atividade sexual e assim, consequentemente, colaborou para a limitação do número de famílias e, portanto, de filhos.

A história das populações demonstra que nenhum grupo humano esgotou, a qualquer tempo, a sua capacidade reprodutiva, pois o conjunto das mulheres sempre teve menos filhos do que o máximo biológico permite, em virtude das interferências culturais, como a idade estabelecida para o casamento, além das limitações físicas da mulher. (RODRIGUES, 1990: 10)

Para nos aproximarmos dos papéis históricos reprodutivo e contraceptivo da mulher, destacamos alguns momentos que consideramos relevantes. No período paleolítico, segundo Rodrigues (1990), a fêmea deslocava-se ativamente à procura de alimentos e carregava os filhos; e esse comportamento fortalecia os laços entre mãe e filho, o que foi

preponderante para a transmissão de informações vitais à sobrevivência individual e à perpetuação do grupo.

Com o passar do tempo, as fêmeas passam a selecionar os machos por sua capacidade de prover o grupo, preferindo os que concordassem em dividir alimentos e também possuísem habilidade com o uso dos instrumentos usados na caça e na coleta. Tal atitude aumentava de importância nos períodos em que havia um crescimento lento da população, como acontecia muitas vezes quando a procura por alimentos era uma tarefa condicionada a deslocamentos por longas distâncias. Rodrigues (1990) confirma essa escolha das mulheres pelos “[...] machos que fossem mais amistosos” (p. 11).

No contexto social da época, a restrição da prole tornou-se importante, pois a existência de muitas crianças implicava riscos para os adultos. Na própria coleta de alimentos, elas poderiam se tornar presas fáceis para animais.

1.1.2 As expectativas culturais e as normas sociais: parâmetros reprodutivos

Com relação ao tamanho das famílias, observava-se bastante variação. Na Grécia, por exemplo, retrata McLaren (1990), não eram numerosas, por muitos motivos: a esperança de vida nesse período era curta para os adultos (45 anos para os homens e 36,2 para as mulheres). Isso devido a períodos de grandes conflitos. Também havia, por parte de muitos homens, a opção por não casar e, os que casavam, tinham poucos filhos (cerca de quatro, mas apenas dois ou três sobreviviam). No caso grego, também é apontada como estratégia, provavelmente importante de controle da população, a homossexualidade. Para os heterossexuais, entretanto, o recurso eram as meretrizes, no caso daqueles que não desejavam engravidar as esposas. “O tamanho pequeno da família resultava, simultaneamente, de taxas de mortalidade elevadas e de restrições à fertilidade [...]” (RODRIGUES, 1990: 21)²

Todavia, o objetivo do casamento era produzir filhos. Haja vista a importância de um filho varão para salvaguardar os bens da família, isso porque somente os homens podiam ser proprietários de terras e ter bens. Um homem que tivesse apenas filhas adotaria um jovem com a finalidade de assegurar a propriedade da família e, consecutivamente, ele seria obrigado a casar-se com uma das filhas. O período em discussão ainda é a Grécia antiga e a questão reprodutiva que McLaren (1990) e Duby e Perrot (1991) destacam que:

²O autor acredita que essa restrição à natalidade era, muitas vezes, consequência não intencional de práticas sociais não procriadoras, mas, ao mesmo tempo, havia aqueles que procuravam conscientemente limitar os nascimentos.

A fertilidade da esposa era venerada, mas era igualmente importante – para que a riqueza da família não viesse a ser dividida por demasiados pretendentes – que o número de filhos fosse limitado [...] O ideal era ter um filho para manter o nome da família e uma filha para cimentar uma aliança matrimonial com outra família (p. 25).³

Nesse aspecto, os autores lembram que, a partir do século IV em diante, a preocupação com o crescimento populacional se torna realidade em toda a Grécia. Então, com o intuito de restringir os nascimentos, os gregos tomaram as seguintes atitudes:

[...] adiar o casamento das mulheres e limitar, assim, os anos potenciais em que podiam dar à luz [...] os membros femininos da elite parecem ter preferido não amamentar, privando-se assim da proteção contra subsequentes concepções que a lactação prolongada fornecia⁴. (MCLAREN, 1990: 26)

Nesse particular, com apoio no diálogo de Platão e Glauco, podemos apontar os pensamentos de Platão (2000) para uma cidade-Estado, em contraponto à democracia ateniense: eles sugerem que “a mulher parirá para a cidade dos vinte aos quarenta anos; o homem gerará para a cidade até os cinquenta e cinco anos [...] realmente, tanto para um como para o outro, é o período de maior vigor do corpo e do espírito” (p. 164).

A ideia discutida por Platão já evidencia preocupação com a capacidade reprodutiva do corpo. Fica ressaltada, na exposição, a ênfase na diferenciação dos potenciais reprodutivos entre os sexos e ainda o realce dado a essa limitação que seria o período de maior energia produtiva e, consecutivamente, a probabilidade para gerar seres com biótipo semelhante.

As observações de Saraceno e Naldini (2003) também se somam à discussão, ao expor que, por muitos séculos, a fecundidade e o número de filhos por família foram restringidos mediante dois tipos de reguladores: exteriores, o natural, advindo da mortalidade infantil e também das mães, e o regulador social, presente na definição da idade ideal para o casamento. Por exemplo, a fixação de uma idade relativamente alta, ou distante do início fisiológico da fecundidade feminina.

Com essa exposição, fica claro que, na história da humanidade, a preocupação com o contingente populacional foi construída sempre considerando os recursos disponíveis, a capacidade reprodutiva dos seres humanos e as normas culturais que regiam os grupos sociais.

³ Tratava-se do casamento institucionalmente destinado a selar aliança com outras famílias.

⁴ Essa crença na impossibilidade de uma nova gestação durante o período de amamentação é bastante generalizada, encontrando-se mesmo no Brasil, até há bem pouco tempo.

1.1.3 Refrear o nascer - os contraceptivos

Do ponto de vista de nossa pesquisa, importa assinalar que vamos encontrar, nas práticas gregas, menção ao uso de contraceptivos, para os quais empregavam a palavra *atokion*. Em latim, existia apenas um termo vago – *venenum* -, que significa veneno. (PLATÃO, 1990)

Há referência a uma série deles - que pode ser encarada como formas femininas -, tais como: o uso de pessários (aparelhos elásticos) oclusivos, tampões e poções, as folhas ou a casca do pilriteiro, a hera, o salgueiro, bagas de zimbro colocadas sobre/ou na vulva (também no pênis) produziam esterilidade temporária. Também untar os órgãos genitais com resina de cedro e aplicar alúmen (produto químico) no útero; utilizar supositório de hortelã-pimenta e mel; acácia e esterco de crocodilo. Ainda havia as magias: rim de uma mula e a urina de um eunuco como forma de inibir a potência e também causar o aborto. (PLATÃO, 1990: 37-38)

Segundo McLaren (1990), os contraceptivos ocupavam, entretanto, um lugar relativamente secundário. Observa que é esse o caso do coito interrompido - forma de contracepção masculina -, uma das práticas anticoncepcionais mais antigas da humanidade, mas com poucas referências na Grécia antiga.

Sobre o método, falando desse mesmo período grego, Duby e Perrot (1991) expõem que: “A prática do coito interrompido, cuja eficácia é fraca, quase não era empregue, e de qualquer modo dependia do marido. Os médicos desaconselhavam aos homens a retenção do esperma no fim do coito como muito prejudicial aos rins e à bexiga” (p. 364).

Cabe lembrar que essa prática contraceptiva é de conhecimento bastante antigo, registrada no Antigo Testamento, no livro de Gênesis, capítulo 38, versículos 6-10:

Judá escolheu para Her, seu primogênito, uma mulher chamada Tamar. Her, primogênito de Judá, desagradou ao Senhor, e o Senhor o feriu de morte. Então Judá disse a Onã: “Casa com a mulher de teu irmão, como manda o levirato e dá uma posteridade a teu irmão”. Mas Onã compreendeu que essa posteridade não seria a sua e, quando se aproximava da mulher de seu irmão, derramava no chão o sêmen, a fim de não dar posteridade ao irmão. A sua conduta desagradou ao Senhor, que também lhe deu morte.

Para compreender a ligação dessa passagem bíblica com o tema da contracepção, é necessário saber que a conduta de Onã prende-se à obediência à lei do levirato (do latim *levir*, cunhado), que prescrevia que, se um homem casado morresse sem

ter filhos, o seu irmão, ou parente mais próximo, desposasse a viúva. O primeiro filho de tal matrimônio era considerado como primogênito e herdeiro do defunto, segundo nota do comentarista do texto. Ele lembra ainda que, de *Onã*, deriva o vício do “onanismo”, contra os fins do matrimônio. E acrescenta: “Aqui, o que diretamente se reprova não é o derramar o sêmen fora do lugar, mas a violação do levirato, ao negar-se a dar descendência”⁵.

1.1.4 O aborto como medida reguladora do tamanho da prole

Com relação aos meios para limitar o número de filhos, também é corrente na história da humanidade o uso do aborto. McLaren (1990) retrata que Platão chegou a sugerir que todas as gestações de mulheres com mais de 40 anos fossem abortadas, como parte de uma estratégia política de controle populacional por parte do Estado.

[...] as referências ao aborto eram mais comuns no mundo antigo do que as referências à contracepção. [...] Os textos médicos gregos discutiam numerosas técnicas de aborto, incluindo o uso de perfurações, poções orais, supositórios, fumigações e cataplasmas [...] A arruda silvestre tinha, junto de muita gente, a fama de, simultaneamente, congelar o esperma e precipitar o aborto. (MCLAREN, 1990: 36-38)

Ainda com referência ao aborto, no período em questão, já era prática feita de forma secreta. Nos estudos sobre esse momento, não se observam, entretanto leis que o proibissem.

O aborto era considerado causa de impureza, por muitos cultos, assim como também o parto. As mulheres que tivessem experimentado qualquer uma dessas situações tinham a entrada temporariamente proibida nos santuários religiosos. McLaren (1990) aponta:

O aborto apresentava, mais um problema de ordem moral, mais fácil para os antigos do que hoje, na medida em que se limitavam a assumir que a vida não se encontrava presente até a parturição. No entanto, esperava-se que as filhas solteiras recorressem ao aborto para se salvarem, a elas e aos pais, da desonra; a lei de Sólon, segundo Plutarco, permitia que o pai vendesse a filha desonrada como escrava. As mulheres casadas deviam obter a permissão dos maridos antes de abortarem, só se considerando errado se tal fosse levado a efeito contra os desejos destes (p. 40).

⁵ BÍBLIA SAGRADA. 7. ed. Aparecida/SP: Santuário, 1985. p. 56.

1.1.5 O abandono das crianças: grupo familiar reduzido

Outra prática de restrição de filhos utilizada no período foi o abandono. O poder de praticá-la era próprio das mães.

As crianças do sexo feminino foram as que mais sofreram com o abandono e o infanticídio; isso se deve ao poder masculino, em que se inclui o já mencionado papel de proteção do patrimônio, característico do filho, em conjunto com o desprestígio amplo do sexo feminino.

Essa foi uma prática frequente dos gregos. McLaren (1990), em suas análises, observa que esse tipo de ação talvez tenha ocorrido em maior proporção com os menos favorecidos do que com a elite, pois era um ato de desespero.

Ao contrário do aborto, o abandono e o infanticídio não ameaçavam diretamente a saúde das mulheres, a não ser por razões psicológicas e morais: acabavam por ser contempladas apenas como uma tristeza, desilusão. E, seguindo a lógica de raciocínio, pode-se pensar que o abandono também era empregado como medida eugênica. Já que comportava uma rejeição a crianças com deficiência física.

1.1.6 Estado: bases políticas e médicas para uma regulamentação natalícia

Duby e Perrot (1991) relatam a postura dos gregos sobre a necessidade de limitar o tamanho das famílias, ao contrário do posicionamento dos romanos que, em termos de política demográfica, encorajavam o aumento da população. Segundo McLaren (1990), essa prática diferenciava as cidades gregas do restante do Império Romano.

Em 59 a.C., Júlio César concedia terras a pais de três ou mais filhos. Augusto, por meio de legislação, em 18 a.C e em 9 d. C., procurou reformar a moralidade da elite rica e ambiciosa; as suas leis, por um lado, pressionavam as viúvas no sentido de voltarem a casar e, por outro, puniam o celibato e a ausência dos filhos. Aos pais, eram concedidos privilégios políticos e as mães de três ou mais filhos ficavam isentas de tutela (p. 52).

O Estado propiciava pequenas recompensas para as famílias menos favorecidas financeiramente e que produziam filhos em número significativo. Efetivamente, o Estado Romano não tinha poder sobre a família e não exercia a proibição das práticas de fórum familiar, como: abandono dos filhos, infanticídio, contracepção e aborto(MCLAREN, 1990).

Duby e Perrot (1991) destacam que:

Até o final da antiguidade, os pobres abandonaram ou venderam seus filhos. O imperador Constantino decidiu em 315 que se daria aos pobres o necessário para que alimentassem e vestissem seus filhos para evitar o seu infanticídio, interditado por novas leis (p. 363).

A orientação natalícia dessa política se revelava mesmo nas fontes médicas, que continham mais referências escritas para as curas da esterilidade do que em relação a contraceptivos. Uma mulher estéril corria o risco de o marido divorciar-se dela. Havia, nesse período, uma incitação ao casamento, sob pena, para a mulher, de ser considerada acometida de histeria. (MCLAREN 1990)

É atribuída a Hipócrates a ideia de que o útero se movia a tal ponto que podia subir à cabeça, causando todo tipo de incômodos. Com base nesse entendimento da mobilidade do útero, criava-se a condição de histérica⁶ para a mulher.

O tema da histeria é refletido por Foucault (1997), que o considera:

[...] tríptico processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado – qualificado e desqualificado – como corpo integralmente saturado de sexualidade, pelo qual este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação); a Mãe, com sua imagem em negativo que é a “mulher nervosa”, constitui a forma mais visível desta histerização (p. 99).

O termo histeria seguiu pela história para diagnosticar problemas muitas vezes de ordem emocional, ou para justificar sintomas que não tinham uma causa concreta, mas uma causa tipicamente feminina.

⁶ Dahlke (2005) explica essa questão da seguinte forma: “[...] podia pressionar o estômago, restringir o fígado e até mesmo fixar-se no coração. [...] podia entupir a garganta, provocar câimbras, bloquear os sentidos e oprimir a respiração” (p. 31-32). Esses sintomas e outros parecidos, atribuídos ao útero, passaram a ser chamados “histéricos”, e com isso as manifestações da histeria foram consideradas tipicamente femininas. Em grego, *Hystera* significa “útero”. A histeria continuou sendo encarada como uma doença feminina quase até os dias de hoje.

1.2 As Teorias Eugênicas: Instrumento de Controle e Seleção da Humanidade

1.2.1 Origens da concepção eugênica

A história não é linear e a vertente humana apresenta suas contradições, nuances, que variam segundo o tempo, o lugar e o povo envolvido. O processo reprodutivo não é diferente. McLaren (1990) explicita a ideia de Platão (c. 429-347 a.C.) e de Aristóteles (c. 384-322 a.C.) que consideraram a possibilidade de o Estado vigiar o casamento e eliminar eugenicamente as crianças a mais e as inaptas. Na obra *A República*, Platão (2000) evidencia a sua proposta de ação que poderia ser adotada pelo Estado na constituição de uma sociedade ideal:

De acordo com os nossos princípios, é necessário tornar as relações muito frequentes entre os homens e as mulheres de elite, e, ao contrário, bastante raras entre os indivíduos inferiores de um e outro sexo; além do mais é necessário educar os filhos dos primeiros, e não os dos segundos, se quisermos que o rebanho atinja a mais elevada perfeição; e todas essas medidas deverão manter-se secretas, salvo para os magistrados [...] os filhos dos indivíduos de elite [...] serão confiados a amas que residem à parte, num bairro da cidade. Para os filhos dos indivíduos inferiores e mesmo os dos outros que tenham alguma deformidade, serão levados a paradeiro desconhecido e secreto (p. 162-163).

Fica evidente, nessa passagem, que ações eugênicas já tinham sido pensadas com o intuito de eliminar seres humanos, muito antes de esse flagelo ter se disseminado no século XIX. No período grego, aqui retratado, a intenção era manter o controle populacional e reduzir o contingente de miseráveis. Vigorava a ideia de que uma sociedade perfeita deveria ser aperfeiçoada por meio de processos seletivos.

Fica evidenciado, assim, que, no período grego, já havia preocupação com o aumento descontrolado das classes inferiores, e, no pensamento apontado, a elite, essa sim, deveria procriar livremente e ser protegida desde a infância, com o tratamento diferenciado. Aos filhos dos considerados inferiores, destinava-se um fim incerto, com o único objetivo de garantir a pureza da raça.

O que foi sugerido no período grego tomou forma com a pseudociência eugenista, que surge com o cientista inglês Francis Galton⁷ (1766-1911) influenciado pela

⁷ Segundo Black (2003: 56,57), Galton não finalizou seu curso de medicina, porém foi estudar matemática em Cambridge e tornou-se um aficionado pela estatística. Seus estudos auxiliaram no desenvolvimento da ciência meteorológica. É creditado a ele o desenvolvimento do entendimento da impressão digital – de que os sulcos das impressões digitais eram únicos. As Pesquisas de Galton sobre as Faculdades Humanas e seu Desenvolvimento de 1883, concluíram que a inteligência acima da média, nos indivíduos de uma determinada família, se transmite hereditariamente. Dessa forma, por acreditar que a inteligência seria condição congênita, e não influenciada pelo ambiente, propôs uma eugenia positiva por meio de casamentos selecionados. Vale destacar que a eugenia é uma invenção inglesa e americana e não alemã.

obra de seu primo Charles Darwin (1766-1834)⁸ o qual “lançou as bases da genética humana e cunhou o termo eugenia⁹, para designar a melhora de uma determinada espécie por meio da seleção artificial”. (ARIE et al, 2009: 107) Essa ideia emerge em um particular contexto econômico e social, vivido na Inglaterra no final do século XVIII e durante o século XIX. Naquele momento, cresciam as classes pobres e também aumentavam instituições como asilos, orfanatos, hospícios, abrigos.

Nesse contexto, é necessário destacar que o cristianismo foi a primeira instituição a ter um olhar para o social na sociedade ocidental, e prestou caridade aos necessitados: doentes, deficientes, pobres. Houve um crescimento considerável desse quadro social, com o fim da Idade Média.

Bresciani (1982) afirma que nas ruas de Londres e Paris do século 19 a multidão era considerada, pelos contemporâneos, como um acontecimento inquietante, fervilhante, um desfile de homens e mulheres, o que conferiu à paisagem urbana imagem associada à ideia do caos. Destaca, ainda, que a população londrina no período mencionado crescera muito – duplicara entre 1821 e 1851 e dobrara novamente nos 50 anos seguintes, fazendo com que o espetáculo de suas ruas adquirissem proporções, em si, assustadoras¹⁰. (ARIE, 1982: 50)

Na sequência dos fatos, o Estado, com o poder absolutista dos reis, passa a assumir as funções caritativas da Igreja. Isso é perceptível na Inglaterra. Entretanto, é preciso destacar que, a partir dos séculos XVIII e XIX, os pobres e miseráveis passam a ser um peso para a elite da época e, consecutivamente, para o Estado.

Dessa forma, os que necessitavam da atenção do Estado passam a ser percebidos como um empecilho ao desenvolvimento da civilização, o que causa descontentamento das classes abastadas. Black (2003) aponta que, em 1869, “Galton, no livro *Hereditary Genius (Gênio Hereditário)* afirmou que a hereditariedade não somente transmitia as feições físicas, como a cor de cabelo e a altura, mas também as qualidades” (p. 59).

A partir desse postulado, Galton vai pensar na possibilidade do melhoramento da raça humana. Uma das formas seria o controle dos matrimônios por longas gerações. As

⁸ Do livro *A origem das espécies*, publicado em 1859, emerge o conceito de seleção natural.

⁹ Eugenia, segundo os estudos de Arie (2009:107), é a ciência que se ocupa do estudo e cultivo de condições que tendem a melhorar as qualidades físicas, psíquicas e morais de gerações futuras. Considerada, no meio científico, como pseudo-ciência. Palavra derivada do grego que significa bem nascer.

Furier citado por Bresciani (1982). “Aponta ainda que em Londres existiam, no final do séc. XIX, 117 mil pobres conhecidos a cargo das paróquias, 115 mil pobres abandonados, mendigos gatunos e vagabundos e dentre os quais destacam-se: 3 mil receptadores [...] 3 mil judeus distribuidores de moeda falsa que também incitam os empregados a roubar seus patrões e os filhos a roubar seus pais, ou seja, 232 mil pobres na cidade que é o grande centro da indústria” (p. 51).

¹¹ Matemático, professor de História Moderna, Economia Política e pastor da Igreja Anglicana, fato que influenciaria decisivamente sua obra *Ensaio sobre a população*. (MALTHUS: 1996: 07)

peessoas das famílias consideradas melhores, que na lógica galtoniana seriam as mais bem-sucedidas, deveriam casar-se com outras criteriosamente escolhidas.

Esse quadro da pseudo-ciência, que nasce com Galton, se soma a outras teorias, como a do filósofo inglês Hebert Spencer, que, em 1850, publicou *Social Statics (A estática social)*, no qual expôs que o homem evolui de acordo com a natureza herdada. Em 1884, o biólogo alemão August Weismann assinala a descoberta do que denominou germe-plasma e ao qual atribui o papel verdadeiro de veículo da hereditariedade. O pensamento de Thomas Robert Malthus¹¹ (1996) também se somou às ideias que se gestavam, pois entendia que: “[...] a população, quando não controlada, cresce numa progressão geométrica, e os meios de subsistência numa progressão aritmética” (p. 249). Assim, concluía que determinada população que se deparasse com a falta de alimento estaria fadada à miséria. Exemplifica o seu pensamento quando expõe que:

Nos Estados Unidos da América, onde os meios de subsistência têm sido muito maiores, os costumes do povo mais puros e conseqüentemente os obstáculos aos casamentos precoces têm sido menores do que em qualquer um dos modernos países da Europa, a população se viu duplicada em 25 anos. Nós tomamos como nosso modelo essa proporção de crescimento, embora pequena em relação ao poder máximo da população, ainda que como resultado da experiência atual, e afirmamos que a população, quando não controlada, se duplica cada 25 anos ou cresce numa progressão geométrica. (MALTHUS, 1996: 249-250)

Malthus (1996), em sua prospecção, não deu muito crédito à criatividade humana para produzir implementos como colheitadeiras, adubos químicos, sementes híbridas, além da alta capacidade técnica de cultivo agrícola. Esses avanços tecnológicos causaram impacto importantíssimo na produção agrícola. Além do mais, o autor não contou com a chegada dos métodos contraceptivos, que foram um impeditivo para que a população crescesse na escala sugerida por ele.

Destacamos que o contexto em que Malthus teceu sua obra foi justamente o período em que estava em curso, na Inglaterra, a Revolução Industrial (1760). O teórico acompanhou o processo de mudança e as consequências nas relações de produção ocasionadas pelos novos inventos industriais, com incidência na agricultura da época. Mas não incorporou o impacto que poderiam ter as transformações sobre a teoria e não reviu suas análises.

Malthus colaborou significativamente para as ideias de controle populacional. Virginia Woolf (1929), ao expor, com muita lucidez, a condição feminina, a opressão da

mulher aprisionada pela situação familiar e pela estrutura patriarcal, parece referir-se às ideias malthusianas, quando afirma: “os economistas têm-nos dito que a sra. Seton teve filhos demais. Vocês devem, é claro, continuar a ter filhos, mas, como dizem eles, aos dois e aos três, e não às dezenas e às dúzias” (p. 137). Nesse sentido, ao contrário do que se pode pensar, a eugenia “negativa” vai emergir nos Estados Unidos, não pela Alemanha. Será na Alemanha, porém que, aliada às teorias eugênicas europeias, juntamente com o racismo latente nesse país, que o movimento culmina no objetivo de eliminar futuras gerações, mediante proibição de casamento e esterilização coercitiva. O auge desse processo pode ser demarcado do final do século XIX até a década de 1930.

A criminologia levou o ódio racial e étnico para a esfera da hereditariedade. Nos últimos anos do século XIX, o crime foi sendo considerado progressivamente um fenômeno de grupo e, de fato, um traço familiar herdado. Os criminologistas e os cientistas sociais acreditavam amplamente no “tipo criminoso”, então identificados pelos “olhos com aparência de uma conta” e por certas formas frenológicas. A noção de “criminoso natural” se tornou popular. (BLACK, 2003:70-71)

Entendemos que esse quadro histórico é significativo para dar a dimensão dos poderes científico, cultural e dos detentores do capital, que também contaram com o apoio da classe política americana, principalmente quando visou à limpeza étnica.

Para tanto, não se mediram esforços ao articular pseudos tratados para imprimir nas gerações futuras a discriminação racial e a falsa ideia da associação entre pobreza e violência. A medição do coeficiente de inteligência também foi usada com a intenção de selecionar e estratificar a sociedade entre os capazes e incapazes para identificar a tão desejada etnia perfeita. Com esse fim, mulheres e homens foram dizimados, esterilizados e interditados, como aponta Black (2003):

Foram identificados dez grupos de “**incapazes sociais**”, estabelecidos como alvo para “**eliminação**”. Primeiro, os **deficientes mentais**; segundo, a **classe indigente**; terceiro, a classe dos **alcoólatras**; quarto, os **criminosos** de todas as espécies, incluindo os pequenos criminosos e os encarcerados por não pagamento de multas; quinto, os **epilépticos**; sexto, os **insanos**; sétimo, a classe **constitucionalmente frágil**; oitavo, os **predispostos a doenças específicas**; nono, os **fisicamente deformados**; décimo, os com defeitos em órgãos dos sentidos, ou seja, **surdos, cegos e mudos** (p. 121).

O estudo de Black (2003) assinala ainda que, de 1909 a 1924, vários estados americanos criaram leis de esterilização de cunho eugenistas e contabiliza, entre 1907 a

1940, um total de 70 mil pessoas esterilizadas coercivamente, em sua maioria mulheres. O estudo destaca ainda que, de forma geral, a sociedade americana e, em especial, os católicos, eram contrários às ações eugênicas, mas não tiveram poder de convencimento e chegaram a ocupar espaços estratégicos no governo, para tentar reverter o quadro, sem obter êxito.

Na história da humanidade, foi por ocasião da Segunda Guerra Mundial, sob o eugenismo nazista, que se viveu o episódio de maximização fanática, autoritária e sem escrúpulos da perseguição dos “diferentes”, pensada e concretizada com o objetivo final de obter uma raça “perfeita”, que seria a “ariana, nórdica”¹².

Não apenas a formação de grupos ativistas eugenistas conduziu o movimento, mas dele participaram diretamente muitas instituições e profissionais. Foi o caso do financiamento, por institutos e fundações de grande capital, como é o caso, por exemplo, da Fundação Rockefeller, de órgãos governamentais, da IBM – International Business Machines¹³, e de doação de industriais. Entre os profissionais, contou-se com especialistas de muitas áreas do conhecimento, destacando-se as de medicina, antropologia, sociologia, arquitetura e engenharia.

Em termos de herança, do mesmo modo que a pseudociência eugenista americana impregnou completamente as revistas científicas americanas durante três décadas de século XX, a eugenia que inspirou a era nazista deixou sua marca na literatura médica das décadas de 1920 a 1940. (BLACK, 2003: 601)

Essa política genocida dos nazistas era, ao mesmo tempo, imediatista e de longo alcance em seus objetivos. De um lado, o aumento do índice de natalidade, legítimo ou ilegítimo, era encorajado entre os alemães e entre as *vollksdeutsche* - pessoas de origem alemã – nos países ocupados. De outro lado, todos os meios para diminuir o índice de natalidade entre os indivíduos “racialmente inferiores” foram usados. (BLACK, 2003: 637)

Nas denúncias feitas pelos aliados sobre os nazistas, constou a esterilização de milhares de pessoas.¹⁴ Sem contar a eliminação direta de milhões de judeus em muitos países europeus como a Bélgica, França, Noruega, Polônia, Iugoslávia, Tchecoslováquia, Letônia entre outras. Em 1942 os aliados anunciaram que os nazistas estavam exterminando

¹² Referimo-nos aqui, especificamente, a fatos muito notórios, ao redor de 1929, decorrentes da chegada de Hitler ao poder na Alemanha.

¹³ Especificamente sobre essa parceira IBM e o movimento nazista, pode ser conferido no livro *IBM e o holocausto* também de Edwin Black.

¹⁴ No documento de acusação, em sua seção 4 - que se referiu à esterilização “apresentou documentos e evidências concernentes à esterilização em massa em toda a Europa, durante 12 anos de reinado do Terceiro Reich”, cujo objetivo era perpetuar o domínio nazista sobre a Alemanha e a efetivar a dominação da Europa (BLACK, 2003).

5 milhões de judeus e assassinando milhões de outras nacionalidades, num plano de produzir uma raça dominante. (BLACK, 2003)

Na verdade, a mente humana, em nome da ciência, foi capaz de produzir uma ação consistente que, no limite, objetivava a eliminação de uma raça, em nome da ideologia da superioridade racial e em detrimento dos que foram considerados fracos e inferiores.

1.2.2 O Brasil - sua face eugenista

No que diz respeito ao Brasil, as ideias eugênicas emergiram após 1870. Foram veiculadas pelos que almejavam construir um “mundo moderno e científico”, colocando o Brasil nos “trilhos do progresso”. Certamente, um dos motivos mais importantes para o desenvolvimento do eugenismo, nas três primeiras décadas do século XX, vinha da preocupação com o controle da população de ex-escravos, que estavam em processo de proletarização, segundo Santos (2009). Sobre essa discussão, Seyferth (1996) destaca que:

A miscigenação se transformou em assunto privilegiado no discurso nacionalista brasileiro após 1850 – vista como mecanismo de formação da nação desde os tempos coloniais e base de uma futura raça histórica brasileira, de um tipo nacional, resultante de um processo seletivo direcionado para o branqueamento da população (p. 41).

Corria no meio intelectual científico¹⁵, principalmente entre médicos, sanitaristas, engenheiros, juristas e professores, que o futuro da nação brasileira seria o caos, devido à sua intensa miscigenação. Somente com ações eugênicas, como educação higiênica e esterilização, o País poderia atingir a modernidade e consecutivamente se tornar próspera. Isso não aconteceu de uma hora para outra. O processo foi sendo construído ao longo da história, como assinala Chauí (2007), ao afirmar que Sílvio Romero¹⁶ (1851-1914) teve sua obra influenciada pelas correntes naturalista, evolucionista e pelo positivismo. A autora cita o pensamento de Romero, que afirmou:

¹⁵ Segundo Stepan (1976), “Um dos primeiros a declarar que a chave do futuro do Brasil estava na ciência foi o médico positivista Pereira Barreto, que era a figura central do movimento de saneamento que estava ajudando a revitalizar a cidade São Paulo na década de 1890” (p. 64).

¹⁶ Sílvio Romero, sergipano, filho de comerciantes portugueses, crítico, ensaísta, folclorista, polemista, professor e historiador da literatura brasileira, poeta, jornalista, advogado, político. Convidado a comparecer à sessão de instalação da Academia Brasileira de Letras, fundou a Cadeira 17, escolhendo como patrono Hipólito da Costa. Em um primeiro momento positivista, aproximou-se posteriormente da filosofia evolucionista de Hebert Spencer. Foi membro do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, e sócio correspondente da Academia das Ciências de Lisboa e de diversas outras associações literárias.

Quanto à raça, o brasileiro é uma sub-raça mestiça e crioula, nascida da fusão de duas raças inferiores, o índio e o negro e uma superior, a branca ou ariana. Para evitar a degeneração da nova raça mestiça será preciso estimular seu embranquecimento, promovendo a imigração europeia [...] julga Romero, a imigração, trazendo povos num estágio mais avançado da evolução, poderá auxiliar e corrigir tais defeitos. Enfim, quanto ao determinismo moral, Sílvio Romero responsabiliza os latifundiários, a “classe parasitária” escravista, pelo atraso do povo e espera que o “incremento às classes produtoras” (a indústria e o comércio) levará o país aos tempos modernos e civilizará nosso povo. (CHAUÍ, 2007: 49)

Fica evidente, na posição deste autor, sua aproximação com a filosofia evolucionista de Galton e Spencer, que o conduziu à concepção desenvolvimentista da raça. Muitos intelectuais da época entendiam que, somente essas bases poderiam levar o Brasil à modernização. Esta se deveria dar por meio da civilização do brasileiro, um povo considerado, na época, preguiçoso, doente e incapaz¹⁷.

O Brasil, um país multirracial, foi um terreno fértil para o pensamento eugênico. No fim do século XIX, diferentes grupos sociais aliados à intelectualidade brasileira debruçam-se para pensar a identidade nacional. Destaca-se também Romero, entre os principais eugenistas¹⁸, nas palavras de Renato Ferraz Kehl (1889-1974)¹⁹:

[...] suas ideias e pressupostos tornaram-se recorrentes no meio intelectual e científico, especialmente entre médicos, higienistas, juristas e educadores. Na literatura nacional, o termo 'eugenia' aparecia sempre como símbolo de modernidade cultural, assimilada como um conhecimento científico que expressava muito do que havia de mais 'atualizado' na ciência moderna. Falar sobre eugenia significava automaticamente pensar em evolução, progresso e civilização, termos que constituíam o imaginário nacionalista das elites brasileiras. Em muitos casos, a eugenia era interpretada como a 'nova religião da humanidade', tamanha a admiração e a crença que os 'homens de ciência' depositavam nesse saber científico. (SOUZA, 2006: p.1063)

Com esse fio condutor, Santos (2006) assevera que para Kehl a miscigenação racial conduziria o Brasil para uma catástrofe. Somente com procedimentos eugênicos, como a educação higiênica e a esterilização, o País poderia tornar-se uma nação moderna e próspera. Defensor de exames médicos que autorizariam, ou não, o casamento e a geração

¹⁷ A figura do “Jeca”, personagem de Monteiro Lobato, ilustra bem a figura do brasileiro rural da época, que, na percepção dos estudiosos, deveria mudar com a modernização.

¹⁸ Os principais eugenistas brasileiros foram Renato Ferraz Kehl, Belisário Penna, Olegário de Moura, Afrânio Peixoto, Edgar Roquette-Pinto, Monteiro Lobato, Raimundo Nina Rodrigues.

¹⁹ Médico, defensor da eugenia, publicou vários livros e inúmeros artigos. Um deles sob o título de *Pais, médicos e mestres* (Problemas de Educação e Hereditariedade, 1939), no qual expõe questões de saúde e de educação às políticas governamentais e defende o controle do Estado sobre o indivíduo. Foi inspetor sanitário rural do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP); organizou o Serviço de Educação Sanitária ligado à Inspetoria da Lepra e das Doenças Venéreas.

de filhos. A esterilização deveria ser aplicada de forma compulsória e permanente. Também destacava a competência técnica dos médicos para efetuar uma seleção “eugênica”, no momento histórico em que esta categoria reivindicava uma projeção política na formação social brasileira.

Os médicos e cientistas brasileiros, muitos deles formados na Europa, estavam entre os porta-vozes mais importantes pela melhoria da ciência brasileira. Os cientistas estrangeiros desempenharam sua parte nesse contexto, trazendo para o Brasil ideias e organizações europeias. Acreditava-se que, por meio da “ciência, o Brasil podia escapar a um fatalismo histórico relativo à sua capacidade de alterar os acontecimentos, e a nação podia, (assim), emergir como parte do mundo civilizado moderno”.(SOUZA, 2006: 65) A ameaça de doenças epidêmicas estimulou as autoridades locais e federais a organizar órgãos de saúde pública, à medida que a ciência progredia.

A concepção defendida pelos eugenistas brasileiros é a mesma encontrada em sua origem norte-americana. Isso porque a ideologia do movimento eugênico nascido nos Estados Unidos tem alcance mundial. O Brasil foi o primeiro país da América do Sul a ter um movimento eugênico organizado, o que ocorreu em 1918, em São Paulo. Envolveria trabalhos com saúde pública, psiquiatria, higiene e saneamento. Seus adeptos defendiam que não existia cura para os males sociais e que estes deveriam ser tratados, domesticados e também todos deveriam estar atentos para melhorar a futura geração. O movimento fica demonstrado no trabalho de Rago (1985), ao fazer análise das fábricas e das vilas operárias do início da industrialização brasileira:

Percebidos como selvagens, ignorantes, incivilizados, rudes, feios e grevistas, sobre os trabalhadores urbanos que compõem a classe operária em formação nos inícios da industrialização no Brasil, constitui-se paulatinamente uma vasta empresa de moralização. Seu eixo principal: a formação de uma nova figura do trabalhador dócil, submisso, mas economicamente produtivo; a imposição de uma identidade social ao proletariado emergente, se assim já podemos chamá-lo. Conjuração do mal, contenção das convulsões futuras da história, a tentativa de domesticação do operariado passa pela construção de um novo modelo de comportamento e de vida, que se tenta impor aos dominados (p. 12).²⁰

Em 1918, foi fundada a Sociedade Eugênica de São Paulo, constituída de médicos e membros de diversos setores da sociedade, entre eles, alguns nomes ilustres,

²⁰ Rago (1985), em seu estudo, dedica um capítulo para discutir a questão da mulher no período em foco e menciona que a mulher foi colonizada, retroagida ao seu espaço doméstico, impedida de se filiar aos movimentos operários; desejada pelos industriais por ser mão de obra menos onerosa, enfrentou a moral social, aliada do poder machista da época.

como Arnaldo Vieira de Carvalho, fundador da Faculdade de Medicina de São Paulo, e Franco da Rocha, idealizador e fundador do Hospital Psiquiátrico Juqueri. Essa entidade tinha como objetivo estudar as leis de hereditariedade, regulamentar meretrícios, casamentos, imigração, técnicas de esterilização, o exame pré-nupcial e também divulgar a eugenia.²¹

Dentro do objetivo de construir uma nação organizada, dotada de identidade nacional, os intelectuais, mediante seus procedimentos científicos, viam no ser humano, pobre, analfabeto, até provavelmente doente, um arquétipo privilegiado para aplicar as estratégias disciplinares. De acordo com Santos (2006), definem então as condições de saúde e educação como problemas primordiais do País e requisitam a intervenção do Estado nesses serviços.

Com o objetivo de constituir o Estado Nacional, são desenvolvidas, no país, estratégias para a higienização das cidades, com início no século XVIII. Esse movimento ganha força sem precedentes com a vinda, para o Brasil, da Família Real. Para tal feito, o Estado conta com a Igreja, o exército e a medicina emergente que desenvolvem eficientes técnicas de controle dos indivíduos. Tal ação se evidencia também na pressão de aculturação que a medicina exerce sobre as famílias brasileiras para que viessem a assumir ares europeus. Conforme explica Costa (1983):

Paralelamente à reeuropeização das mentalidades e costumes, os indivíduos deveriam adquirir a convicção da importância que o Estado tinha na preservação da saúde, bem-estar e progresso da população. Surge então a necessidade premente de se organizarem formas de coerção capazes de redefiní-lo aos olhos das famílias. O poder estatal de inimigo deveria passar a aliado. Neste momento, as técnicas disciplinares saem do ostracismo colonial e começam a ocupar o primeiro plano da cena político urbana. O sucesso da higiene indica essa revisão estratégica da fissão e reestruturação do núcleo familiar (p. 56-57)

Costa (1983) também descreve que as razões higienistas desarticularam as razões familiares e impuseram novas regras ao contrato conjugal. Os higienistas tiveram uma função normalizadora e disciplinadora dos membros familiares, das relações, dos papéis desempenhados até na vida sexual. Chegaram a apontar que a irritabilidade, a clorose (anemia), as palpitações, os vapores, a epilepsia, a histeria e a loucura eram consequência inevitável da continência sexual a que as mulheres se submetiam.

²¹ Vizzaccaro-Amaral (2003:37), relata que o Juqueri pode ser considerado o principal símbolo das tendências higienistas e alienistas do início do século XX.

É preciso assinalar que as ações eugênicas se articulavam com a questão da imigração brasileira. A intenção era obter o branqueamento da população, com a intenção de constituir uma identidade nacional, com uma raça forte, livre de doenças, dócil, trabalhadora, em síntese, como é apontado no texto de Ramos (1996) busca-se a “regeneração da raça” (p. 61). Desta forma, o cruzamento do imigrante branco com o mestiço brasileiro viria a fortalecer a raça, produzindo um povo homogêneo. O negro aqui não era desejado, de forma até expressa em leis: “Em 1921, um projeto de lei à Câmara, com apenas dois artigos, cujo conteúdo era a proibição em caráter absoluto da entrada de imigrantes negros no país”. (RAMOS, 1996: 65)

Também é preciso considerar a atuação da Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam), sob influência norte-americana, justamente no período em que o País vivenciou grave crise econômica e política, após o período desenvolvimentista. Sua ação consistiu na formação de um grupo de médicos em cujas atribuições constava a distribuição de métodos contraceptivos e a propagação da esterilização feminina. (RODRIGUES, 1990)

Essas atividades diretamente relacionadas ao controle da concepção humana instalaram-se largamente no País e mesmo que sua divulgação para a sociedade tenha sido bastante insatisfatória, alguns dados possibilitam enxergar a presença de elementos seletivos, e propriamente racistas. Na década de 1980, por exemplo, o Congresso brasileiro verificou que ocorria no País um excessivo número de esterilizações em mulheres negras, com significativo contingente residente na região Nordeste. Ainda que respaldada no número concreto de filhos, não estaria também nisso a camuflagem de uma ação eugenista não “oficial”, direcionada ao branqueamento?

Nesse mesmo sentido, pode-se verificar, ainda hoje, a ligação a um olhar eugênico na recomendação de esterilização feita por um médico à usuária do serviço público de saúde, por ter um número considerado excessivo de filhos? Ao lado do fato concreto da existência dos filhos, não está implícito, antes, um pressuposto eugenista? Na inter-relação que a sociedade faz entre violência, pobreza e negritude, não estará também? Mesmo no tom de brincadeira usado pela família para sugerir aos filhos que se unam a pessoas de cor mais clara do que a própria não existiria algo impregnado no pensar brasileiro construído nesse decurso da história eugenista brasileira? A atuação dos geneticistas e o poder da ciência em decifrar o código genético humano, inclusive possibilitando que pais escolham o sexo de seus filhos e os livres de determinadas doenças e outras características, nos estaria autorizando a pensar que, no longo prazo, teremos uma “raça superior” perfeita. Isso não tem traço eugenista?

Tomar ciência desses fatos nos faz questionar – sem ter respostas ²² – se, de fato, a concepção eugênica permanece até os dias atuais, travestida, certamente, com uma roupagem mais sutil.

Em resumo, prevalece ainda hoje a associação entre miséria/pobreza e crescimento populacional, ideia que teve origem no pensamento malthusiano, depois utilizada pelo movimento eugenista e higienista. Ao longo do tempo, se configurou como verdade, com o objetivo principal de controlar o crescimento populacional do pobre.

A propósito, é ilustrativa a análise da concepção de engenharia genética feita por Teodoro (2005):

São todas as técnicas empregadas na criação, construção, alteração ou transformação do acervo genético de determinada espécie, seja para dar origem a uma nova espécie, seja para fortificar as que já existem, seja para fundi-las, seja para eliminá-las. Empregada em todos os campos da biologia, a engenharia genética é uma grande arma da humanidade contra o flagelo da fome e de diversas patologias. Contudo, nos anos vindouros, o seu emprego na procura pelo melhoramento da estrutura genética do ser humano tende a se transformar no grande mecanismo de aplicação da eugenia entre as sociedades desenvolvidas, determinando o surgimento de uma nova categoria de pessoas, superiores às demais e determinando, para sempre, uma divisão discriminatória entre indivíduos de todo o mundo (p. 48).²³

Em sua pesquisa, Black (2003) sugere e entende que a eugenia tomou o caminho da manipulação genética. O autor resume os grandes saltos científicos da ciência: em 1978, com Louise Brown - o primeiro bebê de proveta, o mundo ficou abalado. Em 1997, Dolly, a ovelha escocesa, foi clonada. Em 1998, o governo chinês aprovou a clonagem de um urso panda. O projeto de genoma é uma realidade, com o código genético humano sequenciado. Outra realidade é a proliferação mundial de bancos de dados com identidades. É notável a divulgação do “avanço” para a saúde da humanidade, a cura de doenças, a melhoria na qualidade de vida que representam as conquistas nessa área.²⁴

Até onde essa evolução nos levará? Hoje, já estamos em contato com os chamados bancos de sêmen; com a terapia genética, já se faz análise embrionária e, dessa

²² Apontar tal possibilidade serve, entretanto, para aguçar o meu pensamento, para raciocinar a respeito do tema de pesquisa e da realidade social, política e econômica do País.

²³ Teodoro (2005), em sua Dissertação de Mestrado, PUC-SP, discute o que “denominou de Aborto eugênico ou segundo o autor como os médicos denominam aborto seletivo [...] que consiste na expulsão provocada do feto, motivada por suas graves e irreversíveis enfermidades ou deformidades físicas ou mentais. Pode ser vítima desta conduta o feto considerado incompatível com a vida extra-uterina ou, ainda, o feto que apresenta mínima expectativa de sobrevida” (p. 52).

forma, podem se prevenir determinadas doenças e até se prever, corrigir, possíveis deformidades. Evidentemente que esse avanço não está ao alcance de todos, pois se trata de tecnologia onerosa a que apenas a elite tem tido acesso.

Enfim, no contexto da discussão que ora trazemos, fica evidenciada a preocupação constante com a limitação da reprodução. A questão perpassou vários momentos da história da humanidade e, como analisamos a seguir, seu processo de desenvolvimento produziu bases favoráveis ao fortalecimento de uma imagem de inferioridade feminina.

2. RELAÇÕES DE GÊNERO A PARTIR DO PROCESSO DE PROcriação E A SIMBOLIZAÇÃO DO FEMININO

Procura-se, aqui, demonstrar brevemente como se processaram a dominação e a utilização do corpo feminino pelos homens – especialmente religiosos, médicos, pela sociedade em geral e pelo Estado. A ideia é evidenciar como a história registrou, emoldurou e, enfim, constituiu esse fato.

Tomamos como ponto inicial a antiga cosmologia, destacando como nela está expressa uma estreita relação entre a mulher e a natureza. Segundo Tosi (1991), a natureza era vista como a “mãe universal”.

Em nossa cultura de raiz greco-romana a terra era vista como um organismo em cujo ventre criava-se tudo o que era vivo e perecível, mas também os minerais e os metais. A natureza, como a terra era identificada com ela, era alegoricamente representada por uma mulher, a deusa mãe, doadora da vida, nutriz e providencial (p. 43).

Eaubonne (1977) caracteriza esse entendimento ao pontuar que ao primitivo eram apresentadas três necessidades fundamentais: a alimentação, a proteção e a procriação. Nas sociedades primitivas, ao julgar que só a mulher tinha poder sobre a procriação, a viam como um ser mágico que se relacionava com as divindades. Em tais sociedades, dava-se mais importância ao feminino no plano social. Verifica-se aí a ocorrência de cultos à Deusa, ou divindade com características femininas, notadamente o culto à Deusa-Mãe, responsável também pela nutrição e sua consequente relação com a terra.

O mesmo McLaren (1990), afirma que os gregos, ainda que procurassem entender como funcionava a procriação, tinham em mente que o homem era considerado o superior no processo de concepção, em um primeiro momento. É dessa forma que vão se produzir interpretações, entendimentos, que nos dias de hoje são vistos como equivocados,

reveladores do desconhecimento da fisiologia feminina. Segundo seu comentário sobre Anaxágoras, afirmava que:

os machos forneciam a semente e as fêmeas apenas o terreno onde os embriões eram criados. [...] Para Platão a mulher não é mais que a imitação da terra. [...] Já Aristóteles revelou um verdadeiro gênio ao recorrer a um corpo de preconceitos comuns contra as mulheres para produzir uma explicação generalizada da geração e do desenvolvimento. Neste sentido afirmou ele que a mulher assemelha-se a um macho infértil [...] faltava calor às mulheres. Contudo, o entendimento de Parmênides [...] tanto os homens como as mulheres produziam sêmen ou semente.[...] Porém para Demócrito [...] ambos os sexos produziam semente a sua colisão no útero criava a vida. [...] já os textos hipocráticos partiam do entendimento do princípio que a procriação requeria, quer o prazer, quer a participação ativa das mulheres, sugeriam ser esta uma arena em que as mulheres eram geralmente encaradas como sendo quase iguais aos homens (p. 28-30).

O objetivo de entender como se configurava o processo de fecundação era estabelecer meios para regular a procriação. Entretanto, esse processo gerou visões conturbadas e discriminatórias do sexo feminino que, ao longo dos séculos, serviram de instrumentos para as instituições, para a sociedade hierarquizar os gêneros em suas relações.

Tossi (1991) pondera que a dominação da mulher não necessariamente sucedeu somente a partir da descoberta da relação entre a natureza e a figura feminina, porque esse fato já aparecia em história muito anterior, cuja origem deve ser interpretada tanto a partir de razões socioeconômicas, como psicológicas.

Nessa metáfora natureza-mulher, em que se nota o lado divinal visualizado na mãe terra, havia, contrariamente, também uma face sombria, voltada às intempéries, à provocação de pragas e catástrofes. Numa lógica comparativa, entre a mãe terra e mulher reprodutora, ficavam representados os dois lados da fêmea, o dócil, produtivo e dominável e o outro, incontrolável, provocador do caos.

Dessa forma, as duas faces são corporificadas na imagem da mulher/fêmea humana, como algo intrínseco a esse ser. Isto levou a pensar em período anterior elas tivessem uma ascensão semelhante à do patriarcado. Contudo, Beavouir (1970) esclarece acerca desse possível “reinado das mulheres” - hipótese proposta por Baschoffen, que Engels retomou como a transição do matriarcado para o patriarcado e que, para ele, constituiu a derrocada da história do sexo feminino:

[...] em verdade, essa idade de ouro da mulher não passa de um mito. Dizer que a mulher era o Outro equivale a dizer que não existia entre os sexos uma relação de reciprocidade: Terra, Mãe, Deusa, não era ela para o homem um semelhante: era além do reino humano

que seu domínio se afirmava: estava portanto fora desse reino. A sociedade sempre foi masculina; o poder político sempre esteve nas mãos dos homens (p. 91).

Ainda sobre esse assunto, afirma Euabonne (1977): “o erro de Bachofen foi ter confundido as sociedades matrilineares com o matriarcado²⁵, erro que pesa ainda consideravelmente na concepção histórica da evolução humana”(p. 7).

A lógica dificilmente compreensível de uma figura divina, com poder de conceber e de, simultaneamente, provocar a desordem, lastro do pecado original presente no catolicismo, constitui forma de reforçar a assimetria na relação homem- mulher, especialmente quanto à moral.

Considerando-se esta questão como histórica, social, e não apenas determinada pelas relações de gênero²⁶ vistas como entre indivíduos, o processo inicial da dominação masculina pode ter se intensificado a partir do momento em que o homem começou a dominar os elementos da natureza e principalmente a agricultura. Quando passa de uma vida, nômade, e fixa-se em territórios, tornando-se, neste contexto, proprietário.

A mulher sempre se viu presa à maternidade, e não como guerreira; por extenso período, não se viu fora do ambiente doméstico, e ainda hoje não é percebida em plenas condições de igualdade, ao estar fora dele. E assim “o triunfo do patriarcado não foi por acaso, nem o resultado de uma revolução violenta” (BEAUVOIR, 1970: 97). Pode-se incluir, neste aspecto, o fato do homem sentir-se encarregado da proteção da família.

É evidente, contudo, que a história tem o contorno dos vencidos e dos dominantes. A história foi sempre retratada pela ótica masculina. Os homens dominaram e registraram a seu modo os fatos que marcaram a humanidade, haja vista que as mulheres só passam a aventurar-se na escrita a partir do século XIX, fato importante no processo de contraposição ao domínio patriarcal.

Nesse sentido, é necessário ressaltar o poder do cristianismo a partir do mito da criação e o do pecado original, como se pode ver no *Livro do gênesis*. Alcançando grande aceitação, ele contribuiu, no nosso entender, para obscurecer os acontecimentos históricos a partir de sua lógica particular de interpretação da relação entre os gêneros. Hierarquizando

²⁵ Ou seja, confundir o costume da residência do casal, filhos e agregados, no caso da família extensa, seguir a escolha do lado materno, com o ato de transferência do poder patriarcal às mulheres.

²⁶ Sobre a categoria gênero destacamos que o entendimento de CAMPOS e TEIXEIRA (2010:21) resume a nossa compreensão: “Na perspectiva analítica introduzida pelo reconhecimento da categoria gênero, a construção da masculinidade e da feminilidade é considerada um produto histórico, variável no tempo e no espaço. Para além da diferença biológica e sexual entre homens e mulheres, as sociedades elaboram de maneira diferenciada, social, econômica e culturalmente determinada, um conjunto de normas, valores, costumes e práticas que definem modos de ser, atitudes e comportamentos próprios a homens e mulheres. Esta construção prescreve as próprias relações entre ambos, frequentemente caracterizadas por assimetria na distribuição de poderes.”

homens e mulheres, ajudou a construir socialmente e a consagrar valores que permitem julgar os homens superiores, assim autorizando-os a dominá-las e a colocá-las a seu serviço.

Não só o cristianismo, como também o islamismo, são religiões centralmente patriarcais. Ambas reprimiram determinadas representações relacionadas à figura feminina. No caso da Igreja Católica, permanece até hoje a figura da grande mãe - Virgem Maria - como é apresentada, ficando assim omitida a presença do ato sexual. Na busca da explicação para esses acontecimentos, é bom lembrar a força dos poderosos para determinar o curso dos acontecimentos, conforme já afirmamos. O cristianismo ganhou com Constantino, a partir de 313 d.C., um impulso que o transfigurou, de sua simplicidade e singeleza, para a grandiosidade da imagem do catolicismo romano. Assim se consegue, com o imperador, autorização para destruir os templos pagãos.

As bulas papais tiveram influência muito grande na determinação de valores e normas para a sociedade, aceitas como foram em seu caráter dogmático, aprisionando a liberdade humana e mudando o curso do entendimento com a imposição das suas verdades. A obrigatoriedade da obediência era sempre reforçada pela repressão sistemática, como se observa, por exemplo, na queima dos escritos considerados heréticos, ordenado pelo Concílio de Nicéia (325 d.C.).

Foi com esses fundamentos que, entre os séculos XV e XVIII, sucederam-se as fogueiras humanas. Nesse período, duvidar da fé cristã era crime passível de morte. Tratava-se de, em nome de Cristo, fazer a defesa da fé, da moral e dos costumes. A Igreja (como representante de Deus na terra) aplicou a seu modo a lei divina, utilizando-se desse poder para promover talvez um dos muitos momentos trágicos da história da humanidade, que foi o da caça às bruxas²⁷. Tais fatos concentraram-se majoritariamente na Europa, contudo, os Tribunais de Inquisição ganharam o mundo.

Em resumo, procedemos, aqui à focalização do caminho percorrido: quanto ao desenvolvimento da relação da mulher com a natureza; para a compreensão das duas facetas do bem e do mal que, ao longo de tempo, marcam simultaneamente a identidade feminina. Também analisamos o surgimento posterior da visão do pecado original que, atrelado ao poder da Igreja, vai determinar amplamente formas do relacionamento humano, atingindo as relações dos gêneros.

²⁷Sobre o período, ver: KRAMER, Heinrich, SPRENGER, James. **O martelo das feiticeiras: *malleus maleficarum***. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991.

3. TRANSFORMAÇÃO DOS CUIDADOS COM O CORPO: DEUSES, PARTEIRAS, O APERFEIÇOAMENTO DA MEDICINA E AS LUTAS POR DIREITOS REPRODUTIVOS NA SOCIEDADE MODERNA

Como os cuidados com os enfermos foram desenvolvidos no decorrer da história humana? De que maneira se iniciou a preocupação com o corpo feminino? Por que, especificamente o sexo feminino, despertou maior interesse? São essas as preocupações que nos movem neste tópico.

Desde os gregos, há estreita relação entre a vida e o destino dos seres humanos com a natureza. Acreditava-se que a vida dos seres humanos era determinada pelo destino. Segundo Gaarder (1998), os gregos dos primeiros tempos responsabilizavam os deuses pelas doenças. As doenças contagiosas frequentemente eram vistas como um castigo divino. Por outro lado, os deuses também podiam curar as pessoas, bastando apenas, para isso, que se realizasse o sacrifício apropriado.

Os filósofos procuravam explicações naturais para os processos da natureza na relação saúde e enfermidade. Gaarder (1998) esclarece que:

Enquanto os filósofos enveredavam por um caminho de reflexão, absolutamente novo, surgiu também uma ciência médica grega, cujo objetivo era buscar explicações naturais para a saúde e a doença. Supõe-se que essa ciência médica grega foi fundada por Hipócrates (460 – 377 a.C.). A tradição médica deste era que os meios mais eficazes para prevenir doenças eram a moderação e um modo de vida saudável (p. 68).

E preciso destacar que tudo indica que, antes do século V a.C., quase tudo que hoje se denomina ginecologia, ou pode ser entendida como pertencente à sua base inicial, foi exercida pelas parteiras, curandeiras, que detinham o conhecimento das ervas e sabiam tratar as doenças, principalmente as relacionadas às intimidades das mulheres. Essas parteiras tinham um papel de destaque, a ponto de causar na Igreja certo temor. Uma parteira, na sua condição de mulher, figura impura, pecadora e portadora do mal, subvertia a lógica de que a doença é um castigo divino, que deveria assim ser curada somente com o sacrifício. (MARTINS, 2004)

Desde o século XV, a Igreja demonstrava preocupação com o tipo de atuação dessas mulheres. As parteiras passam a ser alvo de críticas e são afastadas de suas práticas, envolvidas pela repressão praticada pelo movimento de “caça às bruxas”. Esse quadro é explicado por Martins (2004) quando expõe:

Na verdade, o controle exercido pela Igreja fazia parte de uma atitude persecutória à cultura popular ante o universalismo da Igreja Católica e ao absolutismo do Estado Moderno, inteiramente antitéticos às práticas culturais que pudessem questionar ou se opor ao projeto de poder que começava a se estruturar e enrijecer a partir de então (p. 75).

Com as perseguições feitas pela Igreja e o surgimento da medicina científica, trazendo um novo personagem - o médico, um homem - as mulheres são obrigadas a “abandonar” gradativamente seu interesse pelas ervas e a aplicação destas á cura de doenças. Vieira (2002) afirma que: “[...] o desenvolvimento da prática obstétrica como disciplina médica permitiu o deslocamento do conhecimento sobre o corpo feminino das mãos de parteiras para as mãos dos médicos, o que vai caracterizar sua medicalização” (p. 27).

Tal fato nos permite assinalar a ocorrência de uma disputa pelo domínio do saber entre parteiras e médicos. Não que elas cessem suas atividades, mas têm o seu poder diminuído, saem de cena e passam de fato a agir na clandestinidade. Com isso, a mulher perde espaço nos cuidados com a saúde.

A medicina moderna passa a ter configuração e intervenção maiores na realidade social, a partir do final do século XVIII. Pois, antes do século XVIII, segundo Foucault (1982), a atuação estava voltada para uma ação caritativa conforme menciona:

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. (...) E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação (p. 99-100).

No período em discussão, o número de médicos era reduzido. Vieira (2002) assinala que o diferencial no campo médico surge quando o século XIX emerge e se consolida uma nova propedêutica com base científica em desenvolvimento. E ainda acrescenta: “[...] surge no contexto historicamente determinado da formação da sociedade capitalista, no interior da qual constitui-se o projeto de medicalização dos corpos. Os diferentes estágios desse projeto aperfeiçoarão o papel político da prática médica”(p. 20).

A medicina, no decorrer do século XVIII, se afirma em diferentes instâncias de poder, que são ocupadas pelos médicos. Esses espaços se tornam ponto de partida para os inquéritos sobre saúde das populações, por outro lado, nesse processo, a profissão passa a ter *status* e ser privilegiada pelo poder administrativo. (FOUCAULT, 1982).

Ainda é em Foucault que encontramos explicação para o poder disciplinador sobre os corpos. O corpo dócil, ou “docilizado” pela disciplina, não só faz o que o outro quer, mas também opera como o outro quer, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. O autor salienta que, no decorrer dos séculos XVII e XVIII, foram gestadas fórmulas gerais de dominação que impõem proibições ou limitações.

O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também igualmente “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer [...] a disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados corpo dóceis. (FOUCAULT, 2007: 119)

A meta é a interdição do corpo, pois deseja-se o corpo sadio, limpo, domesticado. Nesse movimento, são geradas as leis morais da disciplina dos membros familiares. Com esse processo as mulheres sentiram a maior força do poder médico, como ressalta Foucault (1982):

Durante muito tempo se tentou fixar as mulheres à sua sexualidade. “Vocês são apenas o seu sexo”, dizia-se a elas há séculos. E este sexo, acrescentaram os médicos, é frágil, quase sempre doente e sempre indutor de doença. “Vocês são a doença do homem.” E este movimento muito antigo se acelerou no século XVIII, chegando à patologização da mulher: o corpo da mulher torna-se objeto médico por excelência (p. 131).

Nessa discussão, é preciso ressaltar o contexto em que os fatos relativos ao cuidado e à repressão do corpo feminino, bem como quanto ao poder da medicina dita científica, se dá.

A Revolução Francesa (1789) foi o ponto embrionário para as lutas pela cidadania no ocidente. Entretanto, um momento de luta do homem branco (europeu) e proprietário. A mulher, por longo tempo, esteve à margem. A luta do movimento de mulheres por igualdade, com ênfase nos direitos à educação e ao voto, só ganharam espaço no século XIX e na primeira metade do século XX. A conquista desses direitos trouxe, em muitos países, uma nova condição de inserção social para as mulheres. Contudo, até a

década de 1960, persistiu, no âmago da demanda das mulheres por igualdade, a perspectiva de serem, formalmente, iguais aos homens. (ÁVILA e CORRÊA, 1999: 72-73)

Na França do século XVIII, período marcado por revoluções, a mulher que participa ativamente ao lado homem do processo revolucionário, não vê também as conquistas políticas estenderem-se ao sexo. É nesse momento histórico que o feminismo adquire características de uma prática de ação política organizada e reivindica seus direitos de cidadania quanto aos obstáculos que os contrariam. O movimento feminista francês assume um discurso próprio, que afirma a especificidade de luta da mulher. (ALVES (1983: 32)

Nesse processo inicial da luta feminina, é importante lembrar da escritora Olympe de Gouges²⁸, e sua defesa dos ideais revolucionários, decepcionada ao constatar que estes não incluíam preocupações com relação à situação da mulher, publica, em 1791, um texto intitulado *Os Direitos da Mulher e da Cidadã*, no qual afirma:

Diga-me, quem te deu o direito soberano de oprimir o meu sexo? (...) Ele quer comandar como déspota sobre um sexo que recebeu todas as faculdades intelectuais. (...) Esta Revolução só se realizará quando todas as mulheres tiverem consciência do seu destino deplorável e dos direitos que elas perderam na sociedade. (ALVES, 1983:33)

Foi através de um discurso permeado de ideais liberais e com base no “direito natural” que se exige sua extensão ao sexo feminino. Este discurso, que propõe a inserção da mulher na vida política e civil em condição de igualdade com os homens, tanto em deveres quanto em direitos, será lema durante todo o século XIX pelas feministas, na luta pelo sufrágio que contou, e muito, com o movimento feminista americano.

A preocupação do movimento feminista com a reprodução passa entretanto a se configurar inicialmente no século XIX. É na década de 1960 e 70, porém, que o mundo vai tomar conhecimento da sua luta por atenção qualificada, principalmente no campo da saúde. É dessa época o *slogan* de luta “nosso corpo nos pertence” que suscitou discussões em relação às suas demandas públicas voltadas para a legalização do aborto. (ÁVILA e CORRÊA, 1999)

Percebe-se nesse processo a reivindicação de si próprias, a percepção do corpo como propriedade privada do indivíduo, na intenção de demarcar a sua existência, dar sentido à sua vida e perceber-se na relação com o outro enquanto sujeito de direitos. O corpo é o lócus primeiro do existir.

²⁸ Olympe de Gouges foi guilhotinada em 3 de novembro de 1793, acusada de ter desejado ser um homem de Estado e ter esquecido as virtudes próprias de seu sexo.

O período de 1976 a 1985, declarado como a década da mulher, pela Organização das Nações Unidas (ONU) alavanca as discussões que permeavam a vida da mulher brasileira, mesmo sendo um momento de tensa configuração política, marcado pelo final da repressão militar. O chamado internacional foi combustível para aglutinar as massas em prol do fomento à organização da sociedade em torno da luta feminina.

As Conferências Mundiais sobre população, com destaque para os eventos do México, em 1984, e do Cairo, em 1994, soma força com a Conferência da Mulher, realizada em Beijing, em 1995, que levantou em seus debates políticos as questões da demografia, dos direitos sexuais e reprodutivos, assuntos que serão retomados no Capítulo II, a propósito do surgimento da concepção de saúde reprodutiva.

4. MULHERES ENTRE O PRIVADO E O PÚBLICO: FORÇAS REPRESSORAS E GANHOS HISTÓRICOS

Passamos aqui à discussão acerca do cenário brasileiro, com foco na história das mulheres, quando procuramos retratar como a sociedade, a Igreja Católica, a medicina estabelecem formas e regulamentos sobre seu comportamento, tanto no ambiente público quanto no privado.

Isso inclui a análise de algumas percepções das instituições normativas da conduta feminina ao longo da história.

No Brasil, desde o período da colonização, o povo que aqui estava sendo domesticado, sobretudo as mulheres que vieram e as que aqui nasceram: são os seres que vão sofrer a maior força do colonizador. Tuteladas pelos homens - pai, irmão, tios, avô -, sofriam a coerção, através de velhos costumes misóginos que tinham como objetivo controlá-las e dominá-las.

A ideia da submissão fica bem evidente na consideração de Araújo (2008) ao mostrar que o pensamento da época estava centrado no poder da Igreja. Como a autora expressa, essa instituição exercia forte pressão sobre o adestramento das mulheres com fundamento na Epístola de São Paulo: “As mulheres estejam sujeitas aos seus maridos como ao Senhor, porque o homem é a cabeça da mulher, como Cristo é a cabeça da Igreja [...] Como a Igreja está sujeita a Cristo, estejam as mulheres em tudo sujeitas aos seus maridos” (p. 45- 46).

A força da Igreja na história da mulher brasileira não foi diferente da história mundial, já apresentada anteriormente. Foucault (1982) relata que a partir do Concílio de

Trento, no século XVI, a Igreja aprimorou as técnicas de confissão, de explicitação da vida cotidiana, de autoexame, com o objetivo de atingir a consciência dos sujeitos.

Especificamente no que diz respeito à Colônia, Costa (1983) ressalta o papel disciplinar da pedagogia dos jesuítas, preponderante na determinação de condutas para as mulheres. Desde suas vestes e posturas na sociedade eram controladas. Para as mulheres, era fixado que suas roupas deveriam ser decentes e enfeitadas com pudor.

A educação era de natureza adestradora, conforme afirma Araújo (2008):

O programa de estudos destinado às meninas era bem diferente do dirigido aos meninos, e mesmo nas matérias comuns, ministradas separadamente, o aprendizado delas limitava-se ao mínimo, de forma ligeira, leve. Só as que mais tarde seriam destinadas ao convento aprendiam latim e música; as demais restringiam-se ao que interessava ao funcionamento do futuro lar (p. 50-51).

O campo da saúde brasileira passa a se estruturar, com a chegada da família real no Brasil, em 1808, pois são criadas as primeiras escolas médicas. Os profissionais de medicina que para cá vieram traziam consigo todo um cabedal de conhecimentos adquiridos em cursos europeus. Sendo assim, a relação entre médico e mulheres brasileiras estava carregada de uma visão envolta mais em boas intenções do que em conhecimento científico, como pode ser depreendido das observações de Del Priore (2008):

Os esforços da medicina lusitana para conhecer o corpo feminino pouco mudaram com as descobertas realizadas no final do século XVII por Antoine van Leeuwenhoeck, naturalista holandês que inventou o microscópio. A descoberta de “ovos nos testículos femininos” por outro médico holandês Reinier de Graaf, que estudou também os folículos que levam o seu nome, e a observação daquilo que o cientistas pensavam ser “vermes, insetos espermáticos, girinos ou peixinhos”, os espermatozóides, realizadas por Leeuwenhoeck, através do microscópio, em quase nada alteraram a noção marcadamente religiosa dos doutores portugueses, fiéis à crença de que o corpo feminino e a procriação eram assuntos divinos, por isso mesmo, irretocável. Além do mais, a natureza feminina, contrariamente à masculina para os mesmos portugueses, era mais vulnerável às injunções do demônio (p. 79).

A autora ainda destaca que, em outros países da Europa, os estudos científicos caminhavam no sentido da experimentação, com o objetivo de conhecer o corpo e as doenças. A medicina portuguesa estava atrasada, pois ainda era centrada na visão de que as enfermidades tinham como causa castigos divinos e era com tratados de feitiçaria que cuidava das enfermidades biológicas.

Nesse contexto, o corpo feminino era percebido:

[...] tanto por pregadores da Igreja Católica, quanto por médicos, como um palco nebuloso e obscuro no qual Deus e diabo se digladiavam. Qualquer doença, qualquer mazela que atacasse a mulher, era interpretada como um indício da ira celestial contra pecados cometidos, ou então era diagnosticada como sinal demoníaco ou feitiço diabólico. (PRIORE, 2008: 78)

Também se faz necessário destacar que, em terras brasileiras, no século XVIII, a Igreja, aliada à ciência médica, perseguiu mulheres que possuíam conhecimentos sobre como tratar o corpo. Tal fato é semelhante ao vivenciado na Europa, com os já referidos tribunais de inquisição. Priore (2008) afirma que, no período colonial, todo conhecimento médico sobre o corpo feminino dizia respeito à procriação, pois aqui o desejo ainda era saber como se desenvolvia esse processo.

Vieira (2002) comenta a formação das ideias médicas no País:

Em relação ao corpo feminino e o processo de medicalização no Brasil, as escolas propõem a hospitalização do parto em benefício do ensino médico e da apropriação e desenvolvimento da prática obstétrica. Serão as escolas médicas também que irão trazer da Europa a discussão sobre o feminino como objeto médico (p. 29).

Pela configuração histórica do Brasil, pode-se compreender a incitação à maternidade, pela necessidade de povoar a grande extensão territorial, preocupação que existiu. Sobre a significativa importância que os médicos concedem à reprodução, Vieira (2002) comenta:

A concepção da maternidade permanece praticamente intocada desde o século XIX, já que a atenção médica se justifica apenas em função da capacidade reprodutiva da mulher. Até a década de 60, a visão da atenção médica à mulher por parte das políticas públicas privilegia o ciclo gravídico-puerperal, justificando-se pela mortalidade infantil (p. 62).

Fica evidente que a história da mulher brasileira não fugiu ao contexto mundial, e, por caminhos bem arquitetados, ela sempre foi representada como agente reprodutora para a sociedade, para a família, para o mercado de trabalho, vista sempre por seu aparelho genital. O papel da mulher reprodutora é valorizado e sempre lhe coube a missão sagrada.

Rago (1985) explica essa percepção quando expõe que: “[...] criar os futuros ‘servos do potentado’, de enfrentar com resignação e paciência as agruras da miséria,

apoiando moralmente o marido, aos homens cabe defendê-la e lutar pelos seus direitos, já que também politicamente elas são menos combativas, ‘máquinas inconscientes’” (p. 66).

Não se pode deixar de acrescentar a diversidade racial, um importante fator na análise da situação da população brasileira. Entre os grupos étnicos existentes, inclui-se o dos negros, dentro do qual as mulheres negras enfrentam o peso de ter sido destinadas principalmente aos homens brancos colonizadores, como objeto de prazer, durante todo o período colonial. Sobre esse aspecto da apropriação dos corpos femininos, diante da configuração étnico-racial na realidade brasileira, Oliveira (2009) explica:

A classificação racial da humanidade, construída pelo colonialismo, assim como a atribuição de gênero às pessoas, erguida em tempos remotos da humanidade, estão baseadas nos corpos. Ambas ganham significados na perspectiva dual eurocêntrica, que separa a natureza da razão, e o corpo do espírito. Os corpos de fêmeas da espécie humana, assim como os corpos não brancos são concebidos como mais próximos da natureza e, portanto, destinados, como ademais a própria natureza – à subordinação e sujeição à razão que, por sua vez, é masculina e branca (p. 19-20).

Esse fato é um registro que percorreu toda a história brasileira, e, quiçá, se possa afirmar que até hoje ainda existam dele resquícios. Com o fim do período escravagista, o Brasil conheceu um acirramento da intensidade da exploração capitalista, configurando-se uma situação de desrespeito aos direitos sociais da população recém-“libertada”.

Em termos de sua constituição, a família brasileira esteve por vezes comprimida entre dois polos, o formal, exigido pela sociedade e instituições que vigiam os padrões morais, e a informalidade das relações, vislumbrada pelo mundo público, como pode ser percebido no texto de Oliveira (2009), perpassado pela atribuição de clara superioridade à situação das famílias ditas de acordo com a lei:

No âmbito das relações afetivo-sexuais e de parentesco, o padrão de dignidade ficou restrito às famílias nucleares, constituídas em casamentos legalmente monogâmicos e indissolúveis, católicos, às quais estavam assegurados os direitos de herança, de proteção social e as obrigações decorrentes da paternidade, respeitada a hierarquia de gênero. Os outros tipos de relacionamentos afetivo-sexuais e arranjos familiares sobreviveram à margem da lei e até contra ela (filhos bastardos, concubinato, relacionamentos adúlteros etc.), com ônus pesados para as mulheres, em sua maioria negras, que tiveram de arcar com vários tipos de restrição, discriminação de ordem moral, religiosa, legal, social e econômica para manterem a si próprias e suas famílias (p. 23).

Esse cenário, a partir da segunda metade do século XX, aliado ao processo de industrialização, abre-se em espaços para o mercado de trabalho feminino, com destaque maior para as brancas, pois às negras coube inserir-se nos espaços secundários. Mesmo tendo que desafiar as vozes contrárias à sua inserção no mundo público, seja dos organismos públicos, industriais, ou operários, que insistiam em determinar o seu espaço na sociedade, elas constroem sua identidade e não a limitam ao ambiente doméstico. Sobre esse aspecto, Rago (1985) comenta:

[...] aquela que não preenchesse os requisitos estipulados pela natureza, inscrevia-se no campo sombrio da anormalidade, do pecado e do crime. Não amamentar e não ser esposa e mãe significava desobedecer a ordem natural das coisas, ao mesmo tempo que se punha em risco o futuro da nação (p. 79).

Expressão clara do pensamento de Rousseau (2004)²⁹ que teve influência tanto na Europa quanto no Brasil. Suas pedagogias são aceitas pelos médicos sanitaristas, higienistas interessados na medicalização da sociedade.

O começo da reversão desse quadro vai ganhar impulso com o surgimento da pílula anticoncepcional, criada nos Estados Unidos em 1960. No Brasil, surgiu dois anos depois e trouxe consigo uma revolução de costumes e na sociedade em geral. Permitiu às mulheres mudanças no comportamento social e sexual, possibilitou certa desvinculação da procriação e prática da sexualidade. Rohden (2003) explica:

A descoberta e a propagação de novos meios contraceptivos – notadamente a pílula – marcaram uma mudança no sentido da utilização e aceitação mais evidente de diferentes formas de se evitar filhos. O movimento feminista teve um papel fundamental ao mostrar a importância da autonomia no gerenciamento da sexualidade e da reprodução para a construção de uma sociedade mais igualitária, da perspectiva das relações de gênero (p. 13).

No momento em que a pílula anticoncepcional passa a ser vendida no Brasil, o país está mergulhado num período crítico, que foi a ditadura militar (1964-1985). Período em que as associações, os movimentos sociais, e quaisquer formas coletivas de ação foram vistas como desordem pública, configurando-se algumas vezes como crime contra a nação.

²⁹ Rousseau (2004), descrevendo o comportamento social do século XVIII, dizia que as jovens, quando se casavam, não eram mais vistas em público, suas atenções estavam restritas à casa e à família, assim, afirmava: “[...] dessas mães nascem os mais sadios, os mais robustos e os mais bem conformados homens da terra”(p. 530).

Nesse contexto, a luta por direitos sociais foi reprimida com força policial. Em países da Europa, como a França, por exemplo, em que a cidadania poderia ser exercida, a pílula emerge como fonte de autonomia e de direitos reprodutivos. Em terras brasileiras, nesse momento conflituoso de repressão, ações feministas estiveram sujeitas a um cenário restritivo de manifestações. Aponta Pedro (2003):

o movimento feminista não teve participação direta na liberação dos contraceptivos para o uso. A ditadura militar, iniciada em 1964, impediu qualquer manifestação popular, assim como reuniões, associações, debates. O espaço de atuação no interior da ditadura militar foi conseguido graças à instituição, pela ONU, do Ano Internacional da Mulher, em 1975. Mesmo assim, para existir, o movimento feminista precisou contar no início com o apoio da Igreja Católica. Esta forneceu um lugar abrigado para discussões e articulações; por outro lado, limitou muito essa atuação. A prudência para "não assustar a Igreja" foi uma posição utilizada pelo renascente movimento feminista brasileiro, àquela época, o qual precisava contar com todos os aliados possíveis em vista da situação em que se encontrava o País (p. 254).

As ações pró-controle e/ou planejamento da família, a partir desse momento, ganham forças com a atuação de agências controladoras não oficiais no País. Como aponta Rodhen (2003):

[...] há uma conformação de um contexto bastante singular, na primeira metade do século XX, no qual é possível identificar a configuração de um conjunto de ideias e ações que mostram a adoção de uma política mais nítida de gerenciamento da sexualidade e reprodução. Essa política, entendida em sentido amplo, se produz na interface entre diversos fatores e atores. Mas, sem dúvida, a conexão entre o discurso e as práticas da medicina, da justiça e das autoridades governamentais pró-natalistas é um dos eixos fundamentais. E um contexto de movimentos tão diversos e impactantes – como a preocupação com a soberania da nação, ascensão das ideias eugênicas e a propagação do feminismo – sexo, reprodução e controle da natalidade se tornavam questões fundamentais (p. 15).

Aqui procuramos apresentar a história das mulheres, e também a sua estreita relação com a maternidade, com a família, espaços definidos pela força disciplinadora da Igreja, da medicina, com o apoio do Estado.

No próximo capítulo, abordaremos a institucionalização do sistema público de saúde e a constituição da política de planejamento familiar no Brasil e no cenário cuiabano.

CAPÍTULO II

SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO CENÁRIO BRASILEIRO E CUIABANO

“[vasectomia?] Eu faço, se eu soubesse disso eu teria feito antes de ter nascido. “
Ulisses, pai de quatro filhos.

*“Bem no início, eu esquecia de tomar [anticoncepcional], eu ficava louca. Com medo de engravidar. Vamos
supor que eu esquecia dois três dias aí eu bebia tudo de uma vez.”*
Camila, mãe de duas filhas.

2. SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Para estabelecer os eixos norteadores da assistência em planejamento familiar faz-se necessário contextualizar o percurso histórico do sistema de saúde pública brasileira, para depois centralizar na discussão foco deste estudo.

Historicamente, a saúde pública no Brasil pode ser situada em dois contextos diferentes. O primeiro período se inicia em meados de 1920, e se prolonga até 1988; o outro emerge com a Constituição de Federal 1988 e com a implementação do SUS.

É com base nos estudos de Mendes (1992); Lacerda (1997); Minayo (1992) que esquematizamos o desenho da saúde pública brasileira nos períodos propostos.

Quadro 1: Desenho da saúde pública brasileira (período de 1920 a 1988)

AÇÃO	ANO	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS
Criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)	1923	Propiciar o custeio de despesas médicas através de um fundo de reserva.	✓ Organizadas por empresas; ✓ Financiadas por empregadores e empregados; ✓ Ampla cesta de benefícios (assistência extensiva a dependentes, descontos em medicamentos, etc.)
Criação dos Institutos de Aposentadorias e pensões (IAPs).	1933	Propiciar o custeio de despesas médicas através de receitas correntes e financeiras.	✓ Autarquias subordinadas ao Conselho Nacional do Trabalho; ✓ Organizadas segundo as categorias profissionais; ✓ Benefícios diferentes em relação a cada categoria profissional.
Criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS).	1966	Centralizar as políticas de assistência médica previdenciária e de assistência social no nível federal.	✓ Processo decisório centralizado; ✓ Autossustentação financeira; ✓ Privatização das políticas governamentais; ✓ Incentivos aos interesses do setor privado; ✓ Ênfase na medicina previdenciária, em detrimento da saúde pública e da medicina preventiva.
Elaboração do Plano de	1976	Expandir a rede pública	

Interiorização das ações de saúde e saneamento.		de saúde nas regiões menos desenvolvidas do País.	
Desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (AIS).	1982	Aumentar a transferência de recursos para os Estados e federalizar a gestão da saúde pública.	✓ Modelo inicial de sistema integrado de assistência à saúde.
Criação do Sistema Unificado de Descentralização de Saúde (Suds).	1987	Descentralizar a gestão operacional, administrativa e financeira dos programas de saúde.	✓ Maior aproximação entre o governo federal e os Estados; ✓ Avanços no sentido da unificação institucional.

No modelo previdenciário dos anos de 1920, a assistência médica é vista como atribuição fundamental do sistema, o que leva, inclusive, à organização dos serviços próprios de saúde.

Em relação às ações de saúde coletiva, esse período é marcado pelo surgimento do chamado “sanitarismo campanhista”, nascido da Reforma Carlos Chagas em 1920/23 quando é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública. Esse período se pautava por uma visão de combate às doenças de massa com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de “intervenção sobre os corpos individual e social” (MENDES, 1992).

Nos anos de 1930, com a revolução liderada por Getúlio Vargas, o período foi marcado pela criação de órgãos e instrumentos que legitimaram a ação sindical em modelos corporativos. Caracterizado por uma profunda crise, marcada por greves e manifestações, se estendeu até 1935.

Nesse cenário ainda foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (1930). Com a desintegração das atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública (na época vinculado ao Ministério da Justiça), houve a pulverização de ações de saúde para outros setores, como a fiscalização de produtos de origem animal para o Ministério da Agricultura (1934); higiene e segurança do trabalho passa a vincular-se ao Ministério do Trabalho (1942). Aprofunda-se a legislação trabalhista, ao mesmo tempo em que há restrições e manipulação na esfera sindical. Bravo (2007) evidencia que:

a política de saúde nesse período era de caráter nacional, organizada em dois sub-setores: o de saúde pública, predominante até meados de 60, centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para a população urbana; e o de medicina previdenciária, que só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966 (p. 04).

O período de 1945 a 1966 vivencia a crise do regime de capitalização e o nascimento do sanitarismo desenvolvimentista. Com o fim do Estado Novo, aceleram-se o

urbanismo e a industrialização. Há um rompimento da relação mantida anteriormente entre Estado e trabalhadores.

Uma segunda fase surge com o golpe de 1964 - aumento nos gastos com a previdência, e com assistência médica -, com crescimento do número de beneficiários e mudanças nos critérios de concessão de benefícios e no valor médio desses.

O período de 1966 a 1973 é marcado pelo crescente papel do Estado como regulador da sociedade e pelo alijamento dos trabalhadores do processo político. Ocorre ampliação da cobertura previdenciária aos trabalhadores domésticos e trabalhadores rurais e os gastos com assistência médica crescem – com atenção individualizada, assistencialista. Percebe-se um descaso com as ações coletivas e de prevenção e também ocorre a diminuição do orçamento do Ministério da Saúde (BRAVO, 2007).

No período em questão, todos os IAPs são unificados no INPS e, com isso, os benefícios para os trabalhadores segurados tornam-se uniformizados. Com a organização altamente centralizada, é eliminada a gestão tripartite (União, empregadores e empregados), afastando os últimos dos processos decisórios. Houve ampliação da cobertura previdenciária para acidentes de trabalho, para o trabalhador rural, as domésticas e os autônomos. Aqueles que não contribuíam para a Previdência Social podiam obter atenção à saúde desde que integrassem o perfil dos programas (materno-infantil, tuberculose, hanseníase, etc.), em serviços filantrópicos ou, para aqueles que pudessem pagar, em consultórios e clínicas privadas (ESCOREL, 2008).

A política de Saúde no País enfrenta, no período militar, permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses do capital privado e a luta do movimento sanitário. Bravo (2007) ressalta:

As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que, embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde (p. 95).

Na década de 1970, aliado às ações do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) houve acelerado processo de implementação de uma política de saúde que levou ao desenvolvimento do complexo médico-industrial, em especial nas áreas de medicamentos e equipamentos médicos, e crescente contratação de serviços terceirizados pelo INPS. Tal situação, conforme observa Bravo (2007), já tinha um histórico:

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação de empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava a produção privada através do financiamento do Estado. Apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964 era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos IAPs. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros eram minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos (p. 05-06).

No período de 1974 a 1979, alterações na conjuntura política, tanto interna com externa, fizeram com que o Estado aumentasse a cobertura, com a ampliação de benefícios e da assistência médica. Em 1974, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social. Ocorre a ampliação da rede privada de saúde, que chega a 500%, mediante subsídio estatal. Percebe-se, assim, uma hegemonia do sistema privado na década de 1970, que se assenta na seguinte composição:

- a) o Estado como financiador do sistema, através da Previdência Social;
- b) o setor privado nacional como maior prestador de serviço de assistência médica;
- c) o setor privado internacional como mais significativo produtor de insumos, em especial equipamentos médicos e medicamentos. (POLIGNANO, 2001)

2.1 A reforma sanitária - princípios democráticos: desenho do SUS

Em relação às ações de saúde coletiva, percebe-se uma coincidência entre as propostas internacionais de cuidados primários em saúde, decorrentes da Conferência de Alma-Ata, da qual o Brasil é um dos signatários, e a necessidade interna de desenvolver e expandir a cobertura para contingentes populacionais excluídos pelo sistema previdenciário. CARVALHO (2005)

A década de 1980 é marcada por profundas crises econômicas nos panoramas nacional e internacional, caracterizadas por um processo inflacionário e uma crise fiscal sem controle. Têm início, nesse momento, os movimentos em direção ao processo de redemocratização do País.

Em 1986, é realizada em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)³⁰, com ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde. Precedida por conferências municipais e estaduais, esta significou um marco na formulação de propostas de mudança no setor de saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira, que tinha como princípio-base, de acordo com Bravo (2007:09):

- a) A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania;
- b) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação; redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estados, Municípios, Territórios) na prestação dos serviços de saúde;
- c) Financiamento setorial.

A VIII CNS alavancou a formatação político-ideológica do projeto de Reforma Sanitária Brasileira e proporcionou novo direcionamento da política nacional de saúde. A proposta final foi aprovada de forma consensual pelo Movimento Sanitário, ou seja, nasceram os pilares da organização de um sistema unificado de saúde, que deveria ter os seguintes princípios:

- Ampliação do conceito de saúde que passa a ser compreendida na relação com todos os seus determinantes e condicionantes, como alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, salário, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde;
- Direito universal e igualitário à saúde, que deve ser garantido, pelo Estado, a todos os cidadãos, com vista à promoção, proteção e recuperação em todos os níveis;
- Descentralização das ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, visando a municipalização; integração das ações de saúde; regionalização e hierarquização, de forma que os serviços fossem organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida e tendo por base o direcionamento de todas as ações em saúde por um único ministério.

³⁰ Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2011.

O relatório final da VIII CNS indica a delimitação das atribuições de cada nível de governo: o governo federal estaria responsável pela formulação e condução da política nacional de saúde; os Estados deveriam assumir um conjunto de funções de gestão, coordenação, controle e elaboração, bem como a prestação de alguns serviços de saúde, em coordenação com os demais níveis; a cargo dos municípios estaria o planejamento, a gestão, a coordenação do plano municipal de saúde, bem como a execução de serviços e ações básicas. Aliada a essas intenções, soma-se a luta por maior participação da sociedade visando à gestão democrática dos serviços. Tais propostas ganham concretude com a Constituição de 1988 e são reiteradas com a aprovação, em 1990, das Leis 8.080 e 8.142.

No período de elaboração da Constituição Federal, uma nova proposta de reformulação do sistema de saúde foi implementada como base para as premissas defendidas pela Reforma Sanitária, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), idealizado enquanto estratégia de transição para o SUS.

Com a promulgação da Constituição de 1988, tem-se início uma nova perspectiva na área da saúde, que estabeleceu as bases legais para a estruturação do SUS. Conforme esquematizado no Quadro 2, a partir dos estudos de Mendes (1998), Escorel (2008).

Quadro 2: Estruturação do SUS

AÇÃO	ANO	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS
Criação do SUS	1988	Universalizar o acesso à saúde pública.	✓ Políticas de saúde pública com participação da iniciativa privada; ✓ Descentralização administrativa; ✓ Ênfase na saúde preventiva e na participação da sociedade.
Elaboração da Norma Operacional Básica (NOB)	1996	Tratar da Gestão da Saúde pelos Municípios	✓ Municípios responsáveis pelos serviços básicos, de média e alta complexidades de saúde.
Implementação do Piso de Atenção Básica (PAB)	1998	Substitui o pagamento por serviços prestados, em se tratando do repasse aos municípios.	✓ Forma de cálculo que considera a população municipal e um valor <i>per capita</i> predefinido.

Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	2000	Controlar, normalizar, fiscalizar e regular as empresas do setor.	✓ Autonomia administrativa; ✓ Parâmetros de funcionamento e avaliação de desempenho efetuados pelo Ministério da Saúde.
--	------	---	--

Com o estabelecimento do SUS, a saúde integrou o tripé da rede de seguridade social que envolve também a Previdência e a Assistência Social, a partir da concepção de Seguridade Social também estabelecida pela Constituição de 1988.

O surgimento do SUS possibilitou um processo de ruptura com o sistema de saúde pública vigente no País desde os anos 19, que concedia ou privilegiava o acesso aos serviços de saúde a quem detinha recursos. Com o novo sistema, tem-se a noção de direito social universal. Por outro lado, embora tenha havido um movimento de universalização na oferta de serviços público, permitiu-se também a participação da iniciativa privada no SUS, em caráter complementar e através de contrato de direito público, preferencialmente para entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

Embora universalistas em sua natureza, as novas diretrizes do sistema de saúde do Brasil, defendidas para a Constituição de 1988, acabaram por provocar um efeito contrário: à medida que crescem a demanda de serviços de saúde e os repasses governamentais, não há melhoria da qualidade do serviço. O quadro da saúde pública brasileira aponta que um dos problemas é a carência de melhor gestão dos investimentos públicos. O quadro atual é de sucateamento das instalações, burocracia excessiva, filas no atendimento, e atendimento deficitário.

Em outras palavras o aumento da demanda não foi acompanhado devidamente pelo aumento da oferta, nem quantitativamente nem pelo oferecimento do devido nível de qualidade que se esperava de um serviço dessa importância.

A intenção com essa discussão foi estabelecer as bases para a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

2.2 O PAISM – PROPOSTA DE UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE

Até o início dos anos 1980, a política governamental para a assistência à saúde das mulheres se restringia ao ciclo gravídico-puerperal - atendimento ao pré-natal, parto e puerpério -, modelo preconizado pelo Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI). Esse programa, criado no final dos anos 1960 pela Divisão de Saúde Materno-Infantil da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde (Dinsami-SNPES) era implementado pelas Secretarias Estaduais de Saúde. (COSTA, 1999)

Naquela época, os programas de saúde eram marcados pela verticalidade de suas ações e não havia articulação entre as suas distintas propostas. O PSMI estava direcionado ao cuidado de grupo populacional vulnerável e coexistia com outros programas destinados ao controle de patologias, sem estratégias conjuntas em suas ações.

Essa forma de gestão propiciou que os recursos chegassem aos Estados e municípios predestinados a ações especificadas, não permitindo aos gestores locais a programação de ações mais adequadas às reais necessidades de saúde da população. Costa (1999) expõe: “o resultado desta filosofia foi a segmentação da assistência à saúde e o privilégio da realização de determinadas intervenções, nem sempre as mais necessárias às situações reais de saúde” (p. 320).

O PAISM foi elaborado em 1993 e apresentado à Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Senado que investigava o crescimento populacional. Sua implantação teve início em 1995. Formiga Filho (1999) entende que “o PAISM é no Brasil, uma das mais importantes políticas públicas na área de saúde, quando estabelece em suas linhas de ação e estratégias um modelo assistencial em cujo [sic] contexto se incluem a integralidade e a equidade” (p. 152).

É necessário ressaltar que as Conferências Nacionais de Saúde exerceram constantes pressões, as quais, aliadas aos compromissos internacionais assumidos, constituíram elementos definidores do PAISM. O movimento de mulheres articulava suas ações na defesa de políticas de saúde que pudessem percebê-las na sua integralidade, e não mais pelos diversos órgãos, individualmente. Essa perspectiva exigia uma mudança na abordagem clínica dos profissionais da saúde. (ÁVILA e CORRÊA, 1999), FORMIGA FILHO, 1999) Como foi definido pelo Ministério da Saúde (1984):

[...] O conceito de assistência integral, aqui preconizado, envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde (sic) todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde (p. 15).

O programa visava, em sua base estrutural, viabilizar a rede básica de serviços com a integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde. Além disso, estabelecia que todas as atividades previstas no PAISM deveriam ser adotadas em conjunto.

O ponto auge da sua discussão com a sociedade foi em um período de muita efervescência dos movimentos sociais e da sociedade civil, quiçá, jamais visto na história do País. Vivia-se a luta pela redemocratização e também começavam a se definir os pilares

da Constituição de 1988. Um período tenso de discussões e também da tentativa de perceber quais eram os reais interesses do governo com essa proposta.

As posições contrárias ao programa apontavam que a centralidade dos objetivos estava voltada apenas para situações relacionadas à atividade sexual; gravidez; parto; puerpério e contracepção. A falta de menção à figura do homem comprometia não apenas a integralidade e universalidade da proposta, como também indicava fortemente a intenção de controlar a saúde e sexualidade femininas.

Nessa visão, o homem só seria lembrado quando o assunto fosse a vasectomia. Dessa forma, considera-se que o PAISM partia do pressuposto de que a mulher era responsável por regular o processo reprodutivo com o objetivo de alcançar um controle demográfico; ela era o sujeito visado. Não se pode afirmar que focalizar as ações também na figura masculina acarretaria menos controle sobre o sexo feminino, porém, era uma forma de prestar assistência a ambos os sexos e com a mesma formatação.

No entanto, a adesão do movimento de mulheres à proposta do PAISM, no período de sua aprovação, configurava que esta atendia a suas principais demandas do momento: atenção integral com ênfase na educação em saúde, considerando que o foco não estava especificamente centrado na questão materno-infantil, nem no controle da reprodução, mas na atenção integral ao sujeito. Nesse sentido, Costa (1999) compreende que o PAISM:

Deve ser entendido [...] como uma política para a assistência às mulheres no contexto do SUS. Sua implementação resulta, em última instância, na qualificação desta assistência a na melhoria dos níveis de saúde da população feminina, consolidando a saúde como direito de cidadania para as mulheres (p. 354).

As políticas públicas emergem de um contexto real que é articulado pelos movimentos sociais nacionais e internacionais, conta sempre com um aporte substancial que estabelece os fundamentos e parâmetros para estruturar as ações públicas. Nesse sentido, é necessário discutir, na sequência, como esse quadro se configurou.

2.3. AS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS SOBRE A POPULAÇÃO: EM FOCO, A SAÚDE REPRODUTIVA E OS DIREITOS REPRODUTIVOS

Para compreender as discussões e preocupações sobre o crescimento demográfico, a saúde da mulher, os direitos sexuais e reprodutivos, é necessário conhecer os eventos, as mobilizações internacionais que ocorreram nos diferentes períodos, bem

como tomar ciência de seus princípios e ordenamentos. Com isso, é possível compreender como os pensamentos se configuraram e foram traduzidos em estratégias políticas, culminando em normas e legislações, que procuraram mudar atitudes e mentes nos países.

A princípio, faz-se necessário reportar à Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que não mencionava os direitos reprodutivos. A reprodução humana tornou-se objeto de discussão e preocupação 20 anos depois, durante a Conferência Internacional de Direitos Humanos de Teerã em 1968. (TELES, 2007)

As Conferências Mundiais de Roma (1954) e de Belgrado (1965) tiveram apenas um caráter técnico-científico. A terceira Conferência Mundial sobre População de Bucareste (1974), é considerada o primeiro grande encontro com foco no crescimento demográfico. Entretanto, seu plano de ação foi percebido como impreciso em termos numéricos e em definição de estratégias de ação. Apenas convidava os países a considerarem a conveniência de adotar políticas populacionais, no contexto do desenvolvimento socioeconômico. (ALVES, 1995)

Costa (1999) retrata que a Conferência:

[...] teve como grande tema a nova ordem econômica mundial e a discussão sobre a redução de fecundidade como favorecedora do desenvolvimento (antagonizada pelos defensores da posição inversa, ou seja, o desenvolvimento como responsável pela redução da fecundidade). Os países do Sul insistiam na importância do desenvolvimento, ao passo que os industrializados sustentavam que, sem o planejamento familiar e a consequente queda de fecundidade, as economias dos países do Sul não avançariam (p. 328-329).

Em 1984, realizou-se a Conferência no México, após a adoção, em muitos países, de políticas que atentavam para estratégias de planejamento familiar. Essa conferência trouxe como novidade a atenção dada à situação e ao papel da mulher.

As recomendações observavam que a capacidade das mulheres de controlar sua própria fecundidade constituía base importante para o gozo de outros direitos; da mesma forma, a garantia de oportunidades socioeconômicas iguais às dos homens, assim como a provisão dos serviços e meios necessários, permitiriam a elas assumir maior responsabilidade em suas vidas reprodutivas. (ALVES, 1995: 8)

A Conferência Internacional de População e desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, contou com delegações de 182 países e cerca de 2 mil organizações não

governamentais (ONGs) no fórum paralelo. Reuniu, ao todo, cerca de 20 mil pessoas de nacionalidades diversas. (ALVES, 1995)

Os debates assumem uma lógica distinta. A reunião é marcada pela discussão sobre a desigualdade entre os sexos, a luta contra a pobreza, as reivindicações dos movimentos religiosos e a busca de identidade cultural. (COSTA, 1999: 329)

Vale a ressalva de que as conferências do México e do Cairo foram marcantes para a história feminina, entretanto, foram eventos nos quais as divergências de ideias e posicionamentos mostraram e demarcaram poder e, conseqüentemente, posições políticas e ideológicas. O Vaticano, por exemplo, manifestou suas apreensões e discordâncias em relação às discussões que diziam respeito ao corpo da mulher nos dois momentos. No México, a Igreja se posicionou contrária:

[...] as ideias de controles não naturais da fecundidade, do aborto em qualquer circunstância e da adoção de práticas que pudessem de alguma forma coonestar relações extramatrimoniais ou a sexualidade dos adolescentes. Entendia ainda a Santa Sé que o espírito do projeto era demasiado individualista. Os representantes do povo islâmico presentes no evento também condenaram as recomendações de igualdade entre homens e mulheres, pois os seus preceitos estabelecem diferenciações no tratamento entre homens e mulheres. (ALVES, 1995:12)

No Cairo, o Vaticano apoiou o conceito de saúde reprodutiva e a promoção geral da saúde para homens e mulheres, e rejeitou veementemente qualquer ação que pudesse dar margem a temas como: o aborto, o uso de anticoncepcionais, a esterilização ou o uso de preservativos na prevenção de HIV/Aids.

Com referência ao pensamento da Igreja Católica sobre os métodos contraceptivos, entendemos ser significativo apresentar o seu ponto de vista com base na Carta Encíclica *Humanae Vitae*³¹ (1968) do Papa Paulo VI que trata da regulação da natalidade. E explicita “o matrimônio e o amor conjugal estão por si mesmos ordenados para a procriação e educação dos filhos. Sem dúvidas os filhos são o dom mais excelente do matrimônio e contribuem grandemente para o bem dos pais”.

Reforça o que a população tem consciência. A Igreja Católica percebe a união conjugal única e exclusivamente para a procriação. E postula que paternidade responsável significa conhecimento e respeito aos processos biológicos que fazem parte da pessoa

³¹ CARTA ENCÍCLICA HUMANAЕ VITAE - PAPA PAULO VI, 1968. Disponível em: <www.vatican.va/holy_father/paul_vi/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae_po.html>. Acesso em: 9 fev. 2010.

humana, ou seja, não atentar contra o corpo que é uma entidade “sagrada”; com relação às tendências do instinto e das paixões, é necessário todo o domínio racional, ordenando a todos não ceder às vontades e aos desejos da carne.

E ainda: com relação às condições físicas, econômicas, psicológicas e sociais, a família deve crescer de acordo com a decisão conjugal, tendo o devido respeito pela lei moral, ou seja, pode-se evitar filhos utilizando os meios considerados naturais, já que a encíclica determina que “Deus dispôs com sabedoria leis e ritmos naturais de fecundidade, que já por si mesmos distanciam o suceder-se dos nascimentos”.

Dessa forma, percebe, como ato ilícito, o aborto, a esterilização, seja do homem ou da mulher, e ainda toda ação que se “proponha, como fim ou como meio, tornar impossível a procriação”. “A Igreja condena sempre como ilícito o uso dos meios diretamente contrários à fecundação, mesmo que tal uso seja inspirado em razões que podem parecer honestas e sérias”. Isso porque segundo ela, os métodos artificiais de regulação da natalidade abriam caminho amplo e fácil para a infidelidade conjugal e a degradação da moralidade. Quando houver necessidade de restringir a natalidade:

[...] que derivem ou das condições físicas ou psicológicas dos cônjuges, ou de circunstâncias exteriores, a Igreja ensina que então é lícito ter em conta os ritmos naturais imanentes às funções geradoras, para usar do matrimônio só nos períodos infecundos e, deste modo, regular a natalidade, sem ofender os princípios morais que acabamos de recordar.

Com essa exposição, fica evidente o pensamento conservador da Igreja Católica, ao não acompanhar a evolução de uma humanidade, cuja saúde, e a própria sobrevivência, estão em discussão, antepondo-lhe em contrapartida sua visão moral. Costa (1999) afirma que na Conferência do Cairo:

Debate-se a polarização entre os defensores de sociedades laicas e os de concepções teocráticas ou fundamentalistas. É aí que se evidencia a oposição entre os que defendem os direitos sexuais no campo da reprodução e da sexualidade e aqueles que consideram que os estados têm o papel de restringir estes direitos em nome de valores culturais e religiosos [...] esse debate foi em parte provocado e sustentado pela forte presença do movimento feminista que jamais havia alcançado tanto prestígio nas negociações internacionais (p. 329).

Entretanto, a Conferência do Cairo representou um marco devido a discussões mais substanciais sobre questões demográficas e políticas públicas de controle populacional, agora com focalização em questões como igualdade entre os gêneros, direitos

sexuais e reprodutivos, já que a ênfase até então estava centrada de forma simplista nos aspectos relacionados ao crescimento demográfico. No evento do Cairo, foi estabelecido um novo paradigma, que deslocou as temáticas de população da esfera exclusivamente demográfica para a dos direitos humanos, estabelecendo saúde e direitos reprodutivos como valores em si, isto é, variáveis estratégicas e tópicos centrais do desenvolvimento da cidadania e dos direitos humanos. (CAETANO, 2004)

O termo saúde reprodutiva surgiu a partir das discussões elaboradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1988, no contexto da época, que envolvia com destaque a pandemia da Aids. Dessa forma, a reprodução humana ganha enorme visibilidade, especificamente a partir da tônica da sexualidade e da saúde sexual compreendida como:

[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias relacionadas com o sistema reprodutivo, suas funções e processos. A **saúde reprodutiva** implica, portanto, que as pessoas estejam aptas a ter uma vida sexual satisfatória e segura, que tenham a capacidade de reproduzir-se e a liberdade de decidir fazê-lo se, quando e quantas vezes desejarem. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos de planejamento familiar de sua escolha [...] que não sejam contra a lei [...]" (Nações Unidas, 1994, parágrafo 7.2: 41). (ALVES, 1995: 08) (negrito nosso)

Nesse sentido, é necessário esclarecer que o conceito sobre direitos reprodutivos, segundo Corrêa e Ávila (2003), foi cunhado pelas feministas norte-americanas e englobam certos direitos humanos, conforme já reconhecidos em documentos internacionais e leis nacionais específicas sobre a questão, além de outros documentos consensuais das Nações Unidas.

Tais direitos se baseiam no reconhecimento do direito fundamental de todos os casais e indivíduos de decidir livre e responsavelmente o número, o espaçamento e a época de ter seus filhos, e de ter informação e meios de fazê-lo, assim como o direito de atingir o nível mais elevado de saúde sexual e reprodutiva [...] (Nações Unidas, 1994, parágrafo 7.3:41) (ALVES, 1995: 08)

Entenderam ser um termo que traduzia certa completude, ao ir além da saúde da mulher - conceito que não abrangia as questões relacionadas à autodeterminação reprodutiva. Dessa forma, o conceito de direito reprodutivo foi ganhando concretude com

os debates que se seguiram. Na Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994, foi assim retomado, sendo reiterado na IV Conferência Mundial sobre Mulher, em Pequim, em 1995. (BARSET, 2003, ÁVILA e CORRÊA, 1999)

Já o conceito sobre direitos sexuais é carregado de tensões e pode-se afirmar que sua definição é recente, data da década de 1990, e envolve os movimentos *gays* e lésbicos europeus e norte-americanos. Esses movimentos, aliados ao movimento feminista, compreendiam o campo da sexualidade como um espaço primordial para as lutas contra a desigualdade de gênero. Foi na Conferência do Cairo, em 1994, que o termo emergiu, entretanto não apareceu no documento final. Na Conferência de Pequim, ele é rediscutido e chega-se ao seguinte acordo:

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle sobre as questões relativas à sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente a respeito dessas questões, sem se verem sujeitas à coerção, à discriminação ou à violência. As relações sexuais e a reprodução, incluindo o respeito à integridade da pessoa, exigem o respeito e o consentimento recíprocos e a vontade de assumir conjuntamente a responsabilidade das consequências do comportamento sexual. (CMDM, 1996, seção C, § 97)

Entretanto, essa preocupação emerge como uma forma da comunidade internacional para pressionar os países menos desenvolvidos, que resistiam à disseminação das políticas de controle demográfico. (VIEIRA, 2003) A proposta de Direitos Reprodutivos significa confronto político acirrado, que se situa nos campos da ética, da moral e das relações de classe, gênero e raça. Na prática, no Brasil, as transformações vão se dando pela via das reformas, com momentos de acirramentos maiores e menores, de conquistas e perdas, situadas no quadro geral das conjunturas políticas repressivas ou democratizantes, isto de acordo com Ávila (1993) que também entende que:

Os direitos reprodutivos trazem, portanto uma contribuição fundamental para quebrar a perspectiva dualista e simplificada de que o controle é o lado mau e o natalismo é o lado bom, ou vice-versa. Em ambas as posições podem ser encontradas propostas perversas, que atentam contra a cidadania e, mais particularmente, contra as mulheres, trazendo sempre a imposição da opinião de alguém ou de grupos de poder sobre como devem agir mulheres e homens na sua vida reprodutiva e sexual (p. 390).

Na sequência, aproximando-nos ainda mais da questão-foco do estudo, contextualizamos e configuramos a questão da esterilização na realidade brasileira.

2.4 CONTRACEPÇÃO NO BRASIL: POLÍTICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Por longo período, o uso de métodos contraceptivos foi inexpressivo no Brasil, como também em grande parte do mundo. Isso porque, devido ao padrão patriarcal, as mulheres não contavam com a colaboração dos homens. Tendo especificamente o coito interrompido e o condom como contraceptivos adequados aos homens, estes alegavam e ainda alegam como esses meios afetavam diretamente sua satisfação sexual. (RODRIGUES, 1999).

Nos países subdesenvolvidos, inclusive no Brasil, a divulgação dos métodos contraceptivos modernos, entre os quais as pílulas anticoncepcionais, fez parte de políticas internacionais voltadas para a redução da população. Isso foi muito diferente do que ocorreu com mulheres de alguns países europeus, cujas políticas sobre natalidade tinham adquirido muita força, logo após as guerras mundiais, no esforço pela reconstrução nacional. Por exemplo, na França, a pílula somente foi liberada para consumo em 1967, enquanto no Brasil a pílula anticoncepcional e o Dispositivo Intrauterino (DIU) foram comercializados sem entraves desde o início da década de 1960. (PEDRO, 2003).

No Brasil, num contexto socioeconômico inicial, preponderantemente agrário, a natalidade tendeu a permanecer alta, incentivada pelas necessidades, da empresa familiar agrícola, de braços a um custo suportável, em função da compatibilização entre a sobrevivência e o volume da produção/renda.. Também outro fator a ser considerado é a extensão territorial brasileira, que fez com que o governo, preocupado com a segurança nacional num território eventualmente pouco ocupado, incentivasse a natalidade. Rocha *apud* Alves (2004) salienta:

No primeiro governo Getúlio Vargas (1930-1945) foram implantadas políticas sociais que, de forma intencional ou não, tiveram efeitos pró-natalistas. Adicionalmente, houve, sem dúvida, uma legislação explicitamente anticondrolista: a) o Decreto Federal n. 20.291, de 11 de janeiro de 1932, proibia ao médico “dar-se à prática que tenha por fim impedir a concepção ou interromper a gestação”; b) a Constituição de 1937, em seu artigo 124, diz: “A família, constituída pelo casamento indissolúvel, está sob a proteção especial do Estado. Às famílias numerosas serão atribuídas compensações na proporção de seus encargos”; c) em 1941, durante o Estado Novo, foi sancionada a Lei das Contravenções Penais que em seu artigo 20 proibia: “anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar o aborto ou evitar a gravidez” (p. 24).

Essas atitudes políticas aderiram aos propósitos ideológicos da Igreja que na época pretendia aumentar o número de fiéis e sempre se mostrava favorável à união conjugal sacramentada por seus ritos.

A partir da década de 1960 o discurso antinatalista ganha vigor e as taxas de natalidade apresentam quedas significativas. Rodrigues (1990); Berquó (1993); Alves (2004) mostram os motivos que levaram à queda da taxa de natalidade, de forma multifacetada. Em síntese, pode-se atribuí-la à evolução dos quadros econômico e social despertada pelo acelerado processo de concentração industrial e urbana; consequente aumento do custo de vida, aliados à ascensão dos níveis educacionais, à inserção da mulher no mercado de trabalho e à facilidade de acesso a métodos contraceptivos, todos esses fatores decisivos na transição demográfica.

Destacam-se nesse processo, especificamente na área da saúde pública, o surgimento da pílula anticoncepcional; a diminuição da mortalidade infantil; e ainda o aparecimento dos programas de planejamento familiar executados pelas agências que Rocha (1993) destaca bem:

Dentre as entidades, salientam-se a Bemfam, criada em 1965; o Centro de Pesquisa de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC), constituído em 1975; e a ABEPF. Esta última organizou-se a partir de 1981 e recebe apoio técnico do CPAIMC. Para se ter uma ideia da magnitude destes organismos, basta dizer que a Bemfam é o maior programa em planejamento familiar de caráter não governamental em nível mundial, e que a ABEPF define-se como a maior associação do gênero na América Latina (p.31).

A contracepção é prática amplamente realizada no mundo inteiro. Nos Estados Unidos da América, contraceptivos orais constituem o método reversível mais usado. Mesmo assim, há aproximadamente 3 milhões de gravidezes não desejadas, metade das quais são eletivamente abortadas. (WANNMACHER, 2006). No Japão, segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a População (Fnuap), somente em 1999 houve autorização para industrializar e comercializar no país as pílulas anticoncepcionais, contudo é o país que apresenta maior índice de uso dos preservativos no mundo, pois 45% dos casais fazem uso do método.

Quanto às recomendações das Conferências Internacionais sobre População, ganha destaque o Plano de Ação do Cairo, de 1994, que, segundo Caetano (2004) redefiniu:

o acesso universal à saúde reprodutiva com base na noção de direitos, contemplando uma perspectiva mais abrangente às questões relacionadas à população, ao ambiente e aos

padrões de consumo, à família, à migração interna e internacional, à prevenção e controle do HIV/Aids, à informação, educação e comunicação, à tecnologia, à pesquisa e desenvolvimento (p. 12).

Somam-se a essa discussão os Objetivos do Milênio firmados por 189 países, no ano de 2000, durante a Cúpula do Milênio promovida pela Organização das Nações Unidas em Nova York. Entre eles, destacam-se: erradicação da fome e da pobreza extrema; melhora dos níveis educacionais; promoção da igualdade entre os sexos e da autonomia das mulheres; redução da mortalidade infantil; efetivação das ações que melhorem o quadro da saúde da mulher – com vistas à redução da mortalidade materna; combate à epidemia do HIV/Aids.

Há pressão internacional para que todos os meios contraceptivos sejam disponibilizados à população, para que as mulheres (ou os casais) tenham amplo espectro de escolha. No entanto, à similaridade dos outros medicamentos, é preciso considerar sua eficácia, segurança, conveniência e custo-efetividade comparativa.

Em termos de escolha para contracepção, devem ser incluídos critérios específicos, tais como: eficácia contraceptiva (teórica e de uso), segurança (aceitáveis efeitos adversos), reversibilidade (retorno à fertilidade), conveniência (duração do método, modo de administração, presença de amenorréia ou sangramento similar ao menstrual), prevalência de contra-indicações absolutas (intolerância a um ou mais componentes, osteoporose, trombose venosa profunda, hipertensão arterial, etc.); vantagens não contraceptivas, custo suportável e acesso. (BRASIL, 2005)

No que se refere à anticoncepção, os métodos começaram a ser distribuídos aos Estados pelo Ministério da Saúde, de forma descontínua, na segunda metade da década de 1980, quando se iniciou a implementação do PAISM. (BRASIL, 2005)

A aquisição de anticoncepcionais pelo Ministério da Saúde foi interrompida em 1997, com a decisão de descentralizar os recursos federais para os Estados/municípios, no sentido de possibilitar o financiamento da assistência farmacêutica básica. Entretanto, concretamente, poucos Estados e municípios incluíram os métodos anticoncepcionais na sua lista básica de medicamentos/insumos para aquisição.

Atualmente o Ministério da Saúde disponibiliza trimestralmente aos municípios os seguintes anticoncepcionais: injetável mensal, trimestral; pílula oral combinada; diafragma; DIU; preservativos masculino e feminino; pílula de emergência e minipílula. A distribuição de preservativos masculino e feminino é de responsabilidade do Programa Nacional de DST e Aids desde 2001, com a implementação dessa política. Para que os

municípios possam receber os anticoncepcionais, precisam atender a um dos critérios apontados a seguir:

- Ter pelo menos uma equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) habilitada; Estar com o termo de adesão ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) aprovado;
- Contar com pelo menos uma equipe do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits).

As remessas de contraceptivos não são feitas conforme o preconizado; segundo dados do Ministério da Saúde, em 2001 e 2002, apenas duas distribuições se realizaram. Isso redundou em prejuízos para a vida das mulheres. Sobre essa questão, especificamente, Perpétuo (2009), discutindo dados da PNDS 2006, afirma:

A farmácia continuou a principal fonte de obtenção da pílula, particularmente nos grupos situados nos extremos da distribuição da escolaridade. A parcela de mulheres que procuraram o Sistema Único de Saúde para obter a pílula ainda foi relativamente pequena, e elas nem sempre conseguiram seu intento. Verificou-se também maior frequência de relato de problemas com o uso da pílula no grupo das mulheres menos instruídas. Embora alto, nesse mesmo grupo, o percentual de mulheres que disseram estar satisfeitas com o método atual foi menor do que no grupo daquelas com maior escolaridade (p. 100).

Da população feminina em idade reprodutiva, de 10 a 49 anos, 58.404.409 mulheres, em estimativa feita pelo IBGE para o ano de 2009, representando 50,77% da população brasileira, apenas cerca de 70% eram usuárias de métodos anticoncepcionais modernos, segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS)/1996 e atendidas na rede SUS.

Na pesquisa de 2006, há um acréscimo, Cunha (2009) ressalta que na última PNDS, o percentual da população feminina em idade fértil que possuía plano de saúde ou convênio médico é de 73%, portanto, era usuária do SUS na busca pela resolução de seus problemas de saúde. O Ministério da Saúde, para 2009, estimou o total da população-alvo dos métodos contraceptivos em torno de 30.366.934 mulheres. (Brasil, 2005)

Em 1998, a Sempre Viva Organização Feminista apontava que a distribuição de mulheres de 15 a 54 anos, casadas e em união consensual, usando algum método anticoncepcional, estava assim distribuída: 44,4%, por esterilização (feminina); 41%, pílula;

6,2%, abstinência; 2,5%, coito interrompido; 1,8%, preservativo; 1,5%, DIU; 0,9%, vasectomia; 1,7%, outros métodos.

Pode-se depreender, dos dados do PNDS de 1996 e de 2006 o aumento na distribuição gratuita de métodos contraceptivos em dez anos. Tanto que o percentual de mulheres que declararam ter usado algum método contraceptivo passou de 73,1% para 87,2%. Especificamente, o uso da pílula anticoncepcional saltou de 15,8% para 22,1%. Esse quadro, de certo modo, contribuiu para a diminuição do número de esterilizações em mulheres, que caiu de 27,3%, em 1996, para 21,8% em 2006. Os dados apontam - apesar dos números não serem expressivos em quantidade -, aumento considerável na esterilização masculina, que saltou de 1,6%, para 3,4%.

A configuração desse quadro pode sugerir que as ações propostas pela Lei 9.236/96, que culminou com a implantação dos serviços de assistência em planejamento familiar, provocou a flutuação verificada pela pesquisa. Contudo, as discrepâncias, no que diz respeito aos gêneros, continuam significativas.

É preciso ressaltar que a escolha do método contraceptivo deve sempre adequar-se às necessidades e condições de vida dos pacientes, respeitando várias circunstâncias: gravidez proibitiva ou opcional para o casal; relacionamento sexual eventual ou regular, estável ou não, com um ou mais parceiros; desejo de adotar medida contraceptiva de curto, médio ou longo prazo; idade; condição socioeconômico-cultural; paridade; estado de saúde e adesão são fatores que devem ser considerados ao se discutir a orientação contraceptiva.

Atualmente, a população pode contar com variados tipos de contraceptivos modernos. Além dos que já foram citados, também existem no mercado: adesivo transdérmico; anel vaginal; implante; pílula vaginal. O que está à disposição no mercado, embora apenas para mulheres com poder aquisitivo alto, aparenta não apresentar efeitos adversos severos à saúde delas. Quando se consideram os métodos disponíveis para o público masculino, apenas se destacam o condom e o coito interrompido, contudo Wannmacher (2006) informa que há estudos no sentido de:

produzir contraceptivos hormonais masculinos, a exemplo dos métodos existentes para mulheres, baseados em estrógenos e progestógenos. No homem, a testosterona funciona como contraceptivo por supressão da secreção de hormônios luteinizante (LH) e folículo-estimulante (FSH) hipofisários. Isso traz como consequência um impedimento importante da produção de esperma. Depois de 3-4 meses de tratamento, 60%-70% dos homens não mais ejaculam esperma, e suas contagens de espermatozóides são pequenas. A contracepção hormonal masculina é reversível (retorno às contagens usuais em 4 meses) e não apresenta efeitos adversos sérios, sendo 95% eficaz em prevenir gravidez. Os pesquisadores estudam a combinação de testosterona a progestógenos ou a

antagonistas de hormônio liberador de gonadotrofina, para reforçar a supressão da espermatogênese. As formas farmacêuticas investigadas permitem uso oral, injetável ou como implante de ação prolongada (p.04).

A maioria dos anticoncepcionais está destinada ao público feminino. Atualmente, o Estado não garante às pessoas todos os métodos contraceptivos disponíveis no mercado. Os serviços públicos de Planejamento Familiar promovem, portanto, a orientação dos métodos que são disponibilizados em seu âmbito, fato que suprime a possibilidade do direito integral à decisão e à escolha, ou seja, os Direitos Reprodutivos não são garantidos como deveriam. No contexto atual, não estão disponíveis no SUS todos os meios contraceptivos, ou seja, todas as alternativas tecnológicas cientificamente seguras existentes no mercado, para que as pessoas possam fazer uma escolha realmente consciente.

Ainda é preciso destacar que o Planejamento Familiar não se resume apenas à limitação da prole. A infertilidade também é tema para o serviço, , neste sentido, é preciso ressaltar que atualmente são apenas cinco unidades de saúde remuneradas pelo SUS, no Brasil, que realizam fertilização *in vitro*.

Os direitos reprodutivos, conforme foi detalhado, envolvem tanto o acesso à contracepção reversível; atenção à infertilidade, como também aos métodos definitivos, assunto que, propositalmente, será detalhado a seguir, devido a todas as nuances que envolvem o fato.

2.4.1 Esterilização feminina: submissão e desejo - o cenário brasileiro

Em relação aos termos esterilização e estéril, especificamente, nos detemos na questão humana, singularmente no gênero feminino, definido por Aurélio (2004) como “pessoa portadora de esterilidade - não produz, árida, improdutivo, infecunda, infrutífera, infértil, incapaz de procriar, estrago, destruição, assolação”. O dicionário Houaiss (2009) define esterilização como “intervenção cirúrgica que torna uma pessoa [...] infecunda”.

Esterilização feminina é um procedimento que pode ser realizado de várias formas: cirúrgico, químico ou radioativo, culminando com uma alteração no sistema reprodutivo da mulher. Detemo-nos na esterilização cirúrgica: “técnica mais comum de esterilização é a laqueadura tubária, ou esterilização tubária, que envolve o bloqueio das trompas de falópio. Este bloqueio geralmente é conseguido pela oclusão das tubas com ligaduras com pontos, cliques, anéis ou eletrocoagulação”. (MOLINA, 1999:127)

A cirurgia de esterilização - “laqueadura tubária” – é definida como cirurgia “irreversível”³², que visa interromper o contato entre o óvulo e o espermatozóide, ou seja, não haverá a fecundação com esse procedimento nem necessidade de utilizar outros métodos de contracepção. Esse procedimento, também denominado ligadura de trompas, dá-se quando se cortam e se amarram as trompas uterinas. No homem, a cirurgia de esterilização chama-se vasectomia, mediante a qual se faz uma incisão na bolsa escrotal para bloquear o canal através do qual passam os espermatozoides.

Enquanto método contraceptivo, a esterilização tem suas origens no século XIX, precisamente em 1809, quando Haighton realizou experimentos seccionando as tubas de coelhas. A primeira experiência com humanos foi realizada em 1825, em Londres, por Blundell, considerado o pioneiro da ligadura tubária. (MOLINA, 1999)

No Brasil, é a partir da década de 1970, no auge do governo militar, que houve significativo aumento de esterilizações cirúrgicas, principalmente por causa da influência internacional que levou à implantação, no país, de programas como a Bemfam³³ que, de acordo com Costa (1999):

A Bemfam foi criada em novembro de 1965, como entidade provada sem fins lucrativos, com sede no Rio de Janeiro, mas com intervenções em quase todo o território nacional. Financiada por capital internacional e filiada ao IPPF, tinha como estratégia o treinamento de profissionais da saúde para a prática do planejamento familiar e a prestação direta de assistência exclusiva em ações contraceptivas por meio de unidades próprias ou conveniadas com prefeituras, sindicatos, secretarias de saúde e universidades (p. 325).

A ideologia de controle de natalidade, disseminada no mundo subdesenvolvido, mereceu destaque, no caso do Brasil, tendo também seu fortalecimento em interesses norteamericanos. Vislumbravam ameaças aos projetos econômicos e políticos na explosão demográfica do planeta. Conforme documento confidencial produzido pela equipe de Henri Kissinger, em 1974, no qual se estabelecem políticas e estratégias a serem implementadas pelo governo americano, para reduzir a população dos países em desenvolvimento.

³² Os profissionais de saúde normalmente se referem à laqueadura tubária como uma cirurgia irreversível. No entanto, a reversibilidade é possível, desde que seja observada a idade da mulher, a técnica utilizada e o tempo de realização do procedimento. Não é, contudo, garantido o devido sucesso em todos os casos dos que se submetem a esse procedimento, e tal ação não está disponível no SUS em Cuiabá (MT).

³³ Segundo Rodrigues (1990) “a Bemfam surgiu com o objetivo de democratizar os métodos modernos de contracepção, que já eram usados pelas classes média e alta. O financiamento e a orientação técnica estavam vindo da Federação Internacional de Planejamento Familiar” (p.66) Segundo Arie (2004), “a Bemfam teve início em Bombaim, com Margareth Sanger, que, juntamente com outros antinatalistas, criou a International Planned Parenthood Federation (IPPF). Durante os anos 1960, a IPPF foi transferida para os Estados Unidos, onde, com contribuições particulares, tornou-se uma potência econômica atuante em todo o mundo, inclusive no Brasil, sob o nome Bemfam.” (p. 108)

A assistência para o controle populacional deve ser empregada principalmente nos países em desenvolvimento de maior e mais rápido crescimento onde os EUA têm interesses políticos e estratégicos especiais. Esses países são Índia, Bangladesh, Paquistão, Nigéria, México, Indonésia, Brasil, Filipinas, Tailândia, Egito, Turquia, Etiópia e Colômbia. (2011:130)³⁴

O relatório estabelece uma série de pontos argumentativos, para justificar ações que visassem à redução da população. Partia do entendimento de que “ a condição e a utilização das mulheres nas sociedades dos países subdesenvolvidos são particularmente importantes na redução do tamanho da família [...] As pesquisas mostram que a redução da fertilidade está relacionada com o trabalho da mulher fora do lar”. (2011: 1301)

O documento evidencia preocupação com o crescimento da população mundial e propõe medidas de controle utilizando como eufemismo “*Serviços de Planejamento Familiar*” recomendando então: anticoncepcionais orais, DIUs, melhores métodos de prever a ovulação, esterilização de homens e mulheres, métodos não clínicos: cremes e preservativos. A estratégia estabelecida era prestar serviços de planejamento familiar integrado aos serviços de saúde de maneira ampla, pois ajudaria os EUA a não sofrerem acusação ideológica de que estavam mais interessados em limitar o número de pessoas dos países menos desenvolvidos, do que preocupados com o seu futuro e bem-estar.

Com a intenção de apresentar a ampla prática exorbitante da esterilização no, apresentamos a Figura 1 e o Quadro 3, que assinalam o possível crescimento das cirurgias de vasectomia. Os dados dispostos são totais, e seria necessário averiguar a distribuição regional e avaliar quais são exatamente os sujeitos que se submetem ao procedimento.



Figura 1: Crescimento das cirurgias de vasectomia de 2002 a 2007

Fonte: Population Reference Bureau (2008) e Ministério da Saúde (2008)

³⁴ Adaptação, para português de Portugal, da tradução disponível em <providafamilia.org/>. Trechos traduzidos do documento CONFIDENCIAL: NSSM 200 – Implications of Worldwide Population Growth for U.S. Security and Overseas Interests, desclassificado pela Casa Branca em 1989. Disponível em: <vida.aaldeia.net/relatorio-kissinger/>. Acesso em: 10 fev. 2011.

Quadro 3: Porcentagem de casais esterilizados na comparação entre países**Casais Esterilizados**

Países	% de homens casados Vasectomizados	% de mulheres casadas Esterilizadas
Canadá	22	11
Reino Unido	17	13
Estados Unidos	11	22
China	7	33
Brasil	2,15	30
Índia	1	37

Fonte: Population Reference Bureau (2008) e Ministério da Saúde (2008)

A Figura 1 e o Quadro 3 evidenciam que as mulheres casadas são as que mais fazem uso do procedimento. No Quadro 3, exceção deve ser feita ao Canadá, em que os homens representam o dobro das mulheres, e ao Reino Unido, local onde eles as excedem em 4%. Especificamente no Brasil, o dado apresenta grande discrepância em relação aos sexos. Apenas 2,15% dos homens casados são esterilizados, enquanto entre as mulheres o índice é de 30%, uma enorme diferença.

A PNDS 1996 evidenciou que, entre as usuárias de contracepção, casadas e em união consensual, 40,1% estavam esterilizadas. Ainda a Pnad/IBGE de 1986 apontou um índice de 27% de mulheres esterilizadas. Em dez anos, um crescimento de 13,1%. Essas estatísticas demonstram o uso indiscriminado da esterilização como método contraceptivo e também revelam que o Brasil, no período analisado nos documentos, pratica uma cultura reprodutiva perversa. Tal situação levanta dúvida sobre as condições em que essas escolhas se processaram.

A laqueadura tubária é um método contraceptivo cirúrgico para limitar definitivamente o tamanho da prole. Por isso, esse procedimento difere significativamente de todos os outros métodos anticoncepcionais: por ser cirúrgico e também por exigir cuidados especiais. Em muitos casos, recorre-se a ele para assegurar a saúde da mulher. Haja vista que essa cirurgia é indicada para mulheres de alto risco, em termos reprodutivos: as que sofrem de cardiopatias; as que têm diabetes *mellitus*; para as hipertensas. (COSTA, 1999)

Necessário é destacar que a decisão de realizar a esterilização é profundamente pessoal ou conjugal, contudo, tal atitude é muito influenciada, ainda hoje, por normas e valores sociais que envolvem questões ideológicas e políticas. No prefácio do livro de Serruya (1996), *Mulheres esterilizadas: submissão e desejo*, Arilha expõe:

Poucas são as oportunidades em que a maternidade não é vivida com conflitos e contradições e a contracepção radical, solução medicalizada, parece ser, num primeiro momento, a solução mágica das mulheres. Corpos disciplinados continuam, no entanto, muitas vezes chorando seus conflitos, sobretudo em relação a como compatibilizar a vida produtiva e a necessidade de construir uma relação efetiva com os filhos (p. 04).

Serruya (1996) e Costa (1991) declaram que a sociedade brasileira vem sofrendo mudanças em seus valores e normas sociais relativos à gravidez, ao parto e ao número ideal de filhos. Isso influencia sobremaneira o tema da contracepção. O perfil etário das mulheres que se submetem à cirurgia de esterilização é cada vez mais baixo e em mulheres com menos filhos – dois ou três, no máximo. Wong (2009), ao discutir os dados da PNDS 2006 esclarece:

[...] a fecundidade do Brasil, que já estava em patamares baixos, nos anos 2000, teria retomado e tendência de declínio, o qual, em função dos níveis atingidos, supunha-se em desaceleração. Medidas de período indicam que a fecundidade no país estaria em torno de 1,8 no quinquênio 2002-2006. Dados de coorte confirmaram que estes níveis baixos: mulheres que nos anos 1990 entraram no período reprodutivo provavelmente terão uma prole inferior a dois filhos, podendo-se esperar o mesmo das jovens com idade até 25 anos neste último quinquênio (p. 83).

Em 2008, o IBGE divulga que a população brasileira tinha expectativa média de vida de 73 anos e 2 meses. Isso quer dizer que, além de ter que lidar com uma população que vive cada vez mais, o Brasil das próximas décadas terá que conviver com outro problema: haverá cada vez menos jovens no país, como já assinalam os dados da PNDS. Para Giambiagi e Tafner (2010),

A consequência disso é que o “bônus demográfico” com o qual se esperava contar devido à transformação desses jovens em adultos que iriam compor a População Economicamente Ativa será então menor. Durante anos, pensou-se que o problema para as contas públicas decorrente da maior presença de idosos na população pudesse ser contrabalançado pelo aumento da população jovem, pois haveria ao longo do tempo um crescimento importante da população em idade de trabalhar. Com mais idosos, mas, ao mesmo tempo, mais adultos para trabalhar e gerar riquezas, esse ônus demográfico poderia ser sustentado, ainda que à custa de algum agravamento. O que o IBGE mostrou é que não teremos tantos jovens quanto se supunha e que essa tendência, a se confirmarem as projeções que se podem fazer à luz das Pnads, será muito mais grave do se poderia imaginar (p. 25).

A preocupação de Giambiagi e Tafner (2010) diz respeito à seguridade social, isso porque, prospectivamente, chegaremos a ter significativo percentual de idosos aposentados e recebendo benefícios e, ao mesmo tempo, não teremos mão de obra suficiente, com jovens suficientes contribuindo para sustentar a máquina da previdência social. É uma preocupação legítima, haja vista que o padrão reprodutivo total hoje está abaixo de reposição, que deve ser, no mínimo, de dois filhos por mulher.

Considerando os dados da Pnad 2008, a taxa de fecundidade total era de 1,8 filho por mulher. A região brasileira com a maior taxa de fecundidade é a Norte, com 2,6 filhos por mulher, seguida pela Nordeste, com 2,29, e a Centro-Oeste, com 2,01. A menor taxa é a da região Sudeste, com 1,62 filho por mulher. Na região Sul, foi registrado 1,78 filho por mulher.

Os dados apontados somam-se ao envelhecimento da população do País. Segundo as Nações Unidas, em 1950, a idade mediana brasileira era de apenas 19,2 anos; em 2000, 25,3 anos. E estima-se que, em 2050, a idade mediana brasileira será de 45,6 anos. Em comparação com 30 outros países do globo, os dados da ONU estimam que somente o Japão terá maior parcela do envelhecimento populacional superior ao brasileiro. (GIAMBIAGI e TAFNER, 2010)

2.4.2 Natalistas e antinatalistas: perspectiva de transição demográfica

Em sua análise, Rodhen (2003) se reporta à tese de autoria de Augusto M. Guimarães, defendida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, no ano de 1872. Mais precisamente, ela reproduz um extrato que nos sugeriu existir na época certa preocupação com a esterilização, conforme se percebe neste trecho:

Se a esterilidade nos apresenta uma imagem seca e árida do nada, se o triste celibatário só oferece a nossos olhos um coração frio e vazio, devotado ao amor de si próprio, e se ao contrário o nascer de um filho produz as mais deliciosas emoções, como compreende-se que a esterilidade seja algumas vezes considerada um benefício e a fecundidade, esse feliz símbolo de uma natureza sempre nova, uma desgraça que se procura prevenir com precauções misteriosas, destruir às vezes por crimes revoltantes? (RODHEN, 2003: 25)

A autora destaca que, na época, a fecundidade “é percebida como uma grande bênção da natureza e a esterilidade como o maior dos infortúnios. Pior ainda parece ser a impressão causada pela esterilidade provocada por determinadas ‘precauções misteriosas’ ou ‘crimes revoltantes’”. (RODHEN, 2003: 25) Naquele momento, estavam em evidência duas

questões: o eugenismo, dado o entendimento de que se necessitava ter uma população mais sadia, higiênica, saudável para assim o país se desenvolver [assunto já discutido no capítulo anterior]; e também começava a ser gestada a ideia de ocupação das terras brasileiras.

Como ocorreu em outros países latino-americanos, o lema “governar é povoar” também é válido para os primeiros 450 anos da história brasileira. A Coroa Portuguesa só iniciou uma colonização sistemática nos anos de 1530. Aliado a esse processo, os discursos sobre planejamento da família já se expressam nos primórdios do Brasil colonial, e perduraram até o início da República. (ALVES, 2006)

Até meados do século XX, as políticas populacionais na América Latina eram explícita ou implicitamente expansionistas e pró-natalistas. Com populações relativamente pequenas e territórios escassamente povoados, era quase natural que as nações latino-americanas adotassem medidas de crescimento da população e de ocupação dos “espaços vazios”. (ALVES, 2006:16)

No período do Estado Novo (1937-1945), no Brasil, observa-se uma política pró-natalista, que se expressa a partir da criação do salário-família e do auxílio-natalidade. A mulher, para o Estado, sempre foi percebida por sua capacidade reprodutiva, conforme explica Pedro (2003):

[...] o corpo feminino e a capacidade procriativa que ele representa mantêm grande importância; o útero das mulheres tornou-se, entretanto, um órgão passível de controle e de descarte. De alvo de vigilância sobre a sexualidade feminina, visando à procriação legítima, tornou-se o responsável pela explosão populacional e pelo desconforto pessoal e familiar (p. 174).

A polêmica entre antinatalistas e natalistas se acirra a partir da década de 1960. O debate se centrava nas seguintes posições: para os que defendiam o controle demográfico, o crescimento econômico e o desenvolvimento do País só seriam possíveis se houvesse redução do ritmo de crescimento demográfico. Os antinatalistas entendiam que, devido à baixa densidade demográfica e tendo uma grande extensão territorial, o Brasil devia estabelecer estratégias de sua ocupação como meio de garantir a economia e a segurança nacional.

Costa (1999), Goldani (1999) e Alves (2006) assinalam que se soma a esse argumento o crescimento demográfico, principalmente após 1960, que foi caracterizado pela diminuição da mortalidade, provocada pela tecnologia médica, introdução de vacinas, medicina preventiva e também intensificação dos serviços de água e esgoto. Somado a tudo

isso, o processo de industrialização e urbanização das cidades. Goldani (1999) compreende que este momento foi considerado o “*boom* demográfico e quando mais se acirraram as discussões sobre os potenciais efeitos negativos do elevado crescimento demográfico sobre o crescimento econômico” (p. 28-29).

O abandono da orientação natalista ocorreu com o processo de transição demográfica e a consequente aceleração do ritmo de crescimento da população. Desta forma, as ideias pró-natalista, que tinham como tese o subpovoamento da região, ficaram desatualizadas. Emerge a preocupação com o significativo contingente populacional.

A transição demográfica teve como fatores favoráveis a descoberta da pílula anticoncepcional, na década de 1950, que provocou um impacto nas relações sexuais, considerada talvez a maior revolução social do século XX. Acrescenta-se a esse fato a articulação do movimento feminista na luta pelo domínio do corpo e também a significativa inserção das mulheres no mercado de trabalho. Diante disso, se percebe a necessidade de controle da procriação.

O País não contava com política explícita direcionada ao controle da natalidade, entre as décadas de 1960-90, entretanto, permitiu que várias instituições financiadas pelo capital internacional agissem livremente, como já foi pontuado.

O Brasil passou de uma taxa de fecundidade total de mais de seis filhos por mulher, em 1960, para 3,4 filhos, em 1986, e chegou a 1,8 filho, em 2006. Na Colômbia, a taxa que era de, aproximadamente, sete filhos por mulher, em 1960, passou para 3,2 filhos, em 1986, chegando a 2,4 filhos, em 2005. A fecundidade caiu mais rapidamente na Colômbia até os anos 1980, mas a partir daí as taxas brasileiras aceleraram o ritmo de queda. Ambos os países partem de um patamar acima de três nascimentos por mulher; em 1986, com o Brasil apresentando maior taxa, contudo, em 1996, se inverte a situação (Brasil com 2,5 e Colômbia com 3,0 filhos por mulher) e essa tendência permanece nos anos atuais, deixando a Colômbia acima do nível de reposição e o Brasil já bem abaixo. (AMORIM, 2008:107)

Segundo a CPI que investigou a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil, ressalta-se que a organização Centro de Pesquisa de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMEC) tinha como principal atividade treinar médicos de todo o País para a prática de planejamento familiar pautado essencialmente na laqueadura tubária pela técnica de laparoscopia. Essa ação permitiu que a ideologia da contracepção de “alta eficácia” se infiltrasse entre os médicos e demais profissionais da saúde. (BRASIL, 1993)

A ABEPF teve um orçamento, no período de 1988/90, da ordem de US\$ 8,3 milhões. Nesse período, suas principais atividades abrangeram: treinamento de médicos,

enfermeiras e pessoal paramédico em técnicas de esterilização; promoção de entendimentos com o setor público; divulgação de técnicas e de material contraceptivas; publicação sobre população na imprensa nacional e internacional. (BRASIL, 1993)

Nesse sentido, é importante destacar que, na área do planejamento familiar, os últimos 50 anos foram de significativas mudanças. Com referência às políticas sociais, o País transitou de um momento de ausência de qualquer ação política concernente a esse tema, para configurar uma política abrangente, expressa inclusive na Constituição, conforme será delineado a seguir.

2.5 LEGISLAÇÃO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR: INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE E A REALIDADE BRASILEIRA

Contextualizamos, neste tópico, o cenário brasileiro entre as décadas de 1970 a 90, no que diz respeito à questão reprodutiva no País com ênfase na CPMI de 1993, que investigou o excessivo número de esterilizações e as bases constitucionais que levaram à criação da Lei 9.236/96.

As décadas de 1970 e 80 foram acompanhando a tendência mundial, marcadas pelo significativo decréscimo da taxa de crescimento populacional. No Brasil, especificamente nesse mesmo período, foi apontada pelas Pnads um leve declínio no crescimento demográfico que, na década de 1970, era de 2,9 e, na década de 1980, passou a 2,4. Tal fato foi percebido em todas as regiões.

A década de 1980, no Brasil, com o processo de redemocratização, representou marco fundamental no que se refere às reivindicações e a algumas conquistas legais das mulheres quanto ao direito à saúde reprodutiva. Nesse período, surgiu o PAISM, a Comissão de Estudos sobre Direitos da Reprodução Humana, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e a Constituição Federal de 1988. Berquó (1993) salienta que:

A partir de 1989, 27 projetos de lei tramitam no Congresso Nacional, a maior parte apresentada em 1991, nove dos quais versando sobre aborto, quatro sobre esterilização e teste de gravidez, seis sobre planejamento familiar, cinco sobre assistência médica e pré-natal e três sobre novas tecnologias reprodutivas. Tentativas de buscar um consenso sobre as bases para uma normatização da esterilização feminina continuam aglutinando parlamentares e feministas (p. 367-368).

Soma-se a esse quadro o dado do IBGE, de 1986, segundo o qual 5.900.238 mulheres estavam esterilizadas. Esse dado, na época, representava 15,8% do total de

mulheres brasileiras de 15 a 54 anos. Ao todo, se concluía que 65,8% das mulheres casadas e em união consensual usavam algum método contraceptivo. Esse dado, segundo a CPMI 1993, se assemelhava ao dos países desenvolvidos.

Quanto ao nível de instrução, em 1986, 14,7% das mulheres esterilizadas foram consideradas sem instrução formal e 31,6% com um a sete anos de estudo, as com oito anos ou mais de frequência escolar somavam 14,3%.

Tal fato é curioso, pois, segundo o Código Penal brasileiro, no artigo 129, parágrafo 2º, inciso III e 132, criminalizava a lesão corporal com perda de função e a exposição da vida ou da saúde de outrem a perigo. A Lei 2.889, de 1º de outubro de 1956 (Lei de Genocídio), em seu artigo 1º, condenava as práticas que signifiquem a inibição de nascimentos em determinados grupos. Tomando por base essa legislação, o Conselho Federal de Medicina, até a década de 1990, se pronunciava contrário a procedimentos cirúrgicos de esterilização masculina e feminina.

Segundo estudos de Berquó (1993), Serruya (1996) e Dalsgaard (2006), o planejamento familiar podia ser apontado como uma ação controladora classista, pois as esterilizações concentravam-se em um público de renda e nível de escolaridade baixos. Esses estudos também chamam a atenção para o elevado número de partos considerados de alto risco praticados no País após 1977. Ainda cabe o destaque que, nas Regiões Norte e Nordeste, os números foram expressivos. No relatório Final CPMI-Brasil (1993) ressalta-se que: “[...] a maioria das mulheres esterilizadas neste país são negras e pobres. E se não existem estatísticas afirmando isso, deve o Congresso contribuir para pressionar os órgãos competentes a incluir o item cor nos levantamentos estatísticos realizados. [...]”(p. 51).

Em depoimento à CPMI sobre a esterilização feminina no País, a demógrafa Elza Berquó enfatizou que, em comparação ao cenário internacional, com referência às mulheres em idade reprodutiva e casadas e em união consensual esterilizadas a percentagem chegava a atingir 30%, comparada com países desenvolvidos que na época registravam 7%, conclui-se que o nível era muito elevado.

O movimento negro nacional teve papel preponderante nesse período denunciando a esterilização excessiva e assinalando para o controle demográfico dos negros. Em 1986, na Bahia, foi realizada uma campanha publicitária convocando ao controle de natalidade. Essa campanha destinava-se à inauguração do Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana, dirigido pelo médico e pesquisador Elismar Coutinho, onde foram exibidos *outdoors* com fotos de crianças e mulheres negras, com os dizeres: “defeito de fabricação”.

Vale abrir aqui um parêntese para destacar que a maior parte dos países industrializados mantém baixas taxas de fecundidade, abaixo do nível de reposição, sem o recurso acentuado a práticas irreversíveis de regulação da fecundidade. Neles, as mulheres preferem lançar mão de métodos mais tradicionais e, em caso de falha, recorrer ao aborto legal, sem perder contudo a capacidade reprodutiva. (CPMI, 1993: 371)

Com relação a esse momento, Berquó (1996) e Delsgaard (2006) afirmam que, para ser esterilizada, a paciente e seu médico planejavam uma cesariana, frequentemente paga na época pelo sistema público de saúde, justificando-a como gravidez de risco e pela qual alguns médicos recebiam pagamento adicional. A autora enfatiza:

Sendo a esterilização proibida pelo Código Penal Brasileiro e pelo Código de Ética Médica, os profissionais de saúde realizam a laqueadura durante uma cesárea. Como já é amplamente sabido, neste caso, o custo hospitalar da paciente e os honorários do médico estão cobertos pelo Inamps e o custo adicional da esterilização é pago "por fora" pela gestante. (BERQUÓ, 1996, e DELSGAARD, 2006: 376)

Por muito tempo, vigoraram no País práticas eleitoreiras; a troca do voto por favores e no aspecto saúde pública, até nos dias de hoje, essa ação permanece, mesmo com aparato legal repressivo. Especificamente no que tange à esterilização, esse fato foi muito denunciado à CPMI, como também a exigência de atestado de esterilização para admissão e manutenção do emprego. (BRASIL, 1993: 44)³⁵

Entre as conclusões e recomendações do trabalho da CPMI, ficou explícito o entendimento de que a saúde pública estava deficitária no que diz respeito às ações centralizadas na saúde da mulher. Reconhecem a ação de controle da fertilidade praticada por instituições muitas vezes parceiras do Estado, com destaque para a Bemfam e CPAIMC; ratificam a informação do IBGE sobre a esterilização em massa de mulheres.

Recomendam ao Legislativo a discussão e votação do projeto de lei sobre planejamento familiar com base no que estabelece a Constituição de 1988, em seu artigo 226: “a família base da sociedade tem especial proteção do Estado”. No § 7, estabelece: “fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos

³⁵ No Espírito Santo, Viação Serrana; Transcol; Viação Grande Vitória. No Rio de Janeiro, De Millus, são citadas na época por estarem reduzindo seu quadro de profissionais do sexo feminino, visando desobrigarem-se do fornecimento de creche; direito trabalhista das mulheres. A Central Única dos Trabalhadores é citada por denunciar a exigência de atestado de esterilização para admissão em emprego. A representante da Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, Maria Betânia Ávila, “sugeriu que a troca de laqueadura por voto ou a exigência de ligadura para conseguir emprego deveriam ser configurados crimes contra a humanidade”.

educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.

Na Ata da vigésima quinta reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde 1991/1995, que aconteceu nos dias 2 e 3 de junho de 1993, constou como ponto de pauta a Norma Brasileira sobre Planejamento Familiar, cuja relatora era a conselheira Zilda Arns, que na ocasião representava a Companhia Nacional de Bispos Brasileiros (CNBB). O momento foi bastante tumultuado. Um grupo de mulheres/deputadas do Congresso Nacional enviara um ofício em que solicitava a suspensão da votação do referido tema no Conselho Nacional de Saúde até que o Congresso regulamentasse o assunto.

A doutora Zilda Arns informou ter recebido pressões. O conselheiro Mozart, representante do Ministério do Trabalho, sugeriu a supressão do termo norma. E observou que o artigo 4 do documento propõe oficializar como norma de Estado e como meio de proteger a saúde, a esterilização e que, assim, a vontade individual não é predominante como premissa. Ressaltou que ao Estado não cabe normalizar o comportamento individual.

Entendia o conselheiro que essa é uma matéria em que o Estado não deveria intervir, e que o Conselho não deveria autorizar uma norma desse porte. Concluiu dizendo que a ação de normalizar comportamentos é a antessala do autoritarismo e quem nem sempre se teve a coragem de remar contra a corrente, contra os modismos que respondem a outros interesses que não os de assistir, propriamente, à saúde. Enfim, por 12 votos contra seis, e uma abstenção, o documento foi aprovado como contribuição tendo o seu título passado a ser *Norma Brasileira de Serviços de Entidades de Planejamento Familiar Públicas e Privadas*.

Reportamo-nos à referida ata, para mostrar quanto tempo se passou da promulgação da Constituição de 1998 até chegar a ser ponto de pauta do CNS, posteriormente, a se configurar no Programa de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde, que se ampara na Lei 9.236, de 12 de janeiro de 1996.

O objetivo da lei era ampliar o acesso das mulheres/homens/casais a informações e métodos para o planejamento familiar no contexto da assistência integral à saúde; ampliar o leque de opções contraceptivas disponíveis para os usuários do SUS; promover a dupla proteção: evitar, simultaneamente, a gravidez indesejada e DSTs/Aids; reduzir a mortalidade materna; evitar gestações de alto risco; reduzir o número de abortos provocados e prevenir os altos índices de partos considerados de alto risco.

Nesse sentido, tomamos como referência o aporte legal para apresentar os principais critérios constantes na lei que norteia os serviços de planejamento familiar no País. São eles:

- Somente é permitida a esterilização voluntária em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado, à pessoa interessada, acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce;
- Na vigência da sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges;
- Em caso de gestação de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, isto deve ser testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos;
- A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada por laqueadura tubária, vasectomia ou outro método cientificamente aceito;
- É obrigatório constar no prontuário médico o registro de expressa manifestação da vontade da pessoa solicitante da cirurgia em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

É significativo lembrar ainda que a assistência à concepção e contracepção é uma das ações da Equipe de Planejamento Familiar, que envolve toda a rede de serviços de saúde, no âmbito das seguintes atividades: atendimento pré-natal; assistência ao parto; ao puerpério e ao neonato; o controle das doenças sexualmente transmissíveis; o controle e a prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

O código de procedimento cirúrgico com as regras para que a esterilização voluntária fosse paga pelo SUS foi criada pela Portaria 144 do Ministério da Saúde, de novembro de 1997. A mesma portaria especificou as regras de credenciamento dos hospitais para realizarem a laqueadura e a vasectomia pelo SUS e disponibilizou o formulário de credenciamento. Permaneceu em vigor por mais de um ano e, durante esse período, poucos hospitais foram credenciados. Consequentemente, um número reduzido de esterilizações foi registrado. (BERQUÓ, 2004:124)

Em fevereiro de 1999, outra Portaria do Ministério da Saúde, a de n. 48, efetivou uma mudança significativa na regulamentação da lei. O ponto principal da portaria foi proibir a realização de laqueadura tubária durante o período do parto ou aborto e até 42 dias depois, exceto em casos de cesarianas sucessivas anteriores e quando a exposição a outro ato cirúrgico representasse risco de vida para a mulher. A partir dessa portaria de 1999, houve um aumento significativo no número de laqueaduras e vasectomias registradas no SUS. (BERQUÓ, 2004:124)

Segundo Ávila (1993), para algumas feministas, o estabelecimento de uma idade civil para o acesso à cirurgia de esterilização tem sido considerado necessário para coibir o abuso de idade precoce dentro de um quadro de carência social absoluta. Já para outras, essa norma reforça a tradição de um Estado regulador da liberdade do indivíduo. Também o movimento de mulheres negras trouxe uma dimensão fundamental para o debate, ao inserir a questão racial associada à condição de classe que, em determinado contexto do país, definiu a recorrência à esterilização.

Outro ponto diz respeito à disponibilização dos métodos contraceptivos na rede pública de saúde, segundo Alves (2006):

Mesmo depois da aprovação da Lei de Planejamento Familiar, em 1996, a disponibilidade de métodos contraceptivos na rede pública de saúde continua baixa devido à crise fiscal do Estado brasileiro. O fato é que as famílias mais pobres não podem exercer de maneira plena os seus direitos à determinação reprodutiva. [...] Assim, a gravidez indesejada é uma realidade e afeta tanto a mulher que se vê forçada a carregar uma gestação não planejada, quanto as crianças que foram concebidas não pela vontade soberana dos seus progenitores. Não é de se estranhar, pois que a gravidez na adolescência seja um tema em constante debate no país (p. 32).

2.6 MATO GROSSO - CUIABÁ: ASPECTOS GERAIS

Mato Grosso possui 141 municípios e área territorial de 903.329,700km², para uma população de 3.033.991 pessoas, sendo que, desse total, 1.548.894 são homens e 1.485.097 mulheres. A população urbana é de 2.484.838 pessoas e a rural é 549.153 e tem uma taxa de crescimento populacional de 1,94 ao ano. Possui expectativa de vida de 70,1 anos para os homens e 77,4 para as mulheres.

O Estado possui 75 terras indígenas; 19 unidades de conservação federal; 42 estaduais e 44 municipais. Limita-se, ao Norte, com o Estado do Pará; ao Sul com o Estado

do Mato Grosso do Sul; a Leste com Goiás e Tocantins e a Oeste com o Estado de Rondônia e com a Bolívia.

A capital de Mato Grosso é Cuiabá que, de acordo os dados do IBGE, está localizada no Centro Geodésico da América do Sul, e foi fundada em 8 de abril de 1719 por Pascoal Moreira Cabral. A área territorial é de 3.362,76km², para uma população de 551.350 pessoas, sendo 269.397 homens e 281.953 mulheres. Dados do IBGE de 2009 indicam que Cuiabá possui 145 estabelecimentos de saúde do SUS.

Cuiabá faz limite com os municípios de Chapada dos Guimarães, Campo Verde, Santo Antônio do Leverger, Várzea Grande, Jangada e Acorizal. O município é cercado por três grandes ecossistemas: a Amazônia, o Cerrado e o Pantanal; é considerado a porta de entrada da floresta amazônica. A vegetação predominante no município é o cerrado, desde suas variantes mais arbustivas até as matas mais densas, à beira dos cursos d'água. Possui clima tropical quente, com temperatura média de 35°C, mas pode chegar a 42°C.

A economia de Cuiabá está atualmente concentrada no comércio e na indústria. No comércio, a maior representação é de varejistas, constituída por casas de gêneros alimentícios, vestuário, eletrodomésticos, de objetos e artigos diversos. O setor industrial é representado, basicamente, pela agroindústria. Com referência à agricultura, cultivam-se lavouras de subsistência e hortifrutigranjeiros. O município, em 2005, segundo o IBGE, registrou um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 6,67 bilhões.

O Censo Demográfico de 2000 demonstrou que Cuiabá tinha uma população de 483.346 habitantes, sendo 235.568 homens e 247.778 mulheres. Evidenciou-se, ainda, uma taxa de analfabetismo de 5,6%, enquanto para o Estado era de 11,1%.

Quadro 4: Dados populacionais de Mato Grosso e Cuiabá

Estado Município	População residente, sexo e situação do domicílio					População residente de dez anos ou mais de idade		
	Total	Homens	Mulheres	Urbana	Rural	Total	Alfabetizada	Taxa de alfabetização (%)
Mato Grosso	2.504.353	1.287.187	1.217.166	1.987.726	516.627	1.981.816	1.761.966	88.9
Cuiabá	483.346	235.568	247.778	476.532	6.814	394.007	372.075	94.4

Fonte: Censo Demográfico, 2000.³⁶

³⁶Disponível

<www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/universo.php?tipo=31o/tabela13_1.shtm&uf=5>. Acesso em: mar. 2010.

2.7 Serviço de Planejamento Familiar em Cuiabá (MT): Organização do Serviço de Saúde

Com base nos instrumentos legais municipais, passamos a descrever o Serviço de Planejamento Familiar, no Município de Cuiabá, que tem por objetivo oferecer aos homens e mulheres, ou ao casal, assistência a concepção e contracepção em toda a rede do SUS, como parte das ações que compõem a atenção integral à saúde, conforme preconiza a legislação.

O planejamento familiar, ferramenta de vital importância na redução da mortalidade materna, uma vez que possibilita à mulher planejar sua gravidez, e até pode se constituir em um instrumento para evitar a considerada indesejável que, em alguns casos, pode terminar em abortamento clandestino, levando frequentemente a óbito materno.

O Serviço de Planejamento Familiar também aparece como oportunidade de orientação e esclarecimento à mulher quanto à sua saúde e aos cuidados com os futuros bebês. Tal ação pode influir na diminuição da taxa de mortalidade materna, neonatal e infantil, permitindo às mulheres estabelecer o adequado intervalo entre os partos. Desta forma, o serviço pode proporcionar autonomia às pessoas em relação aos seus corpos e objetivos de vida.

O programa focalizado por nós neste trabalho tem como público-alvo todos os homens e mulheres em idade fértil, usuários do SUS de Cuiabá. O Serviço de Planejamento Familiar do município está estruturado de forma integrada entre as unidades de saúde e é conduzido por uma equipe multiprofissional. Teve início em 2001, ou seja, cinco anos após promulgada a legislação. A atuação dos profissionais de saúde envolve as seguintes atividades: educativa, aconselhamento, procedimentos clínicos e cirúrgicos.

E importante destacar, para efeito deste trabalho, que as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e o Programa Saúde da Família (PSF) são as portas de entrada para o serviço de planejamento familiar no município. Nessas unidades, são distribuídos preservativos e medicamentos relacionados aos métodos anticoncepcionais hormonais, obedecendo aos seguintes critérios:

Métodos anticoncepcionais hormonais, orais, injetáveis, e outros, são distribuídos mediante prescrição médica, na primeira vez; A paciente deverá ser cadastrada no serviço de planejamento familiar para o fornecimento trimestral dos medicamentos, que também fornece os métodos contraceptivos, caso seja solicitado com a devida apresentação da prescrição médica; A cada ano, a paciente deve realizar nova consulta médica para a manutenção, ou não, do uso do método; A distribuição do preservativo pode ser feita sem prescrição, porém, com cadastro do usuário e controle da dispensação.

As equipes de planejamento familiar estão instaladas nas policlínicas, com as seguintes atribuições: fazer o trabalho educativo em planejamento familiar nas unidades do município, conforme a organização da instituição; elaborar o processo de autorização de laqueadura e vasectomia. Têm como atribuição manter em seus arquivos o registro de todos os processos de solicitação de esterilização definitiva, bem como o controle das cirurgias realizadas, informando regularmente, ao Setor de Controle e Avaliação, os procedimentos realizados, através da ficha de notificação; Aconselhamento; Inserção de DIU; Dispensação de pílula e pílula de emergência; Solicitação de procedimentos cirúrgicos (vasectomia e laqueadura de trompas).

Os hospitais da rede credenciada do SUS são referência para a realização da cirurgia de laqueadura e vasectomia, sempre de acordo com a lei, e após autorização do procedimento pela Equipe de Planejamento Familiar e Central de Regulação dos trâmites do órgão regulador dos procedimentos cirúrgicos.

O principal objetivo da avaliação da assistência proporcionada pelos serviços de planejamento familiar é oferecer subsídios para a melhoria da qualidade do atendimento, segundo a secretaria municipal. São utilizados, para a avaliação, os indicadores de qualidade e outros resultados como: o percentual de mulheres em idade fértil atendidas em unidade de planejamento familiar; prevalência de uso quanto aos vários métodos anticoncepcionais; taxa de natalidade; taxa de mortalidade materna e taxa de mortalidade infantil. Vale destacar que essa é a norma geral que rege o Programa Municipal de Planejamento Familiar, contudo, na prática, dependendo do profissional, da equipe de planejamento e da coordenação do serviço, há variações.

O trabalho sempre diverge um pouco entre as unidades, o que foi percebido pelos profissionais entrevistados, conforme pode ser observado nos depoimentos apresentados ao longo do trabalho.

Ainda com a intenção de mostrar um quadro mais próximo da realidade do atendimento à saúde no município em questão, apresentamos em seguida dados relacionados à produtividade do serviço.

2.7.1 Partos, vasectomias e laqueaduras tubárias: dados do Estado de Mato Grosso e Cuiabá

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde (SES),³⁷ foram realizados 106.016 partos pelo SUS, no Mato Grosso, de 2006 a 2009. Nesse mesmo período, foram efetivadas 992 (19,73%) cirurgias de vasectomia e 4.037 (80,27%) cirurgias de laqueadura.

Em Cuiabá (MT), entre 2006 e 2009, foram realizados 30.143 partos pelo SUS. Atualmente, segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Cuiabá conta com os seguintes hospitais habilitados e credenciados para a realização da cirurgia de esterilização: Hospital Geral Universitário; Hospital Universitário Julio Muller; Hospital Santa Casa de Misericórdia; Hospital Santa Helena; Hospital Bom Jesus e Hospital Militar. Essa lista se altera quando há deficiência de quadro técnico, ou quando é identificada alguma situação que leve à suspensão da habilitação da unidade de saúde.

Quadro 5: Demonstrativo das cirurgias de laqueadura tubária e vasectomias realizadas

Cirurgia	2006	2007	2008	2009	Total
Vasectomia	05	12	08	51	76
Laqueadura tubária	182	178	184	116	660
Total de cirurgias	736				

Fonte: Relatórios da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso

Dessa forma, no cômputo geral, de acordo com os dados da SES, foram realizadas 736 cirurgias de esterilização em Cuiabá. Sendo 76 vasectomias e 660 laqueaduras tubárias, o que representa um índice de 10,32% e 89,67%, respectivamente, entre os anos de 2006 e 2009.

Conforme pode ser observado no Quadro 5, há uma diferença muito significativa entre o número de solicitações de cirurgias de esterilização efetivadas pelo município e os dados que a SES apresenta enquanto cirurgias consumadas. O que poderia ocasionar o fato? Um dos fatores passíveis é o caráter eletivo da cirurgia de laqueadura tubária e de vasectomia.

Outra variação que deve ser observada é a inexatidão no registro do número de cirurgias solicitadas. As formas de registro não possibilitam afirmar que todas as constantes foram realizadas. Esse fato pôde ser comprovado amplamente, durante a definição da amostragem da pesquisa: em contato com as mulheres que supostamente realizaram o

³⁷ Todos os dados ao ano de 2009 são parciais

procedimento, constatou-se que passaram pelo serviço, fizeram todos os procedimentos exigidos, no entanto, não efetivaram a cirurgia³⁸. Também é preciso considerar que, a qualquer momento, no processo anterior à realização da cirurgia, a pessoa pode desistir da solicitação.

2.7.2 Visão do Serviço de Planejamento Familiar: atendimento de 2008 a 2010

Segundo relatório da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, foram atendidas 1.417 pessoas, em 2008, nas cinco policlínicas da cidade, sendo que 1.234 (87,08%) eram mulheres e 183 (12,92%) homens. No tocante à esterilização, das atendidas, 665 mulheres (53,88%) foram encaminhadas para a realização da laqueadura tubária, enquanto que, no mesmo ano em destaque, dos homens atendidos, 100 (54,64%) foram encaminhados para vasectomia.

Sobre a diferença significativa entre homens e mulheres que são considerados aptos à realização do procedimento cirúrgico de esterilização, caberia refletir a respeito da atuação dos profissionais e as estratégias que utilizam nos atendimentos. Em particular, compreendemos que, dependendo a orientação religiosa; dos valores morais e da perspectiva de gênero defendida pelo profissional, este pode passar ao usuário e usuária mais segurança com relação ao serviço e até mesmo influenciar na decisão dos mesmos.

Percebemos também que o poder de convencimento do profissional é limitado pelo poder de decisão do sujeito demandante do serviço. Porém, no aspecto esterilização, o profissional necessita ter atenção para expor aos homens e mulheres o leque de vantagem e desvantagem de se submeter à vasectomia ou à laqueadura tubária. Isso com o objetivo de desmistificar as crendices sobre a vasectomia e também de aproveitar a oportunidade e fazer uma reflexão sobre gênero, no que diz respeito especificamente à submissão feminina.

³⁸ Os motivos serão detalhados no capítulo seguinte.

Quadro 6: Demonstrativo do atendimento do Serviço de Planejamento Familiar em Cuiabá (MT) em 2009

2009						
Policlínicas	Mulheres			Homens		
	DIUs Inseridos	Encaminhadas para Laqueadura	Total do Atendimento	Encaminhados para Vasectomia	Total do Atendimento	Total do Atendimento
Verdão	23	91	263	55	99	362
Planalto	108	200	321	30	30	351
Coxipó	03	126	180	30	33	213
CPA I	10	55	58	19	20	78
Pascoal Ramos	11	58	179	15	48	227
TOTAL	155	530	1.001	149	230	1.231

Fonte: Relatórios da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (MT)

Neste ano, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, 1.231 pessoas foram atendidas nas cinco unidades secundárias (policlínicas do Verdão; Planalto; Coxipó; CPA I; Pascoal Ramos). Das 1.001 (81,30%) mulheres atendidas, 530 (53,00%) foram consideradas aptas a realizar a cirurgia de laqueadura tubária. No mesmo período, foram atendidos 230 (18,70%) homens, dos quais 149 (64,78%) foram encaminhados para o procedimento de vasectomia. No mesmo período, foram colocados 155 DIUs.

Quando se verifica, a partir do total de pessoas atendidas, o percentual de mulheres e homens encaminhados para a cirurgia de esterilização, têm-se 43% e 11,37% respectivamente.

Quadro 7: Demonstrativo do atendimento do Serviço de Planejamento Familiar em Cuiabá (MT) em 2010

2010						
Policlínicas	Mulheres			Homens		
	DIU Inseridos	Total Atend.	Enc. Laq	Total Atend.	Enc. Vasecto.	Total Atend.
Verdão	23	215	139	33	26	248
Planalto	134	294	87	30	23	324
Coxipó	06	235	158	49	45	284
CPA I	01	136	129	19	18	155
Pascoal Ramos	19	238	82	48	09	286
TOTAL	183	1.118	595	179	121	1.297

Fonte: Relatório da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (MT)

Com base nos dados da Secretaria Municipal de Saúde, em 2010 foram atendidas 1.297 pessoas, nas cinco unidades secundárias - policlínicas. Das 1.118 (86,19%) mulheres, 595 (53,22%) foram consideradas aptas para a realização da cirurgia de laqueadura tubária e 183 (16,36%) inseriram DIU. Desta forma, 340 (30,42) acredita-se que não se enquadravam nos critérios da legislação em vigor e foram orientadas para outros métodos.

No mesmo período, foram atendidos 179 (13,80%) homens, dos quais 121 (67,59%) foram encaminhados para a realização do procedimento de Vasectomia. Logo, 58

(32,40%) homens, que não se enquadravam nos critérios normativos, foram orientados para outro método.

Quando se verifica, a partir do total de pessoas atendidas, o percentual de mulheres e homens encaminhados para realização da cirurgia de esterilização, têm-se 45,87% e 9,32% respectivamente.

Constata-se, por esses dados, que há muita disparidade na procura do serviço por homens e por mulheres, estando estas últimas em posição bastante vantajosa. Isso leva, certamente, a maiores oportunidades para que elas realizem a esterilização e, conseqüentemente, a uma grande desproporção nesse atendimento para elas em relação aos homens. Entretanto, os dados também revelam um tratamento semelhante em termos da realização da esterilização, se tomarmos cada um dos grupos - homens e mulheres - separadamente.

No tocante às solicitações totais de cirurgias, considerando os três anos, foram realizadas 2.160 cirurgias. Destas, 1.790 (82,87%) em mulheres e 370 (17,13%) em homens. Quando observados os números totais de esterilizações, entre os anos de 2009 e 2010, nota-se um acréscimo de 37 cirurgias, o que corresponde a um índice de 2,65% de aumento. Fica evidente que houve um aumento das solicitações de cirurgias femininas e uma diminuição das masculinas.

É necessário, entretanto, considerar que frequentemente essa diferença pode ser atribuída a problemas no fluxo do serviço como, por exemplo, a falta de profissionais nas equipes, férias, interrupção de contrato de terceirizados que compõem a equipe, transferência de profissionais para outras unidades. Esses fatores podem fazer o número dos atendimentos flutuar.

2.8 SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR: ALGUMAS AVALIAÇÕES

Certamente, o conhecimento do grau e da extensão da mudança dos parâmetros sociais de atenção à saúde reprodutiva é aspecto muito importante da discussão que levantamos neste trabalho.

Neste sentido, é necessária uma avaliação sobre o funcionamento das estruturas de atendimento à saúde pública, de forma a proporcionar o real conhecimento de suas formas de implantação, incluindo o conjunto de profissionais. Uma condição básica é mostrar como a rede assimilou tanto a proposta de planejamento familiar como as novas posições e significados vigentes no campo da sexualidade humana.

Para esta análise, tomamos como referência o trabalho do Programa de Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Núcleo de Estudos de População (NEPO) da Universidade de Campinas (Nepo/Unicamp), que avaliou o impacto das novas regras sobre o atendimento do SUS através de uma pesquisa multicêntrica realizada em 2000, envolvendo seis capitais de todas as regiões do Brasil. Do sudeste: São Paulo e Belo Horizonte; do sul: Curitiba; do Centro-Oeste: Cuiabá; do Nordeste: Recife; e do Norte: Palmas. (BERQUÓ, 2004)

A partir da referida pesquisa, conclui-se que, apesar da mudança que a legislação provocou na realidade das mulheres, muito significativas são as dificuldades encontradas por quem deseja fazer laqueadura ou vasectomia pelo SUS. Por isso, pareceu-nos relevante apontar aqui os seus achados.

Os homens e mulheres participantes do estudo foram acompanhados desde o momento do pedido de esterilização e, decorridos seis meses, todos passaram por uma entrevista final. Entre os participantes que conseguiram ser esterilizados, registra-se apenas 25,8% das mulheres e 31% dos homens. É importante que se aponte os entraves que a pesquisa detectou quanto ao impedimento do acesso à cirurgia de esterilização. (BERQUIÓ, 2004)

Nas cidades que já tinham programas de planejamento familiar, implementados antes de 1999, os pesquisadores detectaram que a regulamentação municipal não estava perfeitamente de acordo com a Lei 9.263. Os critérios locais eram mais restritivos do que os estabelecidos na lei. O tipo de interpretação incorreta da lei mais comumente encontrada foi a combinação dos critérios sobre idade e número de filhos. Por exemplo: enquanto a norma federal estabelece que, para se submeter à esterilização, as pessoas devem ter pelo menos 25 anos, “ou” dois filhos vivos, no nível municipal, a exigência era substituída pelo entendimento de que deveriam ter 25 anos “e” dois filhos. Outra distorção usual nas regulamentações municipais era o aumento da idade e do número de filhos exigido. Foram encontrados ainda critérios, que, embora não existissem na lei, eram muitas vezes mencionados e utilizados na prática, como condição socioeconômica e estabilidade conjugal. (BERQUÓ, 2004:125)

Nas cidades não dotadas de regulamentação municipal sobre o assunto - Recife, Cuiabá e Palmas -, os pesquisadores perceberam que os critérios seguidos para autorizar as cirurgias eram os mesmos da lei, pelo menos no discurso dos profissionais de saúde. No entanto, algumas vezes, os problemas encontrados nas outras capitais se repetiam também nessas cidades. Ainda acontecia de haver algumas regras mal interpretadas. (BERQUIÓ, 2004: 126)

As entrevistas com os gestores de saúde e diretores de ambulatório e hospital revelaram a existência de opiniões diferenciadas em relação aos requisitos exigidos pela normatização. O critério da idade mínima foi considerado o mais inadequado, pelos diretores de hospital, seguido do número de filhos nascidos vivos. Segundo eles, devia-se exigir que as pessoas fossem mais velhas ou tivessem mais filhos. A objeção à idade mínima de 25 anos foi endossada pelos gestores estaduais e municipais de saúde. Entre os diretores de ambulatório, o critério mais criticado foi a carência de 60 dias entre a demanda e seu atendimento, que foi considerada muito longa. (BERQUÓ, 2004: 128)

Os pesquisadores ressaltaram que essas opiniões demonstram os motivos da baixa proporção de cirurgias de laqueadura e vasectomia registradas na pesquisa. Embora a prática de esterilização tenha sido regulamentada em lei como um direito reprodutivo de homens e mulheres, a reação conservadora dos profissionais de saúde, aliada à própria burocracia do SUS, dificulta o exercício desse direito. Outro dado registrado na pesquisa agrava o quadro: apenas 68,5% das pessoas que tinham dado entrada no pedido de esterilização sabiam que se tratava de um direito a ser atendido gratuitamente pelo SUS, seguindo os critérios fixados. (BERQUÓ, 2004) Com o objetivo de ilustrar essa passagem apresentamos o depoimento de um membro da EPF de Cuiabá (MT):

A gente aceita a lei como um todo. Por que a lei é uma lei federal, não foi a gente que colocou. Se o paciente nos procura voluntariamente a gente aceita. Mas como [...] a gente tenta sempre orientar pra que não, pra que possa ter outras coisas mais reversíveis exatamente por causa disso, por que o nosso objetivo é o paciente ter um núcleo familiar feliz planejado e não vir a se arrepender de algum procedimento cirúrgico. Assim, que não fique feliz de não poder ter mais filhos do método natural no caso. (profissional “C” EPF em Cuiabá (MT))

É preciso destacar que o discurso dos profissionais, muitas vezes, não corresponde ao modo de intervenção, porém não é regra. Como a pesquisa do Nepo aventou, há profissionais que ainda atuam como tutores da cidadania. Orientação precisa, consciente do seu papel como um articulador do serviço público, deve ser considerado melhor para o serviço. Essa orientação profissional, contudo, não pode interferir na vontade do usuário/a de forma a impedi-lo de tomar a decisão livre e consciente. E jamais fazer a interpretação da legislação conforme a conveniência, ou seja, analisar as situações e atuar de forma a fazer julgamentos da realidade do ser humano e tomar a decisão pelo sujeito.

Embora não tenha sido apontada pela pesquisa do Nepo, outra questão séria levantada pelo trabalho de campo que realizamos para elaboração desta dissertação,

necessita ser citada. Refere-se ao fato de passar falsas informações a fim de conseguir a laqueadura, no caso, por exemplo, da mulher que se encontra em situação desesperadora, e acredita que a cirurgia seja para ela a única solução.

A tentativa de ludibriar a EPF e a legislação fica clara no depoimento seguinte:

Eu cheguei ir várias vezes à policlínica, lá. Não foi uma única vez não, eu fui várias vezes, cheguei a ser rejeitada, levar porta na cara. Não tem jeito, pela sua idade. Então, [...] através de pessoas que eu conhecia, né, me falou é o único objetivo de você conseguir é ter que falar que você já teve dois filhos vivos e mais um aborto. Por que aí vai ter menos empecilho pra você. Aí foi que fui passar pela psicóloga, daí ela me perguntou [...] por qual motivo que eu queria tanto, até na época ela falou que eu tive que tomar vitamina, ter uma alimentação mais estável porque eu tinha perdido bastante peso então eu estava meio sem chances. Daí eu falei pra ela assim, não vou mentir, eu falei pra ela que eu tinha um aborto, mais dois filhos que esse já seria o terceiro. Então aí ela: [isso era verdade?] Não, não era verdade, eu não tive aborto não. Eu tive só os meus dois filhos mesmo, as únicas gravidezes. (Úrsula)

Na situação delineada, vários problemas se apresentam, entre eles destacamos: primeiro, para se fazer a cirurgia na rede pública, não atingia os critérios, porém, na rede privada, poderia ser efetivado o procedimento. Outra questão que chama atenção é que a mulher desejava se submeter ao procedimento, porém o esposo não autorizava.

Dos problemas verificados pelo Nepo, apontados pelas mulheres que não tinham sido esterilizadas no final do período de seis meses, os mais citados foram o difícil acesso à solicitação, ausência de médicos ou má vontade, e o longo tempo de espera acarretado pela burocracia. As mulheres alegaram também: o desrespeito ao critério da idade ou número de filhos vivos; o fato de ser solteira e não ter quem assine os papéis; conselhos do médico desestimulando a fazer a cirurgia para evitar arrependimento ou devido a problema de pressão alta; intenção do médico do SUS de cobrar pela operação.

Entre os homens, os motivos mais citados foram: a burocracia do SUS e o desrespeito ao critério da idade ou número de filhos vivos. Eles mencionaram também: conselhos do médico, desestimulando a fazer a cirurgia para evitar arrependimento; ou devido à taxa de colesterol elevada; a informação recebida que o SUS não faz a operação de graça; e a informação de que a cirurgia estava suspensa. (BERQUÓ, 2004: 130)

Neste sentido, nos parece significativo pontuar as falas dos profissionais que entrevistamos, especificamente quando eles fazem avaliação do SPF:

[...] eu vejo muito do discurso das pessoas assim: _ eu estou vindo aqui, que bom que vocês estão me acolhendo mas isso não tem muita qualidade, isso não vai funcionar. Vão me chamar daqui a uns dois anos, pode até que eu engravide de novo nesse período. Então assim, uma desconfiança, uma falta de credibilidade no sistema público, isso me apavora. [...] Olha meu Deus – que visão nós temos do público hoje? Isso é uma coisa que de modo geral poderia ser modificada. Um descrédito parece que não somos nós que mantemos todo o processo. Vai para uma Central de Regulação e a gente não tem como controlar a partir daí. Mesmo em relação aos hospitais, porque é uma cirurgia eletiva. Então no período de grandes emergências ou de precariedade do atendimento médico as cirurgias ficam do lado eterno esperando. (profissional “A” EPF em Cuiabá (MT))

O serviço melhorou muito, mas eu acredito que tem muito que melhorar ainda. Tem que ser um trabalho realizado não só com a Equipe de Planejamento Familiar mas com os profissionais que atuam na área da saúde. Que as vezes a pessoa chega aqui, até mesmo aqui na própria Policlínica o atendente, a recepcionista ele não tem conhecimento ou tem conhecimento e não sabe informar a forma correta, não tem a iniciativa de vir perguntar por mais que você esclareça. [...] A referência sempre termina sendo o serviço social. Eu avalio como bom, mas existe muitas coisas que devem ser melhoradas. (profissional “B” EPF em Cuiabá (MT))

Eu acho que teria que ter mais equipes e comprometimento, as vezes de alguns profissionais da própria Equipe ou por falta de tempo, ou por falta de estrutura até nós mesmos, [...] as vezes a gente gostaria de dar uma atenção maior. (profissional “C” EPF em Cuiabá (MT))

Pactuamos com o pensamento de Ávila (1993) quando afirma que a defesa do Planejamento Familiar como proposta democrática tem, como contrapartida, o controle social. A importância deste se torna clara, especialmente neste caso, em que o ganho obtido com a implantação dos serviços de planejamento familiar não contou com a participação da maioria de seus usuários na luta política pelos direitos reprodutivos. A legislação e o atendimento disponibilizado pode parecer mais algo outorgado do alto do poder do Estado do que direito de aquisição pautada na construção democrática.

São bastante visíveis, no país, a luta e os direitos conquistados a respeito das questões sexuais e reprodutivas. O fato não dispensa, entretanto, o Estado brasileiro de um grande esforço político-social para atingir os Objetivos do Milênio relacionados às mulheres: promover a igualdade entre os sexos e a das mulheres; eliminar a disparidade de gênero na educação em todos os níveis até 2015; melhorar a saúde materna – reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna; tornar acessível, através do sistema de atenção básica à saúde, serviços de saúde reprodutiva para todos os indivíduos

nas idades apropriadas. A atenção a saúde reprodutiva deve incluir, dentre outros apoios, orientação em planejamento familiar, informação, educação, comunicação e serviços.

CAPÍTULO III

A Pesquisa - Metodologia e Análise

[vasectomia?] Ah!! Tenho medo. [...] Ah de, sei lá, tem medo de operação [...] Eu acho assim de não funcionar depois. Cortar e não funcionar mais.

Carlos, pai de 5 filhos com duas mulheres.

De tudo que a gente conversou tem alguma coisa para me falar, para perguntar?

“Eu gostaria de perguntar assim, se eu hoje, se eu procurasse sei lá onde que eu iria. O que eu faria pra uma junta médica e uma ajuda médica pra uma nova reversão [laqueadura]. Esse aí eu gostaria de saber. Assim, pela SUS, se eu teria essa chance, novamente. Porque hoje eu não tenho condições de fazer isso particular.

Além de eu ouvir falar que é bastante sofrido e tudo mais. Eu já tive com clínico, já conversei com Ginecologista ele até me falou, na época até passou o valor pra gente, bastante alto, tá fora do nosso orçamento. Eu mesmo com problemas de saúde eu arriscaria.”

Úrsula, 38 anos, mãe de 3 filhos.

3. Estratégias de investigação: caminhos percorridos

“... toda ciência seria supérflua se houvesse coincidência
imediata entre a aparência e a essência das coisas ...”

(Marx, 1974:939)

É com essa compreensão inicial que ressaltamos: o desenvolvimento desta pesquisa está pautado pelo método de abordagem histórico-dialético, pois entendemos que os fenômenos não estão postos em uma realidade estática, mas se encontram inseridos em uma dinâmica e complexa rede de contradições não descoladas historicamente. Assim, deixamos claro que a escolha do tema, bem como todo o direcionamento dado à pesquisa, se pauta numa visão de ser humano e de mundo enquanto totalidade permeada de diferenciações e singularidades. Uma totalidade que carrega em si múltiplas determinações políticas, econômicas, históricas, sociais e culturais. Desse modo, entendemos a realidade que nos cerca como um sistema dinâmico, complexo, contraditório e dialético.

A partir dessas premissas, foi necessária a aproximação de estudos que se centram na discussão da história da mulher e que também têm uma contribuição para a análise de outros temas: sexualidade, reprodução em geral e métodos contraceptivos, acordos internacionais e legislação. Esse procedimento permitiu melhor definição dos objetivos que nortearam este trabalho, bem como estabelecer as hipóteses que nos instigaram a fazer esse percurso de pesquisa.

Por outro lado, dada nossa intenção de conhecer a realidade das pessoas que se deslocam até a rede pública municipal de saúde em Cuiabá (MT), para solicitar a cirurgia de laqueadura tubária, foi necessário nos apropriarmos de instrumentais técnicos metodológicos que concretamente permitiriam esse acesso.

Neste sentido, destacamos que o formato priorizado no estudo está fundamentado na pesquisa quanti-qualitativo que Minayo (1994) explica:

A diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região "visível, ecológica, morfológica e concreta", a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas. O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (p. 22).

O posicionamento de Minayo soma-se às considerações de Chizzotti (2010) quando complementa essa compreensão quando pondera que:

O debate qualitativo *versus* quantitativo revigora, de um lado, a contestação do modelo único de pesquisa, a crítica à hegemonia dos pressupostos experimentais, ao absolutismo da mensuração e à cristalização das pesquisas sociais em um modelo determinista, causal e hipotético dedutivo; adensam-se as críticas aos pressupostos ontológicos, epistemológicos e metodológicos do modelo convencional, reconhecendo-se a relevância do sujeito, dos valores dos significados e intenções da pesquisa, afirmando a interdependência entre a teoria e a prática, a importância da invenção criadora, do contexto dos dados e da inclusão da voz dos atores sociais (p. 53).

3.1 O Desenho da Pesquisa de Campo

3.1.1 O território - espaço dos sujeitos

A pesquisa em foco tomou como referência a Unidade Secundária denominada Policlínica Dr. Henrique de Aquino que integra a rede municipal de serviço de saúde pública de Cuiabá (MT)³⁹, localizada na região norte da cidade,⁴⁰ no bairro CPA I.

Essa Unidade de Saúde⁴¹ foi considerada como locus da pesquisa por ser um espaço que o pesquisador conhece e, conseqüentemente, tem acesso aos dados, com possibilidade de identificar e contatar as/os entrevistadas/os de forma ágil, fato muito importante, levando em conta o tempo para realização da pesquisa.

A unidade de saúde está localizada em um conjunto habitacional conhecido como Morada da Serra, que é dividido em CPA⁴² I, II, III e IV. Lá residem aproximadamente 67 mil pessoas. A unidade de saúde é responsável por 38 bairros (muitos dos quais tiveram como origem ocupações populares). Deles, apenas dez possuem o PSF, quatro possuem Centro de Saúde. A Unidade de Saúde abrange uma área que concentra 120 mil habitantes, aproximadamente.

³⁹ Em Cuiabá há cinco policlínicas, localizadas nos bairros: Coxipó, Planalto, Pascoal Ramos, Verdão e CPA I.

A Unidade do CPAI teve como origem um posto de saúde e, em 1993, foi transformada em unidade secundária e atende gratuitamente a população 24 horas por dia. (Conta com os serviços de laboratório, raios X e vacinação).

⁴⁰ A unidade de pesquisa contava, em junho de 2009, com os seguintes profissionais: clínicos gerais, ginecologistas, pediatras, enfermeiras e assistentes sociais, cardiologista, pneumologista, urologista, psiquiatra, psicólogas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudióloga. Esse quadro de profissionais se altera de acordo com a política.

⁴¹ O Centro Político Administrativo (CPA) local foi pensado para ser o complexo que concentraria todos os órgãos governamentais do Estado. Posteriormente, construiu-se um conjunto habitacional para os servidores públicos. Contudo, na atualidade, com o crescimento desordenado da cidade, o conjunto populacional não tem a mesma característica do seu projeto e está cercado de bairros que teve como origem a grilagem. Ainda é considerável o número de moradores que são servidores públicos, mas não somente. A primeira etapa desse conjunto habitacional foi inaugurada no Governo de João Figueiredo, na década de 1980.

Mensalmente, a Policlínica realiza uma média de 25 mil atendimentos, conforme relatórios encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde, incluindo urgência, emergência, atendimento ambulatorial e exames. A Unidade de Saúde é uma referência tanto para a população da zona rural como também para um contingente significativo de pessoas que vêm de outros municípios e até mesmo de outro Estado, como é o caso de Rondônia.

A Assistência em Planejamento Familiar na referida Unidade iniciou-se em julho de 2001. Nesse período, a equipe era composta por: assistente social, enfermeira, médico, nutricionista e psicóloga. Atualmente, a equipe não conta com o profissional nutricionista, devido ao fato de não constar como exigência nas normas do Ministério da Saúde.

3.1.2. Etapas da Investigação

Definido o local, realizamos primeiramente uma aproximação de nosso objeto de estudo em duas etapas consecutivas.

3.1.3. Primeira etapa: caracterização do universo dos sujeitos

Mediante entrevistas realizadas pelo pesquisador com 103 mulheres candidatas a laqueadura tubária, durante os anos de 2006 a 2008, foi caracterizado o universo dos sujeitos.

Neste primeiro momento, objetivamos realizar a caracterização das mulheres e homens que estavam em processo de solicitação da cirurgia de laqueadura tubária e apresentavam todos os requisitos exigidos para serem considerados aptos a essa cirurgia.

Realizamos 45 entrevistas, sendo 43,70% do total delas no ano de 2006; 41(39,80%) em 2007, e 17(16,50%) em 2008. Nesse período, trabalhava como assistente social da Equipe Técnica do Serviço de Planejamento Familiar, tendo, entre outras, a função de avaliar, conjuntamente com a equipe, a elegibilidade dos demandantes à esterilização, de acordo com os dispositivos legais e individuais.

Sendo impossível abranger todo o universo, as pessoas foram entrevistadas na medida em que chegavam fazendo as solicitações.

Criei um formulário (apêndice) para registro das informações que constou das seguintes variáveis: caracterização do sujeito com os dados do perfil; vida social; comportamento de saúde; conhecimento sexual e contraceptivo, estabelecidos de acordo com o que na época considerávamos importante, com o objetivo de conhecer os usuários do

serviço, identificar quais bairros tinham maior demanda; verificar as justificativas para solicitar a cirurgia de laqueadura tubária e os comportamentos de saúde como, por exemplo, exames preventivos e uso do preservativo.

Esse inventário seria utilizado para orientar o trabalho e proporcionar um indicador de saúde da população atendida, com vista à implantação de outros serviços de promoção de saúde. Neste trabalho, entretanto, ele não foi utilizado na sua integralidade, pensando a extensão do mesmo e os objetivos propostos.

3.1.4 Segunda etapa: estudo qualitativo sobre a avaliação dos resultados da cirurgia pelas mulheres, seus maridos e/ou companheiros

Foi constituída de 12 entrevistas: oito com mulheres que se submeteram à cirurgia de esterilização e quatro com seus maridos e/ou companheiro, selecionados conforme parâmetros detalhados a seguir.

Devido à dinâmica do tema, e aos sujeitos demandantes do serviço selecionado para a pesquisa, definimos para este estudo a estratificação da amostra por situação conjugal: mulheres solteiras, casadas e em união estável.

O período considerado para seleção dos/das participantes da pesquisa foi de 2001 a 2008, isso devido à intenção de contar com um espaço de tempo entre a realização da cirurgia e a entrevista que permitisse verificar as mudanças e transformações que eventualmente tivessem ocorrido na vida das pessoas, posteriormente à realização da laqueadura. Mesmo porque, como nos diz Martinelli (2005) “os significados se constroem a partir da experiência [...] a finalidade última da pesquisa qualitativa é conhecer a experiência do grupo pesquisado e os significados que atribuem a tal experiência” (p. 18-19). Os períodos foram definidos em função do início da implantação do serviço. As entrevistas foram realizadas no mês de agosto de 2010.

3.1.5 Seleção dos/das participantes

Os sujeitos entrevistados/as foram selecionados/as intencionalmente. Primeiramente, foi feito um levantamento de todos os prontuários que se encontravam na Unidade de Saúde, entre os anos priorizados, considerando para tanto as seguintes variáveis: data de nascimento; número de filhos; estado civil; ano de realização da cirurgia e endereço. Esses dados constituíram uma lista com um total de 190 mulheres atendidas pela

Unidade de Saúde, todas consideradas aptas a realizar a cirurgia de laqueadura e encaminhadas para a Central de Regulação da Capital a fim de que fosse feito todo o procedimento de definição da unidade que realizaria a cirurgia.

A partir dessa listagem, definimos os critérios para seleção da amostra de mulheres, conforme discriminado na Tabela 1.

Tabela 1: Critérios definidos para a seleção da amostra de mulheres

Características das mulheres				
Estado civil	Ano de esterilização	Número de filhos	Idade	Situação da cirurgia
3 casadas sendo que uma delas tivesse declarado ser negra.	2007-2008	Até 2 filhos	25-28	Que não tenha falhado
	2001-2002	Mais de 3 filhos	35-45	Que não tenha falhado
2 uniões estáveis	2001-2002	Até 2 filhos	25-28	Que não tenha falhado
	2007-2008	Mais de 3 filhos	35-45	Que não tenha falhado
1 solteira	2001-2008	Até 2 filhos	25-28	Que não tenha falhado
2 mulheres em que a cirurgia de Laqueadura Tubária falhou	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Cirurgia falhou
	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Cirurgia falhou

Ainda entrevistamos esposos/companheiros de quatro dessas mulheres, sendo: dois vivendo em união estável e dois casados. O estado civil considerado foi o declarado na época da solicitação da cirurgia. Ao inquirir os homens, além das questões gerais, tivemos de certo modo a intenção de nos certificarmos das formas utilizadas pelo casal para definição de qual dos cônjuges se submeteria à esterilização, dos motivos do uso da esterilização e não de outro método reversível. A Tabela 2 explicita as características dos sujeitos definidos para a pesquisa.

Com objetivo de obter maiores contribuições para a análise e também ampliar a visão do SPF, entrevistamos três profissionais de áreas de conhecimento e instituições diferentes. Devido a questões éticas optamos por não denominar suas profissões e os designamos profissionais “A; B;C”.

Tabela 2: Características dos sujeitos definidos para a pesquisa

Características dos homens		
Situação	Estado civil	Número de filhos
2 homens cujas esposas participam da pesquisa	1 casado	1 – 2
	1 em união estável	mais de 3
2 homens cujas esposas não participam da pesquisa	1 casado	5
	1 em união estável	4

No cômputo geral, foram 16 entrevistas. A escolha da entrevista encontra sentido no ponto de vista de Richardson (2008) quando esclarece que:

[...] Os fundamentos da entrevista em profundidade estão na convicção de que as pessoas envolvidas em um fenômeno têm pontos de vista ou opiniões que só podem ser descobertas por meio da pesquisa qualitativa. Portanto, o que importa é a qualidade das informações, não o número de entrevistados que compartilha a informação (p. 99).

Martinelli (2005) também pondera a respeito desse aspecto: “uma característica bastante marcante da pesquisa qualitativa, é trabalhar-se com pequenos grupos de sujeitos. O importante é a densidade da experiência e não a extensão do grupo”. (p. 122)

Foi com esse entendimento que definimos por uma pesquisa qualitativa e também por compreender que, através da técnica de entrevista, os sujeitos-alvo do tema ficariam à vontade para estabelecer uma relação dialogal. O pesquisador, nesse processo, toma ciência das “nuances” do fenômeno. Aspecto muito importante, uma vez que o trabalho visa a ter clareza das representações, sentimentos, atitudes, significados, percepções, enfim, das trajetórias de vida das mulheres e homens quanto ao tema em estudo.

Devido ao caráter longitudinal da pesquisa, e por se constituir em um universo muito amplo, foi utilizada a técnica da história oral/depoimentos, isso porque trabalhamos com o dado não explícito do sujeito, que são suas vivências, suas memórias, sentimentos e percepções, difíceis de serem mensurados. Sobre esse tipo de abordagem Lang *et all* (1998) esclarece que a história oral de vida ocorre “quando é solicitado ao narrador que aborde de

modo mais especial determinados aspectos ou fases de sua vida, embora dando a ele liberdade total de expressão” (p. 12).

O desafio do estudo é transformar o “indizível em dizível” como aponta Queiroz (1991); nesse aspecto, a verbalização é a melhor forma para o sujeito se expor. Desse modo, o pesquisador passa a conhecer o sujeito a partir da interpretação que faz da sua vida e do seu viver. O papel interpretativo do pesquisador somente tem êxito a partir de uma escuta qualificada, desse sujeito, em seu contexto. Nessa interação dos sujeitos (sujeito pesquisado e sujeito pesquisador), este último procura, assim, se inteirar dos “matizes” que envolvem o tema que suscitou o trabalho.

Quando nos decidimos pela técnica de entrevista, a intenção foi a de realmente conhecer os sujeitos pesquisados. Ter ideia das suas trajetórias de vidas. Assim, compreender o porquê de ser necessário limitar o número de filhos. Para isso, consideramos o que pontua Freire (1996):

[...] quão importante é necessário é saber escutar [...] mas é escutando que aprendemos a falar com eles. Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele, mesmo que, em certas condições, precise de falar a ele. O que jamais faz quem aprende a escutar para poder falar com, é falar impositivamente (p.113).

Ressaltamos que toda a ideia originária da pesquisa tomou forma a partir da vivência profissional, quando sentimos necessidade de saber mais sobre essas pessoas que procuram o Serviço de Planejamento Familiar. No espaço profissional, preso ao círculo do tempo, em dois, três, atendimentos de curta duração, individuais ou coletivos, não se tem a dimensão da realidade dos sujeitos, seus pensamentos; intenções, dos cruzamentos que suas vidas tomaram para chegar a determinadas decisões, refletimos com Martinelli (1999):

[...] nem sempre percebemos exatamente quem é esse outro com o qual trabalhamos. Nem sempre temos claro que sujeito é esse. Em quantos momentos esse outro é visto de forma vulgarizada, banalizada, como se o centro de referência da prática fosse o profissional que a realiza e não o sujeito que a constrói conosco [...] É indispensável que tenhamos claro que se não conhecermos essa população, que se não nos colocarmos à escuta desse outro, não teremos como construir o coletivo (p. 13).

A consideração de Martinelli soma-se ao entendimento de Sarlo (2005) quando lembra que “um intelectual [...] empresta seus olhos e seus ouvidos ao novo e se empenha em escutar os rumores [...] trata-se de atentar ao menos visível, ao menos audível, em discursos e práticas [...]” (p. 60). Retomamos Freire (1996) quando posiciona:

[...] ao escutá-lo, aprendo a falar com ele. Escutar é obviamente algo que vai mais além da possibilidade auditiva de cada um. Escutar, no sentido aqui discutido, significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro às diferenças do outro [...] Isso não quer dizer evidentemente, que escutar exija de quem realmente escuta sua redução ao outro que fala. Isto não seria escuta, mas auto anulação (p. 119).

Referimo-nos, a todo o momento, ao fato de que estamos atentos às percepções; aos significados; sentimentos, enfim, trajetórias de vida das pessoas que foram esterilizadas ou dos companheiros e esposos das mulheres submetidas à cirurgia. O foco é o presente, mas um presente que tem intensa interligação com o tempo passado, com o fato ocorrido; com situações vivenciadas. Esse passado, que constitui nossa história, nosso registro no tempo, que nos marca para a vida, seja bom, ou não. Sendo assim, a tônica são os registros que esses sujeitos trazem na memória. Para Thomson (1994) “a memória é um campo de batalha”, ou, como ainda afirma o autor: “a memória nunca é uma reprodução exata dos acontecimentos do passado, mas sim um complicado, contraditório e contestado conjunto de suas representações” (p. 10).

Através da memória, acessamos informações muitas vezes fora do alcance das estatísticas, radicadas nos aspectos do dia a dia da vida dos sujeitos-alvo deste estudo. Portelli (1997) numa discussão sobre história oral, faz a seguinte referência:

A memória é um processo individual, que ocorre em um meio social dinâmico, valendo-se de instrumentos socialmente criados e compartilhados. Em vista disso, as recordações podem ser semelhantes, contraditórias ou sobrepostas. Porém, em hipótese alguma, as lembranças de duas pessoas são – assim como as impressões digitais, ou, a bem da verdade, como as vozes – exatamente iguais (p. 14).

É com as lembranças, os sentimentos, a contradição, enfim, com marcas do tempo passado que serão trazidas e traduzidas ao tempo presente que nos deparamos. Falas que têm fios de similaridade, porém jamais são iguais. Embora, como veremos, isso se torne uma dificuldade na hora de refletir sobre os depoimentos e precisar os significados dos sujeitos, dessa forma destacamos que procuramos sempre reconhecer e respeitar a singularidade dos mesmos.

3.1.6 Instrumento e técnicas de coleta de dados

O instrumental utilizado para a coleta dos dados constou de roteiro de entrevista (Apêndice) que apresenta um ordenamento dos temas, porém, na prática, procuramos conduzi-las de comum acordo com o entrevistado. Tendo clareza dos nossos objetivos, nossas indagações eram, contudo, verbalizadas de acordo com o desenrolar do diálogo estabelecido. Quando havia a percepção de que o tema não era mencionado, fazia as intervenções, com o propósito de ser apenas um provocador, deixando, entretanto, que o sujeito pudesse no seu tempo falar de si.

Para definição do roteiro de entrevista, foi realizado um pré-teste, com o objetivo de averiguar o alcance do instrumento. Feita a avaliação desta ação, em conjunto com a professora orientadora, fizemos algumas redefinições a serem aplicadas com a amostra selecionada. Para registro, utilizamos o gravador. Neste sentido, nos asseguramos em Queiroz (1988) que esclarece sobre entrevista dando ênfase à história de vida, combinada com depoimento e suas diferenciações, fato que se soma a essa proposta de estudo:

A diferença entre história de vida e depoimento está na forma específica de agir do pesquisador, ao utilizar cada uma destas técnicas, durante o diálogo com o informante. Ao colher um depoimento, o colóquio é dirigido diretamente pelo pesquisador; pode fazê-lo com maior, ou menor sutileza, mas na verdade tem nas mãos o fio da meada e conduz a entrevista. Da “vida” de seu informante só lhe interessam os acontecimentos que venham se inferir diretamente no trabalho é a escolha unicamente efetuada com este critério (p. 21).

3.1.7 Processamento e análise dos dados

As entrevistas com os homens foram todas realizadas no período vespertino e na Unidade de Saúde, por solicitação dos mesmos. Na maioria, tiveram duração média de 41 minutos.

Com as mulheres, cinco entrevistas foram realizadas em suas residências, sendo que uma na residência da mãe da entrevistada e duas na Unidade de Saúde; todas segundo a explicitada por elas mesmas. Em média, duraram 1h30min, sendo que uma delas durou 2h15min.

Todas as entrevistas com mulheres e homens aconteceram entre os meses de julho e agosto de 2010.

As entrevistas foram gravadas, transferidas para o computador e transcritas diretamente em programa Word, ação totalmente executada pelo pesquisador. Os textos foram conferidos com os conteúdos gravados e posteriormente ordenados/agrupados, visando melhor apresentação e demonstração das sequências dos fatos relatados e de acordo com a proposta do estudo.

Para esse procedimento, que não foi uma mera ordenação, mas se constituiu no primeiro e decisivo passo da análise, a orientação foi a dos eixos de análise previamente definidos, por entender que estes traduzem, no seu conjunto, uma trama que consegue se conectar aos objetivos propostos.

3.1.8. Plano de análise: leitura, codificação e análise dos dados

Eixo 1: Caracterização geral da/do entrevistada/o e de sua família

Objetivou-se conhecer o/a entrevistado/a. O foco foi coletar elementos que pudessem dar uma visão pessoal, social e econômica do/a entrevistado/a.

Eixo 2: Vida pessoal e percepção de sua identidade feminina/masculina, mãe/pai.

O foco aqui foi ter ideia do que é ser homem/ mulher. percepção como mães/pais; ainda percepção de como o sujeito planejou sua vida.

Eixo 3: conhecimento e uso de métodos contraceptivos

Conhecimento específico dos métodos contraceptivos de que fizeram uso; dos que conhecem; forma de aquisição e seleção.

Eixo 4: Decisão da escolha da cirurgia de laqueadura tubária

A intenção foi saber do momento e do processo de decisão sobre a cirurgia, fatores influentes e considerados na hora da decisão.

Eixo 5: Mudanças, impactos e consequências após cirurgia de laqueadura tubária

Ocorrência da cirurgia, seus passos; sentimentos e percepções que os acompanharam; possível arrependimento; avaliação de possíveis mudanças na relação conjugal, mudanças corporais e familiares após a cirurgia.

Eixo 6: O serviço público de saúde, como percebem; avaliam.

Conhecimento da avaliação dos sujeitos entrevistados a respeito do sistema público de saúde, especificamente de todas as etapas que passaram nas instituições: unidade básica; policlínica, central de regulação e hospital.

Nesta análise do estudo, tendo trabalhado com histórias de vidas/depoimentos, optamos por proceder à análise de conteúdo categorial que:

[...] consiste em classificar os diferentes elementos nas diversas gavetas segundo critérios susceptíveis de fazer surgir um sentido capaz de introduzir numa certa ordem a confusão inicial. É evidente que tudo depende, no momento da escolha dos critérios de classificação daquilo que se procura ou que se espera encontrar. (BARDIN, 1977:37)

Sendo que a análise de conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens [...] A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que ocorre a indicadores (quantitativos ou não). (BARDIN, 1977:38)

Seguimos ainda citando a autora, com cuja explicação sobre a intencionalidade dupla do papel do pesquisador na análise de conteúdo nos sentimos muito contemplado quando afirma:

[...] dupla: compreender o sentido da comunicação (como se fosse o receptor normal), mas também, é o desviar do olhar para uma outra significação, uma outra mensagem entrevista através ou ao lado da mensagem primeira. A leitura efetuada pelo analista, do conteúdo das comunicações não é, ou não unicamente, uma leitura <a letra>, mas antes o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano. (BARDIN, 1977:41)

Considerando, portanto, a metodologia de pesquisa adotada, nossos achados serão expressos em tabelas e gráficos capazes de facilitar a percepção e organização dos dados quantitativos e, por outro lado, em análises qualitativas, para aqueles provenientes das entrevistas.

Uma parte feita cuidadosamente foi a transcrição dos depoimentos gravados, dentro do princípio do maior respeito possível à fala dos sujeitos da pesquisa. Procuramos tomar esta tarefa em sua complexidade, encontrando meios para traduzir o contexto social e histórico de que essa fala decorre; capturando em linguagens diversas os sentidos atribuídos por eles ao seu discurso; atentando para sua situação de interlocução com um pesquisador (também definido em vários contextos, inclusive o dos propósitos de sua perspectiva teórica) na qual se desenvolve esse discurso, para mencionar os principais. Trabalhando com pessoas de baixa escolaridade e de regiões diversas do País, impõe-se descobrir formas para superar equívocos que podem surgir, do ponto de vista desse respeito básico, da distância de seu falar em relação à língua como estabelecida no código culto do País.

Com apoio na análise de WHITAKER (2000: 147-158), adotamos como medidas: escrever corretamente as palavras, sem erros ortográficos (procedimento

descabido, embora frequentemente adotado, já que a pessoa entrevistada está falando, e não escrevendo), como é o caso do *r* após os verbos expressos no infinito (*fala, faz*, por ex., que, na verdade, são pronunciados por pessoas de qualquer nível de escolaridade na linguagem corrente no País; o mesmo, no caso de “*sto*” para *estou*) mas mantendo o que poderiam ser considerados erros de sintaxe. Ao mesmo tempo, conservar o sabor da própria diversidade e verdade de expressões particulares, grafando-as na própria forma como são ditas, entre aspas. Além disso, mencionar emoções que irrompem durante a entrevista.⁴³

3.1.9 Cuidado relativo aos aspectos éticos

Nesta investigação, foi considerada rigorosamente a legislação de “pesquisa envolvendo seres humanos”, particularmente a resolução do CNS 192/96 (Ministério de Saúde, 1996). Em um primeiro momento, o Projeto de Pesquisa, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Júlio Müller para aprovação. Este foi avaliado e feitos alguns apontamentos pelo Comitê, procedeu-se à correção recomendada, sendo reapresentado ao Comitê e aprovado no dia 11 de agosto de 2010, conforme documentação que segue anexa.

No momento do primeiro contato com os entrevistados, era explicado às pessoas os objetivos e benefícios visados com a investigação, procurando esclarecer e sanar todas as dúvidas. O TCLE era apresentado, se necessário lido em voz alta, discutindo-se os pontos porventura ininteligíveis. Solicitava-se a aceitação em participar da pesquisa e, em caso positivo, procedíamos com todos/as entrevistados/as à assinatura do Termo.

Tomados esses cuidados, ficou assegurado o caráter voluntário da participação de todos/as as pessoas entrevistadas, sendo-lhes também garantido tanto que sua identidade jamais seria revelada como também que as informações fornecidas seriam utilizadas tão somente para os propósitos desta pesquisa.

A cada pessoa entrevistada foi atribuído um nome fictício, de modo que a inicial da palavra permitisse saber seu estado civil: “C” casado, “U” união estável e “S” solteira e “F” para as cirurgias que falharam. As gravações das entrevistas foram registradas por esse pseudônimo e estão em lugar seguro mantidos pelo pesquisador, devendo ser destruídas após cinco anos.

⁴³ A autora chama a atenção para o caso do uso do “né” - vício do falar que, no nosso entender, pode ocorrer no caso de pessoas de qualquer nível de conhecimento da língua – mas que pode se tornar depreciativo do sujeito que fala, pela sua posição no texto escrito. Ela lembra que o termo se constitui simplesmente numa contração e sugere que seja gravado de forma a sugerir tal: N/É. (WHITAKER (2000: 157)

3.2 Resultados Obtidos

3.2.1 Achados da fase inicial da pesquisa de campo e seu significado: primeira aproximação

Com base nos dados coletados nessa fase, o número de mulheres que procuram o SPF em Cuiabá é superior ao de homens. Tal fato pode ser observado nas tabelas que tem como base o acompanhamento da Secretaria Municipal de e que consta do trabalho. No período de 2006 a 2008, realizamos 103 entrevistas com as mulheres, cujo objetivo, naquele momento, foi a caracterização das mulheres atendidas no serviço, como será demonstrado nos dados apontados a seguir. A discrepância do número de pessoas entrevistadas (homens e mulheres) refere-se à demanda do serviço.

Com relação à faixa etária (Gráfico 2⁴⁴) percebe-se que 23 (22,33%) estão com idades entre 21 e 25; 39 (37,87%) estão na faixa entre 26 e 30 anos; já entre a faixa de 31 a 35, há 30 (29,12%) mulheres; entre 36 e 40 anos, há 9 (8,73%); e entre 40 e 45 anos, há 2 (1,95%) mulheres. Nota-se que o maior percentual, 69 pessoas (66,99%), está entre 26 e 35 anos.

Quanto à etnia declarada pelas mulheres (Gráfico3), entre os anos de 2007 e 2008 ⁴⁵, 25 (43,10%) se declararam pardas; 13 (22,41%), morenas; 8 (13,80%), negras; 2 (3,44%), pretas; 9 (15,51%), brancas; e 1 (1,74%), amarela. Se somarmos as declarações de pardas+morenas+negras+pretas, obteremos um total de 48 mulheres, ou seja, 82,75%.

Quando à discussão sobre o estado civil (Gráfico 4), verificamos que das entrevistadas 20 (19,41%) eram solteiras; 33 (32,03%) casadas; 49 (47,57%) declararam viver em união estável; e 1 (0,99%) era viúva.

Como vemos, o maior percentual é de mulheres em união estável (47,57%), seguido das casadas, que é de 32,03%, embora não se tenham evidências de que a condição da sua união conjugal seja um fator causal da maior procura por atendimento.

Outra variável relevante para compreendermos quem são as mulheres que se submetem à esterilização, é a escolaridade (Gráfico 5), pois 40 (38,83%) disseram ter concluído o ensino médio, 33 (32,03%) declararam não ter concluído o ensino fundamental; 17 (16,50%) afirmaram não ter concluído o ensino médio; 8 (7,76%) declaram ter o ensino

⁴⁴ Obs.: Todos os gráficos referidos encontram-se no apêndice.

⁴⁵ Na primeira elaboração do instrumento de coleta de dados, não atentamos para a questão etnia, mas, ao perceber, no decorrer do levantamento, que o público era majoritariamente negro, resolvemos introduzir o registro da percepção relativa à questão étnico-racial, presente nos entrevistados, para os anos de 2007 e 2008.

fundamental completo. Ainda temos: 1 declarou ser sem instrução (0,97%); 3 (2,94%) declararam não ter concluído o ensino superior e 1 (0,97) disse ter concluído o ensino superior.

Com referência ao trabalho remunerado (Gráfico 8), 42 (40,7%) das mulheres aptas à esterilização disseram desempenhar alguma atividade; 13 (30,95%) disseram trabalhar de: atendente de caixa, auxiliar de escritório, cabeleireira, cobradora de ônibus, diarista, empresária, esteticista, inspetora de alunos, professora, promotora de vendas, recepcionista, técnica de nutrição escolar e vendedora; 12 (28,57%) são autônomas e vigilantes; 6 (14,28%) mencionaram ser auxiliar de cozinha, babá, lavadora de roupas, agente comunitário, manicure e secretária; 6 (14,30%) declararam ser domésticas; e 5 (11,90) trabalham em serviços gerais.

No tocante à religião (Gráfico 6) os dados são os seguintes: 61 mulheres (59,22%) responderam ser católicas; 32 (31,06%) afirmaram ser protestantes; e 10 (9,72%) disseram não ter religião.

Quando é naturalidade (Gráfico-7), obtivemos os seguintes dados de um total de 103 mulheres: 77 (74,75%) nasceram em Mato Grosso, dessas 39 (37,86%) em Cuiabá (MT) e 26 (25,24%) mulheres nasceram em outros Estados, como Mato Grosso do Sul (Dourados, Campo Grande e Corumbá), Brasília, Minas Gerais (Uberlândia, Gameleira, Governador Valadares), Paraná (Dois Vizinhos, Cascavel, Foz do Iguaçu, Peabiru, Nova Esperança, Jesuíta), Maranhão (Santa Inez, Imperatriz, São José, Ribamar), Piauí, Pará (Guarapara), Acre (Rio Branco), Pernambuco (Araripina), São Paulo (São Paulo, Cubatão, Valparaíso), Rio de Janeiro.

No tocante ao tipo de parto que as mulheres fizeram durante a sua vida reprodutiva (Gráfico 7), evidencia-se certo equilíbrio entre a proporção de partos normais ou cesáreas: 41 (39,80) das mulheres somente fizeram parto normal; 44 (42,73) somente partos cesarianas. As que tiveram partos normal e cesariana somam 18 (17,47%).

Ainda com ênfase nos métodos contraceptivos (Gráfico 8) de que fizeram uso durante suas vida, as informações foram as seguintes: hormônio oral: 71 (68,93%); preservativo masculino: 35 (33,98%); hormônio injetável: 21 (20,38%); coito interrompido: 6 (5,82%); DIU: 5 (4,85%); pílula do dia seguinte: 1 (0,97%); preservativo feminino: 1 (0,97%); tabelinha: 1 (0,97%); remédio caseiro (boldo, losna e canela), pois estava laqueada: 1(0,97%); nunca usou nada: 3 (3,88%).

Comentários

A presença maciça do sexo feminino é notória no dia a dia profissional. Considere-se que a responsabilidade pelo controle da reprodução ainda hoje está grandemente a cargo das mulheres. Isso decorre do fato de a regulação da fecundidade ser feita, na maioria dos casos, por elas; as que engravidam, assumem as consequências e os riscos da gestação e “tomam” para si a maior responsabilidade nos cuidados dos filhos.

Além disso, sua maior presença no Serviço de Planejamento Familiar pode estar ligada ao fato de que a maioria dos contraceptivos está dirigida ao público feminino, restando somente o coito interrompido, condom e a cirurgia de vasectomia, que devem contar com maior responsabilização do homem.

Só a partir da década de 1980, é perceptível uma mudança, ainda muito lenta, dos Programas de Assistência ao Planejamento Familiar na atenção ao envolvimento do público masculino. Vê-se que, atualmente, o homem tem maior atuação, tanto na escolha quanto no uso de um método contraceptivo, porém ainda é um fato que merece análise mais aprofundada.

Fica também claro que o serviço é procurado por uma faixa etária jovem, em plena idade produtiva. Isso faz pensar justamente na possibilidade da mulher querer mudar a sua vida e, por exemplo, pensar na possibilidade de arrumar um emprego, estudar, por isso, também, a procura de encontrar meios que possam, de alguma forma, somar mais recursos ao orçamento da família. A questão financeira, segundo os depoimentos, parece ser o fator que mais força a solicitação de esterilização, ao menos são justificativas ligadas a esse aspecto que as mulheres mais apontam, quando buscam ser atendidas na Policlínica do CPA I.

A partir da questão: “Qual a sua cor?”, as informações obtidas permitem afirmar que a maioria da população que procura o Serviço de Planejamento Familiar é negra.

Essa informação é compatível com o estudo de Berquó (2003) que aponta a mulher negra como a que mais procura o serviço público para se submeter à esterilização. Pudemos verificar, também, com as declarações das mulheres, que não havia identificação étnica óbvia, pois muitas diziam ser de uma etnia que não correspondia, ao menos visualmente, ao verbalizado.

O quadro geral obtido acerca da distribuição ocupacional das entrevistadas é compatível com os achados a respeito da escolaridade, pois evidencia que os espaços de

trabalho ocupados por mulheres se caracterizam por uma exigência mais restrita de qualificação profissional.

No quesito religião, a maioria das mulheres afirmou ser católica e a procura por esterilização é postura contrária à posição da Igreja Católica favorável aos métodos contraceptivos naturais. Já as que afirmaram ser de outra religião (Evangélica Quadrangular, Batista, Assembléia de Deus, Universal do Reino de Deus, Cristã do Brasil, Luterana, Espírita, Adventista do Sétimo Dia, Deus é Amor, Nova Aliança, Sara Nossa Terra). Esse dado evidencia que muitos fiéis da Igreja Católica ou Protestantes não cumprem os princípios doutrinários conforme estabelecido pelos religiosos, ao menos no que diz respeito à contracepção.

Pelos dados apontados, no tocante ao tipo de parto realizado na vida, fica evidente que no País ainda hoje ocorre alta incidência de cesariana: 60,2% das entrevistadas declararam ter feito parto normal, cesariana ou normal+cesariana. Esse dado se assemelha às pesquisas que têm como referência o País como um todo.

O método contraceptivo mais conhecido ainda é o hormônio oral, seguido do preservativo masculino e hormônio injetável. Foram pouco mencionados os métodos comportamentais - coito interrompido, tabelinha, muco cervical e temperatura basal não foram citados; métodos de barreira também foram pouco citados: preservativo feminino e DIU, também o diafragma, e método hormonal; mesmo caso da pílula do dia seguinte. Fatos curiosos foram: uma mulher laqueada voltou à Unidade de Saúde, pois se encontrava gestante novamente, e outra mencionou o uso de remédio caseiro apenas, mostrando o nível de desconhecimento total dos métodos contraceptivos, ainda, havia aquelas que não usavam nenhum método contraceptivo para evitar filhos.

Enfim, no aspecto relacionado aos métodos contraceptivos propriamente ditos, fica claro bastante desconhecimento. De maneira geral, a questão DSTs/Aids não é percebida por esse público, pois não se encontra, em suas falas, a negociação para o uso do preservativo. Ficamos a pensar sobre como se negocia, numa relação conjugal, uma esterilização? É uma relação de submissão? O ser percebido como mais fragilizado da situação se sujeita à cirurgia? Assume para si a responsabilidade da reprodução? A mulher também contribui com sua visão, às vezes, distorcida e os receios frente à cirurgia masculina – o medo do companheiro/marido ficar impotente? São dúvidas que podem ser sanadas com a efetivação da pesquisa.

Os resultados e a análise possíveis nesta etapa investigativa dependeram de um esforço para lançar um olhar mais de conjunto e aprofundamento sobre os usuários. No

momento, os atendia como profissional, não propriamente no papel primeiro de pesquisador. Foi, entretanto, fundamental para estabelecer o desenho da segunda etapa.

Na sequência apresentamos, discutimos e analisamos os depoimentos das 8 mulheres que se submeteram à cirurgia de laqueadura tubária e dos 4 homens que são esposos/companheiros de mulheres que realizaram a cirurgia.

3.2.2 Achados da segunda fase da pesquisa: nova aproximação

3.2.2.1 Eixo 1: Caracterização dos sujeitos da pesquisa

3.2.2.2 Perfis das mulheres entrevistadas

Iniciamos, neste tópico, pela caracterização dos sujeitos que participaram da pesquisa em sua fase qualitativa. A partir das narrativas de cada um, procuramos retratá-los, tendo como base o seu quadro familiar, econômico e social.

Desejamos, com isso, proporcionar uma visão coerente dessas pessoas, de forma a permitir o conhecimento dos motivos e pressões que elas sofreram para fazer suas escolhas durante a vida, ou seja, temos mesmo a intenção de fazer uma apresentação do ser humano diante dos seus dilemas e desafios.

Neste início, devemos pontuar: o primeiro passo foi nos livrarmos das pré-noções, dos pré-julgamentos, preconceitos, mesmo sabendo que isso é impossível. Esforçamo-nos por escutar realmente a/o entrevistada/o, procurando compreender o seu universo, o seu mundo, a sua realidade familiar, profissional, social através de sua própria fala. Tendo ciência de que quem narra a sua história pode esconder fatos, usar demasiadamente a criatividade e subterfúgios para supervalorizar ou até esconder passagens que não ache significativa, muitas vezes até de forma não intencional. Porém, ciente, como aponta Quintas (2005:79), de que as histórias de vida são:

[...] dados que se bifurcam no tempo e que percorrem o passado e o presente numa dialética que aponta para o futuro. Ao expor suas histórias, as mulheres **homens** reelaboram a caminhada e provocam em si mesmas uma série de questionamentos que vão desabrochar em atos reflexivos (p. 79). (negrito nosso)

Essa provocação, caso ocorra, já terá valido muito; ter mergulhado nesse universo temático e com essas pessoas. E ter-nos sentido envolvidos com o emaranhado de fios que conduziram suas vidas, mesmo diante da não linearidade dialógica, mas nas contradições do seu tempo e do discurso verbalizado.

Desse modo, as primeiras considerações estão relacionadas às abordagens que realizamos para convidar as mulheres a participarem da pesquisa. Como citamos, foram contatadas 23 mulheres, que ao menos teoricamente estavam todas esterilizadas. Ressaltamos que as Unidades de Saúde que solicitam as cirurgias não recebem a contrarreferência da Central de Regulação, ou seja, não são informadas se de fato as cirurgias foram realizadas ou não. Já houve momentos em que isso ocorreu de forma irregular.

Isso somente acontece se a/o usuária/o retorna à unidade, ou quando realizamos estudo como este. Da amostra contatada, 4 (17,4%) mulheres não fizeram a cirurgia de laqueadura tubária. Os motivos alegados para não terem se submetido ao procedimento são: 3 delas disseram que fizeram outras cirurgias de urgência; 1 destacou a demora em ser contatada para esterilização; 1 ressaltou que foi contatada para a cirurgia, porém não podia vir, devido estar recém-operada de apendicite, e assim não chegou a fazê-la. E ainda completou que ficaram de retornar posteriormente o contato, o que até aquele momento não tinha ocorrido; 1 destacou que teve complicações numa cirurgia que necessitou fazer, durante o período em que estava esperando ser chamada para submeter-se à laqueadura; 1 mulher manifestou os motivos porque não se submeteu a cirurgia. Ela explicou que arrumou toda a documentação:

[...] fiz os exames que me pediram. Ai quando eu fui passar pelo cirurgião, aí começa a enrolação tem que agendar, vai para uma lista de espera, todo esse processo [...] eles ligam para você aí o marido tem que ir junto [...] aí eles fazem tudo para que a mulher não faça a esterilização para que ela [...] pense direito antes de fazer isso [...] fizemos tudo que tinha que ser feito [...] Eu ligava para saber o que estava acontecendo [...] nunca que entrava em contato. [...] eles chegaram até marcar lá no Hospital Santa Helena, [...] eles me avisaram em cima da hora. [...] em pleno dezembro [...] correria no salão [...] eu não tinha feito o pré-operatório, os exames [...] tinha feito uma entrevista, tinha feito uma consulta, não tinha feito nada e eles marcaram [...] Ai eu fiquei com medo [...] até mesmo exame de gravidez eu não tinha feito porque eu tinha levado para eles os últimos exames que tinha passado pelo ginecologista, o preventivo. Mas até uma consulta prévia com o ginecologista eu não tinha feito.

Ressaltou, ainda, que um dia antes ela havia ido ao hospital e conversado com a enfermeira: *“Ela falou: Oh! Você vem aí 6 horas da manhã, a gente vai te recolher, você já vai passar para ser internada e vai para sala de cirurgia. Ai até ela ficou meio assim [...] já que é assim, vou desistir”*. E, por fim, ainda salientou: *“[...] foi só por isso que não fiz, eu desisti de fazer a cirurgia. Psicologicamente eu queria fazer [...] mas se você chegar numa*

sala de cirurgia onde você não sabe nem qual é a sua pressão [...] é muito arriscado. Preferi não arriscar”.

Ponderamos que a usuária acima citada procurou o SPF no ano de 2002, foi atendida e, segundo relata, considerada apta para se submeter ao procedimento. Entretanto, é preciso esclarecer que sendo a laqueadura tubária uma cirurgia eletiva,⁴⁶ quando o encaminhamento é enviado para a Central de Regulação, fica no aguardo do repasse para a instituição hospitalar que realizará o procedimento. No hospital, aguarda novo agendamento. Ficam evidentes, aqui, algumas falhas no fluxo do serviço e a não consideração pela vida cotidiana do sujeito: seu trabalho, seus planos. Ela/ele pode ficar na espera do sistema decidir o melhor momento, porém, o sistema não a consulta para verificar se a data agendada a contempla.

Isso posto, passamos a apresentar e a caracterizar as/os entrevistadas/os. Ressaltamos que optamos por denominar as pessoas entrevistadas por um nome fictício, pois assim preservariamos a identidade delas; os nomes foram pensados de tal forma que as iniciais pudessem indicar o estado civil das pessoas. Nos Quadros I e II encontra-se um resumo da caracterização feminina e da masculina, respectivamente. Dessa forma, partimos das considerações de Arendt (2009):

No momento em que desejamos dizer *quem* alguém é, nosso próprio vocabulário nos induz ao equívoco de dizer *o que* esse alguém é, enleamos-nos numa descrição de qualidades que a pessoa necessariamente partilha com outras que lhe são semelhantes; passamos a descrever um tipo ou “personagens”, na antiga acepção da palavra, e acabamos perdendo de vista o que ela tem de singular e específico (p. 194).

Aqui partimos dos sujeitos, de suas vozes, da sua interlocução e, mesmo correndo o risco de sermos cansativos, permitimos que as pessoas entrevistadas se mostrassem, se expressassem por elas mesmas, pois, como explica a autora, “só os atores e interlocutores que reconstituem o enredo da história podem transmitir o significado do total, não tanto da história em si, mas dos ‘heróis’ que ela põe em evidência”. (ARENDT, 2009: 200)

Detalhando aqui os perfis dessas mulheres, apresentamos, ao final desta exposição inicial, o Quadro I, com uma síntese.

São estes os sujeitos da pesquisa:

⁴⁶Cirurgia eletiva é aquela necessária para tratamento médico do usuário, que não se reveste das características de urgência ou emergência, ou seja, quando ele não está sob o risco de vida imediato ou sofrimento intenso.

CARLA nasceu em Cuiabá (MT), sendo filha de mãe solteira; tem quatro irmãos, três mulheres e um homem. Declarou ser negra. Mãe de três filhos de partos cesárea; cada filho tem um pai diferente; do primeiro, ignora quem é o pai. Não morou com o pai do segundo filho; no momento, mora com o pai do terceiro filho com quem está casada há cinco anos. Seu casamento foi feito através de uma atividade da Secretaria de Trabalho e Cidadania de MT, denominado “casamento comunitário”. Em 2008, com 26 anos, fez a cirurgia de laqueadura. Tem o ensino médio incompleto. Indagada sobre sua religião, disse que é indefinida. Relata nunca ter exercido atividade remunerada, exceto na prostituição, no passado. O esposo é motorista do transporte urbano, com salário de R\$ 1.200,00. A casa em que moram - que divide com a cunhada, marido e filha, ocupantes de um dos cômodos - possui três quartos, sala, cozinha, dois banheiros; não está rebocada, nem forrada; as peças são amplas, tem boa altura. Com relação ao local, ela mencionou: “*o bairro é muito perigoso, tem acontecido muito assalto, muita “boca de fumo”*”.

Perguntada sobre as razões que a levaram a ter querido engravidar, apresenta algo incomum: no caso do segundo filho, foi porque o primeiro desejava um irmão e, no terceiro, para dá-lo a uma irmã, que sofreu um aborto espontâneo.

No relato que faz da sua vida, afirma uma história recheada de maus-tratos e violência. Destacamos alguns trechos significativos:

Infância e Juventude: “*Ichí! Conturbada! ... Droga, prostituição, crime, essas coisas. Era o que era a minha vida.*” “*Eu não namorei. Nunca tive namorado, mas com 12 anos de idade eu tentei fugir de casa várias vezes. Pelo fato de que era difícil, cuidar dos irmãos, a gente só vivia trancado [...] meu padrasto era muito violento*”. No período dos 12 aos 13 anos, o que viveu, parece que foram 20 anos, diz. Ela fugia, mas a mãe a encontrava e a trazia de volta para casa, até que:

[...] uma amiga minha de escola, falou não! Você tem que fugir com homem. Se você fugir com homem, sua mãe te larga [...] não gosto nem de lembrar! Mas, eu não sabia nem pegar um ônibus, eu era muito criança. Eu me formei mulher com 12 anos [...] E eu fugi [...] o ruim disso tudo, foi que eu fiz uma péssima escolha pelo homem. Eu falei: O primeiro que passar na minha frente é esse que eu vou fugir com ele. Eu fugi. Com um cara que era traficante na época [...]

A entrevistada diz que, assim, buscava liberdade. Depois de três meses se separou, mas não pôde voltar para casa, pois seu padrasto não a aceitava. Foi morar com uma tia e esta a vendia por troca de drogas. “*[...] eu fiquei muito triste, eu não sabia o que fazer. Aí eu fui presa uma época. Passei uns três meses no Complexo Pomeri.*⁴⁷” Relatou

⁴⁷ Centro Integrado de Atendimento à Criança e ao Adolescente (Complexo Pomeri).

que foi presa três vezes, ainda destacou que sua família é envolvida com violência e sobre esse assunto expôs:

Ah! Eu usei base, fumei muito. Fumei muita maconha. Fui alcoólatra, é [...] cheirei pó [...] demais, cheirei cola também, mas cola não é muito bom não, é isso aí [...] Aí que eu fui descobrir que a maconha apagava uma parte da minha memória. Entendeu? Tipo, quando eu fumava, eu esquecia o que eu fazia. Eu não tinha consciência do que eu fazia, entendeu? [...] Eu tava morrendo, já estava morrendo ... (emocionou-se nesse relato).

Contou essa parte de sua vida como sendo uma situação muito relevante, o primeiro passo para que as mudanças ocorressem posteriormente.

Um dia eu sai com um cara que era traficante e ele pediu para mim fazer “aquilo” para ele. [o que é aquilo?] Para eu fazer sexo oral para ele. Ele começou a falar que eu era muito bonita, que eu não merecia aquela vida e que onde já se viu eu transar com ele a troco de droga. O que ele fez – ele pegou a droga e esfregou na minha cara. Me bateu, [...] queria fazer eu comer [...] Aí eu acordei para vida. [...] ele me humilhou [...] Foi aonde eu comecei, a me vestir melhor, comecei a andar melhor [...] não sabia que existia pedofilia. Eu não sabia que existia exploração sexual, eu não sabia que as pessoas explorava a gente. Por que a mãe dessa menina, explorava a gente. [...] Ela pegava nosso dinheiro. Ela lavava nossa roupa, ela limpava a casa. Ela fazia todo serviço, mas a gente tinha que trabalhar pra sustentar ela e o marido, que estavam morando na casa [...]

Com relação à mudança de vida, Carla relatou que chegou ao fundo do poço, quando se viu em situação deplorável e diante da violência que sofria, resolveu tomar uma iniciativa. Ainda contou que encontrou um homem de mais idade, seu “cliente” e viveram juntos durante quatro anos. Essa pessoa a ajudou, ressaltou que não o amava, porém foi uma pessoa importante em sua vida.

Eu não me prostitui mais, por que eu fiquei com medo, medo de nessa época da prostituição, de pegar uma doença, tipo assim, por exemplo, mesmo, por que a gente encontrava muito cara que batia na gente, por exemplo, transava com ele, não tinha dinheiro para te pagar, ele te agredia, te machucava, te estuprava, N/É. Você estava fazendo por que você queria, N/É. Então eu fiquei com medo.

A entrevistada relatou ainda que foi embora de casa mais cedo dada a tentativa de assédio que sofreu do padrasto: esse foi o grande motivador para todo o desenrolar da sua história.

A entrevista foi carregada de muita emoção e a entrevistada bastante minuciosa em seu depoimento.

CÁSSIA, 38 anos, nasceu em Jauru (MT), mora em Cuiabá há oito anos. Tem nove irmãos, sendo cinco mulheres e quatro homens; seus pais têm 49 anos de casados. Ela é mãe de três filhos de partos normais, e hoje possui uma neta. Fez a laqueadura em abril de 2004, com 32 anos. Tem ensino fundamental incompleto. É católica. Mora em casa própria. Com relação à sua cor disse: “*Encardida (**risos**) morena, não sei. [como se percebe?] acho que é morena*”.

Adolescência: *Meu pai trabalhava nas terras dos outros. A dificuldade era essa [...] Só que era assim, o amor não é dinheiro que compra o amor do pai, mas a mãe. É a convivência da gente humilde do sítio. Era sim a gente sempre conformava com que o nosso pai podia dar pra nós [...] formei com 12 anos [**primeira menstruação**]. Fiquei pra mim só mesmo, nem pra mãe eu não contei. Depois assim, já estava com três meses eu fui contar pra minha mãe. Eu tinha vergonha. (**risos**) A gente que ta naquele período a gente está esperando pra aquilo, pra falar que é moça. (**risos**)*

Cássia relata que a irmã mais velha sanava suas dúvidas sobre menstruação, sexualidade, ela achava que a mãe a tinha ensinado, pois sabia muito. Com relação ao seu casamento, ressaltou:

[...] fui num casamento desse cunhado meu, N/É. Ai lá que eu conheci meu esposo [...] aí ele falou que ia lá em casa pra pegar conversa com meu pai [...] eu tava com 16 anos ele (es)tava com 19 anos [...] O meu medo era assim; de eu arrumar um namorado [...] querer que entregasse pra ele e depois abandonasse [...] nós foi ficar junto mesmo ter relação quando nós casou [...]

Disse que nunca desejou despertar nenhum sentimento de reprovação dos pais, então: “[...] se for deu se perder, eu quero fugir, mas não quero se perder. Ai no meu pensar era assim; só que ele respeitou eu o tempo todo nós namoremos [...]”. Ponderou que o pai era muito rígido e que a convivência em família foi boa.

Cássia casou com 17 anos e vai fazer 21 de casada. Disse que o casamento lhe trouxe responsabilidade e, pela sua origem humilde, viveram momentos difíceis. Resumiu todo esse momento da seguinte forma: “[...] o primeiro namorado que eu arrumei foi o meu marido [...] o pai sempre era rígido assim, não namora com menos de 16 anos. Porque até hoje no sítio, com 16 anos que eles fala que é a idade de casar [...] não tem arrependimento não”.

Trabalho: “[...] a vida era fraca quando morava em sítio coisa assim”. Atualmente é doméstica, empregada há cinco meses, antes trabalhava com salgados em casa. Tem dois salões comerciais, que aluga na frente da sua casa para aumentar a renda. Seu marido é compositor e cantor, gravou um CD e está fazendo divulgação. Ele já foi pedreiro, mestre de obras, motorista, porém, “[...] de onze anos pra cá ele foi operado de úlcera [...] ele não guenta negócio de ficar muito sentado, ele não guenta e nem pegar peso. Aí mode de onde, todo serviço se não é sentado, é de pegar peso”. A renda familiar fica assim distribuída: seu salário é R\$ 460,00; mais R\$ 525,00 dos aluguéis e R\$ 436,00 de um dos seus filhos. Explicou ainda que o marido “[...] mexe com o negócio dos CDs [...] ele pega o nosso ainda, pra investir nele”.

Nos contatos que tivemos, Cássia mostrava-se resistente a nos conceder entrevista, pois acreditava que não conseguiria responder às perguntas. No início, parecia nervosa, aos poucos ficou à vontade. Explicou que seu marido não queria que ela fosse, porém resolveu ir, pois quando precisou do Serviço, foi bem atendida e não teve de pagar nada.

CAMILA nasceu em Cuiabá, é filha única e se submeteu à laqueadura com 30 anos. Católica praticante, adorna sua casa com três imagens de santos na parede, além de certificado de encontro de casais, de que participaram, ao completar dez anos de casados. Mãe de duas filhas, uma de 13 e outra de 8 anos. Tem o ensino médio completo e declarou ser negra. Mora em residência própria, que não está pintada, e não é forrada. Possui computador em casa, celulares de modelos novos, telefone sem fio, um carro novo na garagem. O esposo tem moto. No bairro não há rede de esgoto, a rua em frente à sua casa não é asfaltada.

Infância: Relatou ter descoberto aos 11 anos que era adotada, foi algo traumatizante. Até hoje a sua história não está esclarecida, pois os parentes escondem. O pai contou-lhe que sua mãe é uma prostituta com quem ele teve um caso. Esta não a queria, tentou abortá-la, pois ia embora com uma pessoa que dizia amar. A propósito, recorda uma passagem de sua vida que lhe contaram:

[...] a enfermeira disse: mãe, está na hora de amamentar. Ela teria dito: - Não vai adiantar amamentar, pois ela jamais me verá [...] O pai e mãe nunca me deixaram faltar nada, mas este fato marcou muito a minha vida, é algo que não está resolvido. Hoje ninguém conta nada, por medo de meu pai, pois ele já ameaçou, se alguém contar. As pessoas próximas dizem que somente contarão quando ele morrer.

Os pais hoje estão separados; segundo ela, o pai é muito severo, agressivo e faz uso de bebida alcoólica.

Adolescência: Aos 12 anos a família mudou do bairro, *“foram morar num grilo”* (bairro onde reside atualmente) e ela não queria ir. Criada muito presa (*sic*), sempre com medo dos pais, no percurso até o centro, onde estudava, fez amizade com um cobrador, que veio a se tornar seu marido. Quando este foi até sua residência e a pediu em namoro, ficou constrangida e temerosa em relação à reação do pai. Aos 12 anos começou a namorar, e, aos 16, casou-se com essa pessoa (precisou ser emancipada para tal).

Casamento: Casou virgem e, segundo ela, *“[...] para me ver livre da pressão da família”*. Ainda namorando, soube que o futuro marido tinha mulher e duas filhas. A alegação dele para o fato foi: *“fiquei com ela porque sou homem, sentia necessidade de sexo [...] como eu não cedia, então ele foi procurar outra”*. Camila conta que a mãe das duas meninas deu-as para ela. Hoje, as duas estão casadas, já têm filhos e estão bem. *“Cuidei muito bem dessas meninas, elas me chamam de mãe, são muito carinhosas comigo.”* Por ser muito religiosa, perguntei-lhe se isso a impedia de alguma coisa, ela disse que, devido à religião, não cometeu loucuras, como, por exemplo, aceitar as propostas que já lhe fizeram: Ir embora e deixar o seu marido, sair com outro homem.

O marido já teve problemas com o álcool. Ela também bebe, mas só nos fins de semana, três ou quatro latinhas, segundo declara; o marido: *“[...] Ele perde a noção”*. Quando aconteceu a entrevista, faltavam três dias para completar 17 anos de casada. Indaguei sobre o que estavam programando para comemorar, e ela respondeu: *“[...] nada, pois ele é muito parado. Eu queria sair, passar um final de semana numa pousada, ir num motel. Mas ele não tem iniciativa”*. Camila conta que na sua casa quem gerencia os negócios é ela, dialoga com o marido, mas este não tem muita iniciativa. *“Estou cansada, pois ele não muda [...] Ele já falou que eu não era mulher pra ele [...], você é para ser mulher de um médico, um advogado, empresário.”*

Relatou uma situação onde o marido bateu o carro novo, na estrada de Chapada dos Guimarães, e teve perda total. Depois de muita luta com o seguro, foi lhe entregue outro veículo.

Trabalho: *“Eu comecei a trabalhar a partir do momento que conheci ele [marido] com 16 anos [...] comecei lavando roupa [...] pra nós comprar uma geladeira e fogão. Pra começar adquirir nossas coisas, N/É”*. Também trabalhou de faxineira, serviços gerais, auxiliar de cobranças e agora é autônoma, vende roupas.

Por que eu pensei assim, meus filhos foi tudo criado longe de mim, por causa de emprego. Sai do emprego volta de novo, sai de manhã, volta à noite. De lá mesmo do serviço já vai pra escola. Eu coloquei na mente assim: pedi a Deus, que ele me indicasse um emprego que eu ficasse dentro da minha casa, junto com os meus filhos, ou que eu trabalhasse meio dia voltasse, que meu horário mesmo eu fazia. Coloquei em oração e Deus me indicou isso aí.

Encontra-se no último módulo do curso de técnico de segurança do trabalho. Disse que é um curso caro, que vai ficar em aproximadamente R\$ 8 mil. E que não vai exercer a profissão, porque, como técnica de segurança, poderia ganhar uns R\$ 1.500,00 e, como autônoma, a renda varia, mas segundo ela tem mês que fica com uma renda mensal de R\$ 3 mil. Isso a deixou frustrada, porém pretende finalizar o curso.

Camila demonstra ser uma mulher vaidosa, organizada, sua preocupação hoje é emagrecer; recentemente fez escova definitiva, estava com as unhas feitas.

Uma mulher positiva, segundo ela própria diz: “*comigo não tem negatividade*”.

A entrevista transcorreu tranquilamente, envolvendo muita emoção, principalmente quando a entrevistada recordou a história do seu nascimento, a possível rejeição da mãe. Tanto que ela finaliza a entrevista dizendo que o seu passado não é bem resolvido e deseja saber a verdade.

ÚRSULA, 38 anos, nasceu no município de Alto Araguaia (MT), declarou ser branca. Tem o ensino médio incompleto. Possui quatro irmãos. Sua mãe sempre foi dona de casa; o pai agricultor. Quando se submeteu à cirurgia de laqueadura tubária vivia em união estável, há 11 anos. É mãe de dois filhos, de 16 e nove anos. Reside em um conjunto habitacional financiado pelo governo federal. É evangélica da Igreja Mundial, muito fervorosa, durante toda a entrevista reportou-se à bíblia, aos preceitos divinos; seu marido é evangélico da Igreja Universal. Ainda segundo Úrsula, tem diabetes tipo 1, faz uso de insulina e também tratamento para problemas com a tireóide. É uma mulher de baixa estatura, franzina, com ar abatido, aparenta ser uma pessoa triste.

Adolescência: começou a namorar com 35 anos, menstruou aos 16, aos 18 teve sua primeira relação sexual e ficou grávida aos 20 (segundo ela, usando anticoncepcional, mas de forma irregular). Com relação a esse período de sua vida, relatou:

foi boa, não tenho o que reclamar não. Tirando o envolvimento sentimental que, você envolve muito cedo e acaba você perdendo a cabeça, acaba não vivendo mais para você, vivi para aquele sentimento. Desde quando não é correspondido pior ainda. Então, eu não tive muito assim, não lembro de ter uma adolescência cheia de expectativas, de

sonhos e falar não, vou me formar, vou estudar [...] tive esse envolvimento [...] foi uma coisa, assim muito forte da minha parte, dele não. [...] tanto que ele não assumiu a filha depois de dez anos. Então, assim, não tive muito assim adolescência não.

Teve uma desilusão amorosa na adolescência depois de seis anos de um namoro que culminou numa gravidez, que ela disse não ter sido planejada. Quando soube que estava grávida, o namoro foi interrompido, disse: *“a gente não tinha diálogo. Não tinha nem como conversar e agressão verbal, física. [ele te agredia?] agredia, então eu preferi afastar, eu também era um pouco orgulhosa. Eu achei que era capaz, que eu conseguiria e seria uma boa mãe, um bom pai. E eu toquei a vida [...]”*.

Depois que ficou grávida na adolescência foi para Mineiros e posteriormente veio para Cuiabá (MT).

Encontrar Úrsula foi muito difícil, porém, quando a localizei e fiz a primeira ligação, logo comentou sobre sua insatisfação em ter feito a laqueadura. Que a fez por uma circunstância específica (o marido bebia, fumava, usava drogas) e que agora estava arrependida, pois o esposo cobrava uma filha, a tal ponto de isso ter se tornado uma obsessão. Esse fato tinha estremecido o casamento.

Trabalho: segundo Úrsula, primeiro foi dona de casa, segundo florista e, hoje, costureira, trabalha com bordados. Já foi gerente de loja, quando estava grávida. Disse: *“[...] essa loja foi fechada. Eu fiquei sem expectativa de vida, fiquei grávida, sem trabalho. [...] Então, eu passei a trabalhar em casa de famílias, pra dar o sustento pra minha filha, terminar de fazer o enxoval [...]”*. Ela mencionou que começou a trabalhar com 13 anos. Seu esposo é motorista de transporte público e tem renda mensal de R\$ 3 mil. Sua renda mensal é de R\$ 2 mil a R\$ 2.500,00.

Condições da Entrevista: na oportunidade em que, pela primeira vez, falamos com Úrsula, também falamos ao telefone com seu esposo, que afirmou que concederia entrevista. No dia em que veio para a entrevista, entretanto, esclareceu que o esposo não mais concederia a entrevista, pois havia o entendimento de que o pesquisador iria até sua casa para ajudá-los a reverter a cirurgia (apesar da nossa clara explicação sobre os motivos porque desejava fazer a entrevista). No início da conversa, parecia amedrontada, mas aos poucos foi se soltando e a entrevista transcorreu bem. Não vimos o seu esposo, contudo ficamos com a impressão de que estava na cozinha da casa.

URÂNIA: *“sou piauiense, vivi lá até os 15 anos, depois eu fui para Brasília em 88, morei lá quatro anos. Lá já vivia com o pai dos meus primeiros filhos e depois em 92, a gente foi pra Tocantins, morei lá três anos, fiquemos lá até 95. Em 95 eu vim pra cá, não*

tinha meus filhos ainda”. Reside em casa própria, é católica e declarou ser “[...] *parda N/É, como as pessoas fala N/É, (risos)*”. No momento, está cursando o primeiro ano do ensino médio. Sua residência é muito pequena, humilde, fica bem abaixo do nível da rua, coberta com telha Eternit, que deixa a casa ainda mais quente (numa cidade em que as temperaturas são sempre muito altas); uma parte é de madeira.

Infância: morava no interior do estado do Piauí e trabalhava na roça. “[...] *pra poder ajudar minha mãe, porque ela só vivia disso mesmo [...] comecei mesmo saí assim pro mundo mesmo pra trabalhar pra ajudar minha mãe, eu tinha quinze anos*”. Tem 11 irmãos, o seu pai abandonou a casa e os deixou com a mãe ainda pequenos.

Adolescência: teve a primeira menstruação com 11 anos. Disse: “[...] *pra falar a verdade pra você [...] primeiro namorado foi o pai desses meus guri, eu tava com 16 anos*”. A primeira gestação foi com 25 anos.

Casamento: Com relação à sua primeira união conjugal, ressaltou: “[...] *nunca fui desse lado de casar. Eu vivi com uma pessoa 18 anos, terminou a gente não se dando certo. Hoje eu vivo (há) nove anos já com ele, até agora a gente não tem problema nenhum [...] enquanto a gente estiver dando certo, está bom demais (risos)*”. Ela expôs os motivos que a levaram à primeira separação, que se iniciou com o nascimento dos filhos:

[...] quando eu tive eles, ele começou a ser muito agressivo comigo. [...] as crianças nasceu ele ficou muito, sei lá se ele se arrependeu de ter filho [...] era muito agressivo com as crianças, entendeu [...] ele gostava muito de beber e jogar e eu nunca fui a fim de jogo [...] preferi morar sozinha. Então, ele ficou na casa, uma casa que tem aqui no fundo aqui. Então, eu fui morar de aluguel [...].

Mãe de três filhos, sendo uma cesárea e um parto normal, um dos partos foi duplo, a idade dos seus filhos são 12 e 8 anos, sendo uma menina e dois meninos. A menina, ela colocou para morar com uma irmã, pois, segundo ela, estava muito rebelde. O menino adolescente está na escola. Há nove anos vive em união consensual. O seu companheiro tem três filhos de outra união.

Laqueadura: fez a cirurgia no mês de maio de 2008, com 36 anos.

Trabalho: “[...] *olha eu só trabalhei mesmo de doméstica, hum e trabalhei numa firma em 99 aqui perto da rodoviária, mas eu também era cozinheira, também, entendeu. E só essas daí mesmo. E agora que a gente trabalha com o bar N/É, que eu trabalho aqui só. A vida toda foi trabalhando na casa de família mesmo*”. Com relação à renda familiar, disse que era difícil mensurar, mas achava que varia de R\$ 1.500,00 a R\$ 2 mil. Seu companheiro conseguiu uma terra no interior pelo Movimento dos Sem Terra

(MST) e, segundo ela, já plantaram algumas coisas e agora também está trabalhando na política para candidatos de ideologia completamente diferente dos que normalmente apóiam o MST.

Condições da Entrevista: dona Urânia foi solícita ao nos receber; nossa conversa começou no bar, pois não queríamos interromper seu dia de trabalho, e continuou depois na residência. Inicialmente, pensamos que estivesse sozinha, logo depois apareceu um filho de quatro anos e também ficamos sabendo que o esposo estava próximo. No decorrer da entrevista, descobrimos que ao lado do bar há um salão e ali eles têm uma pequena mercearia, que, entretanto, estava fechada, pois há falta de mercadoria, segundo a entrevistada.

SORAIA, 30 anos, nasceu em Cuiabá, tem seis irmãos, sendo duas mulheres e quatro homens. Ela é mãe de um casal de filhos de partos normais; a menina tem 13 anos e está estudando e o menino quatro anos e está na creche. Fez a laqueadura tubária em maio de 2006, com 26 anos. Tem ensino superior incompleto. É evangélica da Casa da Bênção. Mora em casa própria. Com relação à sua cor disse que é morena.

Adolescência: saiu de casa aos 13 anos para trabalhar e morava no emprego, teve momentos que dividiu aluguel com amigas. Relatou que não teve paradeiro certo para morar.

O seu ciclo menstrual iniciou-se aos 13 anos e afirma *“minha mãe não era muito assim de orientar a gente não. Porque, minha mãe foi criada no sítio. Ela foi criada pela irmã dela [...]”*. Disse que foi orientada por uma professora, com quem trabalhou e morava.

Começou a namorar aos 14 anos e com 17 anos teve sua primeira filha. Disse: *“O pai da minha filha, ele era meu amigo, dava muito apoio pra mim, força. [...] comecei a paquerar com ele e aí acabou que aconteceu. Só que quando eu descobri que estava grávida eu não queria nenhum compromisso sério. Eu dividia aluguel com uma amiga minha”*.

A primeira e a segunda gravidezes de Soraia não foram planejadas, e as descobertas foram surpresa, a segunda descobriu quando precisou fazer um raio x, fez o teste e deu positivo. Sobre a primeira gestação salientou:

Até porque eu falei que não queria ser uma mãe velha. Engravidar velha. Se fosse para ter filha queria ter nova [...] me preocupei que eu tinha ia ter alguém pra mim cuidar.

Por que a gente vai se sentindo muito só. [...] O momento que eu engravidei, além de ser nova, eu tinha a cabeça bem amadurecida [...]

Fato incomum na história que relata é que, quando engravidou, não queria homem em sua companhia, porém que ele a ajudasse a ter um “teto”. Ela disse:

Não fiz aquele projeto de ter pessoa. Não sei pelo fato que eu vivi, N/É, assim de ta aqui ali. E a situação que a gente ver na família da gente também, os casal [...] eu não queria que a minha filha passasse a mesma coisa que eu passei, na casa de um de outro, de um, de outro. [...] ele ia me ajudar, a me arrumar a minha casa, N/É, mobília, mas eu não queria morar com ninguém. Eu queria minha filha debaixo do teto dela. E falar que é meu e dela. Foi isso que exigi, ele me ajudou.

Soraia ainda destacou o que significou o nascimento da primeira filha e o que essa criança proporcionou à família, descreveu:

Melhor momento da minha gravidez depois do pós-parto, que foi a união minha com meu pai. Na minha gravidez, meu primeiro filho serviu para unir. [...] A minha filha é a primeira neta e uniu a família. Então brotou aquele amor. Aquela coisa que não teve com os filhos, aquela união.

Disse que morou com o pai de sua família umas duas semanas e explicou: “[...] entramos em atrito. Porque o pai da minha filha tinha vergonha de mim. [...] não gostava de sair comigo. Gostava muito da noite”. Após a separação, segundo ela, ainda sofreu agressões físicas.

Soraia comentou que fez um aborto por influência do namorado, depois desta situação, ela disse que viveu um momento de revolta por não aceitar o que fez e passou a ser uma mulher agressiva, nervosa, qualquer coisa a irritava, começou a beber, a fumar, disse: “[...] eu não aceitei, eu não me perdoava, por aquela situação. [...] não perdoei ele também”. Após o aborto ela viveu um quadro depressivo.

Ela relatou que não tinha um bom relacionamento com o pai. Devido o pai ser alcoólatra e às agressões verbais que presenciava com sua genitora, ela não suportava. Segundo ela, isso foi fator determinante para sair de casa.

*[...] tem umas partes que é meia constrangedora que a gente não fala. Dentro de alguma situação eu era bem problemática com meu pai. Na época meu pai bebia muito. E às vezes eu acho que era um pouquinho alvo do meu pai [...] **[a aceitação da mãe]** forma de proteção a, uma forma de proteção a família mesmo, não entrar em conflito. [...] Por que tem coisa que fica meio reservado. [...] Então, é uma coisa assim que ficou comigo,*

eu sai levei isso e hoje a vida da gente já mudada todinho. [...] me emocionei deu não ter comentado isso com ninguém ainda [...]

Trabalho: *Comecei a trabalhar cedo. Meu pai é pedreiro, minha mãe dona de casa, toda vida foi dona de casa. Viveu para criar os filhos. São casados. Mais eu com os meus 12, 13 anos comecei a trabalhar pra estar ajudando, a minha mãe [...] Então como eu sou a segunda, eu comecei a trabalhar, cuidar de criança [...] assim, as vezes eu morava na casa dos meus patrões [...] meu irmão mais velho, eu e minha irmã, então nós trabalhamos pra ajudar, N/É. Na criação dos outros **[irmãos]**.*

Ela disse que trabalhou em casas de família; estudava e sexta, sábado e domingo à noite, vendia lanche ao lado de uma boate. Depois trabalhou em uma casa assistencial. Atualmente, é manicure e R\$ 15 para fazer pé e mão. Comentou: “[...] *tem dia que eu não faço nenhuma não. Ai eu faço faxina, eu vendo Natura, eu vendo Avon, N/É*”. Enquanto trabalha, os filhos ficam na casa da mãe. Relatou que atualmente tem renda aproximada de R\$ 700,00 e ainda conta com a ajuda do companheiro, pai do seu filho.

A entrevista ocorreu na casa da mãe de Soraia, e foi carregada de emoção.

Flávia, 23 anos, nasceu em Cuiabá (MT). Os pais são de Cáceres (MT). O seu companheiro tem 35 anos e estão juntos há 8 anos. Nasceu em Cuiabá (MT), os pais são de Cáceres (MT). Tem três irmãos, sendo duas mulheres e um homem. Cursou o ensino médio completo. Declarou ser negra e com relação à religião disse ser evangélica da Igreja Mundial. Todos os seus filhos nasceram de partos cesáreas e têm as seguintes idades 7, 5, 3, 11 meses. Os dois filhos com mais idade estudam.

Fez a laqueadura em 2005, falhou, foi realizada no Hospital Santa Helena, a segunda esterilização também foi feita no mesmo hospital, depois de dois anos, quando engravidou novamente.

No momento da entrevista ela e a família, e também o irmão com a família, moravam com sua mãe. São dez pessoas vivendo em três cômodos. Disse: “[...] *Cada um mora num quartinho, mas o meu como que eu tenho bastante filho, fica muito complicado, meninas está crescendo, convivendo com a gente, comigo e com meu marido*”. Ela está inscrita no programa da habitação popular e comentou que já foi sorteada, mas não a localizaram, para comunicá-la. Sua residência fica próximo a uma área verde; não tem rede de esgoto, nem asfalto.

Infância adolescência: *nem ruim, nem bom, meio a meio. Eu tive oportunidade para mim estudar, conviver com minha mãe. Ela não era muito boa, com meus irmãos. Minha*

mãe chegava bater de mais em mim, que eu pensei em ter um lar pra mim. Eu pensava que ia melhorar. Ai eu peguei achei esse rapaz que eu estou com ele. Peguei comecei a morar junto com ele, porque minha mãe batia de mais em mim. Ela batia na gente por qualquer coisinha. Não era aquela mãe amiga, qualquer coisinha ela estressava e pegava a gente.

Flávia relatou que por qualquer coisa a mãe a espancava, tanto que os vizinhos falavam para ela fugir. Disse ainda que sua mãe era e é muito nervosa. A entrevistada possui uma cicatriz de queimadura no braço, disse que quando foi cuidar da avó: *“Eu esquentei a água para dar banho nela aí caiu em cima de mim, que eu era pequena. Aí eu fiquei toda queimada, ela me levou no pronto-socorro e aí tinha que voltar e eu não voltei, ficou assim”*.

Aos 12 anos, ela amasiou-se, seu esposo tinha 23 anos, ela contou: *“[...] eu fiquei observando ele, eu queria uma pessoa trabalhadora, que eu pudesse sair daquela vida. Aí eu comecei a gostar dele, eu comecei a ficar com ele. A minha intenção era pra casar, aí eu tava namorando, minha mãe falou que tava tendo outras coisas [...]”*. Flávia ainda relatou que seu marido *“[...] foi, o primeiro e único, até agora”*.

O seu ciclo menstrual iniciou-se aos 12 anos e explicou como foi esse momento:

[...] Eu cheguei assustar, eu levantei tava tudo aquilo, aí eu perguntei pra ela, aí ela explicou que era início da mulher ser moça, foi assim que ela falou. Só isso não explicou mais nada. Falou que tinha que usar o absorvente, só mais nada. Aí depois que fui saber outras coisas [...] minha patroa explicava as coisas pra mim. Mas totalmente ela não explicou que a mulher precisa se cuidar pra não ter filho. Depois que eu tinha dois filhos eu fui saber.

Trabalho: Flávia está desempregada, trabalhava de serviços gerais. Disse: *“Com sete anos eu já comecei a cuidar de criança pra ajudar e comprar caderno pra me estudar. Assim que eu casei, eu não larguei de estudar, grávida com criança, tudo eu ia pra escola”*. Também foi atendente, auxiliar de serviços gerais, doméstica, diarista, babá, mas estava desempregada quando entrevistada. Seu esposo é vigia e sua renda é de um salário-mínimo. No momento, ela recebe R\$ 60,00 de bolsa-família.

A entrevista ocorreu nas dependências da Unidade de Saúde por sugestão de Flávia. No decorrer, demonstrou ser uma pessoa um pouco reservada, falava baixo, às vezes muito sintética em suas observações.

Fúlvia, 35 anos, nasceu em Cuiabá, e declarou ser negra. Tem ensino médio completo. Possui quatro irmãs. Seu pai é falecido, e a mãe sempre trabalhou com serviços gerais. Segundo ela, a relação com os pais, foi: *“maravilhosa, tanto com meu pai com minha mãe. Nunca tivemos atritos gravíssimos não. Sempre um diálogo pleno”*. Mãe de três filhas, todas de partos cesáreos. Submeteu-se a cirurgia de esterilização em 2006 e dois anos depois voltou a engravidar. Está separada do pai das suas filhas. Atualmente, disse que está namorando. Mora a 14 anos na casa que foi entrevistada e esta foi construída no terreno da tia.

Adolescência: aos dez anos menstruou e sobre isso discorreu: *“foi assustador porque eu sempre lia revistas, eu com minhas amigas conversávamos muito a respeito disso. Minha mãe nunca foi de conversar a respeito de menstruação, virgindade essas coisas não [...] minhas amigas eram maduras então a gente se instruiu nisso”*.

Disse também que foram poucos namorados firmes que teve. Salientou: *vim me perder mesmo foi com esse meu marido com 21 anos, que eu fui me perder. Então nós namoramos sete anos. Foi tranquilo, não foi nada traumático. Desculpa, com 21 veio a primeira filha, acredito que foi com 19, mais ou menos [...] Não teve pressão nem da minha mãe nem do meu pai. Conversamos, ele foi pra casa da minha mãe. [seus pais aceitaram bem] Aceitou assim, não muito numa boa, porque ela temia muito por ele ser um pouquinho mulherengo. Ela e meu pai temiam muito. Só que você sabe nessa idade você fica cega. Eu achava que poderia mudar nossa vida e tal.*

Com o pai de suas filhas viveu por 17 anos, separaram-se devido:

Traição, infidelidade. Nunca agressão física, mas assim exposição, muita exposição, muita humilhação que eu passei, que eu passo. Humilhação não precisa ser falada. Acho que é isso aí vem aquela coisa de não ter consideração de um pra outra. Perde-se o respeito, aquele valor, aquele sentimento que você tem um pelo outro.

O seu ex-companheiro tem dois filhos de outros relacionamentos. De acordo com Fúlvia, a primeira gestação foi desejada. Contou que, como não engravidava, ia fazer tratamento, pois, segundo ela:

[...] eu não podia nem ter filhos. Assim, na visão médica eu não podia porque eu tinha um cisto desenvolvido no útero, então não é que eu não podia eu tinha dificuldade de fecundação. Então eu tava fazendo tratamento [...] Então eu fui pra começar um tratamento pra engravidar pra gente ter o primeiro filho. E chegou lá já tava grávida. Eu não sabia.

Trabalhos: Fúlvia foi balconista; atendente, caixa e supervisora de alimentos e completou “[...] não firmei muito nos outros serviços. Por que aí vieram as gestações e fiquei mais pra cuidar da filha. Aí fazia bicos, fazia unha, vendia lingerie alguma coisa assim [...]”. Atualmente é diarista, está desempregada. “Mas eu estou fazendo curso de cabeleireira [...] até eu conseguir pagar uma faculdade alguma coisa assim. Podia ter feito uma faculdade só que, assim, os atropelos, separação, você tem que cuidar de casa, a despesa maior você não dá conta.” No momento, sua renda mensal é de R\$ 350,00 referente à pensão alimentícia que recebe, porém, muitas vezes, o marido atrasa.

Atualmente frequenta a Igreja Batista. Fica nítido em toda a entrevista que ela é muito religiosa, fala muito em Deus, Jesus, trechos bíblicos. Foi católica; conta que por estar vivendo em união consensual e ser uma situação que ia contra os princípios religiosos, isso a incomodava. E, em determinado momento, frequentou a doutrina espírita como uma alternativa para o conflito conjugal e contou a seguinte passagem:

Eu não sou muito favorável ao espiritismo, mas eu não sou ignorante, fui conhecer porque ele precisa, nós precisávamos. Fui em busca de cura [...] eu queria a salvação do meu casamento, da minha vida. [...] queria que ele se curasse, se fosse problema espiritual. Aí lá que falou que ela era um processo do antepassado dele [...] Nós fizemos consagração [...] lá me ajudou muito [...] era muito ansiosa, [...] muito nervosa, explosiva.

A entrevista foi realizada em sua residência e transcorreu muito bem, com alternância do estado emocional.

Quadro 8: Síntese da caracterização das mulheres entrevistadas

Estado civil	Nome fictício	Idade	Ano de realização da cirurgia	Número de filhos
2 casadas	Carla	26	2008	3 filhos partos cesáreas
	Cássia	32	2004	3 filhos parto normal
	Camila	30	2008	2 filhas partos normais
2 uniões estáveis	Úrsula	29	2001	2 filhos
	Urânia	36	2008	3 filhos
1 Solteira	Soraia	26	2006	2 filhos partos normais
2 mulheres que a cirurgia falhou, união estável	Fúlvia	31	2006/2008	3 filhos de partos cesáreas
	Flávia	19	2005/2008	4 filhos de partos cesáreas

3.2.2.3 Perfis dos homens entrevistados

Detalhamos aqui as características dos homens entrevistados, apresentando, ao final dessa exposição inicial, o Quadro 2, com uma síntese.

Destacamos que, de forma geral, os homens entrevistados mostraram-se lacônicos, reticentes, sucintos. Contudo, conforme desenvolviam os argumentos, procuramos fazer as devidas intervenções, com a intenção de atingir os objetivos propostos.

Carlos, 50 anos, nasceu no Espírito Santo, foi para o Mato Grosso em 1974. Possui sete irmãos e uma irmã. O pai foi lavrador e a mãe, já falecida, foi sempre dona de casa. Possui ensino fundamental incompleto. É evangélico há dez anos da Congregação Cristã do Brasil. Quando indagado se a religião permite esterilizar respondeu: *“Não. Não permite, mas não omite também. Cada um vive sua situação. Causo que é contra a lei de Deus, causo que é a lei do homem também, N/É. Nunca falaram para mim que não deveria”*. Reside em casa própria, sem rede de esgoto. Declarou que achava que tinha a cor morena.

Teve três mulheres, com a primeira viveu 12 anos, teve três filhos; com a segunda viveu cinco anos e não teve filho; com a terceira vive há dez anos e tem três filhos.

Infância: *Rapaz, vou dizer, boa, N/É. A gente está vivo, N/É. Mas foi sofrida. Eu falo sofrida por que a gente perdeu nossa mãe caçulinha do meu irmão tava com dois meses. Mas meu pai zelou bem de nós. [ele arrumou outra pessoa?] arrumou. Ele viveu um bom anos, aí depois e separaram. Arrumou outra. Separou de novo, aí ficou solteiro pro resto dos tempo dele [...]*

A adolescência ele disse que foi ótima. Começou a namorar com 17, 18 anos e disse: *“[...] naqueles tempos a gente começava namorar mais velho, N/É. Hoje a gurizada ta com 14 anos, está tudo namorando. Já estava bem de idade”*. Segundo Carlos, a sua primeira relação sexual foi com:

Dezoito anos [...] Foi um encontro casual mesmo e partiu pra parte de sexo, N/É. [como que foi essa primeira experiência?] Ah foi ótima. [e depois?] Depois foi com muitas mulheres.” [considera um mulherengo?] Não, um homem muito honesto, hoje. [no passado?] Mulherengo, muito. Muito, mulherengo. Eu era motorista rodoviário. E as vezes eu vinha para capital, não chegava em casa eu tava com uma mulher ia para hotel, essas coisas N/É, mulherengo.

Trabalho: começou a trabalhar com 18 anos, foi motorista, motorista rodoviário. Há quatro anos trabalha como pedreiro, informou que tem renda mensal de R\$ 1.500,00.

A entrevista transcorreu tranquilamente e aconteceu nas dependências da Unidade de Saúde. Uma pessoa simples, falante. Quando contatado via telefone fez questão de dizer que a menstruação da sua esposa estava atrasada, havia a suspeita de que estivesse grávida. Em contato com a Unidade de Saúde, conseguimos que ela fizesse teste de gravidez. Depois que o resultado ficou pronto, entramos em contato para saber o resultado e informaram que o resultado fora negativo. Também marcamos consulta para ela com a ginecologista da Unidade.

Caio é esposo da entrevistada Camila. Ele tem 38 anos, nasceu em Cuiabá. Seus pais eram casados, hoje são falecidos. Sua mãe tinha filhos de outros relacionamentos. Possui seis irmãos, sendo duas mulheres e quatro homens. Tem o Ensino Fundamental completo. É católico praticante e declarou ser pardo.

Casado no civil e no religioso. Tem duas filhas do primeiro relacionamento e mais duas na segunda união. Mencionou que tem dois filhos que vivem em união consensual e possui dois netos.

Infância: *“foi tranqüila, não gostava de estudar [...] minha mãe batia em mim de cinto [...] um cinto grosso cheio de buraquinho da fivelinha”.* **Adolescência:** *“também foi tranquila, comecei a trabalhar cedo, para ajudar em casa. Minha primeira experiência sexual foi por acaso. [...] [O primeiro relacionamento não deu certo] Por causa da bebida. Bebia, brigava, passava a noite fora. Hoje eu acho que eu era sem juízo”.*

Trabalho: começou a trabalhar com 12 anos, para vender pastel, depois picolé, foi servente, pacoteiro, ajudante de entrega, cobrador de ônibus. Com 16 anos começou a trabalhar de cobrador de ônibus, vigilante, cobrador de moto, porteiro e motorista. Somente ele e a esposa é que trabalham na residência. Segundo ele, tem uma renda de R\$ 600,00 de motorista e mais R\$ 900,00 de porteiro. Disse ainda que passou a namorar com Camila quando era cobrador de ônibus. *“Já estava separado da minha esposa.”* Perguntado sobre sua religião, disse: *“[...] de vez em quando vou na Igreja Mundial”.* Disse que é uma pessoa nervosa, que não tem paciência.

A entrevista com Caio aconteceu nas dependências da Unidade de Saúde. Transparece ser muito tímido e pessoa humilde.

Uberaldo, 30 anos, nasceu em Cuiabá. O pai é taxista, a mãe empregada doméstica. Tinha um irmão, foi assassinado em um *show*: “o cara [policial] tirou a mulher dele para dançar ele não gostou, foi falar com o cara, ele deu um tiro nele, morreu”. Tem o ensino médio completo. Vive com sua esposa há nove anos, tem três filhos, ressaltou que um dos filhos e de outro relacionamento de sua esposa e ainda disse: “Minha ex-namorada fala que tem um filho com ela, antes dessa daí. O povo falaram pra mim, mas eu nunca cheguei de ver não”. Pagam R\$ 300,00 de aluguel.

Declarou ser branco.

Infância: Sapeca, Ave Maria. Meus filhos saiu tudo puxando eu. Mala que só eles mesmos. A **adolescência** já foi mais calma já. [a escola] Rapaz nunca gostei de estudar, não. Por causa disso, não tenho paciência de ficar em sala de aula. [...] Rapaz namorador nunca fui não, mas ficar eu ficava com bastante menina. Eu só tive três namoradas só. [primeira experiência sexual] Rapaz como assim, você fala relação sexual ou namorada mesmo? foi com 14 anos, mas não foi com minha namorada, foi com uma coroa. [primeira namorada] foi com 15 anos. [trabalho] Toda vida trabalhei de segurança. Tenho três filhos. Um não é meu é da...

Trabalho: toda a sua vida trabalhou de segurança, possui uma renda de R\$ 850,00, a esposa tem uma renda de R\$ 950,00.

A entrevista com Uberaldo aconteceu nas dependências da Policlínica, por sugestão do entrevistado. Demonstra ser uma pessoa ansiosa, inquieta, se irrita com muita facilidade e respondeu a todas as perguntas de forma sintética.

Ulisses, 35 anos, nasceu em Várzea Grande (MT). Foi criado pela avó, sua mãe faleceu quando tinha dez anos. Ele tem oito irmãos e irmãs, mas duas de suas irmãs estão desaparecidas. Possui o ensino fundamental incompleto, parou de estudar na 5ª série. Possui quatro filhos, duas meninas e dois meninos. É fumante.

Ele relatou que quando a mãe faleceu e passou morar com o pai e disse: “[...] era problema, ali era sofrimento [...] ah porque você apanhava demais. Ele bebia. Ta certo que quando era antigamente pessoa apanhava muito de corda, de fio, de cano, pra gente ser gente hoje em dia. Por que se eu não tivesse levado tanta surra assim, eu não era gente não”.

Há nove anos vive com sua companheira. Disse não ter religião, mas se tivesse seria evangélico. Declarou ser negro. A esposa de Ulisses também nos concedeu entrevista e fez a cirurgia de esterilização por duas vezes devido a falha.

Depois de ler o termo de consentimento e perguntado se ele concederia a entrevista – ele perguntou: “[...]você vai querer filmar a gente? Vai ter que passar filmado a gente na televisão? Se fosse filmar, tá difícil cara, estou querendo fazer tratamento dos meus dentes não estou conseguindo. Não tenho dinheiro é muito caro”.

Infância/adolescência: “Foi difícil pra mim. Depois que minha mãe saiu de nós assim **[morreu]**, as coisas ficou mais difícil, N/É. Hoje em dia está difícil ainda, porque a mãe sempre é, se você casa hoje em dia a mãe apóia, entendeu, tem tudo”.

Profissões: “eu já fui pescador, pescador não é profissão N/É? Meia colher, mais ou menos.” (o que é meia colher?) “meio oficial de pedreiro, servente, picolezeiro, é um ganha-pão.” **[você trabalha com eletricidade também?]** “Eu não fiz o curso, porque eu desisti”.

Por vários momentos ressaltou a questão de se vestir bem. Percebe-se que ele começou a trabalhar cedo por isso, para poder se vestir melhor. E devido ao trabalho deixou de ir à escola, sobre esse assunto explicou:

Naquele tempo as pessoas se você vai mal arrumado, mal trajado pra escola, o pessoal começa pagar na sua cara. Falam muita coisa de você, brincadeira deles lá. Então, você tem que ir bem vestido ou se você for uma pessoa que não liga pra nada. Pessoa pode falar, dizer o que for. Eu sou desse tipo de gente se a pessoa querer brincar na minha cara [...] eu era pequeno eu soltava um trem logo na cara dele. Então, eu desisti por causa disso mesmo.

Fiquei com a impressão de que o entrevistado sofreu bullying⁴⁸. Ele afirmou que a escola atrapalha, porque tem de ir bem vestido, bem arrumado. Esclareceu porque atrapalhava:

Agora, a escola atrapalha tudo isso aí, a escola atrapalha, porque se você trabalha meio período na parte da manhã e você ir pra escola de tarde. Entendeu, isso você não vai ganhar nada nisso aí. Por que, como você vai viver? Se você sai pra vender um picolé, até de tarde não ia ganhar nada. Isso é por causa disso mesmo.

Ainda ressaltou que apanhou muito de gangues na escola onde estudava, por disputa de território, haja vista que ele estudava em escola distante da sua residência. Sobre essa situação mencionou:

⁴⁸ É um termo de língua inglesa (*bully* = valentão) que se refere a todas as formas de atitudes agressivas, verbais ou físicas, intencionais e repetitivas, que ocorrem sem motivação evidente e são exercidas por um ou mais indivíduos, causando, angústia, com o objetivo de intimidar ou agredir outra pessoa sem ter a possibilidade ou capacidade de se defender, sendo realizado dentro de uma relação desigual de forças ou poder. Disponível em: <www.brasilecola.com/sociologia/bullying.htm>. Acesso em: 10 abr. 2011.

[...] Lá a policia até baixou uma época lá, pra procurar droga [...] quase todo dia eu levava uma surra lá não tem. [briga de gangue?] de gurizada. Gurizada não gostava porque eu morava no Santa Helena. [disputa de território?] é. Aí, eu era sozinho, era eu e minha irmã que estudava lá. Minha avó queria que fosse na escola assim mesmo. Eu tinha que ir na escola.

Com relação aos namoros, disse que começou a namorar muito jovem, só que não tinha relação sexual, comentou:

[...] Aquela época com 12 anos não era uma pessoa envolvida. Hoje em dia menina 10, 11 anos está envolvida. Naquele tempo mulherada não era assim, então [primeira relação sexual] foi nuns 15 anos mais ou menos ... era só curtição, uma aqui outra ali. As coisas hoje é mais problema. (Como assim?) hoje as meninas estão liberadas. As meninas estão liberadas e ataca mesmo.

Atualmente, trabalha como vigilante noturno há cinco anos, com carteira assinada, possui renda mensal de R\$ 800,00. A esposa encontra-se desempregada. Sua família é beneficiária do programa Bolsa-Família, sua avaliação sobre o programa é a seguinte:

60,00, 60,00 reais isso aí não é dinheiro. Você vai com 60,00 vai fazer o que com uma criança? Nada. [...] Negócio do programa do governo, não sei o que tem ajuda. Isso é conversa, é conversa porque isso é tudo mentira. Não ajuda em nada, ele só ajuda assim as pessoas que tem. O que tem eles ajuda. Você vai no bolsa-família fazer um cartão é uma moagem que só vendo, você é bem dizer discriminado. Agora pra pessoa que tem dinheiro tudo está recebendo desse programa aí, entendeu. Nós, nós se lascando.

A entrevista com Ulisses aconteceu nas dependências da Policlínica por sugestão do entrevistado. No primeiro momento ele estava ansioso. No decorrer da entrevista ficou à vontade, demonstrou ser uma pessoa falante, perpassa a imagem de pessoa revoltada com o mundo, com sua condição social e muito preocupado com a sua imagem.

Quadro 9: Síntese da caracterização dos homens entrevistados

Situação	Nome fictício	Idade	Estado civil	Número de filhos
2 homens que as esposas participam da pesquisa	Caio Palmeireense	38	Casado	4
	Ulisses Flamenguista	35	União estável	4
2 homens que as esposas não participam da pesquisa	Carlos Gremista	50	Casado	6
	Uberaldo São Paulino	30	União estável	3

Comentários

A partir dos encontros com os sujeitos da pesquisa, acima documentados, constitui-se uma relação pesquisador-pesquisado com base e ponto de partida nas suas narrativas orais. No ato de conhecer as histórias das suas vidas, foi possível perceber, ainda mais, como o nosso passado nos afeta. Ficou nítido que muitos fatos vivenciados pelos sujeitos entrevistados/as foram mal-resolvidos, deixando transparecer certas contradições que se somam intimamente como fontes de dor. Tornam-se, parafraseando Thomson (1994), dinamites emocionais do tempo, que, quando acessadas, fazem ressurgir sentimentos que ecoam as vivências de velhos acontecimentos.

Entendemos ainda que a história oral pode contestar verdades históricas absolutas, verdades históricas aceitas, ou pelo menos pode tornar sua compreensão mais complicada e plena de contradições. Pode nos ajudar a compreender como as memórias populares são criadas e reproduzidas, e como e porque elas influenciam, em maior ou menor grau, indivíduos e sociedade. (THOMSON, 1994: 13)

No caso desta pesquisa, é nítida a emocionalidade presente nas entrevistas, visto que as falas das mulheres foram permeadas de emoção, ao retratarem sofrimentos, violência, medo, angústias, tristezas, depressões e frustrações por elas vivenciadas. Isso é natural, ao acessarmos nossas lembranças. A memória tem esse poder de guardar fases da vida, e muitas vezes nos conduzir às emoções diante da re-vivência dos fatos aparentemente soterrados.

Nas entrevistas com os homens, também se percebem sofrimentos, violência de várias ordens, porém fica com um tom mais audacioso, de resistência aos desafios que a vida lhes impôs. Deram a impressão de que conseguiram lidar com suas histórias de formas

diferentes das mulheres. A relação dos homens com a sociedade é mais de imposição de sua força, da forma de pensar do que de submissão.

Observaram-se, a partir das histórias de vida, as múltiplas diferenças que ainda hoje existem entre ser homem e ser mulher em nossa sociedade. As cobranças atuais são maiores para as mulheres; estão envoltas em um mundo multifacetado de situações para organizar, racionalizar, enfrentar, decidir; com isso não se está dizendo que os homens não se deparam com situações semelhantes, porém, as mulheres sentem o seu maior peso. Nesse aspecto, está-se de acordo com o pensamento de Quintas (2005):

A criança-menina nasce predestinada a assumir os preconceitos reinantes. Aprende o abecedário da feminilidade. Os primeiros ensinamentos borbotam nesta perspectiva, e não há como fugir do destino imposto. Pior: a socialização se encarrega de normatizar um conjunto de ideias que vão se infiltrando na cosmovisão da menina, tornando-a uma futura cúmplice de sua subordinação (p. 118).

Em contrapartida, a vida dos homens, não que seja fácil, porém ainda cumprem o velho papel de reprodutor, provedor, apesar de algumas mudanças nesse campo já pode ser percebido. Lidam com a vida de uma forma mais livre, pois não estão tão sujeitos às pressões e convenções sociais, que terminariam por limitar suas ações, como, por exemplo, um homem não assumir a paternidade de um filho é algo que não causa tanto impacto; se esse ato for praticado por uma mulher, a sociedade a vê como indigna, anormal e responderá judicialmente pelo seu ato. Ao homem, por mais que tenham ocorrido mudanças, as penalidades não são as mesmas, evidentemente que isso depende muito do contexto cultural.

Outro aspecto a ser considerado é a idade das mulheres no momento da esterilização: todas estavam em plena idade produtiva e reprodutiva, em torno da média de 28,6 anos. O número de filhos é algo também que chama a atenção, pois varia de dois a quatro filhos/as filhos por mulher. Uma família restrita, pequena, reflexo das transformações ocorridas ao longo dos anos no Brasil.

Desde a década de 1960, a tendência histórica da fecundidade considerada estável foi revertida, no Brasil. A fecundidade declinou de 6,3 para 1,83 filhos por mulher, segundo a Pnad de 2007. E chegou a 2009, com um percentual de 1,94, cifra que, apesar do pequeno acréscimo, ainda está abaixo do nível de reposição da população, que seria de dois filhos em média por mulher.

Segundo a PNDS (2006), a queda da fecundidade é responsável pela diminuição do número de componentes nos domicílios, que passou de 4,1 pessoas em média, no ano de 1996, para 3,4, em 2006. Isso fica parcialmente refletido em nossa amostra de investigação.

Com referência às atividades desempenhadas pelas pessoas entrevistadas, fica explícito que as atividades que executam em geral são profissões que exigem baixa complexidade técnica, e menor nível escolar. Isso se reflete sobre a renda financeira auferida, que, no caso específico dos entrevistados, varia de R\$ 350,00 a R\$ 4 mil. À primeira vista, parece uma discrepância muito grande: apenas quatro têm renda entre R\$ 1.200,00 e R\$ 4 mil, enquanto as demais ficam na faixa de R\$ 350,00 a R\$ 950,00, montante destinado a sustentar uma família de, no mínimo, quatro pessoas.

É preciso destacar que, com referência à ocupação remunerada das oito mulheres entrevistadas, apenas uma trabalha com carteira assinada, três são autônomas, duas estão desempregadas e duas não desempenham atividade remunerada. Entre os homens, um é pedreiro, um é porteiro e motorista, e dois são vigilantes.

Dessa forma, do quadro geral de entrevistadas/os pode-se afirmar que a maioria dos entrevistados/as são de baixa renda. Apenas duas entrevistadas afirmam ter renda diferenciada, próxima a R\$ 4.500,00.

No que diz respeito à escolaridade das entrevistadas: uma tem educação fundamental incompleta; três, ensino médio incompleto; três, ensino médio completo, e uma, educação superior incompleta. No que diz respeito aos homens, dois possuem educação fundamental incompleta; um, ensino médio incompleto; e , um, ensino médio completo. Essa informação é compatível com a PNDS 2006 que indica:

Entre as mulheres menos privilegiadas, tanto do ponto de vista de renda quanto de escolarização, a laqueadura tubária permanece como o método mais utilizado, chegando a responder por 65% da anticoncepção no grupo de mulheres sem instrução, em contraste, com os 25% no grupo daquelas com oito e mais anos de estudo.⁴⁹ (Perpétuo, 2009:94)

⁴⁹ É necessário ressaltar que, no Brasil, a PNDS 2006 é a terceira na sequência de duas edições anteriores: Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, realizada em 1986 (PNSMIPF 1986), e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996 (PNDS 1996). Na PNDS de 2006 foi realizado um inquérito domiciliar nacional, com aproximadamente 15 mil mulheres, de 15 a 49 anos de idade e aproximadamente 5 mil crianças menores de cinco anos, representativo das cinco macrorregiões e dos contextos urbano e rural.

Em contrapartida, a PNDS 2006 também demonstrou que, quando se trata de extrato de mulheres com mais escolaridade e maior renda, o percentual de esterilização decresce. Esses fatores sugerem que essas mulheres podem consequentemente ter maior conhecimento e acesso a outros métodos contraceptivos.

Em matéria de religião, das 12 pessoas entrevistadas, quatro são católicas, seis evangélicas e duas disseram não tê-la. Essa distribuição por religião, encontrada no grupo estudado, segue a orientação geral da relação quantitativa entre católicos e protestantes, registrada na PNDS 2006 que apontou, inclusive, um decréscimo, para o Brasil, na proporção de mulheres católicas, de 78%, em 1996, para 65%, em 2006, atribuído ao reflexo do aumento das mulheres que afirmaram ser evangélicas. Entretanto, no grupo estudado aqui, a proporção de católicos é de apenas 33%.

Especificamente com relação ao tema da pesquisa, as pessoas levam em consideração as suas reais necessidades. Tanto no caso do ideário católico, como no protestante, que teoricamente não são favoráveis à esterilização, evitá-la não tem sido uma norma obedecida por seus seguidores, com a mesma força do passado. Como pode ser observado no estudo de Pedro (2003), que discutiu a contracepção em duas gerações distintas, um grupo de mulheres anterior ao surgimento da pílula e outro posterior, demonstrou-se que o grupo anterior à pílula sofria o controle da Igreja Católica:

A posição da instituição era importante nas decisões dos casais quanto aos métodos que utilizariam para definir o número de filhos que queriam ter. Ou seja, elas falaram da interferência religiosa em questões íntimas como a contracepção. Era através da negativa da absolvição, diante da prática de determinados métodos, que os sacerdotes controlavam as famílias (p. 252).

Uma informação importante sobre o local de residência das pessoas que passaram pela entrevista é de que todos/as são usuários/as da Unidade de Saúde Policlínica do CPA I e residem em bairros próximos à unidade⁵⁰. Os bairros de residência das/os pesquisadas/os, não foram revelados aqui. Isto foi feito de forma intencional, com o objetivo de assegurar o anonimato dos sujeitos.

⁵⁰ Muitos deles originados pela ocupação irregular da área.

3.2.2.4 Eixo 2: Vida pessoal e percepção da identidade: ser mulher/mãe – homem/pai)

Com a intenção de saber como as mulheres e os homens sujeitos da pesquisa se percebem na sociedade atual, e também observar a imagem que têm do seu gênero, atentou-se para todos os sinais da sua fala que pudessem iluminar o conhecimento das formas pelas quais eles podem tomar ciência de sua identidade.

Nos depoimentos percebeu-se que algumas das entrevistadas não conseguiram posicionar-se numa definição clara do que é ser mulher, mas fazem uma avaliação do que é ser mulher e nesse conjunto pode-se ter uma compreensão apropriada das suas visões. Em todos os depoimentos, é perceptível uma contradição, o que é, pode não ser, e o que pode ser, talvez não seja.

Camila afirma: *“Ai, essa pergunta é difícil. Ser mulher, meu Deus, é uma coisa assim imensa, N/É. Tem nem explicação. Ser mulher é ser tudo. Por que, você vê mulher é tudo. Mulher dá luz. Mulher, todas as dificuldades são pra mulher. Laqueadura é pra mulher, mulher é tudo. Ser mulher é uma coisa especial mesmo”*.

Observa-se na sua definição *“ser mulher é uma coisa imensa”*, logo em seguida, destaca *“não tem nem explicação”*, e complementa *“ser mulher é tudo”*. No seu discurso, Camila evidencia a sobrecarga que é atribuída às mulheres e chega à seguinte conclusão: *“todas as dificuldades são para a mulher”*. Assim, fica compreendido que ser mulher é estar apta para enfrentar os desafios que lhe são impostos, por exemplo, as várias jornadas de trabalho; ser mãe, esposa, dona de casa, trabalhadora.

No final, ainda acrescenta *“ser mulher é ser especial”*, entende-se como ser diferente. Em nosso olhar, sua fala encontra um ponto de congruência, desse ser “especial” com o depoimento de Cássia, que diz: *“[...]ser mulher pra mim eu coiso (sic) assim. Eu agradeço muito a Deus do dom que Deus me deu. Deu ser a pessoa até hoje, a pessoa que eu sou assim uma pessoa legal com todo mundo, com minha família, com os meus filhos. Graças a Deus soube educar meus filhos”*. Essa definição nos faz reportar à imagem que, no passado, e ainda hoje persiste da mulher-mãe, ser divina, por sua possibilidade de gerar vidas.

Soraia afirma, a propósito: *“Ser mulher é ser eu, mais eu. Ser uma boa mãe. Ser uma mulher responsável. E saber onde você coloca seus passos. Saber que você vai caminhar e ser o eu mesmo. Ter o mesmo caráter por onde você for, para mim ser mulher é isso”*. A mulher se reconhece pelas atividades desempenhadas e se cobra que precisa ser responsável, ter caráter. A impressão é de uma autocobrança por ser mulher.

A maioria das mulheres mencionou que ser mulher é ter: responsabilidade, caráter, respeito; dignidade e ser exemplo, como se fosse algo não obrigatoriamente inerente a todos os seres humanos. Alguns depoimentos, cheios de julgamento e auto-avaliação da condição de mulher, estão presentes nas falas seguintes:

Eu acho que a mulher está sendo bastante desrespeitada. Só que esse respeito vem de cada uma. Você obtém o respeito que você necessita e precisa com sua própria capacidade, se você demonstra, você vai receber. Eu penso mais ou menos assim, eu acho que a mulher poderia ser mais amada, mais respeitada. Eu sou mulher [...] eu vejo assim o padrão de vida que nós vivemos hoje, a gente é muito corrida. Muitas mulheres não se valorizam muito e acabam vivendo aquilo que ela não gostaria de viver [...] A sociedade já tem o desprezo. (Úrsula)

ser mulher eu acho que é muito bom, dependendo do querer, ser bem responsável, ser bem respeitada N/É. Ser mãe, acho que é tudo isso. Acho que é dar valor próprio N/É. Claro, N/É, em qualquer lugar que você entrar, se você for uma mulher respeitada todo mundo vai respeitar você. Que tem muitas que não são [...] (Urânia)

O discurso que se segue retrata, além de uma avaliação da vida da entrevistada, os receios de ser mulher na sociedade de hoje. A entrevistada ressalta com clareza a violência que sofreu e o medo de que isso pudesse acontecer com uma possível filha, que não teve. Fica explícito que o ambiente familiar foi o desencadeador de um universo violento que percorreu todo o seu percurso juvenil.

Depende. Vamos supor que na minha vida sexual ser mulher é bom. Mas na vida que eu tive não gostava muito de ser mulher, não. Porque sofri muito. Nunca quis ter filha mulher por causa disso. Eu sempre pedia a Deus. Ah!! Deus, me abençoe com filhos homens, porque mulher sofre muito. Eu penso assim, vamos supor que eu separe do meu marido hoje aí eu vou, caso com outro homem, e eu tenho uma filha mulher, aí meu marido vai começa a pedofilia (relativa a) minha filha, começa a assediar ela sexualmente, entendeu. E começa agredir, então assim, eu tenho esse medo. [aconteceu com você?] [silêncio] mais ou menos. [silêncio] [...] foi assim, é na época que meu padrasto ele começou a querer me assediar, então eu fiquei com medo e fugi, entendeu. Então isso, que me levou a ir embora mais rápido, entendeu. Por que eu fiquei com medo, porque minha mãe trabalhava muito. Ele só ficava com nós em casa, então é isso aí. (Carla)

A fala de **Carla** é um sinalizador de que a violência faz parte do universo feminino, muitas vezes de forma invisível. O ambiente familiar é um espaço onde as violências são vividas e silenciadas pela privatização do lar. Esse cenário tem demonstrado

mudança, ao menos no que diz respeito à publicização dos atos que nele ocorrem. A família hoje não é mais uma caixa de segredos.

Ainda que numa amostra restrita do universo feminino, como a desta pesquisa, o tema violência tenha vindo à tona: a maioria das mulheres (seis) afirmam ter sido agredidas fisicamente, por seus maridos/companheiros/namorados.

Carla, especificamente, avalia como satisfatório ser mulher apenas no sentido de sua sexualidade. A mulher descobriu o prazer, sentiu mais liberdade com o seu corpo, em contrapartida, isso tem redundado em uma série de conflitos e tensões de gênero.

Sobre essa questão, Rago (2004), ao discutir os achados da pesquisa coordenada pela Fundação Perseu Abramo (FPA), realizada em outubro de 2001, que entrevistou 2.502 mulheres, em 187 municípios com mais de 500 mil habitantes, compreendendo 24 Estados das cinco macrorregiões do País, indica:

[...] cerca de 6,8 milhões de mulheres, num universo de 61,5 milhões, já foram espancadas ao menos uma vez, na maioria dos casos pelos próprios parceiros/maridos [...] as mulheres brasileiras continuam a reclamar do machismo, expresso em inúmeras formas de humilhação social, assédio sexual, violência doméstica, estupro e discriminação no trabalho, da fábrica à universidade. (p. 39)

Helieth Saffioti (2004) ainda discorrendo sobre os dados da pesquisa citada, diz que a violência “é um fenômeno mundial, que independe da riqueza e do grau de desenvolvimento da nação do nível de escolaridade dos envolvidos, do tipo de cultura.”(p. 54)

Os depoimentos expressam que algumas mulheres têm a compreensão da sua condição aviltada quando dizem: muitas não são respeitadas, valorizadas ou são desprezadas, “[...] *não gostava muito de ser mulher. Porque sofri muito [...]*”. Na análise que Venturi e Ricardo (2004) fazem dos dados da pesquisa da FPA, destacam que, embora predominante em todos os níveis sociais, a percepção positiva da condição de mulher cai com a diminuição da renda familiar e da escolaridade. No nosso caso, o perfil dos entrevistados assinala o pertencimento da maioria a extratos de renda e escolaridade mais baixos.

Aparecem com destaque, nas falas das mulheres, expressões que voltam sempre ao mundo privado; não se percebe nenhuma enunciação sobre a vida pública: trabalho, sociedade de modo geral. Na maioria, as falas expressam uma imagem negativa sobre o “ser mulher” na sociedade atual.

A mesma indagação foi feita aos homens e eles afirmaram que ser homem é ter: responsabilidade, honrar a família, ser honesto. Fato que pode ser percebido na fala de **Uberaldo**: *“Ser homem é honrar a família, N/É, cara. Família em primeiro lugar”*.

Carlos e Caio acreditam que alguns acham que ser homem é ser: machista, ter força e, a partir dessa informação, afirmaram-se pelo avesso dela: *“[...] eu não tenho machismo, o cara ser machista tem que ser assim. Eu sou flexível com a família, com os filhos, com a esposa. Eu acho que a mulher, o mesmo direito que eu tenho, ela tem também”*. E Caio expressou-se numa crítica: *“[...]alguns pensam que homem é brigar, ser mais forte do que outro”*.

Sem julgamento moral, porém sem deixar de notar o contraditório dessas falas dos depoentes: todos confirmaram relacionamentos extraconjugais, e, muito sério, sabemos que nenhum usava preservativo para evitar contrair DSTs nessas relações. Apesar da verbalização acerca das responsabilidades do homem, e ao contrário das falas das mulheres, os seus discursos se prendem mais à questão do trabalho, da sociedade em geral, da honra devida à família, a honestidade, dentro do caráter do homem público, no mundo de hoje. Nenhum dos entrevistados estendeu o entendimento desse comportamento de honra à concretude do ambiente familiar.

Ser mãe

Na sequência, tendo em vista o foco na reprodução, procurou-se saber o que é ser mãe, e as respostas ficaram em torno da naturalização do comportamento materno: coisa que Deus deu, é responsabilidade; é amor; é ser protetora; é se doar, algo inexplicável. Presente com força nos seguintes depoimentos: Para Carla *“[...] É o amor, é o cuidar [...] É poder passar a roupa dele, cuidar do sapato, poder cuidar do cabelo, pentear, ajudar, estar sempre presente”*. Soma-se a esse depoimento a fala de Camila: *“ser mãe é dedicar ao filho. Falar pra você, ser mãe é uma coisa assim, inexplicável. Ser mãe pra mim é dedicação, atenção, carinho, tudo”*.

Em contraposição a essa ideia da maternidade como “coisa inexplicável”, é peculiar a consideração de Úrsula: *“[...] Eu acho que ter filhos, não é para qualquer uma. Tem muita gente que tem sonhos de ter filhos, mas não sabe o que significa filhos”*. A fala de **Flávia** ressalta o peso de ser mãe, quando declara: *“ser mãe é muito puxado. Você constrói uma família, já é um compromisso. Tem que cuidar de casa, do seu esposo, dos seus filhos”*.

O depoimento de **Úrsula**, interrogando-se sobre a universalidade da mulher como predestinada a ser mãe, contrapõe-se ao de **Flávia**, que segue na linha da maternidade

como condição natural feminina, estabelecendo mesmo uma certa relação com o projeto de vida que muitas mulheres/adolescentes de extratos populacionais vulneráveis definem para suas vidas. Ela foi mãe com 14 anos e faz o seguinte destaque: *“sempre quis ser mãe [Por quê?] por eu achar bonito o jeito que minha mãe cuidava de mim, das minhas irmãs. Um sentimento que não tem como você explicar, de cuidar, de amor mesmo, de fidelidade”*.

No nosso entendimento, entretanto, prestando atenção ao fundo comum a todos os depoimentos, ser mãe é muitas vezes se anular em função do outro, é dar-se ao outro. Fica explícito, nesta linha de apreciações, que a mulher se apaga em função dos filhos, da casa, do marido, do seu cotidiano.

As falas referentes ao ser mulher e ser mãe apresentam certa conformação e satisfação diante da sua condição, revelando um tom de submissão à realidade cotidiana. Transparece nas falas que as mulheres estão sempre presas ao lar, aos filhos. Isto fica explícito na história da árdua tarefa para deter a mulher no mundo privado, isso em função da criação dos filhos, do que tem sido chamado “*care*” – cuidado, que, entre outras coisas, supõe a preparação da mão de obra do futuro e a higienização da casa.

As falas das mulheres sobre ser mulher e ser mãe de certo modo revelam algo que Campos (1982) explica: “Ela não apenas gera os novos membros da família, prolongando a existência desta, mas desempenha tarefas insubstituíveis para manutenção de todos os componentes do grupo familiar” (p. 302). Ela é a mantenedora, a que coloca ordem, a que aconselha, que dirige os passos dos membros do grupo e logicamente a procriadora, e nessa função deveria ter toda a atenção do conjunto dos membros constituintes da família.

Rago (2004) destaca que, até a década de 1960, reinavam no imaginário social as definições construídas pela medicina do século XIX, sobre a identidade feminina: “As mulheres deveriam desejar ser mães, acima de tudo, como se sua suposta essência se localizasse em um órgão específico – o útero capaz de responder por todos os seus bons e maus funcionamentos fisiológicos, psíquicos e emocionais” (p. 31-32)

Badinter (1985) salienta:

É no último terço do século XVIII que se opera uma espécie de revolução das mentalidades. A imagem da mãe, de seu papel e de sua importância, modifica-se radicalmente, ainda que, na prática, os comportamentos tardassem a se alterar. Após 1760, abundam as publicações que recomendam às mães cuidar pessoalmente dos filhos e lhes “ordenam” amamentá-los. Elas impõem, à mulher, a obrigação de ser mãe antes de tudo, e engendram o mito que continuará bem vivo duzentos anos mais tarde: o do instinto materno, ou do amor espontâneo de toda mãe pelo filho (p. 145).

No seu estudo, Badinter (1985) aponta que as mulheres sofrem pressões e o se digladiam internamente. Vivenciam sentimentos de culpa, em decorrência da crença generalizada de que o instinto materno faz parte da natureza da mulher. A autora demonstra que, em séculos anteriores, a maternidade não tinha as mesmas características e a mesma importância que passou a ter do século XX em diante. Diz ela que, embora a mulher seja um ser histórico, datado da capacidade de desejar e simbolizar, muitos aspectos da ideologia do instinto materno perduram até hoje, disseminados como verdades absolutas.

Esses dados nos mostram que, dependendo do nível cultural e social do sujeito, ele fará diferentes representações de sua condição no mundo. Como exemplo, podemos tomar as respostas espontâneas das mulheres, na pesquisa da FPA, quando indagadas sobre a primeira coisa que fariam para que a vida de todas as mulheres melhorasse: fim das discriminações no mercado de trabalho (47%); igualdade de direitos (10%); combate à violência contra as mulheres (9%); maior liberdade (6%); menos machismo e mais reconhecimento por parte dos homens (4%).

Entre os homens, por sua vez, quando perguntados sobre o que é ser pai, suas respostas se configuram a partir das seguintes expressões: perpetuação do seu ser, proteção, responsabilidade, provedor. Para **Carlos**:

Ser pai é como você ter uma produção de você mesmo no futuro. Eu vejo meus filhos dessa forma. Eu lá na frente. Eu acho que eu tenho que fazer ainda melhor dos meus filhos, ser bem melhor do que eu. Eu fui, vamos dizer, que fui financeiramente fraco N/É, eu quero ele melhor. Ser forte em coragem eu acho que eu quero ver meu filho melhor, também. Coragem, decidido. Coragem que eu quero dizer é decisão. No trabalho, o homem tem que trabalhar para sobreviver.

Para **Uberaldo**, “é ser responsável pela família, cara. Minha família é tudo pra mim. Família é uma união, N/É cara. Uma união, o que Deus uniu e nunca mais separa”.

Apenas **Caio** dá um tom diferenciado para sua definição: “ser pai. Eu nunca pensei nisso aí, não. Meu ver assim, ser pai é eu dar carinho pra minha filha, passear com ela, brincar com elas como eu brinco muito. Até pica-pau eu assisto junto com eles”.

O depoimento de **Ulisses** chama a atenção para a aparente desilusão, conformação com a realidade, sendo pai de quatro filhos, vive uma situação de vulnerabilidade social. Durante a entrevista, ele demonstrou dois polos, no mesmo momento em que revela nenhuma preocupação, ao mesmo tempo manifesta-se revoltado com sua condição socioeconômica e faz análises críticas das políticas públicas do País: “Ah

sei não. Eu sou um tipo de gente que não soma com nada. Pra mim não tem nada a ver ser pai, sendo ou não sendo, pra mim é a mesma coisa”.

Os discursos dos homens sobre ser pai são livres, não deixam transparecer que essa função lhes traz algum peso, muito diferentemente da forma atribuída pelas mulheres.

A discussão, no tópico seguinte, centra-se no comportamento contraceptivo detendo-se nos seguintes aspectos: conhecimento, métodos utilizados durante a vida reprodutiva e fonte de aquisição.

3.2.2.5 Eixo 3: anticoncepção: conhecimento e uso de métodos contraceptivos

Nosso objetivo aqui é ampliar a visão do comportamento contraceptivo do público-alvo do estudo, no que diz respeito ao conhecimento, acesso e poder de decisão sobre o uso de métodos eficientes de contracepção, isto é, os denominados modernos, ou sejam: pílula, DIU, injeções, diafragma, camisinha (masculina e feminina), implantes e esterilização (masculina e feminina).

O Ministério da Saúde disponibiliza na rede pública de saúde os seguintes métodos contraceptivos reversíveis: hormonais - pílulas, minipílulas, injetáveis mensais e trimestrais -; barreira - preservativo masculino e feminino, diafragma, espermicida e DIU. Como métodos definitivos, há o acesso à cirurgia de vasectomia e à ligadura de trompas.

A partir do exame das PNDS 1996 e 2006, pode-se depreender qual foi o aumento na distribuição gratuita de métodos contraceptivos. A proporção de mulheres que declararam ter usado algum método contraceptivo subiu de 73,1% para 87,2%. Especificamente o uso da pílula anticoncepcional saltou de 15,8% para 22,1%. Esse quadro, de certo modo, pode ter contribuído para a diminuição do número de esterilizações em mulheres, que caiu de 27,3%, em 1996, para 21,8% em 2006. Os dados apontam um aumento na esterilização masculina, que saiu de 1,6% para 3,4%.

A configuração desse quadro pode sugerir que as ações propostas pela Lei 9.236/96, que culminou com a implantação dos serviços de assistência em planejamento familiar, provocou a flutuação dos dados, verificada pelas pesquisas. Contudo, as discrepâncias no que diz respeito aos gêneros continuam significativas, e chama a atenção a questão da esterilização.

As mulheres ainda são as que mais procuram os serviços para se submeter à esterilização. Com referência à cirurgia de vasectomia, a regionalidade precisa ser levada em consideração – em um país com dimensões continentais, os organismos estatais têm fluxos de

serviços diferenciados. Nesse sentido, a ineficiência do SUS na distribuição dos métodos contraceptivos e a morosidade da burocracia para se conseguir o acesso a cirurgia, aliadas à desinformação de homens e mulheres, são aspectos a serem analisados. O uso de algum método contraceptivo pode significar um desejo, uma aspiração de reformulação das experiências de vida em relação à vida privada com os filhos, de poder cuidar melhor dos que já possuem. (ARILHA, 1999)

No que diz respeito ao conhecimento sobre os métodos contraceptivos, todas as pessoas entrevistadas mencionaram o anticoncepcional e o preservativo. Das oito mulheres, cinco conheciam também os seguintes métodos: o DIU, a pílula do dia seguinte, injetável, intraderme (no SUS de Cuiabá não é disponibilizado) e o método comportamental da tabelinha. Cada um foi citado uma única vez.

Quando indagadas sobre os métodos anticoncepcionais que fizeram uso durante a vida reprodutiva, todas as entrevistadas mencionaram o preservativo masculino e o anticoncepcional. Também individualmente foi citado o DIU, preservativo feminino, injetável e a pílula de emergência. Nas manifestações sobre esse tema, fica explícito o uso incorreto dos métodos. Também se percebem nos depoimentos algumas avaliações dos contraceptivos, como pode ser observado:

[...] se a gente não quer fazer a laqueadura tem vários meios pra gente evitar, depende dela seguir certo. **(Urânia)**

... preservativo feminino já usei, por sinal muito horrível, camisinha, sabe acho que o melhor que existe é a camisinha. **(Carlos)**

... o preservativo feminino nunca vi, eu nunca tive oportunidade. **(Soraia)**

... vixi, eu conhecer eu não conheço, eu vejo é no postinho, foi lá que eu já vi, mas eu nem sei o nome. Só os comprimidos mesmo, e a camisinha. E esse negócio que fala, três dias antes da menstruação e três depois. **(Cássia)**

Outra questão a destacar é a desinformação. Percebe-se uma sobrecarga para a mulher que vive na dependência da medicação. Quando há falha no uso da pílula anticoncepcional, ocorre a culpa, a pessoa se percebe irresponsável. Para remediar a culpa, e pela falta de informação, faz-se a compensação, tomando de uma só vez toda a medicação esquecida, o que redundará em mal-estar. A influência de terceiros também faz com que o comportamento no uso dos métodos contraceptivos tenha alteração, como se nota nos testemunhos:

por eu já ser namorada fixa, já há algum tempo, dessa pessoa, com o tempo a gente suspendeu o uso do preservativo e ficamos na confiança do anticoncepcional, só que infelizmente eu falhei. Eu bebia um dia sim, outro dia não, ou usava um mês inteirinho e já no mês seguinte eu já pisava na bola. Quando eu parava, analisava, eu já tinha feito.
(Úrsula)

bom, é assim, tinha vez que eu me complicava. [...] Vamos supor que eu esquecia dois três dias aí eu bebia tudo de uma vez. Me dava ânsia, eu ficava vomitando o tempo todo com náusea, o estômago ruim. [...] também não gostava, por que foram colocando na minha cabeça que [...] engorda. **(Camila)**

[...] depois que eu passei por aquele projeto da família, como que é, nós passamos por uma aulinha, depois que a mulher falou que tinha, aí eu fui saber que tinha camisinha da mulher, aquele a pílula (do dia) seguinte esse também eu não sabia, porque se eu soubesse assim que falhasse eu pegava e tomava um. [A camisinha você não conhecia?] Conhecia, só que eu era alérgica a esse negócio. **(Flávia)**

Chama a atenção o fato das mulheres dizerem confiar no parceiro/esposo, por ser “fixo”, e então deixam de usar a camisinha, ou usam esporadicamente. É visível a dificuldade para se negociar o uso do preservativo. Os homens são explícitos ao dizer que não são favoráveis ao seu uso, e também as mulheres verbalizam que seu companheiro não é favorável, ou não vê a necessidade, pois são parceiros fixos.

Dentre as oito mulheres entrevistadas, apenas uma citou ter usado o DIU, relatando que um problema de saúde a impediu de continuar usando-o; nessa situação específica, a mulher retirou o dispositivo e fez a esterilização, quando já tinha realizado três cesáreas.

[...] DIU eu já tentei, [por quanto tempo?] dois meses. [o que aconteceu?] não encaixou por causa do mioma, fiquei ainda um mês usando para fazer a adaptação, quando eu fui pra ver se estava encaixadinho, não estava encaixado, eu não engravidei. Injeção não me adaptei, a pílula, a injeção me dava displasia mamária ou eu tinha que parar ou entrar com vitamina E. **(Fúlvia)**

No tocante à escolha e à aquisição dos contraceptivos, todas as mulheres mencionaram que a indicação era feita por profissional de medicina. Com referência à aquisição dos anticoncepcionais, cinco afirmaram que compravam e apenas duas disseram que pegavam no posto, mas que, quando faltava, compravam. Todas, quando indagadas se

com a compra havia um dispêndio no orçamento, foram unânimes em dizer que não, pois eram de baixo custo, conforme pode ser observado nos depoimentos que seguem:

O preservativo, eu podia pegar no posto, o anticoncepcional também. Só que muitas das vezes faltava no posto, a gente comprava na farmácia. [isto pesava no orçamento?] o anticoncepcional não é tão caro, não me pesava tanto, me pesava mais o fato de eu pensar que eu poderia ter outro filho esquecendo de tomar a pílula, [...] mas pesava mais eu pensar que eu poderia ter outro filho e ele vir com alergia, porque geralmente vem do meu sangue. (Carla)

Na farmácia. [Nunca pegou no posto?] não. Porque ele não tinha no posto. É aquele primovar, aí ele parou de vir, era um outro que eu comprava microvita, parece que era o nome. Aí, desde quando eu comecei a tomar eu não trocava e no postinho não tinha desse um que eu comprava. Eu ficava com medo de trocar. Aí comprava. (Cássia)

Camila relata que o medo de reações adversas a fez desistir do DIU:

Ah, eu ia ao médico. Ele perguntou se eu queria fazer [uso] o DIU. Eu até queria fazer o DIU, mas aí desandaram a falar pra mim que o DIU – o doutor mesmo falou pra mim que aumentava a menstruação, se era 4 dias, era 8. Aí eu desisti do DIU. Eu ia ficar no DIU sem nem precisar operar o resto da minha vida. Mas ele falou que dependendo do organismo a mulher se é 4 dias que menstrua ia menstruar 8. Agora eu não suporto menstruação ia espera 8, dias, 9, 10, Deus me livre. Que eu optei logo para operar.

A possibilidade de ter seu fluxo menstrual aumentado a impediu de optar por um método anticoncepcional que, segundo dado do Ministério da Saúde (2002) tem um índice de falha de 0,6% a 0,8%, isto em 100 mulheres no primeiro ano de uso. A fala da entrevistada traz outro elemento, o alto desconforto sentido pela menstruação, é muito comum que se destaque essa situação, apontada pelas mulheres. Pode chegar à repugnância. Helman (2009:152) comenta que permeia o imaginário como algo sujo, imundo, muita vergonha. Com relação à menstruação, observa que, em algumas culturas, é vista como sangue sujo ou vergonhoso e ainda lembra:

A menstruação é uma parte normal da fisiologia feminina, da menarca até a menopausa. Entretanto, ela frequentemente é um processo cercado por vários tabus e comportamentos especiais, criados para proteger simbolicamente a mulher menstruada do mal durante esse período vulnerável e os homens do perigoso poder poluente do seu sangue menstrual (p. 152).

Sobre o conhecimento dos homens relativo aos métodos contraceptivos, da mesma forma que as mulheres, a maioria citou a pílula e a camisinha, um deles disse não conhecer a pílula. O DIU foi citado por dois entrevistados, porém um disse nunca ter visto, o injetável foi citado por um deles, e o método comportamental (coito interrompido) foi citado por dois dos entrevistados, como ocorreu com as mulheres que fizeram avaliações sobre os métodos anticoncepcionais.

Durante a entrevista, **Caio** destacou que indicou o primeiro contraceptivo oral utilizado por sua esposa, se dirigiu até a farmácia e do diálogo com o farmacêutico recomendou o Nordet (esposa não comentou esse fato).

[Métodos que conhece?] Nunca vi, o DIU, é, não é? Esse aí eu vejo falar mas nunca vi. Eu conheço o Nordet. E um outro comprimido que não lembro o nome, que vinha 21 comprimidos, só. [Os métodos, eram decidido por quem?] Nós dois. No preservativo ela falou: nós vamos usar o preservativo porque estou cansada de tomar esse remédio. Mas eu não gosto [...] Ah está bom, então! Falavam para ela que se tomasse por longo tempo perdia o efeito. Não sei se é verdade ou se não é, mas falavam isso. Aí ela ficou com medo, aí começamos no preservativo. [ela fazia uso do que, para evitar filhos?] Era Nordet. [indicação médica?] Meu. A primeira vez o Nordet foi eu que indiquei. Fui na farmácia expliquei a situação que fizemos. Aí falou: - esse aqui. Levemo aí ficou tomando esse ali. Nordet. [...] [Métodos que dona Camila já fez uso?] O anticoncepcional e camisinha.

pra mim só a camisinha, essas outras nunca vi. O pessoal fala da injeção, que tem pílula, mas nunca vi não [...] Gozar fora, eu fazia isso direto. Mas o bom é quando está dentro, você vai tirar pra fora é ruim de mais. Tá doido. (risos) acaba tudo, não tem nem graça mais. (Uberaldo)

Camisinha e o comprimido, injeção N/É hoje existe como meio de evitar também. E vários outros métodos. [quais?] Vamos dizer, eu nunca fiz para ser sincero quando a gente usa essa fórmula que a turma fala que põe e na hora de sentir o prazer tira. E que as pessoas fala que põe na mulher, na hora que está perto de sentir aquele prazer, que vai soltar esperma, você tira fora. Eu nunca usei essa meta, vamos dizer por que a gente se prepara bem antes. Que essa última [esposa atual] como estou falando a gente usou o DIU, o aparelho DIU, por cinco anos aí que a gente veio com você, eu acho que foi com você que era para operar. Que nós graças a Deus chegamos lá e conseguimos operar e não ter mais filho. [quando usava o DIU foi tudo tranquilo?] tudo tranquilo. [...] [Conhece outros métodos?] Eu conheço também que as pessoas, as muié usa sal N/É, o vinagre. Na hora que ela participou de um sexo, N/É. Lava bem a vagina com sal, toma meio copo de sal, N/É. É uma coisa perigosa, o sal eu acho também uma coisa perigosa. E o vinagre também, N/É. (Carlos)

Sobre esse tema **Ulisses** disse: “*eu não conheço nada*”. Anteriormente, ele tinha mencionado a pastilha, então, para confirmar foi perguntado se conhecia algum outro; novamente destacou que não, e insistiu-se: E a camisinha? Sobre o preservativo e o anticoncepcional, pontuou a seguinte observação:

Mas essa aí não cola não. Pra falar a verdade não presta. Você vai fazer sexo com sua mulher de camisinha? Isso, não cola não. [qual a sensação fazer sexo com camisinha?] pra falar a verdade nem gosto desse trem. [Você já usou a camisinha?] Já. [quantas vezes?] umas 3 vezes mais ou menos. [e a camisinha feminina já experimentou?] Não. [esposa usava algum método?] Não, não usava, porque, esse remédio, sei lá tem hora que não dá certo não. Pra falar a verdade, não dá certo não. Esse negócio de evitamento é conversa, esse negócio de pastilha aí é conversa. (Ulisses)

Com relação à fonte de obtenção dos métodos contraceptivos, dois homens disseram que, o oral, compravam; outro, comprou o DIU, e outro, ainda, disse que a esposa não usava nada, apenas o método comportamental. As observações mais significativas trazem:

Segundo **Uberaldo**: “*Ela nunca gostou de usar esses métodos, não. Não, ela falou que nunca usou*”. Ainda comentou que quatro anos é o intervalo do primeiro para o segundo filho e nesse período: “*como eu falei, só tirando pra fora. [esse tirar pra fora você sabe o nome?] Antes de gozar tirava, gozando fora. [chama-se coito interrompido?] Coito, mais essa, sabia não*”.

Carlos disse:

A primeira mulher usava comprimido de evitar. Pela segunda que a gente ouvia falar, ah eu não se me dou bem com o remédio. Com a segunda mulher eu parti para esse lado mais tecnológico, que aí que é o DIU, N/É. Que é uma coisa aí que a medicina desenvolveu melhor por uns tempos. O DIU, eu achei que é vantajoso. [Quem falou do DIU?] Informação, eu sai me informando. Ah! Os remédios é muito iguais. Existe o DIU hoje, quanto é um DIU? R\$ 180,00. Então vamos comprar um DIU desses. De qualquer maneira eu ia gastar dinheiro em comprimido e consumir uma química, N/É. Então eu acho que o DIU é vantajoso hoje.

Com relação ao método que a esposa atual usou, **Carlos** disse que foi somente DIU e que ele avalia positivamente.

[Quando colocou o DIU?] Foi depois que nasceu o último filho. Logo que nasceu nós já partimos para o DIU. Para não ter mais. [e como foi para colocar o DIU?] [...] Nós fizemos pesquisa nós mesmos pra ver se corria algum risco, que as vezes a pessoa aceita ou as vezes da ânsia, não aceita o DIU. [foi público ou privado?] Foi público. Tenho certeza que é no público. [comprou ou o SUS concedeu?] Foi comprado. Eu não me lembro muito bem direito não, mas acho que foi comprado naquela época, foi comprado sim. [quanto tempo ela ficou com o DIU?] [...] ela ficou 5 anos com ele. O menino hoje já está com 7. Ele tinha nascido estava com dois anos, ele vai fazer oito agora. [como que foi ela chegou a reclamar durante os 5 anos?] foi tudo tranquilo, ela não sentia sintoma nenhum do DIU. [nada?] Não. [para a relação sexual, o senhor sentia alguma diferença?] sentia. [qual?] Sentia. Às vezes eu não tinha certeza se era o DIU, mas às vezes eu sentia que encostava o pênis no DIU, N/É. Fica um sistema assim, igual um araminho, N/É, entendeu. As vezes é impressão, também que a gente não sabe, N/É. Mais as vezes a pessoa não sabe, tem que consultar mesmo. [Com a outra esposa, acontecia isso também?] Não. Não acontecia. [...] [quando resolveu tirar e porque tirar o DIU?] Resolveu tirar o DIU porque ela operou N/É, fez a ligação.

O destaque dessas falas é, em grande parte, a desinformação. Isso mostra quanto os profissionais de saúde, aqui se incluem os dos serviços de planejamento familiar, têm um campo árduo para atuar. Sejam mulheres ou homens, necessitam ser informados no que diz respeito à sua sexualidade, prevenção, métodos contraceptivos entre outros assuntos, não necessariamente somente quando o Ministério da Saúde desencadear campanhas, mas que as ações sejam contínuas e que não privilegie apenas um dos sexos.

Quando interpelado sobre o motivo pelo qual não retirava no posto **Ulisses** deu a seguinte resposta: “Ah! Do posto aí? Do posto aí é um mata leão. Essa é uma pastilha que não dissolve nunca. Eu já vi até na televisão, isso aí. A mulher bebe aquela pastilha, aquilo lá dá câncer na pessoa, eu vi na televisão. Mexe com isso não”.

Em relação à dupla proteção que é configurada pelo uso combinado da camisinha (masculina ou feminina) com outro método contraceptivo, de todos/as os/as entrevistados/as, apenas uma entrevistada mencionou fazer uso antes da cirurgia. Isso faz pensar que há pouca preocupação com as DSTs/Aids, mesmo quando quatro mulheres afirmam que seus companheiros/esposos já as traíram.

Após a laqueadura de trompas, apenas uma entrevistada, que não obteve sucesso na primeira cirurgia, mencionou manter relações sexuais com camisinha, devido a não se sentir segura com o procedimento. Todos os homens entrevistados ressaltaram que já traíram, ou melhor, que já mantiveram relações sexuais extraconjugais.

Fica explícita, nos depoimentos dos homens, uma avaliação negativa sobre a camisinha: retratam o desconforto ao usá-la e a falta de motivos para fazê-lo.

As estatísticas do Ministério da Saúde apontam que, de 1980 a 2010, o Brasil contabilizou 592.914 casos de Aids, notificados pelo Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan) e declarados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), segundo região de residência por ano de diagnóstico. Mato Grosso, com base na mesma fonte, somou 7.615 casos. (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2010)

Os dados apontam ainda que, no Brasil, a faixa etária em que a Aids é mais incidente, em ambos os sexos, é a de 20 a 59 anos de idade. Em relação à forma de transmissão entre os maiores de 13 anos de idade, prevalece a sexual. Nas mulheres, 94,9% dos casos registrados em 2009 decorreram de relações heterossexuais com pessoas infectadas pelo HIV. Entre os homens, 42,9% foram por relações heterossexuais, 19,7% homossexuais e 7,8% bissexuais. O restante foi por transmissão sanguínea e vertical. (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2010)

Apresentamos esses dados para mostrar como os sujeitos entrevistados estão vulneráveis a adquirir uma DST/Aids. E quanto às ações em educação e saúde, precisam ser intensificadas e abordar os casais, com atenção aos homens e mulheres. Campanhas esporádicas, acreditamos que não surtam efeitos precisos. Necessita-se de uma ação contínua que atinja toda a população.

O aborto

Outra questão da maior complexidade em termos legais e sociais, e que necessita de medidas públicas para o encaminhamento de soluções em vários campos, incluindo-se o da saúde reprodutiva, é o aborto.

Mesmo não podendo ser considerado um método contraceptivo *strictu sensu*, foi abordado, neste trabalho, por reconhecemos sua relação direta com a assistência à saúde reprodutiva e indireta com a política de planejamento familiar⁵¹.

Durante as entrevistas, o assunto despertou vivo interesse e afirmações cheias de assertividade, ao lado de apreciações sofridas sobre as dificuldades de decidir como enfrentar uma gravidez não planejada.

Quando questionadas se já fizeram algum aborto, seis das entrevistadas disseram que nunca fizeram, e nunca pensaram em fazer. **Carla**, porém, contou que, quando ficou grávida do primeiro filho, queria fazer aborto, a mãe não deixou. No decorrer da

⁵¹ No Capítulo I, já nos referimos ao aborto como uma prática com registro milenar, existente em várias sociedades, cuja aceitação legal e social cresce em períodos nos quais motivos sociais e/ou econômicos, favorecem posturas e políticas antinatalistas.

entrevista, quando indagada sobre se já tinha feito aborto, disse que não. Mas que tinha perdido um feto espontaneamente. Disse ainda que não teria coragem de fazê-lo. Essa pergunta a deixou diferente, como se fosse algo de que não quisesse falar.

Cada uma das outras entrevistadas acrescentou um elemento a mais, por exemplo: se as dificuldades vivenciadas podem levar a fazer, ou não, um aborto, conforme:

Não, graças a Deus [...] hipótese nenhuma, mesmo passando o que eu passei. Nunca passou pela minha cabeça, um aborto. (Fúlvia)

nem Deus é de deixar [...] Já tive pessoas que ofereceram pra mim aquele tal do [remédio], que é pra estômago. Ela fez. Eu falei assim, eu não vou fazer isso, porque eu tenho minha consciência limpa. Remédio muito caro, ela ofereceu pra mim o local pra comprar. Falei, eu não vou tirar uma vida. (Flávia)

Soraia relatou, com riqueza de detalhes, o que se passou a partir do momento em que contou para o namorado que estava grávida e este lhe deu alguns comprimidos dos quais, segundo ela, não sabia que consequência teriam.

[...] i nisso aí, na minha ficha aí deve ter que eu fiz um aborto, N/É. [...] Foi um caso muito rápido nem eu tinha certeza, não fiz exame, não fiz nada, mas eu não tinha certeza se estava [grávida]. [...] eu tomei, eu comecei a ter sangramento, mas eu não entendia nada disso. Sei que eu comecei a ter dores de madrugada, muito fortes. Outro dia fui trabalhar normal e na estrada, comecei a sangrar muito, me lavou de sangue [...] e beleza. [quem recomendou esses remédios?] meu namorado, me deu. [falou que estava grávida?] Não, falei que achava. Ele pegou falou toma esse aqui. Mas chegou e entregou na minha mão. Mas, falo: se você estiver (grávida) ou não. Se você não estiver vai vir (a menstruação). Ta, eu tomei. Mas eu não imaginava nada. Ele pegou e falou. Ah, você estava enchendo o saco. Eu achei que era brincadeira. Simplesmente ele deu pra mim, na mesma hora. [remédio de farmácia?] de farmácia, comprimido. E aí eu fiquei muito ruim [...] Sangrava e parava, sangrava e parava. [...] Eu fui parar lá na Policlínica, lá da Policlínica eles já me encaminharam para o Pronto-Socorro. Mas lá no Pronto-Socorro eles nem falaram nada, não. Eu fiquei anestesiada [...] Falaram que fizeram culetagem (sic) em mim. [falaram que tinha bebezinho?] Não falaram. [você tem consciência que foi um aborto?] tenho.

Quantas outras mulheres não se vêem nas mesmas condições de Soraia. De questionar a sua inocência, sua ingenuidade. Quantas outras mulheres que se vêem na situação retratada.

As mulheres se vêem no grande dilema de decidir ter, ou não ter, o filho, pelas condições financeiras, pela pressão familiar. Muitas mulheres assumem “sozinhas”, ou por influência de terceiros, a decisão pelo aborto.

Aos homens foi perguntado se suas companheiras/esposas já tinham feito algum aborto e todos relataram que não. No entanto, alguns destacaram que foi algo pensado:

Não. Mas desse primeiro filho que ela falou, que não foi programado, ela queria. Aí eu falei pra ela: - não, não é assim não. Sei que conversa vai, ela não queria. Por isso que não entendo até hoje. Ela fala que veio de surpresa e eu falo que não. (Caio)

Falaram para ela fazer aborto. Mas eu falei, larga mão, vamos mexer com isso, não. A gente já fez, agora vamos assumir o erro. [Você acha que é um erro?] Ah, sei lá!! Por que criar filho numa situação de hoje em dia não está fácil, não. (Uberaldo)

Eu sou assim, N/É desde que a natureza age, N/É. Se tem, se tá grávida, claro vamos assumir as responsabilidades, não tem esse negócio de ah, não quero mais. Querer a gente não quer mais se acontecer. (Carlos)

“Não. Não graças, não, não deixo. Isso aí eu não aceito não, esse tipo de coisa. (Ulisses)

Nos seus discursos os homens mencionaram que não permitem o aborto. A forma como se expressam dá a ideia de que são proprietários dos corpos das mulheres. Observa-se que os depoimentos acerca da postura diante do aborto têm sempre um lastro religioso.

Quando se tem recursos financeiros, as clínicas clandestinas são uma opção. Algumas optam pelos medicamentos indicados por terceiros, o histórico do medicamento Citotec⁵² no País, retrata bem essa realidade. E, ainda, outras decidem pelos remédios caseiros, como a milenar arruda, sene, agulhas de tricô, chutes na barriga, entre outras práticas. Há ainda a opção de esconder a gestação, e ter o filho e abandoná-lo, jogá-lo fora. Esses fatos normalmente chegam à mídia e a sociedade entra em comoção. A mulher é julgada como a monstruosa, a criminosa, a anormal.

No Brasil, atualmente, o aborto é considerado crime, exceto em duas situações: de estupro e de risco de vida materna. A proposta de um Anteprojeto de Lei, que está em tramitação no Congresso Nacional, alterando o Código Penal, inclui uma terceira

⁵² Medicamento indicado para tratamento de úlceras gástricas e duodenais, entretanto, no País, é muito conhecido o seu uso para fins abortivos.

possibilidade, quando da constatação de anomalias fetais. Necessário pontuar que essa última situação já vem sendo considerada pela Justiça no País, apesar de não estar garantida em legislação.

Um fato concreto é que o Brasil, no que diz respeito aos direitos reprodutivos, necessita se aproximar do posicionamento das nações desenvolvidas, também sobre a questão do aborto. Esse tema sempre esteve envolto na ilegalidade, o mais das vezes acusado de imoralidade, de acordo com o julgamento social. O fato necessita discussão, um assunto que deve ser tratado no âmbito da saúde pública e da justiça social.

No Mapa da Legislação⁵³ sobre o Aborto, que o Center for Reproductive Rights (Centro de Direitos Reprodutivos), ONG com sede em Nova York, montou ao pesquisar as leis em 196 países e estados independentes. Ele divide o planeta em cinco categorias - vermelho, vinho, laranja, azul e verde. Pela ordem, vai das leis mais duras às mais flexíveis. Mostra que o aborto é tratado no Brasil como no Haiti, no Paraguai e no Burundi. Nosso país faz parte do bloco vermelho, com 68 nações – as mais pobres, onde vivem 25,9% do povo do globo.

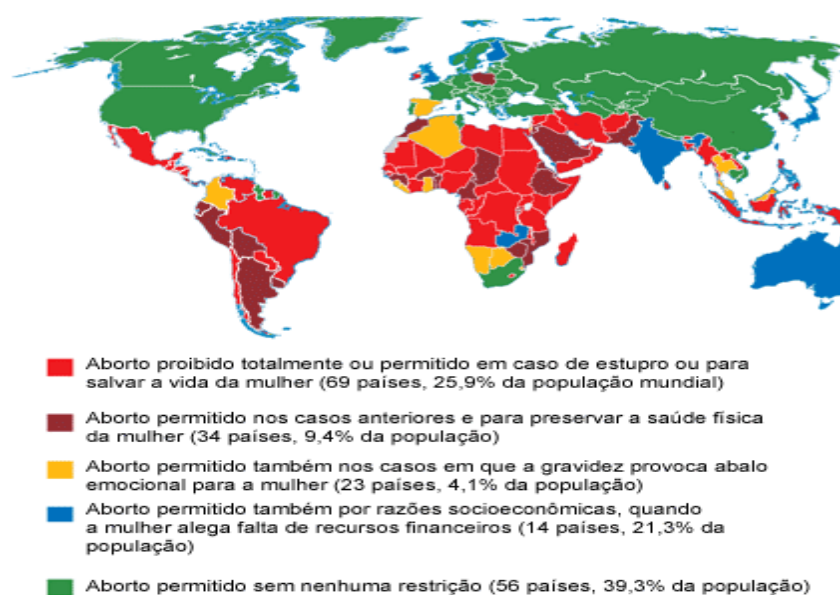


Figura. 1: Mapa da legislação sobre o aborto

A realidade brasileira, segundo o dossiê denominado *Aborto: mortes preveníveis e evitáveis*, da Rede Feminista de Saúde, aponta que são atendidas pelo SUS cerca de 238 mil internações por abortamento/ano. Uma prática considerada ilegal, que é de

⁵³ Disponível em: <claudia.abril.com.br/materias/2882/>. Acesso em: 10 fev. 2011.

conhecimento de todos, fato real, que existe e interrompe vidas de muitas mulheres, conforme assinalado pelo dossiê:

Entre os 89 casos de óbitos de mulheres por aborto analisados a partir das fontes específicas, identificou-se que 41,6% eram negras, 62,9% eram solteiras ou separadas, 60% trabalhavam como domésticas ou eram donas de casa, 73% tinham escolaridade inferior a 8 anos de estudo e 55% tinham menos de 29 anos de idade. Entretanto, a questão sobre proporção de abortos espontâneos e intencionais continua pendente. (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2005:33)

O quadro retratado mostra quem são as pessoas mais atingidas pela invisibilidade da legislação, das instituições religiosas e de parte da sociedade.

Esse quadro é ainda reforçado com a tipificação do aborto como crime. Tal ação não reduz sua incidência; de certo modo, induz a prática às escondidas e coloca a vida de muitas mulheres em situação de risco. O aborto revela as desigualdades de gênero e sociais no mundo feminino, haja vista que as mulheres, com condições socioeconômicas que as tornam vulneráveis, sofrem maior impacto, enquanto aquelas que possuem mais recurso são mais bem assistidas.

Com isso, as mulheres de estratos populacionais pobres sofrem a consequência de praticar o aborto em condições inseguras. Vale ressaltar que o tema, conforme retratado nas conferências sobre população e sobre a mulher, realizada pelas Nações Unidas, na década de 1990, trata a questão no campo dos direitos humanos.

Cabe a pergunta: será que se a mulher tivesse o direito de decidir livremente pelo desejo de ter ou não filhos, caso não pudesse criá-los, e fosse assistida pela rede pública de saúde, na avaliação da opção relativa ao aborto, não se teria um índice menor de mortes (materna e fetal) e também por complicações decorrentes do aborto? Não temos a resposta, entretanto, acreditamos nas perspectivas que podem ser abertas na luta pelo direito de decidir, e quem pode decidir são as pessoas que vivenciam uma pesada conjuntura que as leva ao aborto. Na atualidade, por um lado, uma prática considerada imoral, criminosa, que marca o corpo e a vida da mulher, e de cujas consequências dificilmente ela poderá libertar-se, ou fugir, pela vida afora. Sobre essa luta Ávila e Corrêa (1999) destacam:

No anos 90 [...] grupos e lideranças feministas têm estabelecido um movimento de aproximação com agentes sociais ligados à Igreja. Do ponto de vista do movimento de mulheres por saúde reprodutiva, o fato mais relevante é a fundação da organização no Brasil das Católicas pelo Direito de Decidir. Organizadas em torno da defesa dos direitos

reprodutivos e dos direitos sexuais, os sujeitos que compõem o setor pronunciam suas falas, com base em sua ligação com a Igreja (p. 94).

Essa fundação tem estabelecido uma ligação entre a Igreja e o feminismo e também conta com o apoio de homens. De certo modo, provoca uma ruptura na forma de pensar da Igreja.

Acreditamos que serviços eficientes de aconselhamento em planejamento familiar sobre a regulação da fecundidade, conjuntamente com a ampla distribuição de métodos contraceptivos, poderiam levar à redução de práticas abortivas. Atente-se para o fato de que são práticas não privativas de uma classe social, mas, segundo os números disponíveis, adotadas em grande escala pela parcela da sociedade que pode ser considerada mais vulnerável.

Nesse sentido concordamos com Santos e Vieira (2008) quando chamam a atenção para a formação do profissional de medicina, e estenderíamos o posicionamento aos demais profissionais que compõem a Equipe de Planejamento Familiar:

A formação médica e os programas de capacitação profissional não podem prescindir de espaços que referendem o valor transformador do diálogo e da escuta para operar mudanças estruturais na convivência. O ensino deve incorporá-los aos processos tradicionais de transmissão do conhecimento teórico e técnico que orientam o fazer clínico. Para a inserção nas práticas de saúde, é necessário que se desenvolvam habilidades e competências de relacionamento humano que vão além dos clássicos requisitos de competência técnica normalmente exigidos do médico. É preciso desenvolver valores, habilidades de comunicação e capacidade de apreensão do significado das informações técnicas necessárias para responder às dúvidas dos usuários no campo da sexualidade, resistindo à tentativa de medicalizar as questões psicossociais. (p. 598)

Ainda ressaltamos que os profissionais que, no decorrer da sua formação técnica, seus currículos contemplem reflexão de cunho humanístico ou epistemológico, não quer dizer que no dia a dia da prática estejam totalmente dispostos para a escuta do usuário. São vários os perfis profissionais e, desse modo, a disposição e o comprometimento em executar suas funções dão um colorido diferencial diante de uma metodologia de trabalho adotada.

A atenção foi em captar a experiência e o conhecimento sobre os métodos contraceptivos; também foi perceptível a qualificação dos métodos e a fonte de aquisição. Ficou claro o descuido com a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e o baixo conhecimento dos contraceptivos. Teoricamente, para uma decisão sobre um método

definitivo, deveria, no mínimo, existir conhecimento de todos os métodos, se possível utilizá-los, para posteriormente fazer uma escolha realmente consciente. O mercado disponibiliza métodos modernos, com menor interferência no organismo, mas que até o momento não é disponibilizado na rede pública de saúde.

No próximo item o foco é a definição do momento para interromper o ciclo reprodutivo, com a requisição, ao serviço público de saúde, da cirurgia de laqueadura tubária. Busca-se compreender quais os fatores que contribuíram para esse momento e como foi vivido por ambos os sexos.

3.2.2.6 Eixo 4: Decisão sobre a cirurgia de laqueadura tubária

Com o objetivo de tomar ciência dos motivos que desencadearam a intenção de se submeter à laqueadura tubária, procurou-se saber das/os entrevistadas/os quando foi que o tema esterilização surgiu em suas vidas. Percebeu-se, através de suas histórias, que não foi apenas um único motivo, e sim um conjunto de fatores que as levou à decisão sobre o momento ideal de fazer a cirurgia, principalmente orientando-se pelo que esta poderia lhe trazer de tranquilidade e de um determinado “conforto”. Recorremos à leitura sociológica de Martins (1978), que a aplica à aparentemente singela história das personagens de Patópolis, do desenho animado criado por Walt Disney, para evidenciar as relações sociais e a complexa hierarquização que pesam sobre a vida cotidiana, em última análise, fundadas nos princípios capitalistas. Neste sentido, o autor sugere que:

Os sujeitos misturam-se aos objetos, sem distinção entre uns e outros. Os sujeitos estão sobrecarregados de exigências e significações que não decorrem deles mesmos, tornando-se, portanto, estranhos em relação a si próprios. A natureza humana é subvertida pela mediação dos objetos criados pela atividade humana (p. 12).

Acrescentam-se, a essa análise, os desejos. Nessa configuração do mundo moderno e na corrida pela luta de sobrevivência, nem sempre é possível atender a todas as nossas vontades, àquilo que almejamos. Dentre os diversos fatores que nos impedem, está o econômico. No caso das mulheres, ele é considerado de forma marcante, aparecendo explicitamente ou ficando subentendido nos discursos, como pode ser observado nas seguintes falas das mulheres, ao serem questionadas sobre os motivos que as levaram a solicitar a cirurgia:

[...] Não é a questão do parto. É a questão de eu criar meus filhos. Como eu vou criar eles? Como eu vou dar o do melhor pra eles. [...] A minha questão é de criar, de dar

educação pra eles. [as condições financeiras influenciaram sua decisão da laqueadura?] Até o último momento. (Camila)

Por que eu não tinha um lar para dar pra eles. [Em outro momento acrescenta] sufoco de tudo, porque hoje em dia pra você criar um filho não é fácil, dar estudo, educação, muito complicado. E mais para o nosso lado também. [que lado?] financeiro [...]. (Flávia)

Não passamos fome, mas assim, um plano, um estudo melhor pra elas, um alimento melhor. (Fúlvia)

Sim, porque eu se eu não fizesse, eu penso assim, ou mais cedo ou mais tarde eu poderia ter outro filho, claro que ia prejudicar bem mais minha situação financeira. (Urânia)

Nas entrevistas com os homens, também o fator econômico fica evidenciado como preponderante na decisão quanto ao momento de limitar a prole tanto que muitas vezes aparece explicitamente, como no discurso:

Financeira, vamos dizer, N/É. E porque eu acho que a questão financeira também obriga você a ter poucos filhos. Por que você pode dar uma vida melhor para um, dois do que para dar para 20, 30, 10 ou 3, ou 4. Igual meu pai, por que a convivência que nós viveu, o vóio meu pai era muito trabalhador. Naquele tempo eu morava na lavoura, N/É. Não tenho o que reclamar, falar, alimentei muito mal. Mas não teve uma oportunidade assim, desenvolver um estudo, N/É. Ele não tinha condições para dar um estudo para nós. (Carlos)

Dos homens, apenas um disse que as condições financeiras não influenciaram, porém sua esposa foi entrevistada, e ela mencionou que foi mais impulsionada pelo financeiro.

Retorno a Martins (1978) quando expõe: “[...] não é o pato que escolhe o talismã, mas é o talismã que escolhe o pato” (p. 14). Isto é depreendido das histórias dos sujeitos que fizeram parte do estudo, pois a laqueadura não foi uma escolha, mas, dentre as opções ao seu alcance, a esterilização era o recurso que acenava com maior segurança, diante dos riscos que naqueles momentos significaria ter um novo/a filho/a.

Nos depoimentos, é recorrente a ênfase que dão às seguintes questões relacionadas às dificuldades de cuidar de um/a filho/a hoje e aos temas educação, alimentação, violência, sucessivas cesáreas, problemas de saúde do filho, problemas conjugais. Também foi enfatizada, como pode ser observado:

hoje é muito difícil para você criar filhos [...]hoje você tem que ver tudo hoje, a malandragem é mais, você entendeu, se você quiser seduzir uma criança para fazer o que não deve você consegue. [completou seu testemunho em outro momento afirmando] [...] hoje está muito difícil, hoje você não pode mais triscar numa criança, você não pode deixar uma criança na rua, N/É, você tem que trabalhar muito pra você dar o estudo. Você pensar em dar uma faculdade para um filho, se você não batalha muito, você não vai dar. Igual eu, eu penso em chegar de fazer uma faculdade, mas aí eu fico pensando, ou eu, ou meus filhos, porque já vem os dois aí já daqui uns dia [refere-se aos gastos com os estudos com dois filhos que estão próximos de finalizar o ensino médio] [...] os meus filhos não conhecem o pai [...] ele não dá nenhum centavo para eles, porque não quer dar pensão [...] (Urânia)

porque não é fácil a gente ir tendo filho, pra criar, dar educação. É um pouco mais difícil de dar educação quando se tem mais filhos, N/É? Vamos supor, se eu tenho mais filhos, aí a educação já ia ficar diminuída porque o que eu poderia dar para os três, eu teria que dar pra um. (Carla)

[...] condições que a gente vivia. Não tinha como ter mais filhos. (Fúlvia)

Depois que você passa de um, dois, três filhos, a situação fica difícil a cada dia para educar o filho da gente [...] cada dia estão elaborando uma lei, antes tinha os métodos mais rígidos. Filho começa a trabalhar cedo, agora tem que menor não pode trabalhar, mas menor não pode ir preso, menor não pode mostrar a cara. [...] você não pode corrigir seus filhos, mas falam assim, como se a mãe fosse espancar os filhos. [...] Os filhos podem tudo, ficar na rua e não têm nada pra cuidar, amparar mesmo essas crianças. Eu acho assim, se a gente não puder corrigir com uma varinha assim mais dura, mais rígida, filho nosso vai bater na gente [...]. (Soraia)

Dentre os homens, **Carlos** e **Ulisses** esboçaram preocupação e apontaram dificuldades para se criar filhos nos dias de hoje, como pode ser percebido nos depoimentos:

Hum! Hoje em dia não dá pra ter filho nesse mundo não, rapaz. O filho cresce hoje em dia, quer bater no pai. Única coisa que aprende na vida é droga. Única coisa que tem que oferecer nesse mundo é droga. (Ulisses)

Depois que eu casei, que fui fazer uns cálculos, entendo que muitos filhos não é vantagem. (Carlos)

Sem dúvida, motivos econômico-financeiros destacam-se, mas seria leviano permanecer nessa única dimensão do desejo da cirurgia de laqueadura, pois entendemos que este, como quase todos, é construído ao longo da vida.

Na individualidade dos sujeitos, percebem-se situações congruentes e incongruentes, pois são vidas humanas permeadas de múltiplas determinações e contradições. Cada história é única de significados e percepções. As pessoas, em suas falas, trazem representações dos mundos interior e exterior, contextos, objetivos, metas, tudo isso - apesar de sua materialidade - se torna muito singular dentro da vida do sujeito que se expressa.

Desse modo, não encontramos nos depoimentos um único determinante e sim determinantes que levaram os sujeitos a chegar ao momento de limitar a prole. Observa-se que, em virtude de uma circunstância concreta, as pessoas tomam uma decisão, com perspectiva de um futuro melhor. Esse “melhor” entendido como mais qualidade de vida. Como diz Vásquez (2007):

[...] os atos não só são determinados causalmente por um estado anterior que se verificou efetivamente – determinação do passado pelo presente -, como também por algo que ainda não tem uma existência efetiva e que, no entanto, determina e regula os diferentes atos antes de desembocar em um resultado real; ou seja, a determinação não vem do passado, mas sim do futuro (220).

Tentamos extrair dos depoimentos circunstâncias, momentos, que indicassem pontos significativos para a decisão de solicitar a cirurgia de laqueadura.

Conversei [...] Meus irmãos, irmã, achou que eu estava certa, que tinha que correr atrás. Vamos supor, se eu tomasse a pílula do dia seguinte, se acontecesse de eu ficar com o meu marido. E evitar, não pode N/É, tomar por várias vezes. E eu usando a pílula, eu sempre esquecia. Vamos supor eu tomei hoje, aí eu falhei hoje, falei depois, falhei depois. Ah, não adianta tomar dois que não vai adiantar. Tem que tomar certinho. Aí, para tomar a injeção fica difícil porque eu amamento. Injeção é uma dosagem muito alta pra ir ao mesmo tempo no meu organismo. Então vou laquear por que não quero mais. Aí eu comecei a procurar. (Carla)

No decorrer da entrevista, por algumas vezes falou em separação e receio de voltar a engravidar. Indagada sobre a questão da possível separação **Carla** apenas disse: “Não sei. Pode ser, às vezes a gente fala o que está no subconsciente. Não posso afirmar para você”.

Ressaltou que contou para a família sobre sua vontade de laquear porque eles a ajudam nos momentos de dificuldades financeiras e no tratamento particular do filho alérgico, já que na rede pública de saúde não é sempre que se pode contar com alergista

infantil. Isso foi um elemento a mais para se submeter à cirurgia de esterilização, não apenas por problemas financeiros imediatos, mas por uma previsão do futuro. Ela descreveu este momento da seguinte forma:

[...] Depois do Marcelo, nossa, eu passei uma fase muito difícil, tem que comprar um remédio e toda semana um vidrinho era R\$ 33,00 por semana. [...] Pesa, você imagina, que pesa você pagar um remédio de alergia, um médico particular e você não ter plano de saúde, não é fácil, aí eu tive o outro, aí eu já falei com certeza o outro vai ser alérgico, eu nem quero outro filho. Porque se não eu não vou dar conta di di di ajudar os outros.(Carla)

A entrevistada relatou que, do segundo para o terceiro filho, que teve no hospital Santa Helena tentou laquear, mas o esposo não assinou e ficou acertado que na terceira gestação, ele a ajudaria. Disse que sempre desejou ter dois filhos, teve três porque prometeu um para irmã. Depois que teve o terceiro filho, novamente **Carla** parte em busca da laqueadura, conforme ressalta:

Quando eu tive meu terceiro filho. E foi onde que eu falei – um já é difícil, dois bom, três já é demais, aí eu decidi fazer a laqueadura.[...] Todo mundo falando que é bom, que ia ser bom para mim, [...] Aí, eu fui procurar o posto de saúde aqui da nossa unidade, [...] e lá eu fui me informar com o médico, como que laqueava, se ele me apoiava, fazer a laqueadura tudo [...] ele me deu apoio, [o médico a apoiou após fazer a explicação] Aí eu falei pra ele além da minha cesariana, eu tinha uma cirurgia de hérnia na minha cesariana, que já somava três cortes, mais um que eu ia ter, quatro cortes na minha barriga, N/É. [...] ele falou que não, que eu era muito nova, que podia fazer mais. Aí eu expliquei que não era isso que a gente queria.

No depoimento de Carla, fica explicitado o que temos discutido: a decisão para laqueadura muitas vezes não é uma individual, mas o projeto do coletivo que envolve marido, família, vizinhos.

Cássia disse que, com 22 anos, já tinha três crianças e aos 28, teve o diagnóstico do início de um câncer no útero, em Comodoro (MT); foi encaminhada para Vilhena (RO), porém, em Cuiabá (MT), o diagnóstico não foi confirmado. Sobre o tratamento ela comentou:

Tratei [...] foi assim por Deus. Por que alarme falso, não tem dessas coisas, que a medicina está ali provado [...] Quando foi coletar, a ferida sangrou. Aí eu fiquei indo lá no postinho fazer curativo, aí passou cauterização, aí o exame eu fiz lá em Vilhena (RO),

fiz o exame aí deu começo de câncer ... tomei muita medicação e forte, [de farmácia?] de farmácia e tomei muito chá de folha de algodão. Comprei aquela ducha fazia lavagem [...] e oração.

Ela relatou os motivos que se somaram para fazer a laqueadura:

[...]aí começou com o problema de tiróide. A gente não queria ter mais filhos, já tinha três. A gente já sabe o sufoco que é, aí do problema de tiróide, do problema do meu útero [...] assim minha irmã já tinha feito, a minha cunhada já tinha feito a laqueadura também. A gente tinha três filhos e queria parar.

Fica visível no depoimento que a esterilização aparece como alívio para as condições de saúde e também se percebe que o procedimento cirúrgico adquire no contexto familiar caráter de “cultura da laqueadura”. No trabalho investigativo de Berquó (1993), realizado na cidade de São Paulo, chegou-se aos seguintes achados:

Fala na direção de uma verdadeira cultura o fato de 52% das esterilizadas em São Paulo serem filhas ou irmãs de esterilizadas, havendo casos de famílias onde mãe e duas ou três irmãs já foram laqueadas. Também dentre aquelas que ainda não se esterilizaram, 42% fazem parte de famílias onde mãe ou Irmãs já passaram por esta prática (p. 374).

Incorpore-se na análise do significado desse dado e da importante observação da pesquisadora, o fato da investigação ter sido feita no início da década de 1990. Isso quer dizer que, entre as mulheres em idade fértil de agora, entre as mais jovens, pode haver avós esterilizadas.

Cássia ainda completou que, no passado, ela tentou fazer a cirurgia de laqueadura em Vilhena (RO), mas teve um problema de saúde e não foi feito. Ela explicou como foi a primeira tentativa: “[...] foi um conhecido nosso, que ele é vereador que arrumou essa operação lá N/É Vilhena, só que não deu certo. Não era bem época de política. Mas o homem era vereador e ele tinha conhecimento com o médico lá”.

A entrevista dá evidência à prática eleitoreira, muito denunciada e discutida no período da CPMI sobre esterilização, em 1993. Parece que tem resquícios nos rincões brasileiros.

Para **Camila**, o marido ser alcoólatra foi um dos motivos, disse:

[...] eu já tava observando que a gente não ia longe. Por que eu orava, orava, orava e nada do homem parar com a bebida. [...] Eu falei: Ó! Mais cedo ou mais tarde, vou ter que largar desse homem. E eu não vou ficar enchendo de filho. [...] Eu não quero ser

dessa mulher que tem um aqui, outro ali [...] conversei com ele [...], se bem que eu queria [...] Porque eu também não posso passar o resto da minha vida, só cuidando de filho. Porque filho pra mim é muito trabalho [...] tenho muitos planos pro futuro.

Em outro momento, voltou a fazer referência ao excesso de bebida do marido:

[...] aquela pressão, aquela ansiedade. Tanto é que você está me vendo aqui, toda essa gordura aqui não é minha. Por causa da ansiedade, por que aí eu comia, comia, comia, comia. Foi até que eu falei, tenho que me amar. Eu entrei num psicólogo. O psicólogo conversou comigo, muito. Eu falei, não vou separar desse homem, eu tenho que viver a minha vida e não a dele.

Úrsula, em seu depoimento, traz também, como elemento desencadeador do desejo de laquear, o problema com drogas lícitas e ilícitas de que o companheiro fazia uso. Isso somou-se à desventura de ter sido mãe solteira e à probabilidade de novamente se ver em situação semelhante. Diante da insegurança da relação conjugal, decidiu-se a solicitar a cirurgia, e destacou, ainda:

*Ele tinha sonhos de construir uma família [...] grande, ter mais filhos, mas por eu estar vindo de uma relação complicada, N/É, eu parava, olhava pra dentro de mim, imaginava quase que impossível. Eu imaginava que [...] a gente terminaria a relação, por que ele bebia **[em outro momento também fala que o marido foi usuário de drogas]**. Eu nunca bebi, nunca fumei [...] e eu decidi parar. Aí foi quando eu recorri à policlínica do CPA, N/É. Daí passei pela psicóloga, na época eu estava com perda de peso. Sofri bastante obstáculo pra chegar a essa laqueadura, essa laquear mesmo [...] se eu for falar a fundo eu vou falar pra você que a princípio é tipo, digamos hoje, vergonha. Por eu estar sendo mãe duas vezes, mãe solteira [...] pra falar mesmo a verdade eu fui muito rejeitada, quando eu fiquei grávida da minha filha, aquele falatório. Morava em cidade pequeninha então, como se fala no palavreado bem feio, N/É, assim um ossinho na boca do cachorro. [...] passava um certo temor dentro de mim. ... **[emocionou-se]**.*

O preconceito por ser mãe solteira, a insegurança conjugal, as condições financeiras. Essa mesma pessoa hoje se mostra arrependida, conforme veremos.

A situação de **Urânia** é diferente, uma mulher que veio do Nordeste brasileiro, de família numerosa, ajudou a mãe a cuidar dos irmãos. Disse que sempre desejou ter apenas um filho, e declarou: “*eu nunca gostei de criança [...] meu sonho era ter um filho só, entendeu. Da minha família inteira eu fui a única que, aquilo ali nunca foi meu forte, de ter muito filhos. Principalmente por minha convivência, a minha infância que eu não tive [...] A dificuldade de você criar filhos hoje é muito difícil*”.

Urânia relatou que, em sua primeira gestação, tentou fazer a laqueadura; se o parto tivesse sido cesárea, teria feito. Poderia ter retornado, depois de três meses; não voltou devido seu filho estar pequeno e não ter ninguém para cuidar. **Urânia** salientou que, quando seu filho estava com dois anos, foi oferecida a ela a oportunidade de fazer a cirurgia de laqueadura:

*[...] a médica aqui do programa da saúde a Dra. Gregória, falou assim: Francisca, estamos fazendo lá, o pessoal veio lá do Júlio Muller está fazendo, tem um programa aí agora pra fazer laqueadura, você não quer? [Você queria fazer?] Ah! Agora eu não quero por isso, por causa dos meus filhos, um não tem com quem deixar e tal N/É, pra mim era muito difícil. Vou deixar meu filho crescer mais, pra mim depois [...] Acho que foi tipo uma campanha assim, que eles fizeram, entendeu. Nisso, acho que teve muita gente aqui do bairro que fez essas laqueaduras, fizeram todo o processo entendeu. Até que ela perguntou pra mim – fui até levar um exame de preventivo **[em consulta – para mostrar exame ginecológico]** aí o médico disse olha a gente está dando a guia a gente dá toda entrada nos papéis e tudo, mas eu falei: não, mais agora eu não quero.*

Essa situação nos parece muito verossímil, pois, quando fizemos o levantamento bibliográfico na Universidade Federal de Mato Grosso sobre o tema de pesquisa, encontramos o trabalho de Carvalho (1999), que tomou como referência para sua pesquisa o mesmo bairro em que reside Urânia e contou com uma amostra de 185 mulheres esterilizadas.

No trabalho, a autora cita depoimento de três mulheres que disseram ter sido laqueadas sem sua autorização. Ao serem informadas que estavam esterilizadas, posteriormente à realização da cirurgia, uma delas teria dito: “*se eu soubesse não teria deixado*” (p. 41, 42). Esse fato pareceu ter acontecido na mesma época em que a entrevistada Urânia relata ter recebido a oferta da cirurgia de laqueadura. A Lei 9.236/96, no seu capítulo II - Dos crimes e penalidades, artigo 17, registra que: “*induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica, terá como pena - reclusão, de um a dois anos*”. A forma como os fatos foram comentados sugere que houve atitude pública de instigação ao procedimento.

Para **Soraia**, o que pesou foram as falas de terceiros e a sua instabilidade conjugal; para retratar esse momento, comentou:

[...] pensei muito nessa decisão, foi com uma tia minha, com as palavras que ela falou pra mim: - essa daí vai ser igual a mãe dela, vai só ficar tendo filho, filho, filho, filho, ter um monte de filharada. [...] acho que ela falava pela situação, que minha mãe

passava, N/É. Nós tudo pequeninho, com pai. Situação difícil que não foi fácil N/É. [...] Eu sou de correr atrás, vai ficar aí, não opera, aí tem um, não dá certo, tem outro, não dá certo, quem sofre é só a mulher com tudo isso.

Soraia faz uma avaliação da sua história de vida familiar e diz que foi influenciada pela tia, que a comparava com a mãe que, segundo ela, tem muitos filhos. Diante dessa situação, como se percebe uma pessoa lutadora, foi atrás da laqueadura. Ainda conclui que ter muitos filhos de pais diferentes é complicado pois, no final, quem sofre é a mulher. Na exposição, a entrevistada mostra que fazer a cirurgia é conquistar um objetivo, atingir uma meta.

3.2.2.6.1 Luta e controle da cirurgia – é possível?

Para **Flávia** e **Fúlvia** a situação é diferente, pois elas se submeteram à cirurgia de laqueadura tubária duas vezes, devido a falhas no procedimento. É preciso ressaltar que a incidência de falhas da laqueadura, segundo dados do Ministério da Saúde, é de 0,5% em 100 mulheres, no primeiro ano de realizado o procedimento.

Flávia, quando fez a primeira cirurgia, estava na terceira gestação e Fúlvia, na segunda, porém todos os partos delas, até aquele momento, tinham sido cesáreas. Disseram que procuraram o serviço porque estavam satisfeitas com o número de filhos, e também devido a complicações que tinham tido durante a gestação e no transcorrer do parto.

Recorrendo à Lei federal 9.236, de 12 de janeiro de 1996, art. 10, parágrafo 2º, vemos que tem o seguinte enunciado: “*É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores*”. A lei não menciona efetivamente quantas cesarianas são necessárias. Convencionou-se que, a partir da terceira, a mulher pode fazer a laqueadura, desde que já tenha dois filhos vivos.

Flávia se enquadrava nesse critério, entretanto, aparentemente, Fúlvia não, pois estava indo para sua segunda cesariana. Ela mesma acrescenta outros elementos significativos para ter sua vontade atendida, a despeito da inexistência de cobertura legal:

O Dr. sugeriu [laqueadura] porque a diabete gestacional estava se complicando. Eu ficava mais internada do que em casa. Eu tive na primeira, mas na segunda foi mais. Na segunda gravidez, no terceiro mês eu tive [...] crise de apendicite, tive que fazer uma cirurgia (estando) gestante. Eu fiz no [hospital] Júlio Müller. A Drª. conversou, a psicóloga, todo tipo de médico, do risco ao meu redor. E eu estava separada - a primeira separação. Já estava não totalmente separado mais, aquele conflito. [...] tive

que fazer a cirurgia. Porque corria risco eu e a bebê. Ai fiz processo de raio x, a psicóloga veio, conversou olha, corre risco dessa bebê não sobreviver, por causa dos exames, que é perigoso. [...] Graças a Deus, minha filha não sofreu nada.

Com esse fato, a entrevistada passa a ter assegurado seu pleito por laqueadura, de acordo com os preceitos da legislação mencionada que, no mesmo artigo referido acima, inciso II, retrata que é permitido à mulher se esterilizar quando o seu quadro clínico configurar: “*risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos*”.

No entanto, não foi isso que ocorreu, ela teve que realizar o parto e passados 60 dias, voltou a procurar uma unidade de saúde para solicitar a primeira cirurgia de esterilização. Ela mencionou que:

o médico que acompanhou a gestação, não minto. Foi assim: como é pelo SUS, demora o procedimento de autorização. Eu não poderia, porque seria perda de muito sangue. Nunca o SUS autorizava diretamente no parto. [...] por que o médico sempre falava que nunca o SUS autorizava no mesmo dia, no [hospital] Júlio Müller por que nunca era o mesmo médico, tinha o oficial, vou falar assim, o médico mesmo e tinha os estagiários. Então os estagiários, que falavam sempre que não podia.

O que se observa do caso – a usuária foi submetida a dois momentos cirúrgicos desnecessários, pois devido ao seu quadro clínico, ela poderia ter feito o parto e a cirurgia no mesmo momento. Pareceu-nos que houve uma interpretação equivocada da legislação.

No primeiro caso, da história de Flávia, por já ter duas filhas, e querer um menino, resolveram tentar o terceiro e concluíram: “[...] *ele falou assim: -vamos tentar mais uma vez, quem sabe vem, mas se vim menina ou homem, a gente vai mandar operar*”. Percebe-se com esta fala que os filhos são classificados pelos seus sexos e enquanto o casal não tem dos dois gêneros, a laqueadura é adiada, até o momento em que desistem. Flávia continuou dizendo que a atitude foi tomada devido à situação econômica do casal e acrescentou mais uma questão “[...] *pela minha saúde. No segundo eu passei muito mal, quase morri. [Por quê?] Não sei, fiquei com falta de ar. Não sei porque eu sofria do coração. Fiquei com falta de ar, não vi mais nada*”.

Fúlvia também relatou os motivos que a levaram a fazer a primeira cirurgia; como foi dito, ela estava gestante:

[...] primeiro foi uma opção minha, eu desejava somente dois filhos, pelas condições em que a gente vivia. Não tinha como ter mais filhos. Muita gente falava: ah, tem três filhos.

Mas eu via a condição de você criar. [...] Depois, na segunda gestação. Eu falei, não, eu vou tentar uma laqueadura. [...] eu tinha vontade, mas, ao mesmo tempo, eu não tinha. Por que eu ficava vendo o pessoal falando, ah, tem três filhos.

Fúlvia e Flávia relataram o diálogo com o profissional de medicina, que garantiu sucesso no procedimento. Flávia disse que o seu parto, como os demais, teve complicação. *“[...] ele só falou que ele estava ali com o papel tudinho, que ele ia fazer corte, ele não falou que ia amarrar. Que ia fazer o corte tudo direitinho, que ia me passar num vidrinho. Mas não passou nada. Só chegou, tirou o nenê, demorou bastante, ele fez, falhou”.*

Indagadas se receberam um sumário de alta, e se este indicava que tinha sido feito a laqueadura, Flávia disse: *“Não. Deram que estava escrito cesariana, mas não estava escrito que fez a laqueadura, não”.*

Depois de dois anos que supostamente tinham sido esterilizadas, as duas voltaram a engravidar. Sobre esse momento, Flávia relatou:

[...] foi horrível, eu fiquei chocada com aquilo, eu estava na certeza que não ia ter mais filhos, foi difícil demais pra gente. Ai depois eu sentei com meu marido. Meu marido falou que tinha que procurar o médico. Mas ele falou que quando eles fazem assim, não é certeza, sempre falha. Mas eu fiquei na certeza porque, antes de eu entrar ele falou que: - não, eu vou fazer o serviço tudo certinho porque a senhora já teve três cesarianas, o quarto já é arriscado. Ele prometeu um monte de coisa.

Flávia disse que novamente voltou à unidade e solicitou a esterilização, passou por todas as etapas exigidas e ainda mencionou que, com a quarta gestação, sentiu-se muito mal e também teve: *“[...] muita dor no pé da barriga, tive sangramento, processo de aborto”.*

Com relação à segunda cirurgia, Flávia descreveu como foi esse momento: *“[...] agora prestei atenção em tudo. Com certeza, já fiquei arisca”.* Segundo ela, conversou com o médico e ele ficou de passar uma comprovação de que, de fato, tinha sido feita a cirurgia. Falou: *“[...] só que esse daí me mostrou o pedacinho do negócio do canal do ovário. Ele mostrou tudinho. Esse daí fez certo, agora, mas o outro não me mostrou nada. [O que ele te mostrou?] Um pedacinho do. [um só?] dos dois lados, penduradinho”.*

No final do depoimento, ela diz que o médico mostrou dois pequeninos pedaços como comprovação de que ele tinha efetivado o procedimento.

Fúlvia abriu um processo contra o médico que fez sua primeira laqueadura. O processo, segundo ela, está parado, pois a defensoria não consegue localizar o médico.

Ainda destacou que a última gravidez, e também o parto, foram muito complicados, dizendo: “*nossa, eu nunca fiz um parto tão difícil assim. Eu percebia que estava uma complicação. Aí eu comecei a ficar ruim [...] estava com muita falta de ar*”. Nessa última gestação, ela vivenciou alguns constrangimentos: estava recém-empregada, os patrões achavam que ela agiu de má-fé. A ex-sogra desconfiou se de fato ela estava grávida do seu filho e Fúlvia ainda destacou:

[...] as pessoas comentaram, nossa, está vivendo assim, como que engravida. Não foi assim, minha história [...] as pessoas te vêem como uma mulher parideira. Nesse emprego, mesmo no dia em que o meu chefe conversou comigo. Nossa! Você tem uma escadinha! Sabe, como se fosse uma mulher parideira. Isso é muito ruim [...] durante essa última gravidez inteirinha. Eu escutando murmúrios de pessoas, sabia que ele era assim [refere-se ao esposo]. Muito bem, casamento, eu errei, eu tentei, era meu marido. Eu precisava lutar por ele, pela minha família [...]

Fiquei com o entendimento de que a nova gravidez não foi planejada, ela entendia que era uma forma de lutar por seu casamento em crise, quando perguntado se filho segura marido, respondeu que não, porém disse: “*foi uma tentativa*”.

Na segunda laqueadura, realizada por outro profissional e em outra unidade de saúde, de acordo com Fúlvia, o médico teria relatado o que de fato ocorrera na primeira cirurgia:

O doutor falou que ele não fez do lado esquerdo, ou direito, um dos lados ele não fez. [...] porque não tinha sinal de corte, nem de amarração. Então eu falei: ...Doutor, então eu vou precisar dessa informação mais tarde. Mas ele falou assim: ... mas eu não vou poder testemunhar pra você. É muito difícil um médico derrubar o outro. [Ele falou dessa forma?] Eu falei será que o senhor não pode me dar um atestado, mesmo que o senhor não vá lá. Mas eu preciso dessa comprovação. Ele falou que ia dar, mas depois nunca mais vi ele, só os estagiários que passavam pra dar alta, então nunca mais vi ele. Acabou eu não tendo nenhuma prova [...]

As duas cirurgias de Flávia foram feitas no Hospital Santa Helena; já quanto a Fúlvia, a primeira cirurgia foi feita no Hospital Bom Jesus e a segunda no Hospital Universitário Júlio Müller.

Durante a entrevista, indagada se ela se sentia segura com a cirurgia, Fúlvia respondeu: “*Não, não tem. Por mais que o doutor conversou muito comigo. Tentou me passar muita segurança do trabalho dele, mas não me sinto segura. Não consigo ter relação sem camisinha*”.

Fica evidente, nas entrevistas com as mulheres, que, mesmo esterilizadas, algumas não se sentem realmente seguras, vivem sempre a desconfiança de voltar a engravidar. Um dos motivos é porque muitas não acreditam no trabalho efetivado pelo serviço público. Há um entendimento de que é de baixa qualidade.

Outra falha é o fato de elas não terem documentação comprobatória de que a cirurgia foi efetivada, fica sempre a desconfiança. Verbalizam seu medo de ter sido somente “amarradas”, talvez o médico não tenha cortado. Das oito mulheres, apenas Flávia se diz mais segura, porque o médico teria lhe mostrado o pedacinho extraído de seu corpo, o que seria, de fato, a comprovação de que a cirurgia se realizou.

Apesar de todas essas dificuldades, quando perguntado a Fúlvia, que tinha contado sobre seu sonho de ter apenas dois filhos, como se sentia sendo mãe de três, ponderou:

Eu vejo o erro que eu falava, mas eu falava assim tipo desprezando. Porque eu pensava no futuro delas de uma condição, estudo. Não tem só isso, tem universidade, tem casamento, tem muita coisa, claro valores materiais. Eu sinto realizada por que eu estou dando conta de cuidar, eu achava que não daria conta de criar elas sozinha. Estou criando três.

Ganha muita expressividade nas falas dessas mulheres como um todo a capacidade de aceitação dos fatos, de se conformar diante das diversidades e realidades que vivenciam. Não são pessoas que estão a lamentar, em vez disso, lutam de muitas formas. Reconhecem o problema, mas se sentem de certa forma conformadas: com o marido que trai, com os desejos que não conseguem realizar, com a injustiça de não encontrar prevenção adequada da gravidez onde ela deveria estar, entre outros sonhos muito importantes.

3.2.2.6.2 Partilhando a decisão sobre a esterilização

Um dos motivos destacados por Serruya (1996) para a procura da laqueadura como método contraceptivo, refere-se ao relacionamento conjugal, mais exatamente, à ausência de apoio que a mulher enfrenta em sua convivência com parceiro: falta de colaboração do companheiro no cuidado com os filhos; exposição à agressão física; pressão psicológica no convívio familiar; recusa da participação masculina no controle da fertilidade e da reprodução.

Essa hipótese foi contemplada em nosso trabalho de campo, e os resultados permitem travar um bom diálogo a respeito de alguns aspectos que a autora sugere.

No tocante à participação masculina na decisão reprodutiva, as entrevistadas foram indagadas sobre a conversa que tiveram com seus esposos/companheiros a respeito da esterilização, especialmente procurando saber se, em algum momento, eles se prontificaram voluntariamente a fazer a cirurgia ou, ainda, se elas lhes sugeriram que fizessem a vasectomia. Ficou evidenciado que, no caso das oito mulheres abordadas, houve conversa. Duas delas declararam que não sabiam da existência de um procedimento cirúrgico de esterilização para o homem, tendo só conhecido essa possibilidade a partir da informação na unidade de saúde.

Apenas uma sugeriu para o esposo fazer a vasectomia. Ele se candidatou e depois desistiu. Houve um caso em que uma das mulheres mencionou que o marido se prontificou a fazer, mas ela não deixou. Outra não conversou, pois estava separada; outra, o marido não queria que nem ela própria fizesse. Vejamos os argumentos relevantes:

Com relação a **Camila e Caio**, destacamos que os atendemos na Unidade de Saúde. No primeiro momento, compareceu o casal. O esposo estava disposto a fazer a cirurgia, passadas duas semanas. Camila narrou como foi a conversa para decidir quem iria fazer a cirurgia e os desencontros:

[...] eu falei pra ele: que eu era muito obesa, que nunca queria operar de nada. Que o certo era ele fazer a cirurgia, que ele era magrinho. Que na escola tinham me ensinado que era só um cortinho de nada. Que dois dias depois já saía andando. Muitos colegas nossos da igreja já tinham feito, nunca deu nada neles. Aí, até assim ele aceitou fazer. De repente ele já conversou com um, com outro, foi espalhar. O povo já começou a dar um monte de medo nele, ele desistiu.

Camila desabafa:

Até que eu estava fazendo com ele [sexo] sem a camisinha. Mas quando descobri que ele me traiu aí eu voltei pra camisinha. Que já não adiantava mais nada, que já estava traindo, N/É. O que que ia adiantar. Aí foi maior rolo, doeí sangue pra mim fazer, para eu ver se estava com alguma doença. Fiz doença de Aids [exame para sorologia de Aids]. Fiz tanta coisa, fiquei louca. Pensando que - só eu, por que ele não usava camisinha comigo, não ia usar com ninguém. Teve toda essa situação.

Segundo Camila o receio do esposo era que se fizesse a vasectomia iria “brochar”, ela disse que ficou “irada, revoltada. Aí eu falei: - quer saber, eu vou arrumar

um risco de outro filho, eu não quero mais nem ficar com esse homem mesmo. Eu vou eu mesmo operar. Fui lá e operei”.

Com **Carla**, a situação foi diferente: o marido demonstrou interesse em se submeter a cirurgia, porém ela não deixou:

[...] ele ia fazer, eu não quis que ele fizesse. Por que quem decidiu não ter filhos sou eu. Não ele. Você entendeu. [ele falou por livre e espontânea vontade?] não. Meu irmão caçula. Falou bem assim pra mim. Que eu tinha que mandar capar é meu marido. [risos] Não eu. Aí a gente conversou, ele falou que tudo bem. Que era uma cirurgia simples. [Ele tem informação sobre a cirurgia de vasectomia?] Isso. Aí ele falou que faria, entendeu. Aí eu falei que não precisava, por que eu não quero ter filhos, não é ele. Eu não sei o que vai acontecer da nossa vida. Se a gente vai separar ou divorciar, se eu chegar a divorciar dele eu não quero ter outro filho, você entendeu.

Cássia comentou que a decisão partiu dela e partilhou com o esposo, segundo disse: *“Ah, foi nós dois mesmo, sempre quando a gente conversa as coisas juntos assim. Mas foi eu que falei pra ele, desde a outra vez”.* Porém, ressaltou que na unidade básica não disseram que ele poderia fazer.

A situação de **Urânia** é diferente, ainda não vivia com seu companheiro, pois na época eram apenas namorados, porém o informou da sua decisão, e pediu para que ele assinasse autorização. Ele apenas disse: *“É isso que você quer? Pensa bem. Por mim tudo bem, eu assino [...]”.* Ela ainda contou que, como estavam certos de que morariam juntos, pensou da seguinte forma: *“[...] por que pra mim eu estava vendo assim, se um dia nós chegar de separar, mesmo que eu arrumar um outro companheiro, eu não vou querer ter mais filhos. Ou estando com você, ou não estando com você, eu não vou querer ter mais filhos, de jeito nenhum”.*

Já **Soraia**, quando solicitou o procedimento cirúrgico, estava solteira, tinha um romance e comentou com o namorado que iria fazer a cirurgia devido à instabilidade conjugal. Ele não teria acreditado. Indagada se não propôs para o companheiro se iria se submeter a vasectomia, ela disse: *“Ele falava pra mim que ele que ia fazer. Quando eu tivesse o nenê, ele ia fazer. Mais aí [...] aí eu resolvi”.*

Flávia afirma que ficou sabendo na unidade de saúde que ele podia fazer. *[conversou com ele sobre isto?] “Conversei. Ele não quis aceitar. Por causa desse motivo, que brocha o homem.” [Quem falou que brocha?] “Os amigos assim. Ele falou que não quis fazer porque um tio dele fez e não teve mais vontade. Aí ele ficou com medo de*

acontecer com ele.” Quando Flávia diz “não teve mais vontade” ela está se referindo não teve mais desejo sexual, no seu entendimento, é ficar impotente.

Fúlvia diz que não comentou, pois estava separada e foi ela própria a solicitar a cirurgia, devido a problema de saúde. Contou, entretanto, que quando viviam juntos, houve uma conversa: *“Eu lembro que eu tinha pedido pra ele fazer vasectomia, mas só que ele tinha muito medo de brochar. Então ele não fez, então eu tive que correr atrás.”*

Pode ser depreendido dessas falas que as quatro mulheres que afirmaram ter dialogado com seus esposos/companheiros mencionaram a palavra “brochar”. E em nenhum momento se perguntaram se elas ficariam impotentes. Apenas uma relata que falaram que a mulher “esfria” depois da laqueadura.

Vemos que, quanto aos motivos elencados pelos homens para decidir sobre o momento de limitar os filhos, houve considerável variação: condições financeiras insatisfatórias; desejo de não ter mais filhos e idade avançada para tê-los. Com relação à definição do cônjuge que se submeteria à cirurgia, a decisão partiu das mulheres. Não se submeteram à cirurgia por dois fatores: medo da cirurgia e de ficar impotentes.

As entrevistas com os homens nos dão informações mais acuradas sobre essa questão, especialmente situando-a no contexto do relacionamento familiar e, dentro dele, na decisão reprodutiva.

Carlos comentou que o DIU que sua esposa usava foi retirado porque desejavam fazer a laqueadura. Justificou: *“uma por que eu estou com a idade bem avançada, N/É. Eu estou com 50 anos. [...] Eu acho uma idade avançada. Por que ter um filho se a gente vive 70, 75 anos, filho vai estar novo, ainda, N/É”*.

Sua esposa, porém, vai fazer 30 anos (tinha 27, quando fez a laqueadura). Sobre isso, apenas complementou: *“[...] A minha idade e conversando com ela também, que ela também não queria. [quem puxou a conversa?] Ela. Ela que deu essa discussão pra mim, a de estar ficando de idade e eu acho que foi por parte dela. Naquela época, ela estava certa”*. E com relação aos motivos que os fizeram solicitar a cirurgia, segundo ele, foi:

Financeira, vamos dizer, N/É. E porque eu acho que a questão financeira também obriga você a ter poucos filhos. Por que você pode dar uma vida melhor para um, dois, do que para dar para 20, 30, 10 ou 3, ou 4. Igual meu pai, por que a convivência que nós viveu, o vóio meu pai era muito trabalhador. Naquele tempo eu morava na lavoura, N/É. Não tenho o que reclamar, falar: alimentei muito mal. Mas não teve uma oportunidade assim, desenvolver um estudo, N/É. Ele não tinha condições para dar um estudo para nós.

Segundo **Caio**, a decisão da cirurgia partiu da esposa:

Foi mais dela. Por que ela chamou eu pra conversar e resolvemos. Aí ficou naquela deu fazer a operação, ela. [como foi a conversa?] Ela só falou que primeiro que era pra nós parar, mas era pra eu operar. Eu falei: eu operar não, você opera. E aí ficou naquela, até eu vim aqui. Depois desisti. Fiquei com medo. [do quê?] Ela falou da cirurgia. Eu falei: então está bom. Vamos ver, eu vou fazer isso aí. Mas, você não fica comentando. Ela comentava com irmã, a irmã já conversava com outra. Ah! não, esse aí, fulano ali fez, está frio que só. Falei: Meu Deus do céu, então vou desistir. Aí, desisti. [tinha medo de ficar impotente?] Hoje não tenho mais. [por quê?] por que eu fico pensando assim, bom - pessoa que é impotente, eu acho que ele ver uma mulher, ele não sentir vontade, então ele não vai preocupar. Qual era a minha preocupação: de ver, ficar com vontade e não funcionar.

Diz **Uberaldo**, quando a esposa estava gestante do terceiro filho:

Não esperava, não. Foi sem querer, de repente a menstruação parou de vir, aí ela já queria parar já. Aí resolveu fazer o planejamento familiar, que falaram pra nós. [...] O povo fala, a mãe dela quando era viva, minha mãe. [houve pressão para fazer?] É, e por minha conta também. Pobre não pode ter muito filho, não. Nessa vida que hoje a gente vive aí, nessa crise [...]

Ulisses disse: “Eu não sabia, não. Fui saber depois do terceiro filho. Quando minha mulher estava grávida a assistente social chamou pra vir aqui, ela estava contando. Eu faço, se eu soubesse disso, eu teria feito antes de ter nascido”. Sua esposa, porém, foi uma das entrevistadas e disse que conversou com o marido, para ele fazer a vasectomia. Ele tinha medo de “brochar”, segundo ela. Essa situação é bastante emblemática, e necessita ser explicada.

A esposa de **Ulisses** vinha de duas outras gestações cesarianas, nas quais teve alterações conforme ele relatou:

Quase morreu, quase foi pro book. Do terceiro prá cá quase ela se foi. Aí a assistência social falou que era para fazer a laqueadura, porque não podia ter o quarto N/É, que era risco de vida. Nós viemos na policlínica, passamos pela assistente social, tudinho. Assinamos os papéis, ainda na hora que chega, era para fazer a laqueadura lá, esse negócio lá no[hospital] Santa Helena acabou não fazendo e deu esse negócio, quase ela morreu.

Na terceira gestação, a esposa procurou o SPF, e muito provavelmente relatou que tinha dois filhos de partos cesáreas – o que caracteriza sucessivas cesarianas. Muitas vezes, ela chega ao serviço com a orientação e/ou é orientada que, por ter duas cesáreas, pode se submeter à avaliação para solicitar laqueadura tubária no SUS. Haja vista que, com um número excessivo de cesarianas, pode correr risco de vida. A Lei 9.236/93 não posiciona um número exato de cesariana, mesmo porque cada situação é analisada a partir do seu quadro clínico.

Com esse cenário desenhado, a mulher opta pela cirurgia, pois foi colocada num elemento significativo em jogo: “sua vida”. Esse cenário leva muitas vezes os profissionais a não cogitar da possibilidade do homem se submeter à vasectomia porque, aparentemente, os riscos são maiores para a mulher, se ocorrer outra gestação. Acrescente-se que esse é um olhar machista.

Um homem, esposo de uma mulher com a situação apresentada, justifica a não adesão à vasectomia, alegando o seguinte: como os riscos são maiores para ela, e ela vai se submeter à cesárea, melhor que faça também a laqueadura.

Não é possível afirmar com exatidão se, no caso de Uberaldo e Úrsula, tenha ocorrido dessa forma. Mas, a julgar por sua maneira de expor, o fato se deu como demonstrado, ou seja, diante de seu quadro clínico, a mulher resolveu se submeter à laqueadura. Em outro momento da entrevista, Uberaldo relata: *“Depois falou assim pra nós: se ela não for operada, aí era obrigado eu fazer, N/É. Que nem, eu aceitei. Mas aí diz que tinha operado ela, aí veio o quarto. Se ela não podia fazer a laqueadura, eu que ia fazer a minha, eu que ia operar”*.

Essa informação é precisa: ele relata que, na terceira gestação, foi colocado que se ela não fizesse a cirurgia, ele deveria fazer, mas não aceitou. Ele usa o termo obrigado, entendemos que seja diante do quadro clínico exposto. Realizados o parto e a cirurgia de esterilização, Úrsula voltou a ficar grávida e outra vez Uberaldo fala que se a mulher não pudesse fazer, ele faria, mas não faz, pois a análise é a mesma.

Ela corre risco de vida com outra gestação, então é melhor que ela se submeta à cirurgia. Entretanto, percebe-se na fala do entrevistado uma contradição imensa – ele se posiciona que faria, mas não toma a iniciativa.

Em outro momento, ele é indagado sobre para quem recomendaria a cirurgia de esterilização e expõe: *“Para as mulheres. Para os homens, não dá certo, não. [por que não dá certo?] sei lá, de repente a mulher chifra o homem, a mulher aparece com o filho”*.

Com essa resposta, fica evidente que, dada a construção imaginária do poder masculino em relação à mulher e entre os receios de ver sua “honra” manchada, ou se ver

impotente, na maioria dos casos, o homem prefere que a mulher corra todos os riscos. Neste caso, especificamente, não houve escolha, não houve decisão, a mulher estava pressionada a fazer.

Com relação aos motivos que eles alegaram para não se submeter à cirurgia de vasectomia, apontamos os argumentos masculinos:

Eu mesmo. Ah!! Tenho medo. [medo do quê?] Ah!! De, sei lá, tem medo de operação. [sabe o nome da cirurgia?] Não, não sei. [fale desse medo?] Eu acho, assim, de não funcionar depois. Cortar e não funcionar mais. Acho que só isso mesmo. [quem falou que não funcionaria?] Ah, já vi muitas histórias aí. Ah! Cara não funciona mais não, cara. [ouveu a história de quem fez – ou só boato?] Quem fez. Eu vi um carpinteiro, ele mesmo falou não sei se anotomai (sic) ou que ele fez qual é o tipo que ele fez. Ele falou que tinha problema. Até realmente separou da mulher, a tal, que isso, não sei se era superstição dele era por isso, ou era tranqueragem dos dois. (Carlos)

Perguntado a Uberaldo se foi sugerido para ele fazer, disse: “Eu fazer, não”. **[sabe qual a cirurgia que homem faz?]** “Eu já vi falar, mas não sei como funciona não.” **[você faria?]** “Eu não, tenho medo demais de operar.” **[Por quê?]** “sei lá, tenho medo demais.” **[conhece alguém que já fez, ou ouviu alguém falar da vasectomia?]** “Não, nunca vi. Nunca ouvi falar, não.”

O que se entende dessas falas é que a cirurgia de vasectomia torna-se um assunto que tem caráter público, mas tratado como segredo, ouve-se sempre: “me contaram, ouvi dizer”. A vasectomia não é um assunto do dia a dia, o tema não é corrente, não tem um alcance significativo junto à população de baixa renda; talvez, por isso, corram boatos, existam superstições. Falta informação, divulgação. A cirurgia de laqueadura é muito mais discutida, as mulheres interagem a partir desse assunto. Tanto que o depoimento de Caio parece bastante peculiar, quando diz:

a própria pessoa que operou e contar isso assim, assim. Nunca vi não. E também acho que o homem não vai falar. Eu mesmo não falaria. Ficaria entre eu e minha esposa. [se não houvesse o comentário, teria feito?] Eu tinha encarado. Por que as próprias mulheres falam bem assim – eu junto: - a mulher falava: ah, não, o homem ali ficou assim, desse jeito. Aí eu fiquei com o pé atrás.

Outro elemento, em cena, é o da mulher que, talvez por falta de informação, colabora com os “mitos” de que a cirurgia masculina pode levar à impotência. Há casos em que a mulher não permite que o homem faça a cirurgia, pois ela acredita nas informações

equivocadas. Dessa forma, na visão masculina, submeter-se à cirurgia é viver uma situação de constrangimento, por isso, deveria ficar em silêncio, evidenciar tal feito é deixar a sua intimidade exposta ao público.

Ainda quando os homens foram questionados se hoje fariam a vasectomia, apenas um informou que faria, mas pelo que foi possível compreender ele faria devido ao sucesso da cirurgia da esposa, principalmente porque ficou mais disposta para a atividade sexual, segundo disse, como será exposto na discussão do próximo eixo de análise.

Quanto às mulheres, quando perguntadas se sentiram algum medo da cirurgia, em sua maioria respondeu que não; as que afirmaram ter medo, entretanto, destacaram:

Houve, sim, medo de morrer. De acontecer alguma coisa errada na cirurgia. De eu ficar com alguma deficiência. (Camila)

Sim, principalmente de fazer e não dar certo. Não desfazendo, eu nunca desfiz do SUS mas assim todo mundo que chegava, falava: nossa, cuidado. Já põem aquele medo em você. [Você não queria fazer então?] Não é que eu não queria. Você teme um pouquinho aquela coisa de você não poder ter filho, mas as minhas condições não tinha como eu ter filho. (Fúlvia)

Os homens foram questionados se houve medo de suas esposas/companheiras quanto à cirurgia. Dois, dentre eles Caio, relataram que as mulheres não sentiram medo, porém sua esposa confirmou que sentiu muito medo, e ele ainda contou:

Não, ela não ficou com medo, não. Não, porque ela foi orientada pelo médico que ia ser uma coisa simples e tal - o médico falou pra ela que ia ser um cortinho, depois foi um cortão grande. Isso aí ela assustou, depois que ela viu o corte. Na conversa, o médico falou que era um cortinho de três dedos. Depois na hora em que ela foi ver, estava de fora a fora. Aí ela ficou desesperada: será que arrancou meu útero? Pelo tamanho do corte. [Hoje o corte como está?] Está bem melhor, mesmo. No começo, ficou meio abertinho e escorria líquido, aí eu passava remédio pra ela. Hoje está fechado. [a cicatriz ficou grande?] ficou assim, nem grande e nem pequena.

E os outros dois, Ulisses e Carlos, disseram que a esposa sentiu medo sim, o primeiro ressaltou que a esposa “ficou com medo. [E você?] Eu não, não era eu que ia fazer”. O segundo ressaltou que o casal ficou com medo e narrou quais eram seus temores:

Ah! Sem dúvida. [qual?] Medo de morte, de você perder sua companheira N/É, ou vim uma doença qualquer, transmissão geralmente de Aids, alguma coisa ou infecção (sic)

hospitalar. Hoje existe mesmo. [Como se pega Aids?] Aids se pega, acho, por transfusão de sangue, sexo, N/É. Eu acho que esse dois é mais provável.

Na fala de Carlos, está explícita a desinformação das pessoas com relação às DSTs/HIV/Aids. Em outros momentos, isso volta a aparecer.

Quando indagadas se recomendariam a cirurgia para outras mulheres, todas afirmaram que sim. Essas cirurgias deveriam ser direcionadas para mulheres com idade avançada, que tenham muitos filhos; com dificuldades financeiras; instabilidade conjugal. Destacam-se alguns depoimentos:

Sim. Recomendo para minha vizinha aqui do lado. Todo dia eu vou lá e recomendo. Ela tem 8 filhos. [...] ela já é velha, ela tem 33. (Carla)

Se não falhar. Todas mulheres têm que fazer, porque se não fazer, até mesmo se a pessoa não tem muito filho, ela tem que fazer. (Rosa)

Pra mulher, principalmente com dificuldade entre ela e o parceiro. (Urânia)

Camila disse que recomenda para todos os seus filhos e para as mulheres que têm mais de dois filhos e justificou:

Porque, na minha visão, dois filhos é suficiente pra um casal. Não tem necessidade de 4, 5, porque a situação que nós vivemos. A não ser se você for rica, que você tem condição de manter um bebê, pra você ter condição de não precisar trabalhar. Fazer as coisas boas da vida, realizar seu sonho, tudo que você quer. Mas pra mim que quero buscar realizar meus sonhos, não dá. (Camila)

Em pesquisa realizada, Berquó (1993) registra informações quando perguntou às mulheres se aconselhariam outra mulher a fazer esterilização:

65% das já laqueadas disseram que sim, e justificaram sua posição principalmente baseadas nas dificuldades financeiras para criar muitos filhos; 40%, pela segurança do método; 37%, e por não prejudicar a saúde como o faz a pílula (18%). Esta última citação parece mais uma vez demonstrar, a pílula ou a laqueadura são métodos preponderantes. Das 35% restantes, 70% disseram que não se deve dar conselhos porque cada mulher deve decidir por si própria, mas 14% disseram que a mulher pode ainda querer ter mais filhos e 9% são contra porque a esterilização pode provocar frigidez, menopausa ou outros problemas de saúde (p. 374-375).

Quando os homens foram indagados se recomendariam a cirurgia de laqueadura para outras pessoas, todos responderam afirmativamente, levando em consideração as condições financeiras e o número de filhos:

Sim, recomendo sim, porque isso tem que ter. Por que se fosse um programa que existisse mesmo, a mulherada rdtava assim tão cheia de fiarada, como está aí. Tem gente aí que está com 8, 10, filhos, mulher nova. Porque, porque esse programa não funciona [...] Pras mulher. Pô homem não dá certo não. [por que não dá certo?] sei lá, de repente a mulher chifra o homem, a mulher aparece com o filho. (Ulisses)

As entrevistas realizadas com os homens mostraram um significativo desconhecimento sobre sexualidade, cirurgia de vasectomia, além das DSTs, apesar de, no nosso entender, uma excessiva preocupação com a própria potência sexual.

Quanto às mulheres, também fica demonstrado quadro semelhante de ignorância, mas divergindo quanto à preocupação com seu desempenho sexual, que não relatam. Quando deram à luz muitos filhos, se vêem julgadas como parideiras. Não há problema de ser apontada como a esterilizada, no caso do homem, a vasectomia feita o deixa em desvantagem. Fica implícito que a esterilização masculina não deve ser comentada fora do ambiente familiar.

Serruya (1996) contribui com o debate ao afirmar que “a imagem da mulher é construída solidamente sobre a maternidade. Partindo deste pressuposto e reconhecendo que o controle da reprodução social dirige-se prioritariamente às mulheres [...]”(p. 12).

Neste eixo, a intenção foi demonstrar como se deu o processo de decisão para laqueadura, quais os elementos considerados pela mulher e pelo homem para que optassem pelo momento ideal de limitar a prole. Desse modo, foi possível perceber as angústias, os medos e como, ao longo da história, é construído o processo de decisão.

Na sequência, abordam-se os significados e as mudanças percebidas e sentidas na realização da cirurgia de esterilização.

3.2.2.7 Eixo 5: Mudanças, impactos e consequências após a cirurgia de laqueadura tubária

Verificou-se que as mulheres e os homens não consideraram que a cirurgia tenha trazido mudanças familiares, muitas vezes nem físicas são percebidas.

Conforme pode ser notado na fala de **Cássia**, no momento do contato com ela, convidando-a a participar da pesquisa e para lhe explicar o que era a laqueadura, ela refletiu: “[...] a gente fica no dia a dia da gente, não para pra pensar as coisas. Pra ver o

que mudou depois da cirurgia, assim, principalmente o corpo, eu nunca parei pra pensar assim, na vida sexual, mesmo nosso não mudou não”.

Então, a partir dessa informação, tomamos como referência dois pontos: o corpo feminino e a relação sexual para identificar quais mudanças percebiam que ocorreram. Dessa forma, dentre os depoimentos destacamos os relevantes:

Não, não mudou nada. É só uma segurança que eu não vou ter mais filhos. Mas eu fiquei com medo algumas vezes. [medo por quê?] Sei lá eu fiquei pensando, já pensou se eu engravidado. Já pensou? (Carla)

Pra mim, como era o meu desejo, é tudo de bom. Pelo menos não vou ficar aí tendo fiarada, aí sem nem querer, sem condição o suficiente. Pra mim é uma bênção. (Camila)

Eu nunca passei por nenhuma cirurgia na minha vida. E espero não passar por nenhuma mais, assim depois que eu operei [...] na laqueadura às vezes a gente tem mais dores. Conforme o esforço, o trabalho que a gente faz, peso, a gente tem dor. Hora que é frio, também tenho dores. Regularizou minha menstruação, porque vem agora o mês certo. [não era assim?] Nunca foi, nunca sube os dias que eu ia menstruar. Eu nunca tive cólica, não acreditava nesse negócio que o povo fala de cólica, que eu estou com dor, que eu estou com isso, hoje eu tenho também [...] Às vezes, a gente pega, sente que está dolorido, então. Nesses quatro anos eu ainda sinto isso. Não sei se isso vai passar. (Soraia)

Eu voltei ao mercado de trabalho. Eu voltei a ter sonhos, eu voltei montar minha empresa, hoje estou com minha empresa quase montada, um sonho que vem de longos anos de bordados a máquina. Eu estou trabalhando com cama, mesa e banho. Voltei a ter sonhos, voltei a acreditar nos meus sonhos e voltei a lutar. (Úrsula)

Você fica mais à vontade entre aspas. Mas insegura da cirurgia, que pode não ter ocorrido, pode não ter feito. Você não fica totalmente à vontade. Ma você fica mais tranquila. (Fúlvia)

Percebe-se com esses depoimentos a satisfação pós-cirúrgica. Serruya (1996) afirma que a esterilização na vida das mulheres assume significado próprio no imaginário feminino e elas passam a ver no ato uma conquista sua como mulher.

A cirurgia para ligar as trompas é o método anticonceptivo mais caro, mais medicalizado e mais radical. A partir do momento em que surgiu enquanto opção contraceptiva, não parecia lógico supor que se transformasse no método mais usado pelas mulheres de baixa renda. Todavia, o que pareciam ser desvantagens no método se transformaram em

atributos positivos. A cirurgia passou a ser vista como resolução de todos os problemas, segundo a expectativa mais íntima de todas as mulheres (p. 41).

Serruya (1996) analisa a questão da esterilização sob o aspecto da desigualdade de classe e pontua que, num primeiro momento, a esterilização emerge como um procedimento exclusivo, de quem tinha condições econômicas para custeá-lo. Cria-se a imagem de que conseguir “fazer a cirurgia,” significou, na história do processo reprodutivo brasileiro, “a possibilidade de ser incluída em outro *status* social, ou ter acesso a outra classe social”. (SERRUYA, 1996:145).

Na atualidade, mesmo sendo outro o contexto social e o político, a laqueadura continua no imaginário feminino de baixa renda como grande desejo. Conseguir ser laqueada traz satisfação, ouvi frase do tipo: “hoje estou realizada”, “estou feliz com minha laqueadura”.

Algumas mulheres relatam a luta que tiveram que enfrentar para conseguir ser esterilizadas, uma delas até falsificou os dados. E hoje não está satisfeita:

Na realidade, eu já tinha pedido para os meus médicos na época em que cuidou da minha gravidez que eu queria fazer essa laqueadura no final da gestação. Só que pela minha idade e como eu só tinha dois filhos, o meu médico, que me atendeu, ginecologista clínico, ele tirou totalmente a minha esperança. [quantos anos?] eu acredito que estava com 25 mais ou menos pra 26 anos. [ano?] eu acredito que era 2000. Os médicos tiraram totalmente a minha esperança eu pudesse conseguir. A não ser se eu pudesse fazer como particular aí eles faria, me mandaria para o Santa Helena e faria meu parto, poderia até ser normal e de imediato faria essa latomia (sic), só que como a gente não tinha condições [...]

Caso a data aludida por ela esteja correta, a entrevistada tinha direito de fazer a cirurgia pelo SUS, pois, nesse período, a legislação estava em vigor. Em Cuiabá (MT), porém, esse atendimento começou a ser operacionalizado em 2001. Ela acrescenta:

O meu médico do Júlio Müller falou pra mim na época: - olha pra você fazer, eu não to falando que você não consiga pelo SUS, só que vai ser difícil. Agora, se você quiser fazer particular, eu posso encaminhar pra você ter o seu bebê lá no [hospital] Santa Helena, e de lá você já sai laqueada. Só que na época a gente não tinha condições, e mesmo se eu tivesse, acreditava meu esposo não faria de jeito nenhum porque para ele assinar esse documento eu tive que praticamente quase (dizer que) ia pra separação pra ele assinar. Aí ele viu que eu tinha realmente decidido, não dava pra voltar atrás, então ele apoiou a ideia. Mas a princípio, ele falava pra mim que era uma loucura, a gente só tinha um filho ainda, construindo uma família naquele momento.

Na situação descrita, fica nítido o desacordo com o real. No SUS, não poderia ser feito, porém, na rede privada, poderia ser efetivado o procedimento. Outro aspecto que chama a atenção é a discrepância entre os desejos da mulher e do marido.

Ela continua o depoimento dizendo que retornou à Policlínica do CPA I, onde já tinham negado o direito de ela fazer a cirurgia, por não atingir os critérios exigidos: *“eu falei pra ela [profissional] que eu tinha um aborto mais dois filhos, que esse já seria o terceiro. Então aí ela. (mas isso era verdade?) Não, não era verdade, eu não tive aborto, não. Eu tive só os meus dois filhos mesmo, as únicas gravidezes”*.

Em resumo, ela se arrependeu de ter feito a laqueadura tubária, pois declarou: *“na época, depois que eu fiz, eu fiquei assim meio balançada, assim, meio preocupada. Mas eu falei ah, está bom. Já tenho um casal de filhos, tem uma filha, um filho. Então, não tenho muito a perder. Já conheci o prazer de ser mãe, está bom”*.

Porém, no decorrer dos acontecimentos, mudou de ideia, tanto que, segundo ela, se fosse hoje, não faria, e explicou: *“eu acho que daria para esperar um pouco mais. Eu poderia colocar um DIU, eu poderia procurar um outro método para evitar e esperar um pouquinho mais”*.

A sua insatisfação é nítida, e dela destacam-se dois pontos: *“[...] Eu teria outro filho sim, se eu pudesse hoje, mesmo com a minha saúde abalada eu teria”*. A entrevista com Úrsula foi muito marcante pelo tom contraditório entre o não querer mais ter filhos e o desejo que renasce. Ainda, a recusa que foi um erro ter feito a cirurgia com pouca idade, exprimindo, entretanto, como que à guisa de conclusão: *“olha, eu diria arrepender é uma palavra pesada, mas não foi muito bacana, não. Eu acho que eu poderia ter esperado um pouquinho mais”*.

Vieira (2007) considera que:

O arrependimento após a esterilização é uma séria questão médica, porque, na maioria dos casos, a escolha da laqueadura é eletiva, não se pode garantir o retorno à fertilidade e existem alternativas contraceptivas mais reversíveis do que a esterilização que podem ser utilizadas com grande eficácia. O arrependimento já foi estimado entre 11% e 15% das mulheres brasileiras esterilizadas. [...] No Brasil, além de ter motivos diferentes para satisfação com o número de filhos, destaca-se a idade jovem ao ter o primeiro filho como fator para o arrependimento, visto que predispõe à laqueadura jovem. [...] pode aumentar após a oferta de esterilização gratuita pelo SUS (p. 228).

A autora ainda destaca que, quanto ao intervalo de tempo entre a laqueadura e a manifestação de arrependimento, segundo ela, fica entre dois e seis anos e tem mais chance de

ocorrer quando a decisão de esterilizar-se está associada a motivos diferentes da satisfação com o número atual de filhos.

Flávia fez a cirurgia e voltou a engravidar. Expôs seus sentimentos:

Pra mim foi horrível, eu fiquei chocada com aquilo, eu estava na certeza que não ia ter mais filhos, foi difícil de mais pra gente. Ai depois eu sentei com meu marido. Meu marido falou que tinha que procurar o médico. Mas ele falou que quando eles fazem assim não é certeza, sempre falha.

Nesse momento ela contou como pensava quando era adolescente “[...] *minha mente, que nem de criança, todas coisas ia ser fácil. Depois que a gente vai amadurecer, depois que tem um filho. Ai que foi ver que não é fácil ter um filho, tão adolescente*”. O marido queria processar o médico.

As entrevistadas foram questionadas quanto às mudanças que sentiram em relação ao seu corpo, após a cirurgia.

[...] não sei se é o remédio do tireóide, mas eu já tomava os remédios antes. Ai eu era mais gorda. Assim deu mais uma emagrecida. [...] **(Cássia)**

[...] estou em tratamento, N/É. Ih, também descobri que estou com gordura no fígado, tenho que emagrecer pra ontem mesmo. E também quando eu não tinha a laqueadura ainda, eu usava anticoncepcional muito, então, eu não tinha cólica. A menstruação descia era normal, agora uma cólica que não aguento e a menstruação desce como água, muita. Então, algumas pessoas falam que é disso de não usar mais, diz que o anticoncepcional alivia a cólica, N/É. Então, são coisas assim que fica no ar. A gente não sabe se é certeza mesmo o povo fala muito. **(Camila)**

Não sei se é depois da cirurgia, ou devido aos comprimidos. [...] eu tinha muita celulite na bunda, quando engordava. Hoje diminuiu bastante, nas pernas também [...] nunca sube o que que era os dias que eu ia menstruar. Ih eu nunca tive cólica, não acreditava nesse negócio que o povo fala de cólica, que eu estou com dor, que eu estou com isso, hoje eu tenho também. Depois que eu operei ela vem certo, mas eu tenho muitas dores. Às vezes a gente pega, sente que está dolorido, então. Nesses quatro anos eu ainda sinto isso. Não sei se isso vai passar. **(Soraia)**

Falar bem a verdade para o senhor hoje, segunda-feira, terça não estava muito bem, não estava muito bem eu fui até a policlínica eu estava com 560 de glicemia. Fiquei no soro, passei o dia no soro, fiquei lá internada. Mesmo com o medicamento. **(Úrsula)**

Eu engordei bem mais. (risos) [...] eu estava com 48 quando eu fiz a cirurgia, quinta-feira eu me pesei estou com 61 quilos e 800 gramas. . [isso é bom ou ruim?] Ah! Numa parte eu fiquei meia assustada, entendeu, por que eu achei que eu engordei muito. (Urânia)

Engordei mais, estria na barriga. Umas manchinhas no rosto. Acho que a mulher acaba um pouquinho. Só a cicatriz, uma cicatriz média. [como está o visual da cirurgia?] Não está nem feia, nem bonitinha. Está daquele jeito, um pouquinho grosso. A gente olha no espelho, fica aquilo, esquisito. Não incomoda porque não está aparecendo, ninguém está vendo. (Flávia)

No início, acho que teve um pouco de aderência, uns choquinhos, muito pouco. Um pouquinho de cólica, não tinha cólica, só um pouquinho. (Fúlvia)

As mulheres apontaram os seguintes problemas de saúde depois que realizaram a cirurgia: emagrecimento, ganho de peso; cólica menstrual; diabetes; problema de tireóide; dores na região da cirurgia; o tamanho da cicatriz também é algo que as mulheres comentam. Não se pode, entretanto, afirmar que todos os sintomas apresentados estão relacionados à realização da cirurgia de laqueadura tubária, pois não foi perguntado a ela se eram sintomas novos, nem é intenção do trabalho avaliar a laqueadura desse ponto de vista.

No tocante à relação sexual das mulheres entrevistadas, percebeu-se que a esterilização lhes propiciou mais tranquilidade para usufruir sua sexualidade e mais prazer em suas relações sexuais. Uma delas mencionou “*você fica mais à vontade*”, o que se entende como uma referência a se sentirem mais livres.

Antes de se submeter à cirurgia, viviam o temor, a ansiedade, a dependência da pílula, a desproteção, o risco de falhas dos métodos contraceptivos. Isto lhes fazia, de certo modo, infelizes, mesmo que, para algumas, o desejo de gerar novos filhos ainda persista.

Para Urânia, nada mudou, como também para Carla: “[...] *a gente tem um relacionamento normal, somos um casal. A gente vive uma vida boa*”.

Tentei várias vezes ficar com meu marido, então não dava porque eu não tinha uma lubrificação entendeu, de mim mesmo. Aí a gente comprou lubrificante, fomos tentando várias vezes, porque eu nunca tive filho normal [por ter apenas filhos de partos cesáreas, achava que isso interferia na sua relação sexual], machucava. A gente foi tentando, hoje em dia a gente tem um relacionamento normal. (Carla)

Mesmo que estava tomando remédio, acho de ter os meninos perto dun zonzotros [receio de ter filhos com intervalo reduzido] a gente ficou com aquele medo de ficar grávida de novo. Mais era bem. Depois da cirurgia, ela explicou: “agora melhor ainda. (risos)

agora sem preocupação. Oh, igual, muitos fala a cirurgia pode atrapalhar, não, no meu caso não. É uma diferença. Logo nos dias eu achava estranho assim, sabe, eu pensava assim: esqueci do remédio. (Cássia)

Estava conturbada, N/É [relação sexual antes da cirurgia]. Porque assim, eu parei de tomar o remédio na verdade, quando eu fui lá. [...] aí eu comecei pressionar ele pra ele fazer a vasectomia.[...] Eu parei de tomar o remédio, e falei pra ele só na camisinha, só no preservativo. O que acontecia, tinha dia que ele ia, ia sem. Falava pra mim assim, agorinha eu coloco. Eu falava: -Dr. falou que fica grávida assim, também. Agorinha eu coloco o preservativo e depois ele não conseguia. Aí, eu tinha que sair correndo ir lá na farmácia, tomar aquele do dia seguinte, a pílula do dia seguinte. Acabava no mês eu tomando umas três doses disso aí. Dr. falou: -que ia acabar o efeito, eu ia engravidar do mesmo jeito. Aí ele foi ficando doido, que ele também não queria. Porque se eu pegasse uma gravidez eu ia ter meu trabalho. Ah! Maior confusão. [Depois da cirurgia?] Aí tudo calmo, tudo tranquilo.(Camila)

Ela disse tudo tranquilamente, mas na explicação que deu, percebe-se que as coisas não estão tão calmas:

Ta boa. [...] Melhorou assim, de um tempo pra cá ta acontecendo assim, que, eu não sei se é psicológico. Ele, como que eu falo pra você? [risos] não sei como explicar isso pra você. Eu não sei as palavras certas. [fique tranquila – fale do seu jeito] assim, ele goza muito rápido, entendeu. Aí não dá nem de eu ir e ele já foi. Eu não sei explicar para você. [você não chegam juntos ao prazer ?] Isso. Muito primeiro, nas três, quatro vezes, ele já foi e eu nem fui. Aí fica aquela situação chata. E eu sou muito sincera, eu falo pra ele. Ele fica mais aborrecido. [...] uma vez ele foi no Doutor, ele falou que ele estava com aquela varicocele⁵⁴. [...] E agora a coisa está se complicando a cada dia que passa. Ele pergunta assim: -foi? Não. Não consegui nada. Eu falo mesmo porque eu sou realista. Ele fala: ah! Camila e agora, quando eu ficar mais velho? Eu não vou conseguir e aí? [risos] você vai me trair e começa aquelas conversas sabe [...]. (Camila)

Até o momento o esposo não procurou o médico. E essa situação, segundo Camila, tem “feito a relação ficar desgastada”. Ele tem ficado decepcionado diante da situação. Quando ela sugere sair para ir para um motel, por exemplo, ele desabafa: “o que

⁵⁴ Veias dilatadas ao longo do cordão espermático (estrutura que suspende o testículo) constituem a varicocele. Causas anatômicas (veia espermática desembocando na veia renal esquerda) e incompetência de válvulas venosas são as principais causas da doença. A varicocele está presente em 15% da população geral (adultos e adolescentes) e em 35% dos homens com infertilidade. Disponível em: <www.abcdasaude.com.br/artigo.php?447>. Acesso em: 21 mar. 2010.

vai fazer lá, se nem em casa estou dando conta”. Quando estivemos na residência, estavam próximos de completar 17 anos de casados.

[...] estava no fundo do baú [relação sexual antes da cirurgia], porque eu decidi mesmo viver um tempo assim como eu falei pro senhor devido medo de engravidar, devido o medo de envolver, de sofrer, eu preferi quietar, ficar na minha. Então, fiquei bastante tempo, para falar bem a verdade, não tinha muito ansiedade sexual, até mesmo porque não tinha alguém que me interessava, ficava com aquele sentimento velho guardado. (Úrsula)

Ela comentou que, após a laqueadura, fez cirurgia de períneo e que suas relações sexuais estavam sendo muito dolorosas. Ainda detalhou:

[...] cento e poucos dias sem manter relação. Voltei às atividades normais, então isso aí foi bastante desagradável durante um ano, dois anos depois eu tinha problemas sério. Não vou mentir não, até hoje eu tenho problema sério, corta na hora da relação. [não tem lubrificação?] eu acho que tem sim, mesmo, na época eu fiquei de voltar mexer de novo e eu estava conversando com uma cunhada minha que é psicóloga, ela também fez. Ela também está com esses mesmos problemas, então eu achei que é bem que é normal. (Úrsula)

eu era mais... Não sei explicar como que eu era [...] Ah! Meu marido falava que eu era mais danadinha, N/É. [riso]), a relação após a cirurgia mudou. Eu acho que a gente mesmo, a mente [...] falo assim, por religião também. A gente começa a ler a bíblia, a gente começa a buscar [...] a ter mais entendimento [...] a ter mais temor. E até respeitar o seu próprio corpo. (Soraia)

Ela faz longa exposição sobre a influência da bíblia, da religião na sua vida e complementou:

Só que hoje chegou num ponto, tanto eu respeito ele, como ele me respeita. [...] depois que você faz a cirurgia você começa a ter cuidado também. Qualquer coisinha machuca, dói, eu tinha esse medo. Então, passou um tempinho com essa dor. Então, eu tinha esse cuidado. Conforme a relação que você vai ter. [...] diminui as vontades, o desejo [...] às vezes a gente excede o corpo da gente sem ter as vontades próprias, vai fazendo [...]. Só que assim, depois que eu operei, nesse processo eu fiquei tendo mais desejo, vontade de ter relação, isso aconteceu comigo, acontece. Às vezes do nada, dá mais vontade. Até eu falei que ia procurar um médico, tem época também que é um vapor, uma coisa quente [...] você libera um líquido, dá um calor, naquela mesma hora assim, dá aquela vontade

de ter relação. Isso aí aconteceu comigo, depois que eu operei, coisas que não acontecia, agora acontece. (Soraia)

Ela comentou que foi um momento difícil, durou uns dois anos e meio e que ainda não está tudo bem resolvido. Mesmo diante de todo o depoimento, ela conclui: “*Não trouxe tristeza não, eu sou feliz com minha cirurgia até hoje*”.

Mesma coisa de agora. Não teve mudança. [risos]. Mudança a gente fica até sem jeito. [Por que sorriu?] Só ele que não está muito. [pausa] [como?] Só ele que não está muito, está um pouco frio. [risos] [O que foi?] Não sei. Mas comigo, acho que é mais melhor do que antes. Ele deu uma esfriada, eu pensei que era eu, ele que esfriou. A gente ouvia comentário falar, você faz isso, fica fria, pra mim não, pra mim está normal. [Isso te preocupa?] Preocupa sim. [Vocês já conversaram sobre isso?] Já ele fala pra mim comprar remédio pra ele. Um caso também, ele fuma, dizem que quem fuma também brocha. (Flávia)

Você fica mais à vontade, entre aspas. Mas insegura da cirurgia que pode não ter ocorrido, pode não ter feito. Você não fica totalmente à vontade. Mas você fica mais tranquila. (Fúlvia)

Osis (1999:527) investigou as consequências da laqueadura tubária, no longo prazo, na vida de mulheres residentes em Campinas (SP). Entrevistou mulheres de 30 a 49 anos de idade, somando 236 laqueadas há pelo menos cinco anos e um número igual de não laqueadas. Os grupos foram comparados quanto à sua satisfação com o método anticoncepcional em uso, aos benefícios e prejuízos a ele atribuídos, ao possível arrependimento e à percepção de seus efeitos sobre a saúde, corpo, menstruações, vida sexual, afetiva e familiar, situação econômica e auto-valorização.

Reportamo-nos aqui, especificamente, aos percentuais dos achados referentes às mulheres esterilizadas. Quando a autora investigou quais as mudanças foram para melhor ou para pior em algumas áreas de suas vidas, chegou ao seguinte quadro:

Com referência às mudanças após a cirurgia destacadas como para melhor citaram: saúde (1,7%), corpo (2,1%), vida sexual (13,6%), menstruações (11,0%), vida com o parceiro (10,2%). Nas mudanças indicadas como para pior, com referência às mesmas variáveis, chegou-se aos seguintes percentuais: saúde (15,3%), corpo (14,4%), vida sexual (7,2%), menstruações (36,0%), vida com o parceiro (2,5%).

Esses achados apresentam certa correspondência com este nosso trabalho quanto às questões analisadas, pois foram os mesmos pontos mais focados pelas mulheres que entrevistamos.

No tocante aos significados e sentimentos de ter feito a cirurgia, há certa variação de percepção no pensamento das mulheres, como pode ser observado:

É como já falei para você, eu te expliquei. Se eu não vou ter mais filhos, eu posso dar uma educação melhor para os meus filhos entendeu, vou ter condições de pagar o médico dos meus filhos que eu não encontro no SUS, entendeu? A educação. (Carla)

Pausa. Dá uma vida melhor para os meus filhos, para os dois que eu tenho. Pela dificuldade que eu passei, minha mãe com seis. Você ficar só tendo filho, tendo filho. (Soraia)

Ah! pra mim foi muito bom. [tenta descrever isso, o que é esse muito bom?] como se diz, eu não queria mais ter filhos N/É. Então pra mim de eu ter conseguido fazer isso aí, então, pra mim foi um modo de ver que eu não ia mais ter filhos. O que eu queria eu alcancei e que fiquei feliz, por que eu fiz. (Urânia)

Pra mim foi uma coisa boa. Um basta pra não ter mais filho. Ótimo ainda, muito melhor. Pra mim é uma bênção. (Camila)

o sentimento da gente é assim, às vezes, a gente podia ter jeito de ter mais filhos, N/É, mas só que eu não me arrependo, não. Sabe, porque hoje a situação para nós está melhor, mas mesmo assim ainda falta, mesmo agora vem o estudo dos meninos. Deus abençoar, jeito de pagar o estudos deles dar uma formação pra eles. Só que não adianta a gente ter muitos, crianças e a gente não ter condição, acho que é nesse sentido. (Cássia)

De traição, não sei explicar. Não foi boa. Por que eu conversei muito com o doutor, então, foi horrível. Senti que eu podia estar na mão de um médico, de repente não podia ser uma laqueadura, mas podia ser a minha vida. Podia a laqueadura, podia ter dado errado e eu podia ter morrido. Alguma coisa e aí? No momento muita gente falava, porque foi no SUS. Vai se dizer o que, se fosse particular de repente não poderia ter ocorrido. Não tenho condição de pagar particular. (Fúlvia)

Às vezes eu me sinto meio impotente, N/É, porque, hoje eu vejo meu marido tendo sonhos de ter um outro bebê na nossa casa e assim eu também, até porque nós tratamos nosso filho mais novo como se fosse bebê, e a minha filha também é como se ela não tivesse crescido, até hoje eu vejo ela como bebê. Então assim, aquela carinha de nenê, foi embora, então às vezes você sente saudades de ter um bebezinho novamente e por esse sonho que não me deixa eu gostaria de ter mais um filho. Pelo menos mais um. (Úrsula)

Indagadas sobre os planos para o futuro, após a realização da ligadura de trompas, **Camila** explicou:

Troquei meu carro, comprei meu carro zero. Eu tinha um carro era 1990, já peguei um zero 2010. E assim vai indo, [...] próximo passo, eu terminar esse curso [...] quero tentar fazer uma faculdade gratuita [...] descobri uma outra função, melhor pra mim. Que é as vendas, aí eu quero, pretendo futuramente agora fazer meu salão comercial, montar minha loja aqui mesmo na minha casa e trabalhar.

Ter uma vida melhor, ter minha casa, um lar para os meus filhos. (Flávia)

Olha, eu ainda quero ter minha casa, fazer uma faculdade, me firmar em um lugar de trabalho. Olha, a primeira coisa o estudo, um estudo digno pra elas. Saúde graças a Deus ele está pagando Unimed pra elas, desafoga bastante a gente, que às vezes demora você conseguir uma consulta com especialista. (Fúlvia)

Carla disse que voltou a estudar, mas parou devido a problema de saúde do filho. Ela estudava a noite e a escola é em frente à sua casa. Culpou a professora por sua desistência, não foi tolerante. Com relação ao futuro, disse ainda que pretende voltar a estudar e terminar de construir sua casa. Deseja colocar um “bolicho” na frente da sua casa, aproveitar a localização, já que tem um pequeno salão pronto onde vai vender doces para o público da escola.

Cássia e Urânia estão muito preocupadas com o futuro do estudo dos filhos. Urânia afirma que voltou a estudar para ajudar os filhos.

Os homens, especificamente com relação as mudanças provocadas pela cirurgia de esterilização realizada por suas esposas, de modo geral, todos disseram que a relação conjugal estava boa antes e depois da cirurgia. E fizeram os seguintes destaques:

Carlos ressaltou que atualmente sua esposa é estudante, começou a cursar faculdade de pedagogia após a cirurgia, ele ainda destacou: “*para ter uma vida melhor*”. Para Caio, sua esposa engordou, segundo ele: “*foi por causa da cirurgia, não. Acho que foi por causa de comer mesmo*”.

Uberaldo [***O corpo dela mudou?***] “*Mudou, engordou mais, engordou que ave-maria*”. Ulisses também fez a mesma referência “*mudou, porque ela engordou bastante*”.

Quando solicitei que expressassem as mudanças sobre a relação sexual manifestaram:

Óia, para ser sincero assim, não era uma coisa muito boa não. [o que não era boa?] Não era boa, por que não era, vamos dizer assim, que ela não sentia prazer. Muitos prazer na hora do sexo. Aquelas coisas, assim. Acho que não tinha conhecimento, uma

mulher quando é nova. [isto foi antes da cirurgia?] não é no começo da convivência. [...] [Ela se queixava?] Ela nunca se queixou, de falar não quero, nunca teve isso. Assim, que a gente sente, e ela também não tem muito aquela, aquela [...] porque diz que tem muié fogosa e tem muié que não é. Pra mim normal, até vantajoso pra mim, porque já sou uma pessoa de idade não preciso aí, eu acho, não falo para ela. Mesma coisa. [não mudou nada?] Eu acho que ela melhorou mais, no assunto de sexo. Melhorou, sentiu mais prazer, N/É, na hora do sexo. Eu acho que melhorou, melhorou. (Carlos)

Verifica-se que a esposa de Carlos não sentia prazer, no entanto, jamais conversaram a respeito, provavelmente devido aos valores morais e religiosos que regem suas vidas. Entende-se que a cirurgia pode ter despertado o desejo da esposa para o sexo e, pela forma como mencionou, a sua idade e como era antes, isso o deixou de certo modo preocupado.

Ficou melhor, ficou mais quente. Não foi como eu pensei que ia ficar, fria. Não aconteceu nada disso, que pessoas falava pra ela. Olha, falar pra você, as turmas fala que, as turmas não, as mulher fala que opera fica fria. Esse lado pra ela não funcionou não. A mulher está melhor do que estava até. Eu já falei pra ela: - Meu Deus, será que vou ter que tomar Viagra? (risos) Ela já forte, eu magro, não malho. Eu nessa idade, fico pensando - Meu Deus do céu, vou ter que comprar agora, então, não é possível. [...] hoje está mais animada, ela até, pra sexo está mais animada. E antes não. Eu até assustei. Meu Deus do céu, você está com potência mesmo. [isso te assusta?] eu fiquei assustado. (Caio)

Como tinha conversado com sua esposa anteriormente, sabia a sua avaliação da relação conjugal, entretanto, esperei que ele expusesse o que estava ocorrendo e perguntei se a relação sexual estava prazerosa para ambos e ele disse: “*Creio que, para ela está. Pra mim também. Não todas, todas não, todas, por exemplo: hoje, amanhã, amanhã. Tem certas coisas lá que a gente faz de um jeito que fica bom pra ela, fica bom pra mim. Ai ela fala, faz do jeito que você quer*”. Isso não é a verdade, pois ela estava descontente, por achar que ele estava com ejaculação precoce e conflitando a relação.

A avaliação que Ulisses fez da relação conjugal antes da primeira e segunda cirurgia não tem alteração: “*Ah, estava bom. Porque N/É, a gente tinha parado no terceiro, mesma coisa, normal*”, não foi confirmada pela esposa.

Está devargazinho. [...] Só a relação sexual. Gelou a mulher. Gelou, gelou, gelou. Vixe, ficou parecendo uma geladeira agora. A menina que fez a laqueadura falou pra ela depois que faz a laqueadura, diz que gela. Eu acho que aconteceu com ela. Por que está

gelada. Antigamente antes de fazer isso aí, nós fazia todos os dias, agora depois dessa uma vez por mês. [isso é ruim para você?] Claro, N/É meu. (Uberaldo)

No tocante aos planos que têm para o futuro, fizeram as seguintes exposições:

Cada vez melhor. Eu penso montar uma empresa de construção civil, que eu já tenho conhecimento na construção faço serviços geral, pude aprender o máximo que eu pude em serviços gerais, em construção. Então, hoje, futuramente eu preciso finanças N/É, montar uma construtora. (Carlos)

Isso aí eu não sei explicar. (Risos). Os meus planos são os meus filhos, falo pra eles estudar. Eu falo pra eles, 8ª série pra mim não é estudo. Antes quando era menor, 8ª série é estudo, até que a datilografia. Tanto é que ia ver emprego: - sabe datilografia? Sei. E agora não é computador. Tem que ter mais estudo, ainda. Por que eu como não fui um aluno bom, minha mãe tinha que ir com cinto. Eu explico pra eles: minha mãe tinha que ir com o cinto pra mim ir para escola, agora estou aqui. Dou o exemplo meu pra eles, para as duas filha minhas em casa. (Caio)

Uberaldo: “Ah!! Não penso muito em planos não”. Ulisses: “Futuro nenhum. Pra mim não tem futuro, prá nós não. Nossa classe não existe. Nós, nós tem que sei lá. Classe de gente pobre é é é, não existe futuro. Tem que ver por eles. [planos para o futuro?] Não sei. Eu acho que só Deus pertence.

Despertou atenção a forma como os homens fizeram as suas exposições, em comparação com as falas das mulheres, a diferença no discurso fica muito nítida. Apenas um homem fez breve referência aos filhos, os demais nada mencionaram. Já nas entrevistas com as mulheres fica claro que elas vivem para a família, pensam na família, dão suas vidas para a família. Ainda, no depoimento de Uberaldo e de Ulisses, fica explícita a falta de esperança com o futuro.

Livrar-se do peso da reprodução é o grande desejo para a mulher. E a segurança que a cirurgia propicia é muito destacada, tanto que a expressão “sensação de liberdade” é enfatizada, mesmo com o temor de voltar a engravidar.

3.2.2.7.1 Filhos e filhas: quantos ter?

Por fim, mas não menos importante, tomamos como referência a quantidade de filhos que gostariam de ter. Elas indicam os exemplos próximos: a mãe é um grande referencial negativo. Pela experiência de vida da mãe, que teve muitos filhos, elas traçam um parâmetro de quantos filhos terão. Urânia é mãe de três, mas disse que queria ter apenas

um filho. Soraia pareceu contraditória, mas ressaltou que: *“na minha vida eu planejei ter dois, ou só uma mesma”*.

Cássia, que tem três filhos, disse que nunca pensou a respeito, porém *“não queria ter muitos filhos. Igual minha mãe teve nove”*. Carla tinha plano de ter dois filhos, é mãe de três. Camila é mãe de duas meninas, mas, segundo ela, seu sonho era ter três filhos, não teve porque o marido tem mais três de outro relacionamento. Úrsula tem dois filhos, mas queria ter mais um, porém está esterilizada. Fúlvia tem três e desejava ter apenas dois filhos; fez a esterilização que falhou e ela ficou grávida de novo; no final da entrevista destacou: *“[...]se eu tivesse condições eu teria mais um só. (risos) eu estou satisfeita com três, mas vamos falar assim, pra Deus nunca é impossível”*.

Flávia queria ter dois filhos, mas tinha apenas meninas e queria um menino, por isso engravidou novamente, com a intenção de parar, a cirurgia falhou e hoje é mãe de quatro. Em outro momento, ela disse: *“antes eu queria ter cinco, aí depois fui ter, fui ver o que é bom aí eu falei: não, chega [...] se tivesse uma condição boa. Aí, no correr das coisas, eu fui conhecer o que é ser uma mãe”*.

Quando são convidadas a imaginar uma realidade com melhores condições socioeconômicas, esse quadro muda, pois muitas gostariam de ter mais filhos, mesmo as que usam o exemplo da mãe como base para limitar a prole. Ainda com referência à satisfação com o número atual de filhos, quatro mulheres queriam ter mais, e uma dessas queria ter mais dois.

Com relação ao número de filhos, verificou-se que entre os homens e as mulheres há certo consenso: nos dias de hoje não se pode ter muitos filhos. No decorrer das entrevistas, ficou claro que Ulisses não queria nenhum filho e Uberaldo apenas reforçou, de certo modo, a fala de todos de que hoje está difícil criar filhos.

Carlos e Caio nunca pensaram sobre quantos filhos teriam. O primeiro disse que, se suas condições fossem melhores: *“acho que teria um exército. Eu gosto de criança. Eu gosto de filhos”*. O segundo: *“hoje como tenho quatro, mas na verdade mesmo queria três. Assim, em geral, com uma mulher. Mas, não deu, ficou dois com uma, dois com outra”*. Ficam explícitas, por mais que eles apontem, as dificuldades de se ter filhos. Apenas um dos entrevistados disse que não desejava ter filhos.

Na pesquisa realizada, Osis (2001) analisou a percepção sobre o poder de decisão em relação ao exercício da sexualidade e o papel reprodutivo das mulheres laqueadas e usuárias de outros métodos contraceptivos que não desejavam mais ter filhos, para tanto, colheu depoimentos pessoais de 12 mulheres que não desejavam mais ter filhos, sendo seis laqueadas e seis usuárias de outros métodos reversíveis.

A autora concluiu que a opção de ser esterilizada cirurgicamente não representa a negação de seu papel reprodutivo, ao contrário, apontou a centralidade da maternidade em sua identidade de gênero, sustentada por sua representação do corpo, o que configura a assunção de uma postura “essencialista” como visão de mundo e da sua condição feminina. Nas mulheres não esterilizadas cirurgicamente e que optaram por métodos anticoncepcionais, sua postura era a de sujeitos e autoras de seus projetos de vida, que incluíam não só a maternidade mas igualmente a realização pessoal no trabalho.

Em resumo, as principais mudanças sentidas foi com relação aos problemas de saúde; ganho de peso; aumento ou diminuição do desejo sexual; aumento do fluxo menstrual; e cólicas. Para algumas, passaram a usufruir da sua sexualidade com mais liberdade, para outras, há o sentimento de insegurança com o procedimento. O resultado estético/cicatriz do procedimento é mencionado como ruim. Estão satisfeitas, pois era um desejo e o conquistaram; fica nítido que foi uma batalha vencida. E uma constatação de que para muitas mulheres a esterilização não finaliza o desejo de ser mãe.

No próximo tópico, a intenção é conferir como os sujeitos julgam, avaliam, os serviços de saúde que utilizaram desde o momento em que solicitam o serviço até a sua efetividade.

3.2.2.8 Eixo 6: O serviço: como o perceberam e o avaliam

A intenção foi saber como as pessoas entrevistadas que se submeteram a cirurgia, no caso as mulheres, e também os homens que acompanharam todo o processo avaliam a rede de serviço público de saúde que utilizaram, ou seja, avaliam o trabalho da Unidade Básica de Saúde (o posto próximo à sua residência), Policlínica, Central de Regulação e hospital.

De forma geral, não há reclamação a respeito do atendimento que tiveram na policlínica. Consideramos que, por saberem que o pesquisador trabalha na Policlínica, houve desconforto em fazer alguma reclamação.

As queixas centraram-se no atendimento que receberam no hospital; o atendimento na Unidade Básica e na Central de Regulação foi citado em menor intensidade

Vejamos os depoimentos:

Ah! Me abandonaram lá. [...] A enfermeira não me limpou, não me deu banho. Me deixou suja. A outra enfermeira que chegou, estressou por que ela viu aquela situação. A enfermeira me largou até os lençóis para eu trocar, não me trocou, nenhuma das duas [...] Largaram o nenê lá, comigo. Eu saí da sala de cirurgia, saí com o nenê no braço.

Eu não tinha como virar, para amamentar, entendeu. Eu estava anestesiada. Então, eu comecei a dar de mamar, que o bico do meu peito regaçou tudo [...](Carla)

Outra questão destacado por Carla, quando precisou urinar e a enfermeira teria dito:

[...] Ah! você vai ter que urinar na comadre. E eu falei pra ela que eu não conseguia, que eu queria levantar. Ela falava que eu não podia levantar porque eu tinha feito uma laqueadura. E falei pra ela que: eu me sentia bem, que eu estava habilitada para levantar, ir no banheiro. Ela largou a comadre na minha bunda a noite inteira. Tentei empurrar várias vezes essa comadre [...] Eu sofri muito na vida, eu nunca quis ter filha mulher para não sofrer. [...] Ih, aquela agonia, eu queria mijar, minha bexiga cheia e eu não conseguia mijar.[...] Eu já estava o dia inteiro com aqueles panos, os mesmos panos. Eu estava o dia inteiro suja, com minha cama suja, com uma criança recém-nascida com umbigo aberto. Por que o sangue é um sangue sujo.

Fúlvia reclamou de ter feito o parto cesárea e depois de 60 dias a primeira cirurgia de laqueadura. Ela sugeriu que: “[...] como foi gestação de risco, deveria ser na mesma hora da cirurgia, não esperar fechar uma cirurgia, depois 3 meses você abrir de novo [...]”. Esclarecemos que o procedimento, se tivesse seguido os trâmites legais, deveria ter ocorrido conforme era o seu desejo.

Fúlvia também salientou: “[...] Por que esse negócio de esperar meses depois que até de repente pode ter prejudicado até o doutor de mexer ali. Podia estar um pouco inchado, alguma coisa, não sei”. Essa foi a justificativa que ela encontrou para a falha da cirurgia.

Na pesquisa realizada pelo Nepo, sob a coordenação de Berquó (2004), evidenciou-se que a legislação algumas vezes é desvirtuada, sendo interpretada pela conveniência do profissional. E aqui não nos referimos exclusivamente aos profissionais médicos, não. Profissionais de outras áreas de conhecimento também se acham muitas vezes no direito de determinar a melhor opção para o sujeito usuário, não lhe dando a oportunidade de escolha; com essa ação fica explícito que a cidadania está sendo tutelada.

Ainda disse que o atendimento de pré-natal tinha sido bom, que o parto também, porém: “[...] só ocorreu o erro da laqueadura. Eu sempre fui bem atendida no SUS [...] teve uma ou duas vezes, no máximo, que fui mal atendida, mas o resto não me atenderam mal. Agora a questão de exames, por exemplo, Central de Vagas, demora muito”.

A entrevistada Flávia deu nota sete para o serviço e indagada sobre o que poderia ser melhor destacou:

[...] ter mais responsabilidade dos médicos. Acho que uma coisa estão ali nas mãos deles para fazer o serviço, tem que ser mais. Eu não tenho certeza se ele fez. A auxiliar falou que ele não fez o que estava no papel ele fez só uma amarração por causa da minha idade [...] Não tenho certeza, porque tava pra fazer a laqueadura, agora se ele fez ou não, eu não sei. Eu estava toda anestesiada. [...] depois que sai da sala de cirurgia ele foi lá e disse que estava tudo certinho.[...] Minha mãe ainda foi lá e falou pra ele: - doutor, tudo cortadinho agora? Está tudo certo. Não tem mais nada, pode ficar segura. Ai segura, nasceu mais um. Falhou. [...] Ela falava será que você fez [...] Mas o Dr. Pedro falou como a saúde dela não é muito boa, tem que fazer sim. Pro lado dela ela só tem filho cesariano, o colon do útero dela não tem como ter normal só cesárea.

Para Camila, todo o processo, desde a solicitação até o momento de realizar o procedimento, segundo ela: *“foi rápido. Depois que eu fui lá, com 30 dias me chamaram. Ainda me chamaram no final do ano, meu filho, [...] passei natal e ano-novo, deitada, acamada, cortada”*. O seu descontentamento foi com o atendimento do médico no dia da cirurgia, ela narrou todo o ocorrido:

*No dia da cirurgia eu fiquei muito nervosa, minha pressão subiu.[...] estava super calma. Quando eu entrei, ele começou com maior ignorância lá o doutor e mais os outros pessoal que estava lá ajudando ele. Eu ouvia tudo. _ - Cadê o bisturi, cadê não sei o que. Essa paciente é obesa demais, ela é perigosa, não poderia estar aqui. Falta isso, falta aquilo. Começou a discutir um monte de coisa. Como eu vou cortar isso, falta isso, falta aquilo. Olha, eu fui ficando nervosa com esse homem, com essa falação no meu ouvido. - Vai chamar fulano pra mim. **[você no centro cirúrgico?]** eu em sala, já lá deitada lá. Foi lá chamou essa pessoa reclamou, reclamou. Vai lá falar pra não sei quem. Ai, sabe, minha pressão foi subindo, minha pressão foi subindo. Eu fui ficando com falta de ar. Ai eu falei assim; - olha, doutor vamos fazer o seguinte: não me cortou, não me anestesiou. Deixa eu levantar aqui e ir embora pra minha casa. Se o senhor está vendo que está faltando tudo isso, então, não faz. O senhor está colocando em risco a minha vida. Ai ele falou: - não, não, pode ficar tranquila, não sei o que – ainda resolveu fazer a cirurgia. Acho que até isso que deu esse problema.*

O quadro desperta atenção, a pessoa com medo, sabendo que de certo modo corria risco de vida. Assistiu as reclamações do profissional que a deixaram nervosa a ponto de reclamar. Fato que é muito raro, muito difícil um usuário se opor, ou se queixar diretamente ao profissional, pois ele se coloca sempre no nível de submissão, às vezes, é o profissional mesmo que estabelece uma barreira, que impede a comunicação. Porém,

Camila se expressa com facilidade, o que sente, expõe com muita naturalidade. Ela ainda pontuou o descontentamento com o resultado estético do pós-operatório, ressaltou:

A cirurgia eu não gostei, [...] o Dr. falou pra mim que dois dedos que ele me explicou. [...] esse dois dedos meu, eu vou enfiar e puxar a trompa, isso que ele me disse, somente dois dedos. Sabe quantos pontos ele me deu? 18 pontos. Eu achei um absurdo isso. Fiquei muito irada com essa situação. Por que se ele me falasse [...] vai ser 18 pontos eu até me arriscaria a ficar grávida e fazer logo uma cirurgia com nenê e tudo. Tanto que eu nunca queria fazer cirurgia na vida. Que eu ficava falando que eu queria parto normal, por causa de corte [...]

Camila, como Carla, vivenciaram a mesma dificuldade ao urinar e contaram com a falta de sensibilidade do profissional da área de enfermagem. Camila ressaltou o que vivenciou após a cirurgia:

[...] eu não consegui urinar de jeito nenhum naquela comadre. Não sei se era vergonha, por que estava cheio de gente. Não sei o que me deu. A urina não saía por nada. Foi até chamava uma enfermeira, ela falava que não, tinha que urinar ali mesmo, por que eu era muito obesa pra levantar da cama, ninguém conseguia me ajudar. Eu comecei a ficar nervosa também. Foi até que veio um enfermeiro à noite, um fortão altão. Que me ajudou levou eu lá no banheiro que eu consegui urinar, que melhorei.

Carla, diante do que vivenciou, sugeriu: “[...] gostaria só que as enfermeiras tivesse só um pouco mais de paciência, N/É. Com as pessoas que lá estão internadas”. Caberia uma orientação atenciosa para demonstrar que o profissional compreende a situação da usuária, entretanto, diante dos riscos de se levantar após o procedimento e ter complicações sérias, entre elas uma queda, a abertura dos pontos da cirurgia, não seria entendido pela usuária.

Cássia acha que foi bom, e comentou:

[...] Até nesse sentido que eu vim aqui. O meu marido falou assim, o Cássia você vai lá? Mais ele falou, vai ficar ruim. Às vezes você vai ficar esperando, se vai chegar tarde. Eu falei:- ó Zél!! Se foi bom pra gente, que a gente fez a cirurgia. Eles tratou bem, não paguemos nada. Se todo mundo não querer ir lá dar a entrevista pra ele, ah, não tem jeito. Se a gente não ajudar o seu serviço, todo mundo recusasse de vim, de tirar um tempo para conversar com você aqui. Olha aí, não adianta nada, a gente está fazendo errado. Para nós, foi bom. [seu marido não queria que a senhora viesse?] Não.

Foi tudo tranquilo. Eu não vi nada, só vi depois [...] fui bem atendida. Cada um é de uma forma que é tratado, no meu caso eu não tenho nada que reclamar. (Soraia)

Precisa ser destacado que a cirurgia foi realizada no Hospital Universitário de Cuiabá (Unic). Os usuários da rede pública municipal expressam sua preferência por hospitais-escola, muito em função do atendimento diferenciado, apesar de não ser regra. Porém, não é dada a opção de escolha do local para realização do procedimento.

Para mim, foi muito bom. Todos por onde eu passei me atenderam muito bem, sempre bem educados, bem explicativos, muito bem conversado, N/É, principalmente lá na policlínica com você a gente conversou bastante, com a psicóloga também, passei com o ginecologista [...] Só teve aquele incômodo. Mas o resto foi muito bom. (Urânia)

O incômodo que Urânia destacou também foi o resultado estético da cirurgia, ela já tinha uma cesariana que, segundo ela, abriu devido não ter cumprido o pós-operatório. Quando fez a laqueadura, ela comentou que fez o repouso, mas mesmo assim dois pontos se abriram e inflamaram, necessitando de curativos. Assim narrou o acontecido:

*[...] quando eu fiz a laqueadura, mesmo assim eu com minha irmã aqui. Eu já com os meus filhos meio grande é, eu não sei se na hora que eles deram os pontos, aquela linha que não dissolve, ficou com o ponto pra dentro ele inflamou e terminou abrindo **[abriu toda, ou só um pouquinho?]** não, só a metade. Então ela inflamou, ficou bem inflamada mesmo entendeu. Aí Dr teve que passar mais antibiótico pra mim tomar. Aí tinha que ir lá fazer limpeza tudinho. Fiquei uma semana depois que eu tirei os pontos aí eu fiquei indo lá. Todo dia eu tinha que ir lá pra ver, que ela quis acompanhar, N/É. Então ela ficou muito funda [A laqueadura], ela sarou mas ela ficou muito funda Ela já estava meia funda, com essa ela afundou mais. **[tem uma cicatriz significativa?]** Tem, hum hum.*

Chamou-nos a atenção a forma como Úrsula expressou sua avaliação. Demonstrou com simplicidade a satisfação com o atendimento.

*Olha, falar bem a verdade, eu acho assim que os nossos governantes até tenta, só que a população é muito grande, numerosa demais então, por essa população ser um valor muito alto, é um pouco lenta. Mas ela nos ajuda sim, ajuda bastante. **[sugestão?]** Fica até difícil pra você avaliar, falar alguma coisa a respeito de sugestão na área da saúde e acho assim que na medida do possível eles atendem a gente, sim.*

De modo geral, foi ponderado que o serviço foi rápido, porém não é uma regra. Em entrevista, a profissional “C” observou: “[...] *tem períodos que acontecem normalmente, tem período que elas atrasam muito. Existe caso de vasectomia que duram mais de dois anos [para ser realizada]*”.

Outro fato considerado relevante é o atendimento na Unidade Básica de saúde, me preendo aos fatos conforme foram mencionados. Carla comentou:

eu fiz meu cco lá não tive nenhum problema, entendeu. Minha irmã também fez a gente não teve nenhum problema. Mas houve caso como por exemplo: quando a mulher é gorda, é feia, elas começam a comentar da buceta da outra, como é, entendeu. Isso eu já vi e ouvi também [...]. (Carla)

Tal situação leva a pensar em outras questões: por ver sua intimidade e vida exposta, quantos usuários/usuárias procuram outras unidades de saúde para fazer exames, retirar preservativos, enfim ser atendidos. Esse fato levanta a necessidade de se discutir a ética profissional.

Quando alguém é atendido numa Unidade de Saúde, nenhum profissional da área pode revelar o motivo da consulta a não ser que esteja expressamente autorizado. Toda informação é protegida pelo sigilo profissional. Apenas ao usuário dos serviços e aos profissionais de saúde que assistem é permitido o acesso às informações contidas no prontuário médico, ou ter ciência do ocorrido no atendimento.

No que diz respeito aos homens avaliaram toda a rede de serviços de que fizeram uso como boa. Contudo, precisa ser destacado que eles não se submeteram a cirurgia, no máximo foram observadores e acompanhantes do serviço. Dessa forma, destacamos as falas que se sobressaíram. Caio explicou: “*Eu avalio que foi bom. Foi bem atendido. Foi até rápido eu achei que ia demorar muito. [sugestão?] Acho que não [...]* Aliás, na saúde pública em todos os lugares que eu fui pra ser atendido, pronto-socorro, todo lugar, fui bem atendido”. Chamou a atenção a avaliação de Camila, esposa de Caio, sobre o serviço, que diverge significativamente do seu posicionamento.

Uberaldo avaliou positivamente o serviço e ainda fez o seguinte desabafo:

Já ouvi muitas pessoas dizer para lidar com saúde pública você precisa ter sorte [...] [confia no serviço?] sei lá N/É cara, pra mim essas coisas dadas assim acho que o pessoal fala assim: - ah vamos mentir aí que fez e pronto. Verdade. [eu não entendi, o que você falou?] eu penso assim: por que é dado, o pessoal vai lá, finge que fez. Por que você não entende como que é que mexe lá. Fez lá e pronto. Por que esses dias ela estava com suspeita de gravidez.

Uberaldo, no seu depoimento, traz algo que é muito discutido pelos usuários: a falta de confiança no serviço público, e isso será ressaltado por Ulisses. O serviço público deve ter o mesmo princípio para todas as pessoas, ou seja, a qualidade. A pessoa não pode somente contar com a sorte. Algumas vezes, os usuários desqualificam o serviço por ser público. Paira a idéia de que tudo que é público não presta, vai falhar, é de baixa qualidade.

A esposa de Ulisses fez a cirurgia duas vezes. Ele fez a seguinte avaliação:

Isso pra mim é zero, você passar por uma assistente social entendeu, ta certo que aqui na policlínica você foi atendido bem, explicou tudinho. Mas quando jogou você para hospital Santa Helena pra fazer a laqueadura que não aconteceu, isso aí não existe não. Isso pra mim foi a zero. Pra ela foi bom. Se fosse pra mim a coitado, coloca um médico que esta ganhando dinheiro do estado, dinheiro nosso mesmo. Você que ver, pego meu holerite lá e mostro o INSS é descontado, 60, 70 reais todo mês. E não quer fazer nada. Aí fica fazendo política na televisão que ganham pouco, mas não quer trabalhar. Esses médicos não trabalha. Se você vir aqui nessa policlínica aqui, você só vê o nome deles lá fichado, médico não sei o que, tem plantão. Quando você vai ver, não tem ninguém. De noite não vem trabalhar não. Não vem, aí vai /culpar o governo, que aumento. Já vi várias vezes aí eles não vêem trabalhar. (Ulisses)

A fala de Ulisses está na íntegra porque seu depoimento pareceu-nos um desabafo, mostra a revolta de um sujeito que não acredita no sistema público. Um ser invisível perante um sistema econômico. Um ser humano visto apenas pelas estatísticas, sua voz não tem eco.

A realidade de vida de Ulisses nos faz pensar: a cirurgia a que sua companheira se submeteu não deveria ter falhado. O quadro socioeconômico da família garante apenas as mínimas condições de sobrevivência. E mais um filho veio comprometer a sobrevivência dos demais.

3.2.2.8.1 Saúde do homem: aspecto não privilegiado

A saúde dos homens não era ponto de análise, contudo, tendo em vista os depoimentos, fica muito evidenciado algo que já sabíamos, porém, diante do quadro dos nossos sujeitos, os gestores e profissionais da saúde pública precisam entender que o SPF pode ser utilizado como indicador para futuras ações das Secretarias de Saúde.

Os homens não têm o hábito de procurar a rede pública de saúde até mesmo para exames de rotina e quando procuram já estão com o quadro clínico adiantado. E isso

pode ser percebido pelos discursos. Indagados sobre quantas vezes procuram o médico, disseram:

Na verdade, nenhuma. Procuro o médico quando eu sinto alguma dor. (Caio)

Acho que toda minha vida, acho que nunca fui no médico. Quando eu era criança. Minha mãe levava, mas depois que fiquei adulto nunca mais. [Não tem nenhum problema de saúde?] Só pressão alta. Ah! Eu nunca vim no médico não. Minha mãe que dá os remédios que ela usa, que eles fala que hereditário. Aí eu uso os remédios que ela usa, só que não uso direto. Só quando estou meio agitado, assim N/É. Quando eu vejo que a minha pressão está alta, que eu fico assim meio tonto, aí eu uso. (Uberaldo)

Hum. Vou no médico não. Esse povo não sabe atender ninguém. Eu não venho nesse trem não. Vem não, esse povo aí é tudo mal-educado. Esse povo aí, pegou uma estradinha aí, uns 4 anos, 5 anos na policlínica não sabe atender ninguém não. Pessoa é jogada, trata você igual burro. Eles pegou uma idade no órgão do Estado, passa por ele, você é um cachorro. Eu não venho nesse trem, não venho, posso estar morrendo em casa, mas não venho, não [Quando foi ao urologista?] Pos dentes, N/É? Fui nada. Vou nisso não. (Ulisses)

Outra questão que apareceu nas falas dos homens é a despreocupação com a prevenção das DSTs/Aids.

Apenas Carlos disse que hoje não é mais mulherengo, mas que no passado foi e não utilizava camisinha em todas as relações, assim descreveu os critérios para utilizar o preventivo:

Usava assim, quando eu achava que era uma pessoa suspeita, vamos dizer assim no caso que era uma perua, tranquerona. Que era uma insistência mais da mulher, às vezes nem te agrada tanto, ou se vai pela beleza, usa camisinha. Mas naquela época era muito difícil. Quando você via que era uma aparência de uma pessoa muito assim, namorada. [durante sua vida teve alguma DST?] Tive. [qual?] Uma guinorréia, tive uma guinorréia. Foi numa época que eu trabalhava numa empresa e descobri rapidamente e fui tratar rapidamente também.

Camisinha. Mas essa aí não cola não [...] Pego mulher fácil não.” [para uma relação sexual como é a sua observação?] Tem que ser mulher casada, porque mulher da rua, não mexo com isso não. [com mulher casada você vai?] “Ah! Claro, essa aí é zelosa, ta zelada. Arrumar essas menininha, sai fora. Quando eu tenho relação é com mulher casada. Não mexo com essas trambiquiras aí não, é muito perigoso. Mulher casada é mais cuidada. (Ulisses)

Com minha mulher eu não uso mais não. Agora ela fez laqueadura. Porque camisinha é ruim de mais. Eu não gosto não. [não gosta?] “Não ichi.” [após fazer exposição sobre a camisinha, ele relata] com mulher diferente tem que usar. [no trabalho você é assediado?] De noite aparece bastante, ainda mais quando a gente está sozinho. As mulher de programa que anda de noite ai ichi maria! Eu vou falar pra você, já peguei muita mulher de noite aí, cara. Essas mulheres que anda na rua. [Final da entrevista ele pergunta:] Doença assim pela boca sem camisinha passa doença ou não? (Uberaldo)

As relações são construídas na confiança no parceiro/companheiro, conforme relatou Urânia: *“eu falo confiar, por exemplo, eu confio que eu acho que ele não me trai, então, eu não vejo necessidade de por exemplo eu falar pra ele: - ah não, você vai ter que usar camisinha, você entendeu”*.

O marcante desse eixo são os depoimentos sobre a avaliação do atendimento nas unidades de saúde que compõem a rede de serviços de assistência ao planejamento familiar, com destaque para a desqualificação do atendimento nas unidades hospitalares. Outro aspecto apresentado, apesar de não ter sido foco desta investigação, foi que os homens demonstraram não se preocupar com sua própria saúde.

A seguir, o fechamento da investigação com as considerações finais, uma síntese de todo o trabalho e algumas sugestões.

Considerações Finais

Chega o momento de somar os achados deste trabalho. O ponto instigante foi o desejo de identificar e analisar as repercussões e significados da esterilização feminina, na trajetória de vida das mulheres e também por uma parcela de seus companheiros e maridos.

O tema focaliza diretamente a vida de pessoas e como ficou percebida sua inserção direta na vida familiar. Um assunto de caráter privado, que ganha dimensão pública, pois interfere nos interesses do Estado.

O sistema econômico de um país, para sobreviver, necessita do capital humano, que dá sentido e sustentáculo para a engrenagem do Estado. Desse modo, uma decisão íntima influi diretamente no quadro do contingente de pessoas economicamente ativas, dependendo delas, inclusive, a função de colaborar para manter o equilíbrio previdenciário, como foi discutido por Giambiagi e Tafner (2010).

O tema planejamento familiar diz respeito a uma questão que, ainda em pleno século XXI, está encoberta por tabus. Discutir mais aberta e aprofundadamente sexo/sexualidade, direitos sexuais e reprodutivos em tempos de Aids, deveria ser assunto do cotidiano. Teria que envolver tanto os jovens quanto os idosos; os solteiros como os casados, ou seja, todas as pessoas. Da perspectiva conservadora, contudo, os valores morais e religiosos são entraves a vencer.

Esclarecemos não sermos natalistas, nem anti-natalistas, por princípio, mesmo porque acreditamos que cada situação deve ser avaliada segundo o seu contexto. Para a decisão acerca do momento ideal para limitar a prole, devem ser considerados todos os fatores que permeiam a vida da família e do indivíduo que escolhe um método contraceptivo. Somos favoráveis à atitude realmente consciente sobre as consequências que a opção pode desencadear.

Procuramos, com esta pesquisa, olhar para os sujeitos que dela fizeram parte em sua dinâmica de vida, e não especificamente pelo seu *status* social. Nosso olhar concentrou-se nas múltiplas dimensões que podem envolver sua vida – assim procuramos considerar a família de origem; a infância-adolescência, a puberdade, os namoros, as uniões conjugais; o relacionamento conjugal, familiar; a parte econômica, social; o comportamento quanto à saúde; a reflexão sobre a decisão de limitar a prole e os impactos e consequências originadas a partir da cirurgia de laqueadura tubária.

O processo de investigação, como já citado, teve duas fases: a primeira, quando estávamos no dia a dia da vivência da prática profissional e procuramos caracterizar o perfil

dos usuários, mostramos de modo amplo, em termos quantitativos, quem eram as mulheres que procuravam o SPF.

As mulheres, em Cuiabá (MT), são as que mais procuram o serviço para se submeter à laqueadura tubária; isto é o que pode ser depreendido dos relatórios da Secretaria Municipal de Saúde. Na pesquisa na Unidade de Saúde priorizada ficou demonstrado que elas procuram o serviço quando estão em plena idade produtiva e reprodutiva, no período entre 26-35 anos, e mães em geral, de dois a quatro filhos.

Elas se autodeclaram, em sua maioria, negras, com baixa escolaridade, ocupadas em atividades remuneradas de baixa complexidade que, portanto, lhes proporcionam rendimentos financeiros baixos. No tocante ao SPF, em destaque, a grande afluência é de pessoas que vivem em união estável, seguidas pelas casadas.

A maioria é católica e nasceu em Mato Grosso, majoritariamente no município de Cuiabá. Durante a vida reprodutiva, tiveram mais filhos de partos cirúrgicos (cesáreas). Com referência aos métodos contraceptivos que conhecem e mais usaram, salientam a pílula anticoncepcional e o preservativo.

Tais dados estão em consonância com as pesquisas nacionais, sejam as PNDS ou as Pnads.

O segundo momento deste trabalho envolveu o mergulhar em suas histórias de vida, tendo como ponto de partida os depoimentos. Dessa forma, atentos aos contextos, fases e circunstâncias verbalizadas. Nossa percepção é que foi estabelecida a confiança necessária entre pesquisados e pesquisador, pela maneira como as pessoas ficaram à vontade para partilhar suas histórias.

Ficou nítido que as pessoas entrevistadas, não intencionalmente selecionadas, são representativas do universo tratado na primeira fase da pesquisa.

Todas as histórias relatadas têm um movimento próprio e trazem implícitas as marcas que os fatos vivenciados imprimiram em suas memórias e em seus corpos. Muitas viveram situações de violências, outras estiveram em algum momento envolvidas com drogas ilícitas. Há também aquelas que constituíram família para “conseguir a liberdade” distante do ambiente familiar.

A idade média das mulheres que fizeram a laqueadura é de 28,87 anos, com um número médio de 2,6 filhos, segundo informações das entrevistadas. Das oito mulheres, apenas uma trabalha com carteira assinada. Dentre a amostra entrevistada, três não têm o ensino fundamental completo; uma concluiu o ensino fundamental; três não concluíram o ensino médio; quatro tem ensino médio completo; e uma, o ensino superior incompleto.

Da amostra, seis pessoas são evangélicas, quatro são católicas e duas não têm religião. Tal fato explicitado não interfere na decisão pela laqueadura.

Das oito mulheres entrevistadas, quatro estão casadas, duas vivem em união consensual, uma é solteira e a outra é separada.

As mulheres reconhecem que são “desrespeitadas”, “desvalorizadas”, na sociedade. Algumas acreditam que a própria mulher possibilita que isso aconteça. As entrevistadas entendem que ser mãe é se doar ao outro, se dedicar primeiramente ao filho, ao marido, e, nesse processo, ela não se percebe.

Nesse sentido, para o sexo masculino, ser homem e ser pai são dois polos que têm muita similaridade, e os entrevistados apontam como qualidades ser responsável e provedor. Uma declaração que nos pareceu diferenciada e importante enfatiza que, sendo pai, se tem a possibilidade de perpetuar a própria identidade.

O aborto é um tema difícil de ser verbalizado. Quando falam nele, trazem nos depoimentos forte ideologia religiosa. Uma entrevistada expôs o que vivenciou ao fazer o aborto, contou com riqueza de detalhes o seu sofrimento – uma marca que parece não sair do seu corpo. Fez questão de alegar inocência, pois foi induzida pelo namorado. Os homens entrevistados foram imperiosos no discurso: não aceitam a prática do aborto. Fica nítido que é uma prática que pode ser induzida por terceiros, uma opção em que elas pensam, mas são tolhidas pela consciência.

A sua descriminalização, objeto de muita discordância entre profissionais e na sociedade em geral, impõe um envolvimento maior desta sociedade, para incentivar uma luta a respeito do tema e obrigar a negociação entre as forças divergentes. Um tema que precisa ver visto como problema de saúde pública e de justiça social.

Em relação ao conhecimento e uso dos métodos contraceptivos, os mais comuns são ainda a pílula e o preservativo. O DIU, a pílula do dia seguinte, os anticoncepcionais injetável e intraderme, a tabelinha são citados individualmente. Igualmente para os homens, há esse mesmo registro, acrescentando-se o coito interrompido, citado duas vezes. Apesar de mencionados, os métodos nem sempre já foram vistos, denunciando certo desconhecimento quanto ao uso dos contraceptivos. No que se refere à aquisição dos contraceptivos, várias compravam a pílula e alguns retiravam somente a camisinha no posto de saúde.

Segundo a legislação, todos os indivíduos - homens e mulheres -, têm o direito a exercer a paternidade responsável. Esse preceito, entretanto, ainda não pode ser praticado na íntegra, pois as pessoas que fizeram parte da pesquisa mencionaram ser intermitente a distribuição dos métodos nas unidades de saúde.

O direito de escolher o melhor método também não é uma realidade, pois o Sistema Público de Saúde não disponibiliza todos os contraceptivos modernos disponíveis no mercado, como o intraderme, os adesivos, as pílulas vaginais.

Antes da cirurgia de laqueadura, as práticas sexuais não consideravam a dupla proteção - prevenção à gravidez indesejada e às DST/Aids. Após a esterilização, o sexo seguro também não é uma prática corrente. Por terem parceiros fixos, não vêm a necessidade de usar o preservativo. Avaliam a camisinha como um limitador do prazer sexual. Contudo, como foi mostrado no decorrer do trabalho, as estatísticas de ocorrência de Aids em casais heterossexuais continuam despertando o preocupação do SUS.

Nestas considerações cabe retomar as hipóteses que orientaram a pesquisa. Estávamos corretos em afirmar que a decisão pela laqueadura é pensada principalmente pela condição socioeconômica. Entretanto, são acrescentadas as seguintes preocupações para se ter um filho: dificuldade em criar; educação; habitação; financeiro; violência; problemas de saúde; instabilidade conjugal, idade avançada; “cultura da laqueadura”; influência de terceiros.

Submeter-se a uma laqueadura tubária no SUS não dá segurança de sua eficiência para as mulheres e maridos/companheiros, como elas atestaram, receosas após sua realização, manifesta no discurso constante suspeita: “Será que foi cortado ou amarrado? E a grande dúvida povoa a mente: posso voltar a engravidar?”.

Principalmente quando há atrasos no ciclo menstrual, a primeira suspeita é sobre se podem estar grávidas e que foram somente “amarradas”. Por ter realizado o procedimento em serviço público, acreditam, muitas vezes, que é de baixa qualidade. Essa avaliação também foi pontuada em relação aos métodos contraceptivos disponibilizados na rede pública. Percepção ponderada também por parcela dos homens pesquisados. Discurso esse explicado por falhas verdadeiras que ocorrem.

De forma não intencional, a pesquisa apresenta duas situações que a laqueadura falhou, gerando conflitos emocionais. Para uma delas, tal fato levou à desconfiança de familiares; à perda do emprego; ao rótulo de “parideira”.

Outro dado obtido é que as mulheres comentam com os maridos que vão se submeter à laqueadura, mas não é prática negociar com os homens para que eles se submetam à vasectomia. Há casos em que homem se prontifica, mas há mulher que não aceita essa decisão. O desconhecimento e a falta de publicidade para a cirurgia masculina levam tanto o público feminino como o masculino a pensar que vasectomia pode levar à impotência sexual. Essa questão, no que diz respeito às mulheres, não é assunto considerado (ou pelo menos não expresso) nem antes e nem após a realização do procedimento.

As mulheres afirmam que elas optaram por não ter mais filhos e não o companheiro/esposo. Justificam, caso se separem e tenham outro companheiro, que não vão querer mais filhos. O trabalho demonstrou que a situação conjugal é um fator considerado para solicitar a cirurgia. Principalmente entre as que vivem crises conjugais e as pessoas em uniões consensuais, ao menos na Unidade de Saúde pesquisada.

A preocupação com a saúde não aparece na amostragem masculina. Os motivos alegados pelos entrevistados para não se submeterem a vasectomia é sempre o medo: da cirurgia e de ficar impotente. O homem percebe que sua sexualidade é posta em xeque, avaliada. Essa exposição o deixa em situação de melindre.

Desta forma, a divulgação da vasectomia feita expõe a figura masculina, e a pesquisa permite compreender que o procedimento é entendido como assunto para permanecer em segredo de família

Dentre as mulheres entrevistadas, algumas também sentiram medo de se submeter à cirurgia – de morrer, de ocorrer algum erro, de ficar deficiente, de falhar.

Mulheres e homens afirmam que recomendariam a cirurgia de laqueadura para outras pessoas e destacam que seria indicada principalmente nas seguintes situações: problema financeiro; pessoas com muitos filhos; idade avançada; conflito conjugal.

Com referência às mudanças, aos impactos e às consequências após a cirurgia de laqueadura tubária, fica nítido que todas as pessoas entrevistadas não percebem que houve interferência na família; às vezes até verbalizam que não houve nenhuma mudança corporal, e quando pensam detidamente sobre a questão, revêem o posicionamento. Elas se sentem mais livres para usufruir com maior prazer a sua sexualidade; há as que dizem que têm o desejo sexual aumentado, e há também quem entenda o contrário. Problemas como: diabetes; de ordem hormonal (tireóide); ganho de peso; emagrecimento, cólicas menstruais; aumento do fluxo menstrual, também são citados como surgidos após a realização da cirurgia.

Há um sentimento de objetivo alcançado, que é traduzido como felicidade. Conseguimos ouvir frase do tipo: *“Estou feliz com minha esterilização”*. Como também ouvimos uma mulher dizer: *“me sinto impotente”*, por não poder gerar mais um filho para satisfazer o desejo do esposo. Porém ela não usa o termo arrependimento; tudo indica que se encontra arrependida de ter se submetido ao procedimento; a cicatriz deixada pela cirurgia é também citada por algumas mulheres como aspecto negativo.

Outro fato interessante, é que muitas mulheres, antes de serem laqueadas, já tinham tentado sem sucesso conseguir a cirurgia; porém, um dos obstáculos foi o esposo, que não autorizou.

Depois da cirurgia, as mulheres sonham com uma vida melhor, e subentende-se melhor qualidade de vida. Algumas voltam ao mercado de trabalho, mesmo como autônoma; há aquelas que voltam a estudar, porém a preocupação que sobressai é com o futuro dos filhos e o destaque fica para a educação. Dentre os homens, somente um demonstrou preocupação com o futuro dos filhos; chamou-nos a atenção a desesperança no futuro declarado por dois dos entrevistados, que não têm perspectivas de dias melhores. Isso, de certo modo, tem correspondência com as hipóteses levantadas.

Também destacamos como o público entrevistado tem uma forma peculiar de se acostumar com os fatos. Passam a perceber como normalidade mesmo as situações que ferem os seus direitos enquanto cidadãos.

Compreendemos que, mesmo depois de se submeterem à laqueadura, as mulheres ainda permanecem com o desejo de ser mãe novamente, caso as condições de vida fossem melhores. Tal fato foi declarado por 50% das entrevistadas.

A interpretação da legislação de forma equivocada e a visão conservadora dos profissionais são problemas que a política de planejamento familiar enfrenta. Foi identificada uma situação em que a usuária poderia ter feito o parto e a laqueadura juntos, porém, devido à interpretação equivocada do andamento do serviço e da legislação, não foi cumprido.

A avaliação do serviço considerou todas as Unidades de Saúde por onde as entrevistadas passaram: Unidade Básica de Saúde; Policlínica; Central de Regulação e Hospitais. As principais reclamações relacionam-se ao atendimento no hospital e também ao tempo de espera pelos encaminhamentos efetivados pela Central de Regulação do SUS.

Embora com os inúmeros avanços que se somam neste século, as mulheres, em todo o mundo, estão de certo modo distantes de alcançar a igualdade em relação aos homens, no que diz respeito à vida reprodutiva. Os Objetivos do Milênio estabelecidos pela ONU mostram que ainda hoje existem problemas, como a dificuldade de acesso e falta de orientação sobre os métodos contraceptivos.

A má distribuição de renda, a falta de políticas públicas universais que tenham a perspectiva de direitos sociais, somadas à baixa escolaridade; à dificuldade de acesso ao atendimento público de saúde de qualidade; e à submissão coloca ainda mulheres e homens em situação de vulnerabilidade social, contudo o maior ônus desse multifacetado cenário está sobre o sexo feminino.

Temos a clareza de que a sexualidade é uma instância da vida que deve ser exercida com liberdade e autonomia. Aspectos que as mulheres ainda não podem desfrutar em sua plenitude. Para decidir sobre o seu corpo, contam com a vigilância irrestrita do

marido, que, mesmo quando opta por limitar a prole, precisa contar com a autorização dele. Também deve ser considerado o papel interventivo do Estado, no disciplinamento dos corpos, que utiliza estratégias para controle da população.

Ficamos com o entendimento de que a Legislação do Planejamento Familiar trouxe uma perspectiva de direito, mesmo com as deficiências apresentadas. Entendemos também que a lei legitimou uma prática que já ocorria: quem mais se submete à cirurgia de laqueadura no Sistema Público de Saúde são as mulheres pardas, negras e pobres. O diferencial é que hoje o acesso é gratuito.

Por outro lado, a aprovação da legislação foi um avanço, um direito conquistado em direção de maior liberdade do seu corpo. Contudo, as leis não avançaram, quando subjugam o corpo da mulher casada ou em união consensual à decisão do seu esposo e/ou companheiro. Isso se traduz ainda como a impossibilidade de decidir livre e responsavelmente por seu corpo e soa como liberdade tutelada.

As políticas públicas são resultados de uma luta de classes e, embora proponham benefícios sociais, nem sempre garantem, na prática, a eficiência e eficácia do seu conteúdo teórico.

Por isso, enfatizamos a importância do trabalho da Equipe de Planejamento Familiar, principalmente no que diz respeito ao eixo educação e saúde. Ações devem realmente ser pensadas conjuntamente, de forma que os saberes possam se somar em prol da qualidade da assistência prestada à população. Essas atividades não devem cair na rotina profissional, tornando-se mecânicas ou se constituírem em emblemas de campanhas temporais como, por exemplo, o destaque dado à camisinha no período do carnaval ou no Dia Mundial de Luta contra a Aids.

Por outro lado, o poder público, com ferramentas de avaliação constantes das ações implementadas e do trabalho desenvolvido, é de grande relevância para a garantia da qualidade e efetividade do serviço.

Não menos importantes são as políticas de emprego, educação, habitacional, saúde de qualidade, e de combate à violência, implementadas com um formato universalizante e de justiça social. Deve ser considerada, para sua formulação, a realidade das famílias brasileiras, de forma a agregar ao serviço uma atitude diferenciada da população demandante do serviço.

Enfim, tendo ciência de que os dois anos de afastamento para qualificação profissional deixa uma lacuna por não acompanhar o cotidiano das ações que muito provavelmente tenha sido alterado, aproveitamos para apontar sugestões que consideramos importantes para o desenvolvimento do serviço:

- Criação de um banco de dados para acompanhar o perfil das mulheres esterilizadas – com um formulário único utilizado pelos profissionais de todas as Unidades que contam com as Equipes de Planejamento Familiar. Que fosse pensado conjuntamente e contemplasse os seguintes aspectos: demanda solicitante; motivos elencados para a solicitação do serviço; comportamento contraceptivo; preventivo; entre outros. Os dados sistematizados deveriam ser acompanhados pela coordenação do serviço para subsidiar e justificar ações em saúde;
- Estabelecer no serviço um fluxo de contrarreferência eficiente; para a Unidade de Planejamento Familiar demandante;
- Instituir avaliação do serviço com os usuários/as que se submeteram a cirurgia e que os resultados sejam sistematizados e acompanhados pela coordenação do serviço; e quando verificado deficiência em uma das partes que envolve a rede pública, deve acompanhar as resoluções;
- Efetivar um fluxo único para ser seguido por todas as unidades que ofertam o serviço;
- Promover encontros anuais para divulgar e avaliar os serviços; nesse evento, todas as unidades devem sistematizar suas ações para apresentações e debates.

É salutar evidenciar que este trabalho não teve como proposta esgotar o tema, nem se colocar como limite na sua abordagem. Saímos deste momento com a compreensão de que o tema é desafiador, por isso é necessário aprofundá-lo ainda mais teoricamente e se voltar a outros questionamentos que permeiam a realidade de homens e mulheres quanto se discute a saúde reprodutiva e os direitos sociais.

Referências

ALVES, J. A. Lindgren. **A conferência do Cairo sobre população e desenvolvimento e o paradigma de Hunyington.** 1995. Disponível em: <www.dhnet.org.br/direitos/militantes/lindgrenalves/alves.htm>. Acesso em: 15 jan. 2009.

ALVES, Branca Moreira, PITANGUY, Jacqueline. **O que é feminismo.** 3. ed., São Paulo: Brasiliense, 1983.

ALVES, José Eustáquio Diniz *et. al* (Orgs.) **Dez anos do Cairo:** tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (Abep), 2004.

ALVES, José Eustáquio Diniz. **As Políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006. Disponível em: <www.dhnet.org.br/direitos/militantes/lindgrenalves/alves.htm>. Acesso em: 23 mar. 2010.

AMORIM, F. A., CAVENAGHI, Suzana; ALVES, J. E. D. Mudanças recentes no uso de métodos contraceptivos no Brasil e na Colômbia: com especial menção à esterilização masculina e feminina. In: WONG, Laura R. (Org.) **Población y salud sexual y reproductiva en América Latina.** Córdoba/Argentina: Alap e UNFPA, v. 4, 2008.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?:** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 13. ed. rev. ampl., São Paulo: Cortez, 2008.

ARAÚJO, Emanuel. A arte da sedução sexualidade feminina na colônia. In: **História das mulheres no Brasil.** São Paulo: Contexto, 2008.

ARENDT, Hannah. **A condição humana.** Trad. Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

ARIE, Wilsno Maça Yuki *et al.* **História da anticoncepção.** São Paulo: Leitura Médica, 2009.

ARILHA, Margareth. Contracepção, empowerment e entitlement: um cruzamento necessário na vida das mulheres. In: BERQUÓ, Elza. **Reflexões sobre gênero e fecundidade no Brasil**. Disponível em: <www.fhi.org/en/rh/pubs/wsp/brazilabsport.htm>. Acesso em: 12 fev. 2011.

ÁVILA, Maria Betânia. Modernidade e Cidadania Reprodutiva. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UFRJ, v.1, n.2, p. 382-393, 1993.

_____, CORRÊA, Sonia. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, Loren, DIAZ, Juan (Orgs.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa-PT: 70, Lda., 1977.

BARSTED, Leila Linhares, O campo político-legislativo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. In: BERQUÓ, Elza (Org.) **Sexo & vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas-SP: Unicamp, 2003.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**: fatos e mitos. Trad: Sérgio Milliet. 4. ed. Paris: Difusão Européia do Livro, 1970.

BERQUÓ, Elza. Brasil, um caso exemplar - anticoncepção e parto cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, 1993.

_____. **A saúde reprodutiva no contexto atual**. Campinas-SP: Unicamp/Nepo, 1996.

_____. **Sexo é vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas-SP, 2003.

_____. (Org.) **Construindo novos caminhos**: 12 anos do programa de saúde reprodutiva e sexualidade. Campinas: Núcleo de Estudos de População (Nepo)/Unicamp, 2004.

BÍBLIA SAGRADA. 7. ed. Aparecida/SP: Editora Santuário, 1985.

BLACK, Edwin. **A guerra contra os fracos**: a eugenia e a campanha norte-americana para criar uma raça superior. Trad. Tucá Magalhães. São Paulo: A girafa, 2003.

BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984.

_____. Congresso Nacional. Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito-CPMI: destinada a examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil. **Relatório n. 2**, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Planejamento familiar**: manual para gestor. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos**: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids/DST**. Brasília, 2010. Disponível em: <www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010_preliminar_pdf_34434.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 2. ed., São Paulo: Opas, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

BRESCIANI, Maria Stella Martins. **Londres e Paris no século XIX** - o espetáculo da pobreza. São Paulo: Brasiliense, 1982.

CAETANO, André Junqueira. O declínio da fecundidade e suas implicações: uma introdução. In: ALVES, José Eustáquio Diniz, CORRÊA, Sonia (Org.) **Dez anos do Cairo**: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas/Abep/UNFPA, 2004.

CAMPOS, Marta Silva. **Poder, saber e gosto: um estudo antropológico dos cuidados possíveis com a alimentação e o corpo.** São Paulo: Cortez, 1982.

_____. Família e política social: caso brasileiro e estudo particular em São Paulo. In: **A questão social novo no milênio.** VII CONGRESSO LUSO AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, Coimbra, set. 2004. Disponível em <www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/MartaCampos.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2010.

_____. e TEIXEIRA, Solange Maria. **Gênero, família e proteção social: as desigualdades fomentadas pela política social.** *Rev. katálysis* 2010, vol.13, n.1.

CARTA ENCÍCLICA HUMANAE VITAE - PAPA PAULO VI, 1968. Disponível em: <www.vatican.va/holy_father/paul_vi/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae_po.html>. Acesso em: 9 fev. 2010.

CARVALHO, Elaine Rosa de. **Motivos que levaram as mulheres residentes no Bairro Novo Paraíso II a optarem pela laqueadura tubária.** Especialização de Saúde da Família do Instituto de Saúde Coletiva da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá (MT), 1999.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde coletiva e promoção de saúde: sujeito e mudança.** São Paulo: Hucitec, 2005.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

CHAUÍ, Marilena. **Brasil: mito fundador e sociedade autoritária.** 7. ed., São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

COSTA, Ana Maria. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, Karen (Org.) **Questões da saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

COSTA, Manoel Augusto. **A esterilização feminina no Brasil**. Brasília: Ipea, 1991.

DAHLKE, Margir. **A saúde da mulher**: significados e perspectivas das doenças femininas. Trad. Flávio Quintiliano. São Paulo: Cultrix, 2005.

DALSGAARD, Anne Line. **Vida e esperanças**: esterilização feminina no Nordeste. Trad. Luciano Vieira de Carvalho. São Paulo: Unesp, 2006.

DOCUMENTO “CONFIDENCIAL”: NSSM 200. **Implications of worldwide population growth for u.s. security and overseas interests**, desclassificado pela Casa Branca em 1989. Disponível em: <<http://vida.aaldeia.net/relatorio-kissinger/>>. Acesso em: 10 fev. 2011.

DOSSIÊ ABORTO: Mortes preveníveis e evitáveis: dossiê. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2005.

DUBY, Georges, PERROT, Michelle. **História das mulheres no ocidente**. Trad. Maria Helena da Cruz Coelho *et al*, Porto: Afrontamento São Paulo: Ebradil, 1991.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

EUABONNE, Françoise. **As mulheres antes do patriarcado**. Trad.: Manuel Campos e Alexandre de Freitas. Lisboa: Vega, 1977.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário aurélio da língua portuguesa**. 3. ed., Curitiba: Positivo, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

_____. **História da sexualidade**: a vontade de saber. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. Guilhos Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. 34. ed., Petrópolis-RJ: Vozes, 2007.

FORMIGA FILHO, José Ferreira Nobre. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 1999.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. Coleção Leitura.

GAARDER, Jostein. **O mundo de Sofia: romance da história da filosofia**. Tradução: João Azenha Júnior. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

GIAMBIAGI, Fábio, TAFNER, Paulo. **Demografia**: a ameaça invisível: o dilema previdenciário que o Brasil se recusa a encarar. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

GOLDANI, Ana Maria. O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdades, restrições e oportunidades demográficas. In: GALVÃO, Loren, DIAZ, Juan (Orgs.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Loyola, 2003.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Ane Rose Bolner, 5. ed., Porto Alegre: Artmed, 2009.

HOBBSAWM, Eric. **Era dos extremos**: o breve século XX 1914-1991. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Houaiss eletrônico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2003.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 20 ed., São Paulo: Cortez, 2007.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **PNAD 2007**: primeiras análises – demografia, gênero. São Paulo: Ipea, 2008.

KRAMER, Heinrich & SPRENGER, James. **O martelo das feiticeiras**: malleus maleficarum. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991.

LACERDA, Eugênia *et al.* **SUS e o controle social** – Guia de referência para conselheiros municipais. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

LANG, Alice Beatriz da Silva Garcia Gordo *et al.* **História oral e pesquisa sociológica a experiência do Ceru**. São Paulo: USP, 1998.

LÉVI-STRAUSS, C. O problema do incesto. In: CANEVACCI, Massimo. **Dialética da Família**: gênese, estrutura e dinâmica de uma instituição repressiva. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

MALTHUS, Thomas Robert. **Princípios de economia política e considerações sobre sua aplicação prática**: ensaio sobre a população. Trad. Regis de Castro *et al.*, São Paulo: Nova Cultural, 1996. Col. Os Economistas.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino**: a medicina da mulher no século XIX e XX. Rio Janeiro: Fiocruz, 2004. Col. História e Saúde.

MARTINS, José de Souza. **Sobre o modo capitalista de pensar**. São Paulo: Hucitec, 1978.

MARTINELLI, Maria Lucia (Org.) **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, 1999.

_____. Os métodos na pesquisa: A pesquisa qualitativa. In: **Temporalis** – Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – Abepss/Pesquisa e Produção de Conhecimento em Serviço Social. Recife: UFPE, ano V, n. 9, jan./jun. 2005.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Livro 03 - O processo global de produção capitalista. Tradução de Reginaldo Sant'Anna, v. VI, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1974.

MCLAREN, Angus. **História da contracepção**: da antiguidade à actualidade. Portugal: Terramar, 1990.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O processo de construção do Sistema Único de Saúde**: reflexões sobre uma agenda mínima para a reforma sanitária. 1992. Mimeografado.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Os muitos brasis** – saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. (Org.) **Pesquisa social teórica, método e criatividade**. 10. ed., Petrópolis (RJ): Vozes, 1994.

MOLINA, Aurélio. Laqueadura tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais. In: GIFFIN, Karen (Org.) **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório final**. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2011.

OLIVEIRA, Guacira Cesar de. Duas décadas de luta feminista anti-racista pelos direitos sexuais e reprodutivos. In: CAMPOS, Carmen Hein de, OLIVEIRA, Guacira César de. **Saúde reprodutiva das mulheres** – direitos, políticas públicas e desafios. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H. Boll, Fundação Ford, 2009.

OSIS, Maria José Martins Duarte. **Laqueadura e representações acerca da sexualidade e do papel reprodutivo**. Tese (Doutorado)- Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2001.

_____, FAUNDES, Anibal, SOUSA, Maria Helena de, BAILEY, Patricia. Consequências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubária. **Cad. Saúde Pública**, v.15, n.3, 1999. Disponível em: <www.scielo.org/pdf/csp/v15n3/0491.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2011.

PEDRO, Joana Maria. As representações do corpo feminino nas práticas contraceptivas, abortivas e no infanticídio – XX. In: MATOS, Marilda Izilda Santos de, SOIHET, Rachel. **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Unesp, 2003.

_____. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. In: **Revista Brasileira de História**, v. 23, n. 45, São Paulo, jul. 2003. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-01882003000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 fev. 2011.

PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva, WONG, Laura L. Rodriguez. **Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil**: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Análise e Planejamento, 2009.

PLATÃO. **A república**. Trad. Enrico Corvisieri. São Paulo: Nova Cultural, 2000. Col. Os Pensadores.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Minas Gerais, 2001. Disponível em: <www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf>. Acesso em: 2 fev. 2007.

PRIORE, Mary Del. Magia e medicina na colônia: o corpo feminino. In: **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2008.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1991.

QUINTAS, Fátima. **A mulher e a família no final do século XX**. Recife: Massangana, 2. ed., 2005.

RAGO, Margareth. **Do cabaré ao lar**: a utopia da cidade disciplinar Brasil: 1890-1930. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

_____. Ser mulher no século XXI ou carta de alforria. In: **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

RAMOS, Jair de Souza. Dos males que vem com o sangue: as representações raciais e a categoria do imigrante indesejável nas concepções sobre imigração da década de 20. In: MAIO Marcos Chior, SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.) **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB, 1996.

RICHARDSON, Roberto Jarry *et al.* **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 9. ed., São Paulo: Atlas, 2008.

ROCHA, Maria Isabel Baltar. **Política, demografia e parlamento**: debates e decisões sobre o controle de natalidade. Campinas: Unicamp/Nepo, 1993.

RODRIGUES, Gilda de Castro. **Planejamento familiar**. São Paulo: Ática, 1990.

RODHEN, Fabíola. **A arte de enganar a natureza**: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROUSSEAU, J.J. . **Emílio ou da Educação**. Trad. Roberto Leal Ferreira. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

PORTELLI, Alessandro. **Tentando aprender um pouquinho**: algumas reflexões sobre a ética na história oral. Projeto História 15. São Paulo, 1997.

SAFFIOTI, Helieth. Gênero e patriarcado: violência contra mulheres. In: **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, Ricardo Augusto dos. **Os intelectuais e a eugenia**. I SEMINÁRIO NACIONAL DE SOCIOLOGIA E POLÍTICA, UFPR, 2009. Disponível em: <www.humanas.ufpr.br/evento/SociologiaPolitica/GTs-ONLINE/GT6%20online/EixoI/intelectuais-eugenia-RicardoSantos.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2010.

SANTOS, M. A., VIEIRA, E. M. Aconselhamento em contracepção: grupo de capacitação de profissionais médicos do Programa de Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educ.**, v. 12, n. 26, set. 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/icse/v12n26/a11.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2011.

SARACENO. Chiara, NALDINI. Manuela. **Sociologia da família**. Lisboa: Estampa, 2003.

SERRUYA, Suzane. **Mulheres esterilizadas**: submissão e desejo. UFPA-Naea/Uepa, Belém (PA), 1996.

SEYFERTH, Giralda. Construindo a nação: hierarquias raciais e o papel do racismo na política de imigração e colonização. In. MAIO Marcos Chior, SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB, 1996.

SOUZA, Vanderlei Sebastião. **A política biológica como projeto**: a 'eugenia negativa' e a construção da nacionalidade na trajetória de Renato Kehl (1917-1932). Dissertação (Mestrado)-, Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2006. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702006000400020&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 mar. 2010.

STEPAN, Nancy. **Gênese e evolução da ciência brasileira**: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica. Rio de Janeiro: Artenova, 1976.

TELES, Maria Amélia de Almeida. **O que são direitos humanos das mulheres**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

TEODORO, Frediano José. **Aborto eugênico**: delito qualificado pelo preconceito ou discriminação. Dissertação (Mestrado em Direito)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, 2005.

TOSI, Lúcia. **A mulher e a natureza**: uma longa servidão. Alagoas: Ed. UFAL, 1991. Col. Gênero e cidadania.

THOMPSON, Alistair. **Quando a memória é um campo de batalha**: envolvimento pessoais e políticos com o passado do exército nacional. In: Projeto História. São

Paulo, fev. 1998.

VÁZQUEZ, Sánchez Adolfo. **Filosofia da práxis**. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de ciencias sociales - São Paulo: Expressão Popular, 2007.

VENTURI, Gustavo *et al* (Orgs.) **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

_____. **O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas**. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n5/a01v29n5.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2011.

_____. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, Elza (Org.) **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas-SP: Unicamp, 2003.

VIZZACCARO-AMARAL, Sérgio Augusto. **A eugenia e o fim harmônico das diferenças: a imagem do corpo na medicina brasileira nas décadas de 20, 30 e 40**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), 2003.

WHITAKER, Dulce C. A. **Análise de entrevistas em pesquisas com histórias de vida**. In: Cadernos Ceru/Cadernos de Estudos Rurais e Urbanos. São Paulo: Ceru/USP, n. 11, 2000.

WANNMACHER, Lenita. **Novas opções contraceptivas**. v. 3, n. 7, Brasília, jun. 2006. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/v3n7_contraceptivos.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2011.

WOOLF, Virginia. **Um teto todo seu**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

YAZBEK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. In: **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: Cfess/Abepss, 2009.

APÊNDICE A

Gráficos e tabelas primeira fase da pesquisa

Gráfico 01

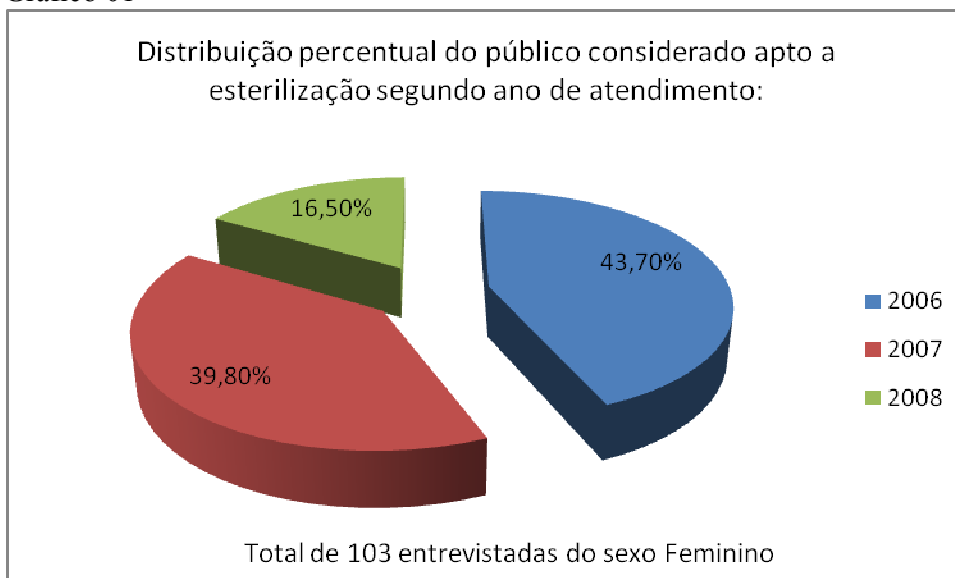


Gráfico 02

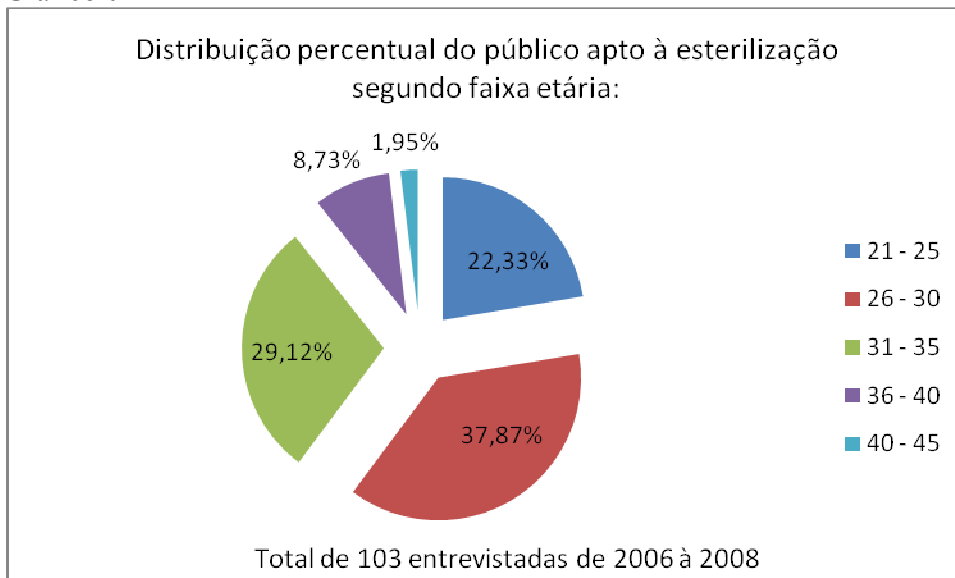


Gráfico 03



Gráfico 04

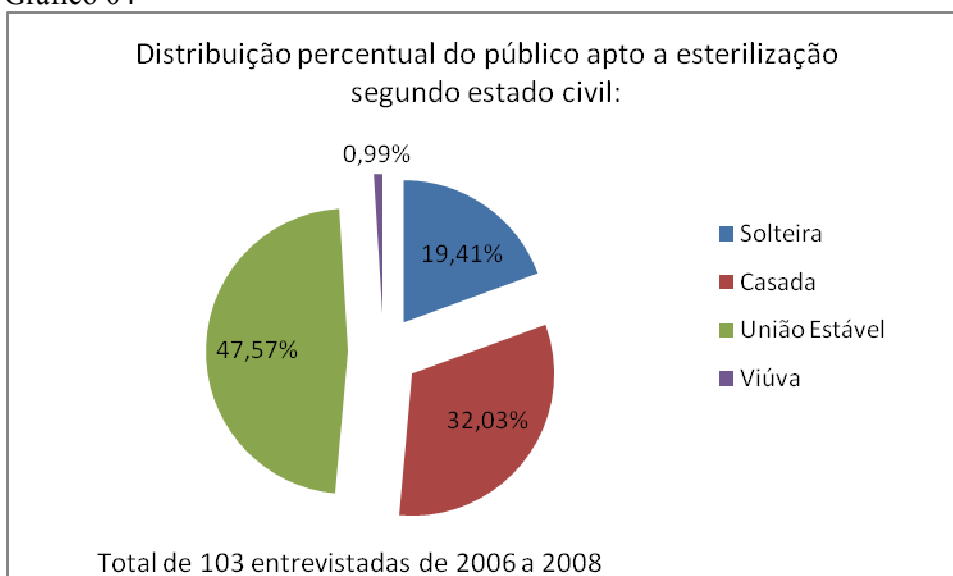


Gráfico 05

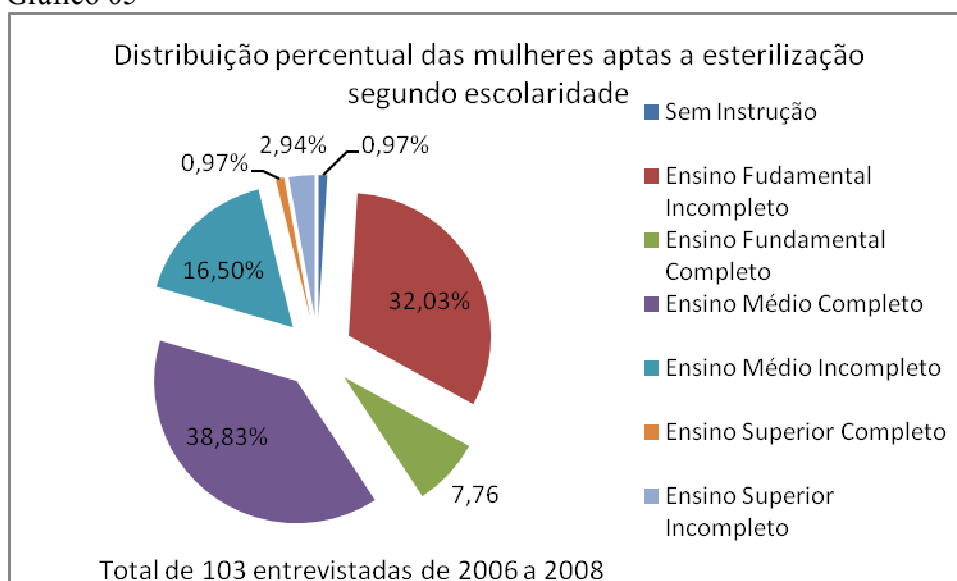


Gráfico 06

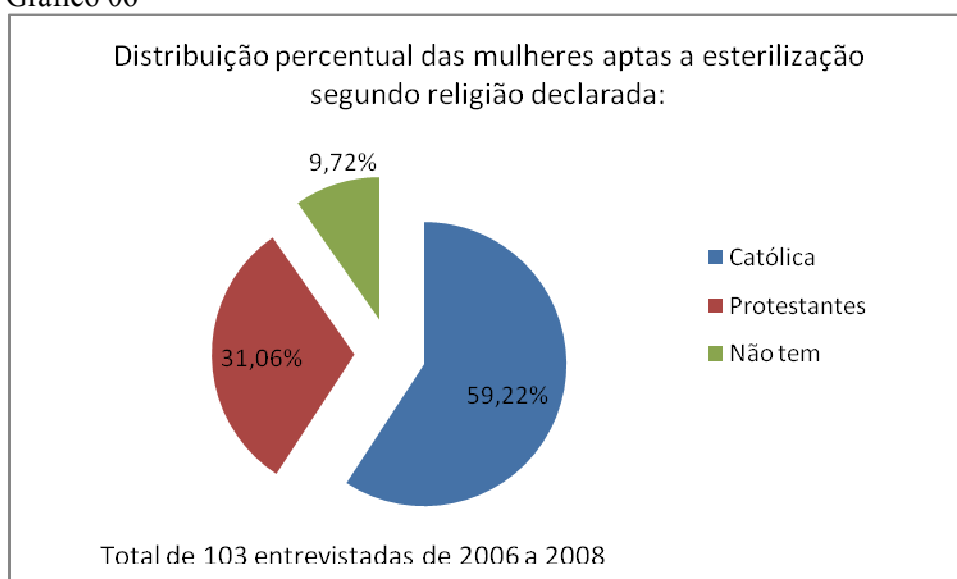


Gráfico 07

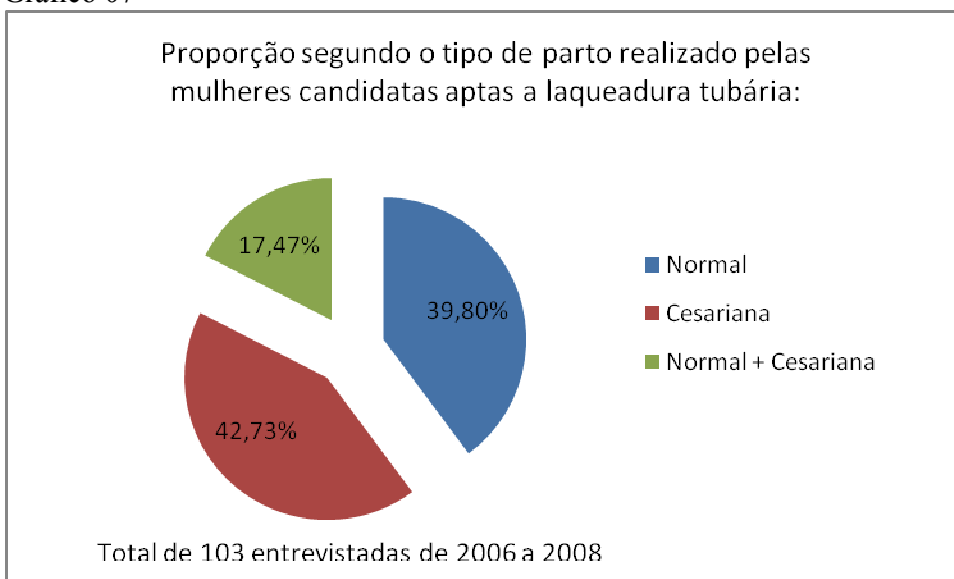


Gráfico 08

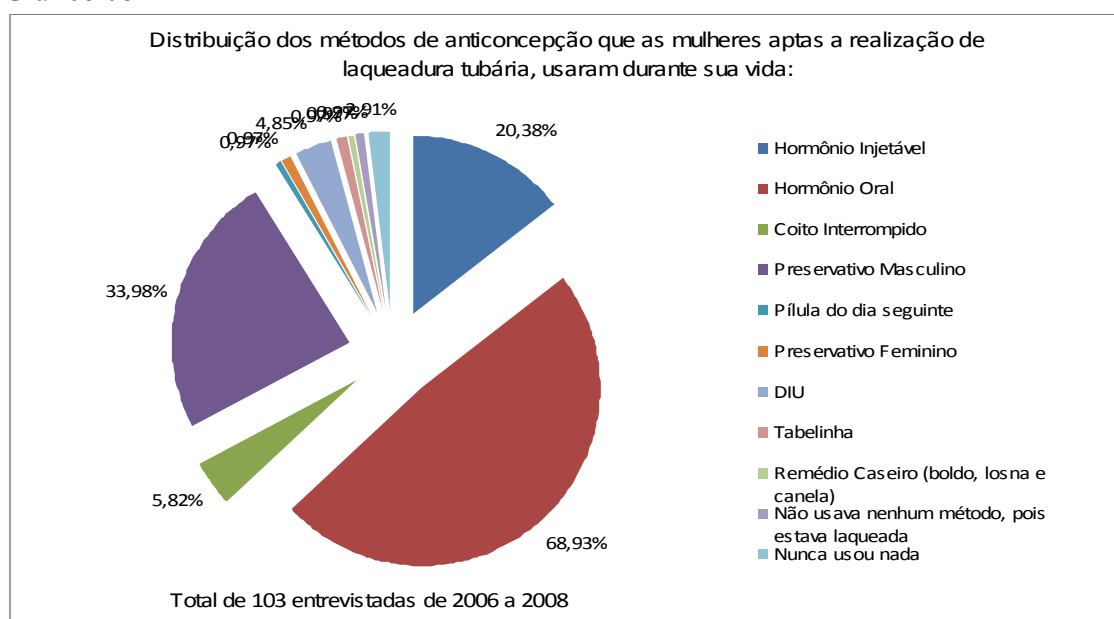


TABELA 3 – Distribuição percentual do público candidato a esterilização na Policlínica do CPA I no ano de 2006 segundo o número de gravidezes:

Nº Gravidez	QUANTIDADE				
	2006	2007	2008	Total	%
1	-	01	-	01	0,97
2	20	19	09	48	46,60
3	13	15	03	31	30,10
4	07	03	02	12	11,65
5	03	01	02	06	5,83
6	01	02	-	03	2,91
7	-	-	01	01	0,97
10	01	-	-	01	0,97
TOTAL	45	41	17	103	100

Fonte: Macaúbas, A. S. (Levantamento do perfil dos usuários atendidos no “Programa de Planejamento Familiar” da Policlínica Dr. Henrique de Aquino, bairro CPAI/Cuiabá-MT nos anos 2006/2007/2008)

TABELA 4 - Distribuição percentual das mulheres aptas a esterilização segundo a naturalidade

NATURALIDADE	QUANT.	%
Acorizal	01	
Água Fria	01	
Arenápolis	01	
Barra do Garças	01	
Cáceres	06	
Chapada dos Guimarães	05	
Cuiabá	39 (37,86%)	
Diamantino	01	
Dom Aquino	01	
Guiratinga	01	
Jaciara	03	
Juara	01	
Mirassol do Oeste	01	
Nobres	04	
Nortelândia	02	
Nova Brasilândia	01	
Paranatinga	01	
Ponte Branca	01	
Reserva do Cabaçal	02	
Rosário Oeste	01	
São Pedro da Cipa	01	
São Vicente	02	
Total parcial	77	74,75%
Outros Estados		
Dourados-MS	01	
Campo Grande/MS	01	
Corumbá/MS	01	
Brasília	01	
Uberlândia/MG	01	

Gameleira/MG	01	
Gov. Valadares/MG	01	
Dois vizinhos –PR	01	
Cascavel-PR	02	
Foz do Iguaçu-PR	01	
Peabiru/PR	01	
Nova Esperança/PR	01	
Jesuíta/PR	01	
Santa Inez /MA	01	
Imperatriz/MA	02	
São José Ribamar/MA	01	
Piauí/PI	01	
Guarapara-PA	01	
Araripina/PE	01	
Rio Branco/AC	01	
São Paulo/SP	01	
Cubatão/SP	01	
Valparaíso/SP	01	
Rio de Janeiro/RJ	01	
Total parcial	26	25,24%
TOTAL	103	100

Fonte: Macaúbas, A. S. (Levantamento do perfil dos usuários atendidos no “Programa de Planejamento Familiar” da Policlínica Dr. Henrique de Aquino, bairro CPAI/Cuiabá-MT nos anos 2006/2007/2008)

TABELA 5 - Distribuição percentual das mulheres aptas a esterilização segundo trabalho remunerado

PROFISSÃO	Quantidade	%
Agente Comunitário	01	2,38
Agente de Saúde	01	2,38
Atendente de caixa	01	2,38
Autônoma	03	7,14
Aux. de cozinha	02	4,76
Aux. Escritório	01	2,38
Babá	02	4,76
Cabeleireira	01	2,38
Cobrador de ônibus	01	2,38
Diarista	01	2,38
Doméstica	06	14,30
Empresária	01	2,38
Esteticista	01	2,38
Inspetora de alunos	01	2,38
Lavadora de roupas	02	4,76
Manicure	01	2,38
Manicure	01	2,38
Professora	01	2,38
Promotora de vendas	01	2,38
Recepcionista	01	2,38
Secretária	02	4,76
Serviços Gerais	05	11,92
Téc. De Nutrição escolar	01	2,38

Vendedora	01	2,38
Vigilante	03	7,14
Total	42	100

Fonte: Macaúbas, A. S. (Levantamento do perfil dos usuários atendidos no “Programa de Planejamento Familiar” da Policlínica Dr. Henrique de Aquino, bairro CPAI/Cuiabá-MT nos anos 2006/2007/2008)

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA - MULHER

Eixo 1: Caracterização geral da entrevistada e de sua família

Dados gerais:

Idade atual:

Idade quando fez cirurgia:

Naturalidade:

Estado civil:

Há quanto tempo:

Escolaridade:

Religião:

Ocupação:

Salário:

Qual a sua cor:

Quantos filhos:

Dados sobre a família:

Condições da moradia: própria alugada cedida

Ocupação do esposo: Salário:

Ocupação de outros membros da família.

Eixo 2: Vida pessoal e percepção de sua identidade ser mulher/mãe

Aborto;

Religião;

SER MULHER

Definição; sentimentos;

Amor próprio;

Ser mãe; esposa; trabalhadora.

Eixo 3: Conhecimento dos métodos contraceptivos

Métodos contraceptivos (métodos de evitar filhos) conhecidos/

Métodos contraceptivos (métodos de evitar filhos) que usou;

Local de aquisição;

Escolha dos métodos contraceptivos;

lembranças das gestações

Eixo 4: Decisão da escolha da cirurgia de Laqueadura Tubária

Definição da esterilização;

Participação do esposo/companheiro;

Existiu medos; receios da cirurgia;

A relação conjugal antes da cirurgia;

O arrependimento, foi considerado;

Condições financeiras influenciou na decisão;

Eixo 5: Mudanças, impactos e consequências após cirurgia de laqueadura Tubária

Esterilização;

Sentimentos.

Avaliação do processo;

Relação conjugal atualmente;

Houve arrependimento;

Percepção do corpo antes e após a cirurgia;

Existe sentimento de ter mais filhos;

Condições financeiras “diferentes” teria outros filhos;

Mudanças familiares;

Recomendaria a cirurgia de esterilização;

Eixo: O serviço, como percebem, avaliam.

ROTEIRO PARA ENTREVISTA – HOMEM esposos/companheiros

Eixo 1: Caracterização geral da entrevistada e de sua família

Dados gerais:

Idade atual:	Naturalidade:
Estado civil:	Há quanto tempo:
Escolaridade:	Religião:
Ocupação:	Salário:
Qual a sua cor:	
Quantos filhos:	filhos de outro relacionamento:

Dados sobre a família:

Condições da moradia: própria alugada cedida
 Alguém mais na família tem trabalho remunerado?

Eixo 2: Vida pessoal e percepção de sua identidade homem/pai

O aborto; Religião;
 Planejamento do número de filhos;

SER homem

Percepção;
 Sentimento de ser pai;
 Esposo; trabalhador;

Eixo 3: Conhecimento dos métodos contraceptivos

Métodos contraceptivos (métodos de evitar filhos) conhecidos;
 Métodos contraceptivos (métodos de evitar filhos) que já fez uso;
 Aquisição dos contraceptivos;
 Seleção dos métodos contraceptivos;
 Métodos que fazem uso;

Eixo 4: Decisão da escolha da cirurgia de Laqueadura Tubária

Planos pessoais, familiares traçados antes da cirurgia;
 Após a cirurgia – realizações;
 Faria a vasectomia;
 Definição do momento de limitar o número dos filhos;
 Decisão de quem iria submeter a cirurgia;
 Opção pela cirurgia e não por outro método de evitar filhos reversível;
 Predisposição para fazer a cirurgia de esterilização;
 Estímulos para realização da cirurgia;
 Os receio/medo de se submeter à cirurgia de esterilização;
 Relação conjugal, antes da cirurgia;
 O arrependimento foi considerado;
 Perceber se as condições financeiras influenciaram a decisão de fazer a cirurgia;

Eixo 5: Mudanças, impactos e consequências após cirurgia de laqueadura Tubária

Entendimento da esterilização;
 Significados de ser esposo de uma mulher esterilizada;
 Relação conjugal hoje;
 A relação sexual após cirurgia de esterilização, perceber se houve mudanças;
 Avaliação da decisão que tomaram;
 Arrependimento de ter feito a esterilização;
 Mudanças no corpo da esposa/companheira após cirurgia;
 Existe o sentimento de ser pai novamente;
 Perceber se as condições financeiras fossem melhores teriam outros filhos;
 Mudanças na família que podem ter ocorrido devido a cirurgia;
 Casamento antes e após cirurgia;
 Houve relacionamento extraconjugal;
 A cirurgia como percebem;

Eixo: O serviço, como percebem, avaliam.

APÊNDICE C

Ministério da Educação
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller
Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA
DE PROJETO DE PESQUISA

REFERÊNCIA: Projeto de protocolo Nº 896/CEP- HUJM/2010

"COM PENDÊNCIAS"

☐

APROVADO "ad referendum"

☐

APROVAÇÃO FINAL

☒

NÃO APROVADO

☐

O projeto de pesquisa intitulado: "Rotas alteradas: Percepções e significados da laqueadura tubária em mulheres atendidas na Policlínica Dr. Henrique de Aquino CPA I/Cuiabá-MT", encaminhada pelo (a) pesquisador (a), **Ademar Sales Macaúbas** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, em reunião realizada dia 11/08/2010 que concluiu pela aprovação final, tendo em vista que atende a Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos.

Cuiabá, 11 de Agosto de 2010.



Profa. Dra. Shirley Ferreira Pereira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM

Hospital Universitário Júlio Müller
Avenida Fernando Corrêa da Costa, Nº 2367 Bairro Boa Esperança - Cuiabá - MT, Brasil
CCBS I - 1º Piso - Universidade Federal de Mato Grosso
Fone: 65-3615-8254. e-mail: cephujm@cpd.ufmt.br
http://www.ufmt.br/cep_hujm



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM SERVIÇO SOCIAL

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário/a, da pesquisa *"Rotas alteradas: Percepções e significados da laqueadura tubária em mulheres - atendidas na Policlínica Dr. Henrique de Aquino CPAI/Cuiabá MT"*. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que recebe assistência. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller- UFMT- pelo telefone (65) 3615----. O objetivo deste estudo é *Identificar e analisar as representações sociais existentes acerca da esterilização feminina, especialmente pelas mulheres atendidas na Policlínica Dr. Henrique de Aquino-CPA I em Cuiabá-MT e também por uma parcela de seus companheiros e maridos.*

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista. Os riscos relacionados com sua participação na pesquisa, é nenhum, contudo, caso seja percebido algum desconforto emocional grave, você será encaminhado/a ao serviço psicológico da rede pública de saúde. Os benefícios da pesquisa são: contribuir para a compreensão da vivência das mulheres diante da questão esterilização/planejamento familiar, fomentar a discussão sobre os direitos sexuais e reprodutivos, também favorecer aos profissionais elementos para reflexão profissional. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e garantimos o sigilo de sua participação durante toda pesquisa, inclusive na divulgação da mesma. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação (informar de acordo com o método utilizado na pesquisa, como o pesquisador protegerá e assegurará a privacidade). Você receberá uma cópia desse termo onde tem o nome, telefone e endereço do pesquisador responsável, para que você possa localizá-lo a qualquer tempo. Seu nome é *Ademar Sales Macaúba*, local de trabalho Secretaria Municipal de Saúde e telefone de contato: tel residencial 65 3646 ----, celular 11 8410 ----, e-mail -----@hotmail.com..

Considerando os dados acima, **CONFIRMO** estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e **AUTORIZO** a publicação.

Eu (nome do participante)....., idade:..... sexo:..... Naturalidade:..... portador(a) do documento RG N°:..... declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante:.....

Assinatura do pesquisador principal:

Testemunha*

.....

* Testemunha só é exigido caso o/a participante não possa por algum motivo, assinar o termo.

Data (Cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 20 _____