

A produção científica sobre esterilização feminina no Brasil nos anos 80 e no início dos 90: um debate em aberto*

Luzinete Simões Minella**

Esterilização feminina no Brasil: um mesmo objeto/vários discursos ou vários objetos/vários discursos?

A produção científica nacional sobre a esterilização feminina tem sido significativa nas últimas décadas, particularmente nos anos 80 e no início dos 90, em virtude dos altos índices de utilização deste procedimento pelas mulheres brasileiras. Este artigo analisa as diferenças teórico-metodológicas presentes nesta produção, identificando seus distintos enfoques e suas principais contribuições, para a partir daí elaborar, com base nas reflexões de Guattari e Rolnik (1986), uma hipótese preliminar sobre as relações entre a subjetividade e a expansão da esterilização feminina.

Por isto mesmo, o presente artigo deve ser encarado como um primeiro esboço interpretativo a ser mais desenvolvido em trabalhos posteriores, tendo em vista a complexidade do tema e os desafios epistemológicos implícitos na própria formulação da hipótese.

A metodologia utilizada baseia-se na análise de estudos classificados conforme o tipo de abordagem: os que tratam especificamente

da esterilização feminina e os que, referindo-se a temas mais abrangentes (planejamento familiar, saúde reprodutiva, direitos reprodutivos, população), a ela também se dedicam.

A seleção dos artigos, sem ser exaustiva, realizou-se de modo a incluir vários tipos de publicações (artigos em revistas, artigos em Anais, relatórios, dissertações e teses de pós-graduação e livros) oriundas de distintas instituições de ensino e pesquisa do País. O período selecionado justifica-se tanto em função do incremento da prevalência da esterilização como estratégia de regulação da fecundidade nele observável, quanto em razão do incremento paralelo das pesquisas sobre o tema.

A análise dos estudos tomou como ponto de partida as seguintes constatações preliminares. Primeiro, dados recentes divulgados em pesquisa da Bemfam (1997) confirmam uma tendência já de certa forma pressentida nos dados relativos às décadas imediatamente anteriores. De acordo com esta pesquisa, em 1996, 76,7% das mulheres brasileiras unidas entre 15 e 49 anos estavam usando algum método contraceptivo, sendo que 40% delas estavam esterilizadas,

* Pesquisa financiada pelo CNPq.

** Professora-adjunta do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC -, Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política.

enquanto 20,7% utilizavam a pílula. O índice de mulheres esterilizadas em 1986 equivalia a 27%, tendo-se verificado, portanto, um aumento altamente significativo no curto espaço de uma década. Chama a atenção que 80% das esterilizações sejam realizadas durante o parto cesáreo, e que as mulheres com grau de instrução mais elevado recorram a este tipo de associação com mais freqüência.

Segundo dados mais detalhados esclarecem melhor a situação. Por exemplo, 6,4% das mulheres unidas com apenas um filho e 42,6% daquelas com dois filhos já estão esterilizadas, sugerindo estes percentuais uma tendência evidente de contenção da natalidade por parte da família brasileira. Por outro lado, a idade mediana da esterilização feminina, que em 1986 correspondia a 31,4 anos, atualmente equivale a 28,9 anos, incluindo, pois, de modo mais expressivo, a população mais jovem (Bemfam, 1997).

Não causa espanto, portanto, que a esterilização conste nos estudos analisados como determinante próximo da queda da fecundidade no País, atuando juntamente com outros fatores (tratados em alguns deles) de ordem estrutural, tais como: o acelerado processo de urbanização, a expansão das relações capitalistas de produção e as mudanças culturais, incluindo a divulgação pela mídia de um modelo de família com uma média de dois filhos, ao qual se associa uma imagem de saúde e prosperidade.

Não é de se admirar, tampouco, que muitos destes estudos se refiram à esterilização como método contraceptivo. Com isto não fazem nada mais senão traduzir a forma como as próprias mulheres e as instituições de saúde, na prática, a encaram, forma esta que se relaciona à lógica peculiar da contracepção na nossa sociedade, que foi capaz, por várias razões histórico-sociais, de transformar um procedimento dificilmente reversível em método.

Além de partir destas constatações, a análise dos estudos selecionados apóia-se nos seguintes supostos:

a) O avanço do conhecimento científico não ocorre de modo dissociado da realidade social, mas, ao contrário, nela se sustenta. Este avanço implica, necessariamente, a formação de diversos discursos que às vezes têm em comum, aparentemente, *um mesmo objeto*, configurando-se estes discursos como diferentes formas de aproximação deste objeto;

b) No caso específico, de modo similar ao que ocorre no interior do processo de conhecimento em geral, verifica-se uma multiplicidade de estratégias teórico-metodológicas que tentam dar conta de um objeto que não apenas permite, mas demanda múltiplas abordagens, *porque ele mesmo se desdobra de forma múltipla em vários objetos*.

Afinal, se a esterilização feminina no Brasil pode ser vislumbrada como um objeto, a esterilização da mulher de classe média, por exemplo, é diferente da esterilização da mulher de baixa renda em termos de motivações, acesso e compreensão da própria situação. Portanto, trata-se de outros objetos. Tampouco a esterilização da mulher do meio rural é igual à esterilização da mulher do meio urbano, que por sua vez são diferentes da esterilização da mulher jovem: novos objetos. Deste modo, por trás de um mesmo objeto aparente, sob a inspiração da arqueologia do saber de Foucault (1995), percebe-se nos estudos analisados a emergência de um conjunto de objetos, que se enredam e concatenam numa cadeia epistemologicamente tão complexa e múltipla quanto à realidade sobre a qual se debruçam; e

c) Apenas aparentemente, portanto, este enredamento pode sugerir a repetição; ou seja, à primeira vista tem-se a impressão de que os autores se repetem, na medida em que muitas vezes suas bases de dados coincidem, ou as suas estratégias para investigação de realidades específicas mantêm certas constantes metodológicas - por exemplo, delimitação de universos regionais, cálculos amostrais e verificação de tendências com base na seleção de variáveis dependentes e independentes.

No entanto, a partir das reflexões de Deleuze e Guattari (1992) sobre o conhecimento científico, supõe-se que a cadeia epistemológica representada pelos estudos analisados, longe de revelar uma repetição, recupera a diferença, indicando a ansiedade da ciência em compor e organizar um tipo específico de caos, constituído pela massificação da esterilização feminina, pela desinformação dos homens e mulheres sobre a contracepção, pela ineficácia e a fragmentação das políticas públicas na área de saúde reprodutiva.

Desta forma, percebe-se que aquela cadeia epistemológica expressa a necessidade de traçar um plano sobre este caos, torná-lo inteligível, tentando colaborar para a sua superação mediante o fornecimento de subsídios para a formulação de políticas públicas, sem abrir mão de suas próprias dúvidas acerca da possibilidade desta superação, num contexto marcado por desigualdades sociais profundas.

Compreender, resgatar, se surpreender e dialogar com esta proliferação de discursos – tentando vislumbrar no fundo desta emergência de dados constatações e considerações, as marcas de uma nova subjetividade feminina – são as intenções deste artigo, que se inicia com a identificação e caracterização dos distintos enfoques sobre o tema. Ressalta-se desde logo que falar em distintos enfoques não significa falar em perspectivas excludentes, pois de certa forma eles se aproximam e se complementam mais do que se separam. Neste sentido, o termo enfoque tem seus limites, e refere-se apenas à ênfase atribuída aos aspectos selecionados, à forma de seu tratamento, e aos denominadores comuns perceptíveis nos diferentes grupos de estudos.

O enfoque demográfico: quando os números expressam mais que quantidades

Atento à expressiva e rápida queda da fecundidade que caracteriza o padrão nacional de transição demográfica, e consciente dos riscos da contracepção, o

enfoque demográfico tem possibilitado as bases da reflexão sobre o tema, incluindo significativas contribuições para o debate a partir da análise de dados demográficos. Um número surpreendente de estudos exemplificam este enfoque, dentre os quais, tendo em vista os objetivos propostos, selecionei os seguintes: as pesquisas do IBGE (1991 e 1996) e da Bemfam (1989, 1993 e 1997) compõem o grupo dos estudos mais abrangentes, que se dedicam à dinâmica populacional como um todo e às relações entre demografia e saúde, respectivamente. Já os estudos de Berquó (1986, 1989 e 1994), Costa (1991), Alves de Souza (1992) e Perpétuo (1996) ilustram uma preocupação específica com a esterilização feminina.

Sem dúvida alguma, as informações contidas no suplemento sobre contracepção da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1986 contribuíram decisivamente para ampliar o debate sobre as peculiaridades da transição demográfica brasileira e da drástica queda da fecundidade; por isto mesmo, muitos dos estudos aqui citados nele se baseiam ou a ele se referem.

O trabalho de Simões e Oliveira (1988), patrocinado pelo IBGE e a Unicef, analisa o perfil estatístico de crianças e mães no Brasil, o quadro da fecundidade e os determinantes gerais, bem como as características da transição demográfica recente. Após analisar as tendências históricas dos níveis de fecundidade no Brasil, destacando o período iniciado nos anos 70, este estudo analisa as variáveis econômicas, sociais, culturais e político-institucionais que influenciaram aquela transição. Dentre estas implicações destaca-se o uso de métodos contraceptivos, indicando-se, através dos dados estatísticos relativos à queda da fecundidade conforme as diferentes regiões do País, a concentração em torno dos contraceptivos orais e da esterilização feminina.

Constatada a presença de índices mais elevados na Região Nordeste, analisa-se em seguida a evolução de taxas específicas por idade, concluindo-se que entre 1970 e 1984

ocorreu uma "diminuição da fecundidade em todos os grupos etários, e em todas as regiões" (Simões e Oliveira, 1988, p. 37).

Sobre o aumento da fecundidade das adolescentes (6,5% em 1970 e 10,5% em 1984), Simões e Oliveira comentam as possíveis causas estruturais: urbanização, maior liberdade sexual e influência dos meios de comunicação. Finalmente, após considerarem as características gerais do processo de expansão do planejamento familiar no Brasil, concluem que os resultados da pesquisa surpreendem, uma vez que "não havia, por parte do governo, programas explícitos para o planejamento familiar" (idem, p. 52). Ao avaliar as implicações futuras deste processo, o estudo ressalta que "a desaceleração da fecundidade, ao afetar a composição populacional, provocará mudanças significativas na intensidade de um amplo espectro de demandas sociais e econômicas", especialmente por parte de crianças, mulheres e idosos (idem, p. 63).

Em pesquisa posterior, tomando por base os seis últimos censos, o IBGE dedica-se a interpretar as tendências demográficas no Brasil, considerando inicialmente que "a taxa média geométrica de crescimento anual no período de 1980/1991, de 1,93, foi uma das mais baixas já observadas, refletindo a intensificação do declínio da fecundidade ocorrido no País durante os anos 80" (IBGE, 1996, p. 9). Detalhando a interpretação de dados demográficos sobre a evolução da população das grandes regiões do País, e assinalando que a taxa de fecundidade da mulher brasileira atingiu 2,3 filhos em média em 1990, este estudo analisa algumas causas estruturais importantes, como a urbanização e a estrutura etária da população, para concluir que a queda da fecundidade tem como determinante próximo a expansão das práticas contraceptivas, basicamente a pílula e a esterilização feminina.

As pesquisas da Bemfam chegam a resultados semelhantes às do IBGE em relação à queda da fecundidade. A Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil

e Planejamento Familiar, realizada em 1986 (Bemfam, 1989), além dos dados sociodemográficos, taxas e tendências da fecundidade, inclui os seguintes aspectos: informação, acesso e utilização de métodos contraceptivos; intenções reprodutivas e saúde materno-infantil. Conclui-se que o declínio acentuado da fecundidade assume características diferenciadas dependendo das regiões do País, podendo ser atribuído prioritariamente à divulgação de métodos anticoncepcionais, basicamente a pílula e a esterilização.

Em 1991, a Bemfam realiza uma pesquisa específica sobre a contracepção no Nordeste, divulgando resultados que serão comentados mais adiante, ao se analisar a contribuição de Perpétuo (1996). Mais recentemente, esta sociedade divulgou os resultados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996 com o apoio de várias instituições do País. Neste estudo, apresenta-se os dados atuais relativos à esterilização das mulheres brasileiras, avaliando-se o peso de distintas variáveis: idade, paridade, conhecimento e uso de métodos contraceptivos, nível de escolaridade, fontes de obtenção de métodos, intenções reprodutivas, etc.

Os resultados mais significativos para o presente estudo foram mencionados na introdução. Além daqueles, destacam-se os seguintes aspectos: o aumento do uso de métodos masculinos, assinalando-se que a vasectomia passou de 0,8% em 1986 para 2,6% em 1996, e o condom de 1,7% para 4,4%; a inexistência de grandes diferenças entre o meio rural e o urbano, uma vez que 40,6% e 38% das mulheres na zona urbana e no meio rural, respectivamente, encontram-se esterilizadas. Quanto ao nível de escolaridade, observa-se que o número de mulheres esterilizadas diminui com o aumento dos anos de estudo, ao passo que no caso dos homens, quanto maior o nível de instrução, maior o número de vasectomizados, sendo que o setor público lidera a oferta de obtenção de ambos os tipos de esterilização (Bemfam, 1997).

Considerando-se o grupo de estudos dedicados mais especificamente à esterilização, aborda-se, inicialmente, os estudos de Berquó. Foram selecionados três dentre os seus vários artigos: dois relativos à década de 80 e um dedicado a analisar dados mais recentes.

Ao analisar a esterilização feminina na década de 80, Berquó (1989) baseia-se, principalmente, nos dados do IBGE sobre anticoncepção, tendo incluído a análise de diversas variáveis: uso de anticoncepção segundo o método, esterilização *versus* o último parto, idade na época da esterilização, motivos e época da esterilização, paridade, tipo de serviço de saúde onde realizou a cirurgia, gratuidade. Após considerar estes fatores, a autora conclui que "o país esteve mergulhado, nos últimos anos, em programas muito mais próximos de um controle da natalidade do que de um planejamento familiar".

Ressalta-se que a autora já havia tomado contato com a força destes programas anteriormente, quando da análise dos resultados de pesquisa realizada no interior do Estado de São Paulo, envolvendo os Municípios de Rio Claro, São Caetano do Sul, Avaré e Itararé. Naquela oportunidade, Berquó (1986) chamou a atenção para a alta concentração do uso de pílulas e da esterilização feminina, atribuindo este uso à ação de programas específicos de planejamento familiar.

Em data mais recente, a autora analisa o fenômeno que denominou de "queda cirúrgica na fecundidade" com base na análise comparativa dos dados de duas pesquisas: a da Bemfam sobre o Nordeste, de 1991, e a do Cebrap sobre saúde reprodutiva da população negra, de 1992. Dentre as principais conclusões deste estudo estão as seguintes: quase 50% das esterilizações, seja no Nordeste, seja em São Paulo, haviam ocorrido nos cinco anos anteriores às pesquisas mencionadas; a esterilização é mais freqüente no Nordeste (62,9%) do que entre a população negra de São Paulo (36,1%); 52% das mulheres esterilizadas em São Paulo são filhas ou

irmãs de esterilizadas; dentre as razões desta cultura ressalta-se a cumplicidade com os médicos, tendo em vista que a maior parte das laqueaduras ocorre durante os partos cesáreos. Finalmente, a autora aponta para o "abuso da moderna tecnologia reprodutiva no país", considerando a associação entre esterilização e parto cesáreo um "sério problema de saúde pública" (Berquó, 1994, p. 19).

Nesta linha de análise encontra-se o artigo de Costa (1991), que também se dedica a analisar as condições que intervêm na esterilização feminina no Brasil a partir dos dados do IBGE, PNAD-86, destacando as seguintes variáveis: motivações, taxas de prevalência quanto à idade, paridade, educação, atividade econômica e renda, local de realização da cirurgia, etc. Finalmente, o autor compara o Brasil com o cenário internacional, a exemplo de Berquó.

Alves de Souza (1992), por sua vez, trata do declínio da fecundidade na Bahia entre 1970 e 1984, período no qual se observa uma redução de 31%, com base nos dados dos Censos Demográficos de 1970 e 1980 e da PNAD de 1986. A autora analisa os seguintes aspectos: razões da queda da fecundidade, motivos da esterilização, utilização de outros métodos, idade, associação com o parto cesáreo, gratuidade. Dentre as principais conclusões constam as seguintes: a prevalência das esterilizações "varia de modo diretamente proporcional com o grau de escolarização e com a possibilidade de acesso aos serviços de saúde"; a esterilização se associa "à emergência de uma nova lógica de atenção à saúde da mulher e à procriação: a que valoriza as interferências médicas mais profundas (ou drásticas) e tecnicamente mais sofisticadas sobre o organismo das pacientes"; os dados "apóiam a hipótese de que no Brasil e na Bahia se executa uma política demográfica de cunho fortemente antinatalista, envolvendo os mais distintos agentes difusores, executores e financiadores" (Alves de Souza, 1992, pp. 8-9).

Por último, Perpétuo (1996) dedica-se a investigar uma década de esterilização no

Nordeste, baseando-se nos dados das pesquisas realizadas pela Bemfam em 1980 e 1991. Detendo-se na incidência do fenômeno, com a atenção centrada nas mulheres unidas entre 15 e 44 anos que tiveram o último filho nos cinco anos anteriores a cada pesquisa, a autora considera, dentre outras, as seguintes variáveis: local de residência (zona urbana/zona rural), renda familiar, nível de escolaridade, idade, paridade, uso anterior de métodos, número de filhos durante o primeiro uso, tipo de método, número de métodos usados, pré-natal, tipo de parto, acesso aos serviços de saúde. E conclui, dentre outros aspectos, que enquanto na década de 80 a prática da esterilização era mais seletiva; em 1991, verifica-se o aumento do recurso à cirurgia como "uma tendência da qual participam todas as mulheres", sendo proporcionalmente maior entre as de menor status socioeconômico, mais jovens e com pequeno número de filhos. E, ainda, que "o fato de a esterilização passar a ser mais utilizada por mulheres que começaram a regular a fecundidade desde o início de sua carreira reprodutiva, a mudança de seu padrão etário e a queda da taxa associada ao parto cesáreo constituem os fatos mais notáveis na evolução do uso do método" (Perpétuo, 1996, p. 2.632).

O enfoque da saúde coletiva: quando os números expressam os riscos da massificação da esterilização feminina

Os artigos que ilustram este enfoque, em sua maioria, se dedicam especificamente à esterilização feminina, podendo ser agrupados de acordo com os aspectos que costumam destacar: a) reversão e arrependimento; b) possibilidade de existência da síndrome pós-laqueadura e/ou efeitos colaterais; c) contracepção e esterilização, com destaque para o perfil reprodutivo e a adequação do uso de métodos contraceptivos das mulheres em idade reprodutiva; e d) as relações entre esterilização e operação cesareana. De modo geral, estes artigos foram publicados em revistas especializadas em saúde por

profissionais da área preocupados com a dimensão coletiva do problema.

Inicialmente, destacam-se os trabalhos de Bahamondes et al. (1992), Hardy et al. (1996) e Vieira (1993), que tratam do primeiro aspecto com base em pesquisas empíricas. Em seguida, são apresentados os estudos de Albuquerque (1985), Hermann e Souza (1985) e Molina (1997), os quais discutem o segundo aspecto a partir de revisão da literatura. Depois são sintetizadas as contribuições de dez trabalhos que, baseados em pesquisas empíricas, exploram o terceiro aspecto e, finalmente, discute-se o quarto aspecto.

Bahamondes et al. analisam o significado do aumento do número de solicitações de reversão da laqueadura, atentos ao diagnóstico fator tubário de todas as mulheres que os consultaram por infertilidade conjugal no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Unicamp durante dois períodos de 30 meses: de janeiro de 1978 a junho de 1980 e durante os mesmos meses, dez anos mais tarde. Constatou-se que o "número de mulheres laqueadas aumentou cinco vezes entre o primeiro e o segundo períodos", sendo que "quase 10% das mulheres foram laqueadas com menos de 20 anos e 89,4% foram operadas com menos de 30 anos". Chama a atenção que 2,5% tivessem apenas um filho vivo e 42,8% apenas dois filhos no momento da cirurgia (Bahamondes et al., 1992, p. 361).

Ao ponderar sobre as tendências nos próximos anos, os autores são taxativos: "não é difícil projetar uma verdadeira 'epidemia' de solicitações de reversão durante a próxima década, demanda que os serviços de saúde não estão preparados para resolver e que irá representar considerável elevação nos gastos de saúde para assistência à mulher". Dentre estas demandas eles destacam o aconselhamento, o apoio psicológico e a procura por adoção de crianças. Concluindo, constatam ainda que as mulheres esterilizadas abaixo dos 30 anos poderiam ter sido mais bem atendidas com o uso de métodos reversíveis de contracepção, defendendo a

necessidade de normatização das relações entre médicos e casais a respeito do assunto, além da maior e melhor divulgação sobre os outros meios (Bahamondes et al., 1992, p. 362).

Hardy et al., por sua vez, realizam também pesquisa empírica com controle de caso, tomando como universo 216 mulheres esterilizadas que requereram a reversão, comparadas com outras 216 mulheres esterilizadas que não o fizeram. Os resultados mostram que o risco relativo de solicitação da reversão para as mulheres que realizaram a cirurgia antes dos 25 anos é 18 vezes maior do que entre as que a realizaram após os 29 anos. Defendendo a necessidade de maior acesso a outros métodos, os autores chegam a outras conclusões preocupantes: "mulheres que não requereram a reversão não estão necessariamente satisfeitas. Elas podem querer outros filhos, mas não requerem a reversão porque elas não conhecem esta possibilidade, elas não têm condições materiais para pagar o procedimento, ou não têm coragem de enfrentar outra cirurgia" (Hardy et al., 1996, p. 162).

Resultados talvez mais graves em relação ao arrependimento foram encontrados por Vieira ao investigar este fenômeno entre mulheres de baixa renda na Região Metropolitana de São Paulo. Dentre outros procedimentos, a autora analisa a situação de 407 mulheres esterilizadas abaixo dos 40 anos que haviam sido submetidas à cirurgia pelo menos um ano antes da data da entrevista. Identificando o perfil destas mulheres, a autora constata que elas têm uma média de três filhos vivos, tinham 28,3 anos em média quando foram esterilizadas, 90% delas se submeteram à cirurgia durante o último parto e 77% durante uma operação cesareana.

De acordo com a autora, a insatisfação, a ambivalência e o arrependimento incluem 24,3% das entrevistadas. Isto significa um contingente composto por uma dentre quatro mulheres esterilizadas abaixo dos 40 anos. Detalhando um pouco mais seus resultados, encontra que 21,4% das mulheres gostariam

de ter sido esterilizadas com mais idade; 14,3% interpretam que sua saúde foi afetada pela esterilização e outras (14,5%) não escolheriam a esterilização outra vez (Vieira, 1993, p. 265). Dentre as razões do arrependimento prevalece a vontade de ter outro filho; 18% apontam problemas menstruais; 6% indicam problemas sexuais e outros 6% assinalam separações e novos casamentos. A existência de um significativo índice de arrependimento, insatisfação e ambivalência é atribuída por Vieira, entre outras razões, ao alto grau de desinformação e à incompreensão sobre a irreversibilidade do método, evidenciando-se problemas de comunicação entre médicos e pacientes, os quais envolvem sérios aspectos éticos, associados às vantagens financeiras causadas pela situação de clandestinidade da esterilização.

Com base em revisão de literatura, Albuquerque discute a existência da síndrome pós-laqueadura, ou seja, dos transtornos menstruais que podem ser provocados por ela. Após analisar a produção internacional sobre o tema, incluindo autores que afirmam e outros que negam a existência da síndrome, conclui-se que menores impactos sobre a saúde da mulher estariam garantidos pelo uso de técnicas menos agressivas, pois "quanto menor o comprometimento, maiores as possibilidades de sucesso que as microtécnicas vêm mostrando à larga". Admitindo que "as alterações menstruais estão quase sempre na dependência de pacientes com prévias alterações do ciclo, que se modificam para mais ou para menos, tanto em volume como em duração e intervalo", o autor conclui que os médicos devem estar atentos às possíveis repercussões da esterilização sobre a fisiologia ovariana e tubária (Albuquerque, 1985, p. 409).

Com o mesmo objetivo e com base no mesmo procedimento, Hermann e Souza realizam a revisão crítica de vários artigos sobre as alterações hormonais que decorrem da laqueadura, avaliando a função endócrina

do ovário e sua dinâmica vascular. Cautelosos, os autores afirmam: “desta revisão, podemos concluir que a ligadura tubária pode acompanhar-se de alterações hormonais com repercussão sobre a função ovariana, além de, como se sabe, interferir com frequência na esfera psíquica da paciente”. Por isto mesmo, acreditam que a decisão de esterilizar uma paciente deve ser “muito bem avaliada quanto à técnica utilizada e quanto ao momento em que deva ser realizada”, devendo-se dar preferência às técnicas menos agressivas (Hermann e Souza, 1985, p. 848).

Apoiado numa ampla revisão crítica de literatura, Molina analisa os efeitos colaterais de vários métodos contraceptivos, inclusive da laqueadura, avaliando, neste caso, “a qualidade dos estudos relacionados com as alterações menstruais e o aumento da incidência de histerectomias associados à laqueadura tubária”. A avaliação qualitativa dos estudos baseou-se na identificação dos seguintes aspectos: presença ou ausência de grupo de controle, desenho do estudo, tamanho da amostra, ajustamento quanto ao uso prévio de contraceptivos, testes de significância, potenciais vícios de seleção e de controle do tempo de realização da investigação (Molina, 1997, p. 14).

Dentre as suas conclusões destacam-se as seguintes: os estudos realizados até 1975 “indicavam um índice de complicações de longo prazo que variavam acentuadamente”, de 2,5% até 52%, sendo portadores de vários vícios metodológicos, tais como: ausência de grupo de controle, de testes de significância, de ajustamento para a idade e uso prévio dos métodos, etc. Observa o autor que, a partir de 1985, as pesquisas apresentam “menos erros metodológicos e reforçam a possibilidade de uma associação causal entre a laqueadura tubária e alterações menstruais e aumento de histerectomias, principalmente após cinco anos de cirurgia e em pacientes mais jovens” (Molina, 1997, p. 15).

Molina adverte ainda que “vários trabalhos vêm apontando para alterações da

função ovariana após a laqueadura tubária causadas possivelmente por insuficiência vascular, congestão venosa, alterações no sistema linfático e lesões neuroendócrinas locais em decorrência de traumatismos na mesossalpinge em conjunto ou isoladamente”. Pior ainda: segundo ele, “essas evidências sugerem uma alteração na função ovariana após a laqueadura tubária e dão sustentação para uma base teórica que aponta, em termos de longo prazo, riscos de alterações psíquicas, menopausa precoce e/ou sintomas climatéricos, aumento da osteoporose, aumento do risco de doenças do aparelho cardiovascular e aumento de cânceres hormônio dependentes que merecem estudos específicos” (Molina, 1997, pp. 17-18).

Na seqüência, apresenta-se um quadro contendo uma síntese das pesquisas empíricas que se dedicaram ao terceiro aspecto: contracepção e esterilização. Na primeira coluna, destaca-se o sobrenome dos autores; na segunda, o ano de publicação da pesquisa; na terceira, o local de sua realização; na quarta, o tamanho da amostra; na quinta, o estrato social das integrantes da amostra; a sexta coluna apresenta a relação dos temas tratados nos diferentes estudos, incluindo-se principalmente o perfil das mulheres e a adequação do uso dos métodos contraceptivos, a partir da análise de vários fatores: idade, estado de saúde, história contraceptiva anterior, paridade, etc. Inclui-se, ainda, entre estes temas a esterilização não-cirúrgica e a assistência materno-infantil, além de uma análise específica sobre o processo de decisão pela laqueadura.

A sétima coluna relaciona a faixa etária do estrato investigado e na última coluna tenta-se sintetizar, primeiro, o percentual dos métodos mais utilizados e, posteriormente, outros resultados destacados nas distintas pesquisas, os quais indicam as especificidades que caracterizam a expansão da esterilização feminina no País. A falta de homogeneidade observável neste último aspecto deve-se ao fato de que as diferentes pesquisas priorizam aspectos diversos nas suas conclusões.

Sobre este último aspecto, ou seja, as relações entre a esterilização e a operação cesareana, encontram-se os estudos de Janowitz et al. (1982) e Costa et al. (1984). Janowitz et al. realizam pesquisa em Campinas (SP) e constatam que o parto cesáreo é o requisito para a esterilização pós-parto, dependendo do poder de compra da paciente. Com base em dados coletados em entrevistas realizadas entre dezembro de 1979 e fevereiro de 1980, a análise inclui 927 mulheres casadas com no mínimo dois filhos, entre 20 e 44 anos, com expectativa de não aumentar a família. Contrariamente à tendência observável nos trabalhos mencionados anteriormente, principalmente os mais recentes, os autores apontam para propostas que possam facilitar o acesso das mulheres pobres à esterilização no País. Tais propostas incluem novas interpretações, mais "liberais", do Código de Ética Médica, alterações nos planos de saúde de modo a financiar tanto a esterilização feminina quanto à masculina e mudanças nas atitudes do País acerca do planejamento familiar.

Costa et al. realizam pesquisa na Maternidade Encruzilhada, em Pernambuco, abordando dois grupos de mulheres: 173 que realizaram cesareanas com esterilização e 173 que realizaram cesareanas sem esterilização. Dentre suas conclusões destaca-se a de que a incidência da esterilização foi maior antes dos 35 anos de idade em ambos os grupos, por mulheres multiparas com mais de quatro filhos. Além disto, a incidência de esterilização tubária entre as pacientes que realizaram cesária alcançou o equivalente a 25,5%.

O enfoque socioantropológico: determinantes socioculturais e perspectiva de gênero

Este enfoque inclui estudos que abordam os determinantes sociais, estruturais, culturais e legais implicados na esterilização feminina, destacando aspectos mais subjetivos, tais como: as representações, as conseqüências e os riscos. Em termos gerais, estes estudos enfatizam a compreensão dos processos

históricos e políticos, recorrendo às relações entre gênero e contracepção, e podem ser divididos em dois grupos: os que tratam especificamente da esterilização e aqueles que, dedicados à contracepção, contemplam também a esterilização.

O primeiro grupo de estudos pode ser subdividido entre trabalhos produzidos na década de 80 - por exemplo, Barroso (1981 e 1984), Corrêa (1984) e Parreira (1985) - e trabalhos que ilustram a produção dos 90 - por exemplo, Carneiro e Werneck (1992), Anjos (1992) e Minella (1996a e 1996b), além da contribuição do relatório da CPI da Esterilização (1993). Na síntese que se apresenta a seguir são ressaltadas apenas algumas das principais contribuições destes estudos.

No início da década de 80, Barroso polemiza sobre o assunto questionando se a esterilização representava um direito individual ou uma ameaça pública para as mulheres do País. Tal questionamento se fundamentava na constatação da ausência de critérios capazes de definir a prática da esterilização de modo a serem evitados os diferentes tipos de abusos. Observando que "na questão da esterilização agudizam-se ao máximo as contradições inerentes ao entrelaçamento de interesses vinculados ao controle da reprodução", Barroso (1981, p. 239) defende a regulamentação deste procedimento à semelhança do que já ocorria então nos Estados Unidos.

Anos depois, Barroso (1984, p. 170) contribui para o entendimento dos determinantes sociais que atuam na "escolha" da esterilização: "posição desvantajosa da mulher na família e no mercado de trabalho, a cultura patriarcal, a política de mercantilização da saúde e a política demográfica". Argumentando que a escolha da esterilização, assim como a de outros métodos contraceptivos, escapa ao controle das mulheres, a autora critica o modelo de explicação até então dominante nos seguintes termos: "na medida em que ignora as condições sociais nas quais uma escolha é

feita, o modelo é circular; a prevalência estatística da esterilização é considerada uma indicação de que é o método mais desejável. As mulheres 'preferem' a cirurgia porque esta é a escolha mais comum" (Barroso, 1984, p. 172).

Concluindo, a autora admite que, além dos interesses antinatalistas, a expansão da esterilização deve ser creditada também aos "elementos culturais e sociais que mediatizam a experiência de cada mulher". Dentre estes elementos culturais destaca: "a consciência das mulheres em relação às suas necessidades, os tipos de relações sexuais e familiares nos quais as mulheres têm de se envolver e as estratégias que elas adotam para negociar os conflitos acerca do número de filhos e o modo de evitá-los" (Barroso, 1984, p. 172). Dentro dos marcos de uma cultura patriarcal, pressionada pelo excesso de atividades e com o aval da indústria da contracepção, a mulher acaba "escolhendo", no âmbito do mercado contraceptivo, o método "menos conspícuo, o mais garantido e o menos dependente da cooperação masculina" (idem, p. 174).

Com a preocupação centrada nos aspectos legais da esterilização, Parreira (1985) parte da consideração de que vários fatores interferem na esterilização: o nacionalismo, a posição da Igreja, as políticas demográficas e os movimentos feministas. Após verificar o status legal da esterilização voluntária em diferentes países da Europa, do Oriente Médio, da Ásia e da América, a autora constata a falta de regulamentação sobre o assunto no País. Durante a pesquisa, Parreira encontrou três projetos de lei sobre esterilização na Câmara dos Deputados: o Projeto de Lei nº 3.063, de 1984, de autoria de Figueiredo Filho; o Projeto de Lei nº 3.069, de 1984, de autoria de Denisar Arneiro, e o Projeto de Lei nº 5.911, de 1984, de Celso Sabóia.

Com base numa análise destes projetos, Parreira conclui apresentando uma proposta de anteprojeto sobre esterilização voluntária

masculina e feminina, no qual se supõe o conhecimento pelo paciente dos demais métodos, bem como o conhecimento da irreversibilidade e dos efeitos adversos que poderão resultar, além da espera de 30 dias entre a decisão e a intervenção. Estes critérios, aliás, coincidem com alguns dos observados no Projeto de Lei nº 209-B, apresentado à Câmara dos Deputados em 1991 pelo deputado Eduardo Jorge e seis outros parlamentares.

Na década de 90, Carneiro e Werneck (1992) retomam a preocupação com um aspecto subjetivo anteriormente discutido por Barroso: a questão da escolha da esterilização e da vontade de ser esterilizada. Considerando que "é ilusória a idéia de que este é um ato puro da vontade da mulher", as autoras afirmam que "esse ato é resultado de um processo complexo de interesses e vontades", devendo-se levar em conta as histórias de vida, as condições culturais, a consciência e a autonomia, a difusão do conhecimento médico, além da totalidade psíquica da mulher, como elementos construtores desta vontade (Carneiro e Werneck, 1992, p. 46).

Certas de que "as razões que têm levado a mulher a consentir na lesão de parte do seu corpo como forma de não engravidar transcendem o âmbito individual e o setor de assistência", Carneiro e Werneck (1992) afirmam que "suas raízes se alimentam nas leis gerais que regem a civilização industrial e, também, no pensamento que inspira a macropolítica mundial de controle das populações", orientado para a criação de novas necessidades de consumo, produção de novas tecnologias e lucratividade.

Questionando o planejamento familiar como estratégia de desenvolvimento - uma vez que a redução da natalidade não significou bem-estar para amplos segmentos da população -, as autoras resgatam a experiência dos grupos feministas e dos serviços de saúde que se preocuparam em escutar e registrar a fala das mulheres, a fim

de problematizar um pouco mais a noção de vontade: "no discurso aparecem insatisfações na relação sexual, irresponsabilidade do parceiro quanto à sua própria fertilidade, desconhecimento do corpo. Aparecem cansaços, subestimas e uma sobrecarga existencial na vivência do papel de mãe. Aparece uma vida material difícil. É daí que surge a vontade, como uma estratégia de recusa, expressa num 'querer se livrar', ora de um lugar de opressão, ora de uma força natural que se quer dominar, dentro do mais puro paradigma da modernidade". Diante desta situação as autoras perguntam: "É possível falar de um ato puro da vontade?" (Carneiro e Werneck, 1992, p. 48).

Enquanto Carneiro e Werneck analisam a dimensão subjetiva do problema do ângulo das mulheres esterilizadas, Anjos dedica-se a ouvir a opinião dos médicos sobre a esterilização feminina. Tendo percebido que um dos problemas da implementação do PAISM em Florianópolis em 1989 resultava da falta de recursos, Anjos entrevista oito obstetras que atuam em diferentes hospitais do município e conclui:

"os argumentos mais utilizados pelos obstetras é de que a laqueadura em geral não é inócua. Ela traz sangramentos anormais, faz a mulher ter cólicas que muitas vezes não sentia antes e menstruação abundante. As mulheres que sabem exatamente o que é a laqueadura não a fazem. A falta de conhecimento e a divulgação incorreta do método somado ao desconhecimento e dificuldade de acesso aos métodos temporários é o que define a opção pela laqueadura. Consideram também que é freqüente o arrependimento de ter feito a cirurgia, mesmo com prole constituída e alguma idade, chegando a um índice de mais de 10%." (Anjos, 1992, p. 26)

Com a intenção também de compreender o ponto de vista médico, Minella elabora uma análise das abordagens clínicas sobre esterilização feminina, após consultar vários artigos nacionais e estrangeiros que tematizam, com base em pesquisa empírica e/ou revisão de literatura, as suas conseqüências orgânicas e emocionais. Os resultados deste procedimento apontaram principalmente para as seguintes conclusões:

"existem diferentes posições sobre o tema, as quais variam desde as severas restrições ao seu uso até sua plena aceitação. Confirma-se então, no plano das abordagens clínicas, a falta de consenso sobre o assunto, bem como o caráter normativo e moralizante das práticas médicas relativas à esterilização. Constata-se também o caráter ambíguo do próprio avanço do conhecimento científico, além da incerteza da ciência a respeito dos resultados das tecnologias. Percebe-se ainda uma espécie de 'reificação' da mulher. Ou seja: as linhas gerais do seu perfil são traçadas metodologicamente de modo a construí-la como 'usuária' de métodos contraceptivos, ao mesmo tempo em que são abstraídos os condicionantes socioculturais, a perspectiva de gênero, a visão de mundo, bem como as sutilezas da sexualidade feminina." (Minella, 1996b, p. 71)

Apontando para a necessidade de realização de pesquisas interdisciplinares sobre o tema, a autora compreende que a variedade de posições indica claramente a sua complexidade, "a qual decorre, dentre outros fatores, da sua alta ressonância econômica e política, em relação a qual a produção científica analisada, com certeza, não permanece imune, sendo possível intuir, em alguns casos, fortes relações entre ciência e poder" (Minella, 1996b, p. 71).

Em outro artigo, Minella analisa as representações femininas acerca do período pós-esterilização em Florianópolis, Santa Catarina, tentando perceber as imagens que as mulheres constroem sobre si mesmas após a cirurgia. Tendo entrevistado 40 mulheres entre 25 e 53 anos, constituídas em dois grupos - um de baixa renda, composto principalmente por donas de casa, totalizando 22 mulheres, e um dos setores médios, composto por estudantes e professoras universitárias, além de funcionárias públicas da Universidade, totalizando 18 mulheres -, a autora conclui, dentre outros aspectos, que, confirmando uma tendência nacional, a prática da esterilização ocorreu principalmente por meio da laparotomia ampla, em hospitais públicos e durante a realização de cesareanas.

Em relação às conseqüências da esterilização, as mulheres manifestam-se destacando ou seus aspectos positivos, ou seus aspectos negativos. Quanto aos primeiros, "a maioria das mulheres (57,5%) das mais variadas idades, ocupações e nível de escolaridade, apontam a tranquilidade que adquiriram a partir da certeza de que não vão mais ter filhos, e não vão mais ter que se preocupar com outros métodos".

Quanto aos aspectos negativos, elas apontam, "em primeiro lugar, os problemas de saúde que passaram a sentir depois da cirurgia, pois consideram que estes interferem tanto na sua vida social quanto afetiva".

Dentre as 40 investigadas, 11 (ou seja, 27,5% do contingente) delas afirmam "ter passado a sofrer dos seguintes problemas: distúrbios menstruais (cólicas, fluxo abundante e irregular), dores nos seios, dores abdominais, distúrbios emocionais, dores de cabeça constantes e perda da vontade sexual". Além destas 11, quatro mulheres afirmam ter percebido alterações menstruais que não interferem nos demais aspectos de sua vida. (Minella, 1996a, p. 2 508).

Por último, leva-se em conta ainda a contribuição presente no relatório da CPI da Esterilização, a qual permite a compreensão deste fenômeno a partir de uma abordagem ampla, que tematiza vários aspectos: o histórico, o médico-sanitário, o político e econômico nacional e internacional (destacando a atuação de entidades controlistas) e os sociais e antropológicos.

Dentre outros aspectos, a CPI considera que os determinantes sociais que atuam no sentido de influenciar a decisão das mulheres pela esterilização devem ser levados em conta na formulação de políticas de saúde, pois muitas vezes a escolha deste método decorre da existência de vários tipos de medo: o medo dos efeitos colaterais dos outros métodos disponíveis, do parto, das conseqüências do aborto clandestino, da falta de condições materiais. A todos estes medos soma-se o "vazio da ação governamental".

Por isto mesmo o relatório da CPI entende a opção pela esterilização cirúrgica como "renúncia à reprodução em sua forma mais radical" e afirma: "para a reprodução ser considerada como uma opção, é necessário uma desconstrução cultural, pois a 'cultura da laqueadura', hoje, está consolidada, enraizada, legada de mãe para filha, de avó para mãe, constituindo já um caminho 'natural', 'um projeto de vida', o qual se baseia no desejo de uma melhoria de vida" (Congresso Nacional, 1993, p. 48).

O segundo grupo de estudos, ao incluir a reflexão sobre esterilização no âmbito de uma preocupação mais abrangente com a saúde reprodutiva, inclui as contribuições de Machado (1994) e Citeli et al. (1995), de Giffin (1992), sobre contracepção como risco a partir da perspectiva de gênero e, por último, de Ribeiro (1996), sobre práticas reprodutivas e religião.

A partir de pesquisa empírica com 52 mulheres, sendo 26 provenientes das camadas médias e 26 das classes populares, Machado analisa as diferenças e as

semelhanças quanto às concepções de família, sexualidade e planejamento familiar em dois grupos religiosos: pentecostais e carismáticos católicos no Rio de Janeiro. Quanto às estratégias de planejamento familiar, a autora conclui que dentre as carismáticas prevalece o uso de métodos naturais. Embora dez mulheres entre 33 e 46 anos estejam laqueadas, estas argumentam que a cirurgia ocorreu antes de entrarem no movimento carismático e depois do uso prolongado da pílula. O fato de terem sido orientadas pela Igreja atua no sentido de evitar uma imagem negativa de si mesmas ou da esterilização, verificando-se neste caso, mais uma vez, a ambivalência entre o discurso e a pastoral católicos.

Entre os pentecostais, no geral mais próximos dos valores modernos, predominam, de acordo com a autora, os contraceptivos artificiais, sendo que nos segmentos médios, seis mulheres de um total de dez e dois homens de um total de cinco encontram-se esterilizados. Neste caso, não se encontrou "a tensão entre a prática concreta dos fiéis e a orientação institucional como no caso dos carismáticos católicos que, embora se submetam ou tenham se submetido às formas diversas de controle da natalidade, não conseguem disfarçar um certo sentimento de desconforto por não estarem com o comportamento totalmente alinhado com as diretrizes da hierarquia" (Machado, 1994, p. 25).

Citeli et al., por sua vez, analisam mulheres organizadas em movimentos de base e mulheres representativas de diferentes grupos de trabalhadoras e militantes: trabalhadoras rurais, empregadas domésticas e donas de casa em Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo, respectivamente. Esta pesquisa, incluída num projeto maior do International Reproductive Rights Research Action Group (IRRAG), que abrange também México, Estados Unidos, Nigéria, Filipinas, Malásia e Egito, relaciona anticoncepção e gênero para compreender o processo de "naturalização" da esterilização feminina e a

dificuldade de refletir sobre os direitos reprodutivos nos seguintes termos:

"a esterilização parece ter se instalado de modo definitivo no curso de vida destas mulheres, como um momento 'natural', o ponto de chegada da sua experiência reprodutiva. Passasse, portanto, do ciclo biológico menarca-concepção-gestação-parto, para um novo ciclo menarca-concepção-gestação-parto-esterilização, onde, a despeito de ser uma intervenção externa sobre o corpo, a esterilização adquire o mesmo *status* dos outros momentos e, na concepção do ciclo, termina por 'naturalizar-se'. Ela passa a ser prevista, planejada, desejada e esperada pelas mulheres, antes mesmo do casamento." (Citeli et al., 1995, p. 24)

Após analisar as reações das mulheres à esterilização e tendo constatado as ambivalências da trajetória reprodutiva das mulheres pobres, as autoras consideram que "a sobrevivência do corpo trabalhador exige o fim das tarefas reprodutivas. Tal fato é construído como se a reprodução em si, e não a reprodução nas condições de pobreza em que vivem, fosse o problema. Desta forma, as condições de vida destas mulheres são medicalizadas e, através da medicina, um novo percurso é legitimado, prescrito, desejado. O corpo, instrumento de trabalho, é preservado e o seu controle efetuado pelo sistema médico" (Citeli et al., 1995, p. 24).

Se no caso de Citeli et al. prevaleceu uma preocupação em registrar as ambivalências da trajetória reprodutiva das mulheres pobres, no caso de Giffin sobressai a preocupação em registrar as ambivalências inerentes à própria produção da contracepção num contexto de "modernidade perversa". Compreendendo a contracepção como possibilidade de risco, Giffin (1992) alerta para os resultados de pesquisas realizadas

na Inglaterra e Gales em 1975 e nos Estados Unidos no início dos anos 80, as quais atribuem a este fenômeno um peso significativo entre as causas de mortalidade de mulheres. No caso brasileiro, a autora ressalta que a forte associação entre esterilização e cesareanas configura um risco ainda maior para a saúde.

O estudo de Ribeiro volta-se para o entendimento das práticas reprodutivas no interior das comunidades eclesiais de base da Igreja Católica, assinalando as contradições entre o discurso da Igreja e as práticas reprodutivas dos fiéis. Tendo realizado pesquisa com 265 mulheres atuantes nestas comunidades na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, a autora encontra 37,2% de esterilizadas entre as usuárias de métodos anticoncepcionais. Registrando também a presença de ambivalências, comenta: "a grande maioria das que se esterilizaram não se arrepende da decisão tomada, mas aproximadamente um quarto não voltaria a fazê-lo, se pudesse". Dentre as mulheres que não se esterilizaram, 43% têm a intenção de fazê-lo, e "são predominantemente as mulheres mais jovens, menos prolficas e mais escolarizadas que apresentam um maior grau de aceitação deste método" (Ribeiro, 1996, p. 2 476).

Considerações finais: a composição do caos no contexto de uma nova subjetividade feminina

A elaboração das considerações finais deste artigo inclui, inicialmente, uma reflexão sobre alguns dos denominadores comuns presentes nos três enfoques, para em seguida ressaltar algumas de suas especificidades e, finalmente, à luz dos resultados analisados, tecer alguns comentários sobre a subjetividade feminina com a intenção de contribuir para a continuidade da discussão sobre o tema mediante a construção do primeiro esboço de uma hipótese explicativa. No primeiro caso, observa-se que, independentemente do enfoque, existem certos "panos de fundo" constantes, embora isto não

signifique que eles estejam necessariamente explicitados e/ou detalhados pelos autores. Dentre estes incluem-se os determinantes sociais e estruturais implicados na experiência da esterilização, tais como: os processos históricos e políticos relativos às políticas locais e mundiais de controle das populações e à expansão do planejamento familiar no País.

Constata-se a existência de denominadores comuns também em muitos dos resultados. Por exemplo, a grande maioria dos autores conclui que no âmbito da contracepção prevalecem a esterilização e a pílula, alternando-se ora uma, ora outra, de acordo com o universo investigado, confirmando-se, deste modo, uma tendência nacional; que a responsabilidade da contracepção recai principalmente sobre a mulher; que ela decide sobre este assunto com base na falta de informação e em face de vários tipos de pressão; que o seu perfil contraceptivo indica a falta de adequação no uso dos métodos; que os serviços de saúde devem ser instrumentados mediante a implementação de políticas que favoreçam a informação e o acesso aos diferentes métodos; que a expansão da esterilização tende, atualmente, a não depender de renda, idade, escolaridade e número de filhos; que tende a não depender também de participação no mercado de trabalho; que as mulheres não querem mais do que dois a três filhos em média, seja porque necessitam desempenhar melhor suas outras funções no mercado de trabalho, seja porque necessitam desempenhar melhor seu papel de mãe; e, finalmente, que a conscientização sobre a expansão da esterilização deve integrar a luta pelos direitos reprodutivos.

No que se refere às especificidades, observa-se que o enfoque demográfico revela mais que quantidades porque, dentre outros aspectos, esclarece os fatores que interferem na dinâmica populacional; as relações entre demografia e saúde; as tendências demográficas; as variáveis que condicionam a construção do perfil reprodutivo das mulheres; as relações entre as opções pelos

diferentes métodos contraceptivos e as práticas médicas; e as características da evolução do uso da contracepção pelas mulheres brasileiras.

O enfoque da saúde coletiva, por sua vez, como foi mencionado, ressalta os riscos, privilegiando aspectos, tais como: reversão e arrependimento, síndrome pós-laqueadura e efeitos colaterais, perfil reprodutivo e adequação no uso de métodos, relações entre partos operatórios e laqueadura. A maioria dos estudos incluídos neste enfoque mantém certas constantes metodológicas: delimitação de universo, cálculo amostral e seleção de variáveis. No que se refere ao estrato social das mulheres investigadas, observa-se que, dentre as 12 pesquisas empíricas realizadas em várias partes do País que se dedicam a analisar a adequação no uso de métodos (Quadro 1), oito priorizam os estratos de baixa renda, duas trabalham com setores diferenciados, e duas selecionaram setores médios. Conclui-se, portanto, a necessidade de maior atenção às mulheres dos estratos médios e altos, cujos depoimentos podem esclarecer melhor sobre a existência de diversidades no plano das motivações. Os limites da idade reprodutiva variaram ligeiramente entre um mínimo de 12 anos e um máximo de 59 anos, de acordo com os diferentes critérios utilizados pelos autores.

Por último, o enfoque socioantropológico ressalta os determinantes culturais, enfatizando a análise das representações, das conseqüências e dos riscos ligados à esterilização, de acordo com o ponto de vista das mulheres e dos médicos; as práticas reprodutivas e a religião; o plano das motivações; o processo de "naturalização" da esterilização feminina; e as ambivalências da trajetória reprodutiva das mulheres.

Cada um dos estudos analisados em particular, e o seu conjunto, de modo geral, constituem, sem dúvida alguma, um grande avanço no sentido de acompanhar a dinâmica do fenômeno em questão, de elaborar críticas e de apontar sugestões. Muitos dos aspectos

que caracterizam a esterilização, principalmente os objetivos, foram indicados com insistência, configurando-se como pistas indispensáveis para a continuidade das pesquisas na área.

Não obstante estes avanços, as tentativas de composição deste caos se ressentem, talvez, de um investimento mais profundo na compreensão de uma nova subjetividade feminina, que pode ser pressentida por trás das linhas do perfil reprodutivo esboçadas nestes estudos. Tendo em vista a importância da subjetividade na construção das práticas sociais, e ainda levando em conta que, no caso específico das sociedades capitalistas, como admitem Guattari e Rolnik (1986, p. 33), a construção da subjetividade "constitui matéria-prima de toda e qualquer produção", na medida em que "diz respeito à sensibilidade, à produção, à memória, às relações sexuais, aos fantasmas originários, etc.", vale a pena tecer, neste momento, alguns comentários finais a este respeito, a fim de tentar contribuir para novas pesquisas sobre o tema.

Observa-se, inicialmente, que os resultados principais dos estudos analisados consistem, primeiro, em constatar uma expressiva e rápida queda da fecundidade e, segundo, em desvendar as razões pelas quais as mulheres querem reduzi-la cirurgicamente. Ao relacionar as razões deste procedimento, os diferentes autores sugeriram que, mais uma vez no curso da história humana, as mulheres se vêem obrigadas a modificar sua relação com a maternidade em função de um contexto de incertezas não apenas no plano econômico ou político, mas no plano existencial propriamente dito. Talvez aquelas razões possam ser referenciadas também às dificuldades que homens e mulheres têm atualmente de perceber com clareza as instâncias produtoras da subjetividade.

Para entender estas instâncias, de acordo com Guattari e Rolnik, não se deve contrapor as relações de produção econômicas às relações de produção da subjetividade, pois um dos êxitos mais monumentais do

Quadro 1
Principais dados e resultados das pesquisas sobre contracepção e esterilização
em várias regiões do País - 1986/1996

Autores	Ano	Local	Amostra	Estrato social	Temas	Faixa etária	Resultados	
							%	% e outros
Faúndes et al.	1986	Campinas/Hospital de Clínicas	253	Baixa renda	Perfil e adequação	Em idade reprodutiva	Esterilização feminina = 23,3 Pílula = 58,1	Contra-indicação da pílula = 27,2
Sotelo	1987	São Paulo (capital)	1 706	Diferenciados	Esterilização tubária não-cirúrgica	15 a 40	Esterilização feminina Grupo I = 15,58 Grupo II = 10,33	Esterilização não-cirúrgica Grupo I = 4,10 Grupo II = 1,60
Almeida	1988	Salvador	310	Médio	Perfil e status social	Em idade reprodutiva	Esterilização feminina = 22,6 Pílula = 8,4	É maior a prevalência da esterilização feminina em todos os níveis de status
Costa, S.H. et al.	1989	Rio de Janeiro (capital)	1 783	Baixa renda	Perfil e adequação	15 a 49	Esterilização feminina = 22,0 Pílula = 36,0	A esterilização feminina predomina a partir dos 35 anos/ 63,2 durante a cesárea/ 73,0 em serviços públicos
Noronha et al.	1990	Recôncavo Baiano	140	Diferenciados	Perfil e adequação	15 a 49	Esterilização feminina = 88,1 entre 30 e 49 anos	Os níveis de renda e escolaridade não interferem na esterilização feminina
Osís et al.	1990	São Paulo (capital e interior)	3 703	Baixa renda	Perfil e adequação	15 a 49	Esterilização feminina Capital = 17,9 Interior = 25,9	Prevalência maior com menor nível de educação e na faixa etária entre 20 e 29 anos
Rezende et al.	1990	Belo Horizonte/Hospital de Clínicas	1 104	Baixa renda	Perfil e adequação	Mais de 35	Esterilização feminina = 1/3 entre 35 e 39 anos	A esterilização feminina é menor entre as mulheres com 40 anos e mais
Gazola e Boeira	1984	Florianópolis	64	Baixa renda	Perfil e adequação	15 a 49	Esterilização feminina = 12,5 Pílula = 40,6	Influência dos médicos na escolha dos contraceptivos = 35,9
Vieira	1994	São Paulo (capital)	3 149	Baixa renda	Perfil e adequação	15 a 49	Unidas Esterilização feminina = 29,2 Pílula = 34,4	Mulheres com menos de 30 anos, maior grau de insatisfação
Rodrigues Filho	1996	Paraíba (litoral e sertão)	2 000	Baixa renda	Assistência materno-infantil	15 a 40	Todas esterilizadas	Laqueadas após terem no máximo três filhos/ 35 % das mulheres entre 15 e 40 anos na Paraíba estão esterilizadas e 15 % arrependidas
Costa et al.	1996	Campinas	100	Baixa renda	Decisão pela laqueadura	30 e 39	Todas esterilizadas	Há forte influência de outras mulheres laqueadas/ não desejam mais ter filhos/ procuram eficácia/ não pensam em se arrepender
Duchiade et al.	1996	Rio de Janeiro	1 024	Setores médios	Saúde reprodutiva	21 a 59	42,2 dentre as que evitam filhos estão estérteis	7,2 dos companheiros estão vasectomizados/ 66,9 dos partos foram operatórios/ mediana de filhos = 2

capitalismo mundial tem sido a capacidade de integrar estes dois pólos de relações, transformando-os em uma espécie de "conjunto único". Há, portanto, "um sistema de conexão": de um lado as grandes máquinas produtoras e de controle social; do outro, "as instâncias psíquicas, que definem a maneira de perceber o mundo" (Guattari e Rolnik, 1986, p. 27).

Sob a inspiração deste tipo de formulação, torna-se possível compreender que o grande dilema da subjetividade contemporânea é que ela é gestada fora dos indivíduos, de um modo muito particular. Ou seja, os nossos desejos e vontades não são em grande parte formulados por nós mesmos, mas pelas instituições, pelas empresas, pelas fábricas, pelos partidos, pelos assistentes sociais, jornalistas, técnicos da mídia eletrônica, psicólogos, médicos, administradores, etc., os quais formulam as últimas palavras em termos dos modelos de conduta do trabalhador, do pai de família, da mãe de família, do adolescente, do idoso, etc. O pensamento "de dentro" torna-se, pois, uma "dobra" do pensamento de fora, podendo redobrar-se de várias maneiras: singularizar-se, resistir, reinventar o jogo. Ou se conformar. Ou ainda, sucumbir.

Vista deste ângulo particular, a massificação da esterilização feminina pode ser também uma resposta a toda esta engenharia social que sugere a "modernização" das mães, através do controle dos nascimentos, conjugada com outros fatores: pobreza, falta de informação, necessidades da urbanização acelerada, da liberdade sexual, do mercado de trabalho, etc. Logo, a renúncia radical à maternidade tanto pode esconder quanto desvendar *ao mesmo tempo* uma reapropriação da subjetividade (no sentido de expressar a capacidade de fazer brechas no sistema dominante) e uma submissão a esta mesma subjetividade dominante, num movimento transversal, contraditório e às vezes extremamente tenso.

Num mundo onde, segundo Guattari (1992, p. 14), "as máquinas tecnológicas de informação e de comunicação operam no núcleo da subjetividade humana, não apenas

no seio das suas memórias, da sua inteligência, mas também da sua sensibilidade, dos seus afetos, dos seus fantasmas inconscientes", ter poucos filhos tomou-se uma das mensagens mais constantes. No entanto, a obediência a esta mensagem tanto pode evidenciar uma libertação quanto pode significar uma nova escravidão. A escravidão ao desejo dos outros, aliada a dois tipos de dificuldade: primeiro, de perceber os limites entre este desejo e as próprias vontades e, segundo, de perceber que os desejos dos outros (patrões, colegas, familiares, mídia, psicólogos sociais, assistentes sociais, etc.) às vezes não fazem senão assegurar a continuidade de práticas sociais arcaicas, através da incorporação de procedimentos modernos.

Neste sentido, vale lembrar, ainda de acordo com Guattari, que "a Sociologia, as ciências econômicas, políticas e jurídicas, parecem, no atual estado de coisas, insuficientemente armadas para dar conta de uma [tal] mistura de apego arcaizante às tradições culturais e entretanto de aspiração às modernidades tecnológica e científica, mistura que caracteriza o coquetel subjetivo contemporâneo" (Guattari, 1992, p. 13). A compreensão desta ambivalência colaboraria, sem dúvida, para o entendimento da massificação da esterilização feminina como resposta contraceptiva tecnologicamente avançada, que contribui de certa forma, na prática, para manter tradições culturais arcaicas. Por exemplo, no plano doméstico, o machismo. Isto na proporção em que as mulheres têm garantido, com a contenção da natalidade, um melhor desempenho de suas funções tanto dentro como fora de casa, liberando o homem de uma maior participação na contracepção, na rotina da casa e dos filhos. E mais, tornando mais operacional sua própria existência e a dos filhos, seja no caso de separações consensuais, seja no caso de abandonos, sempre freqüentes e sempre possíveis em contextos de incertezas.

No plano da vida social, a opção por uma drástica tecnologia contraceptiva certamente assegura, por exemplo, a possibilidade de intensificação da produção, um dos mais eficientes mecanismos de ma-

nutrição de uma estratégia arcaica: a sobreexploração do trabalho, da potencialidade e da sensibilidade humanas.

Talvez por isto mesmo, o impacto social da produção científica sobre a esterilização (elaborada principalmente por mulheres), as críticas e as contribuições que têm sido feitas, tenham de certa forma um impacto social reduzido, haja vista que o número de mulheres esterilizadas cresceu signifi-

cativamente entre 1986 e 1996, quando mais se discutiu sobre o tema. Além da fragmentação das políticas de saúde, da sua inadequação e da falta de informação, principalmente entre mulheres de baixa renda, seria conveniente acrescentar talvez esta outra hipótese: as contradições da nova subjetividade feminina, de uma nova sensibilidade que ao mesmo tempo em que sucumbe, resiste e reinventa o jogo.

Bibliografia

- ALBUQUERQUE, L. A. de. Síndrome pós-laqueadura: existe? *Femina*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 406-409, 1985.
- ALMEIDA, M. M. G. Status social e métodos anticoncepcionais. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 4, n. 2, p. 9-62, 1988.
- ANJOS, M. D. *Elementos para uma política de planejamento familiar que contemple a laqueadura tubária no município de Florianópolis*. Florianópolis: Centro Socioeconômico/Universidade Federal de Santa Catarina, 1992. Mimeogr.
- ANTICONCEPÇÃO 1986. Rio de Janeiro: IBGE, 1991. v. 1.
- BAHAMONDES, L. et al. Significado do recente aumento do número de solicitantes de reversão de laqueadura em um serviço de esterilidade. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 360-362, 1992.
- BARROSO, C. Esterilização: direito individual ou ameaça pública? *Revista Paulista de Hospitais*, São Paulo, v. 29, n. 11, p. 338-340, 1981.
- _____. Esterilização feminina: liberdade e opressão. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18, p. 170-180, 1984.
- BERQUÓ, E. *Sobre o declínio da fecundidade e a anticoncepção em São Paulo: análise preliminar*. Campinas: Núcleo de Estudos de População, Universidade de Campinas, 1986. 51 p. (Textos NEPO, n. 6).
- _____. A esterilização feminina no Brasil hoje. In: QUANDO a paciente é mulher. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1989. p. 79-84.
- _____. Uma queda (cirúrgica) na fecundidade. *Revista Imprensa*, 76, p. 16-20, 1994. Encarte.
- CARNEIRO, F., WERNECK, J. Planejamento familiar e atraso. *Teoria e Debate*, 17, p. 46-50, 1992.
- CITELI, M. T., SOUZA, C. M., PORTELA, A. P. Reveses da anticoncepção entre mulheres pobres. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS, 19., 1995. Caxambu. Mimeogr.
- CORRÊA, S. Causas e condições da esterilização feminina na Região Metropolitana de Recife: uma recusa à maternidade? In: SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA, 36., 1984. *Reunião anual*. Mimeogr.
- COSTA, C. C. F., COSTA, H. L. F. F., ALBUQUERQUE, P. C. Esterilização tubária na operação cesariana. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, v. 6, p. 117-120, maio-jul. 1984.
- COSTA, M. A. *A esterilização feminina no Brasil*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1991. 30 p. (Textos para discussão, n. 236).
- COSTA, R. G., OSIS, M. J. D., HARDY, E. Considerações sobre o processo de decisão pela laqueadura. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10., 1996, Caxambu. *Anais...* Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1996. v. 4. p. 2.523-2.536.
- COSTA, S. H. et al. A prática de planejamento familiar em mulheres de baixa renda no município do Rio de Janeiro. *Cadernos de*

- Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 169-186, abr. 1989.
- DELEUZE, G., GUATTARI, F. *O que é a Filosofia?* Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- DUCHIADE, M. et al. Saúde reprodutiva em funcionárias de banco estatal. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10., 1996, Caxambu. *Anais...* Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1996. v. 4. p. 2.653-2.678.
- FAÚNDES, Aníbal et al. Frequência e adequação no uso de métodos contraceptivos por mulheres de Campinas. *Revista Paulista de Medicina*, São Paulo, v. 104, n. 10, p. 44-46, 1986.
- FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- GAZOLA, S., BOEIRA, V. L. G. *Modificações no perfil da contracepção em mulheres usuárias do Serviço de Saúde da Costeira do Pirajubaé após a implantação do PAISM*. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal de Santa Catarina, 1994. Mimeogr.
- GIFFIN, Karen. A modernidade perversa e a reprodução humana no Brasil. In: LEAL, M. C. et al. (Orgs.). *Saúde, ambiente e desenvolvimento*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992. v. 2. p. 99-102.
- GUATTARI, Félix. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- _____, ROLNIK. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- HARDY, E. et al. Risk factors for tubal sterilization: regret, detectable before surgery. *Contraception*, Nova York, n. 54, p. 159-162, 1996.
- HERMANN, V., SOUZA, G. A. Síndrome pós-laqueadura. *Femina*, Rio de Janeiro, n. 5, p. 845-849, 1985.
- JANOWITZ, B. et al. Access to postpartum sterilization in southeast Brazil. *Medical Care*, Philadelphia, v. 20, n. 5, p. 526-534, 1982.
- MACHADO, M. D. C. Família, sexualidade e planejamento familiar: um estudo comparativo dos pentecostais e carismáticos católicos do Rio de Janeiro. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS, 18., 1994, Caxambu, MG.
- MINELLA, L. S. Os impasses da contracepção: um estudo sobre as representações femininas acerca do período pós-esterilização em Florianópolis, Santa Catarina. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10., 1996. *Anais...* Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, v. 4. p. 2.487-2.522.
- _____. Reprodução humana: uma análise sociológica das abordagens clínicas sobre esterilização feminina. *Revista Saúde*, Porto Alegre, v. 1, p. 71-85, 1996b.
- MOLINA, A. Atualização e controvérsias no campo da saúde reprodutiva. In: PROGRAMA DE ESTUDOS EM SAÚDE REPRODUTIVA, 6., 1997, Campinas. Campinas: UNICAMP, Núcleo de Estudos da População. Apresentado no 5º Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva.
- NORONHA, C. V. et al. A concepção controlada: práticas anticonceptivas em uma área do recôncavo baiano. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Campinas, v. 7, n. 1, p. 104-107, jan./jun. 1990.
- OSIS, M. J. D. et al. Laqueadura tubária nos serviços de saúde do Estado de São Paulo. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 1, n. 3, p. 195-204, 1990.
- PARREIRA, J. G. *Aspectos legais da esterilização voluntária do homem e da mulher*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 1985.
- PERPÉTUO, I. H. O. Uma década de esterilização feminina no Nordeste. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10., 1996, Caxambu. *Anais...* Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1996. v. 4. p. 2.611-2.636.
- PESQUISA Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. Brasil. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1997. 182 p.

- PESQUISA Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar 1986. Brasil: relatório resumido. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1989. 24 p.
- PESQUISA sobre Saúde Familiar no Nordeste 1991. Brasil: principais resultados. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1993. 247 p.
- RELATÓRIO final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil. Brasília: Congresso Nacional, 1993.
- REZENDE, C. A. L. et al. Contracepção feminina após os 35 anos: estudo de 1.104 mulheres. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, Rio de Janeiro, v. 100, n. 1-2, p. 15-20, 1990.
- RIBEIRO, L. Contraditórias caminhadas: práticas reprodutivas entre mulheres das comunidades eclesiais de base da Igreja Católica. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10., 1996, Caxambu. *Anais...* Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1996. v. 4. p. 2.461-2.485.
- RODRIGUES FILHO, J. Análise das condições de assistência materno-infantil das mulheres de baixa renda. Relatório de pesquisa. Universidade Federal da Paraíba, 1996.
- SIMÕES, C. C. S., OLIVEIRA, L. A. P. *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: a situação da fecundidade: determinantes gerais e características da transição recente*. Rio de Janeiro: IBGE: Fundo das Nações Unidas para a Infância: OPAS, 1988. 63 p.
- SOTELO, J. R. Esterilização tubérea feminina não cirúrgica. Método em uso na cidade de São Paulo. *Reprodução*, 2, 1987, p. 167-175.
- SOUZA, G. A. A. Esterilização: o encerramento das carreiras reprodutivas e as esterilizações femininas na Bahia. *Veracidade, Revista do Centro de Planejamento Municipal*, Salvador, n. 3, p. 5-9, set. 1992.
- TENDÊNCIAS demográficas: uma análise a partir dos resultados do Censo Demográfico de 1991. Rio de Janeiro: IBGE, 1996. 49 p.
- VIEIRA, E. M. *Regret after sterilization among low income women in São Paulo, Brazil*. Tese (Doutorado) - University of Exeter, 1993.
- _____. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 440-448, 1994.

Resumo

O artigo objetiva analisar a produção científica sobre a esterilização feminina no Brasil desde os anos 80 até o início dos 90, identificando alguns dos seus principais enfoques: o demográfico, o de saúde coletiva e o socio-antropológico. Sua metodologia baseou-se na interpretação de 45 publicações oriundas de distintas instituições de ensino e pesquisa do País (artigos em revistas, anais, relatórios, teses e dissertações de pós-graduação), tendo-se destacado suas especificidades e seus denominadores comuns. Com base neste procedimento, elaborou-se uma hipótese preliminar sobre as relações entre a massificação da esterilização e os contornos de uma nova subjetividade feminina, sob a inspiração das contribuições de Felix Guarrari e Suely Rolnik a respeito deste último tema.

Abstract

This paper analyses the scientific production about Brazilian female sterilisation from the 80s to the beginning of the 90s. It was identified three focus: demographic, social health and socio-antropological. It were analysed 45 scientific works from different research and teaching institutions. Based on this, a hypothesis was established about the relationship between the generalisation of sterilisation and women psychology inspired in the works by Guattari and Rolnik.