

Atualidades/Actualities

ESTERILIZAÇÃO FEMININA: LIBERDADE E OPRESSÃO*

Carmen Barroso**

BARROSO, C. Esterilização feminina: liberdade e opressão. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 18: 170 - 80, 1984.

RESUMO: É mostrado que a esterilização feminina tem aumentado extraordinariamente nos últimos anos no Brasil. Em alguns Estados do Nordeste, este é o meio anticoncepcional mais comumente usado, sendo os hospitais estaduais e municipais e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) os principais fornecedores. Entretanto, em que pese haver numerosos abusos praticados, de esterilizações realizadas sem o consentimento consciente da mulher, é provável que grande parte das esterilizações tenha sido solicitada pelas clientes, mas dentro de um conjunto de alternativas que elas individualmente são impotentes para alterar. Estas alternativas decorrem de determinantes sociais: posição desvantajosa da mulher na família e no mercado de trabalho, a cultura patriarcal, a política de mercantilização da saúde e a política demográfica.

UNITERMOS: Esterilização feminina. Planejamento familiar. Contracepção. Saúde da mulher.

Em 5 de janeiro de 1979, o New York Times noticiou que 4 trabalhadoras de uma indústria química americana haviam optado pela esterilização para não ter que desistir de seu emprego — em que estavam expostas a perigosas substâncias teratogênicas e mutagênicas. Esse caso, e um número crescente de casos semelhantes, levantam várias questões, uma das quais é a tendência da grande indústria de adotar políticas discriminatórias contra a mulher em lugar de eliminar os riscos reprodutivos que infestam os locais de trabalho e afetam tanto homens como mulheres. Num outro nível, o dilema dessas 4 operárias dramatiza a questão da liberdade de escolha, em relação ao planejamento familiar, e a importância de analisar essa escolha em relação ao seu contexto social, econômico e cultural. Embora a decisão tenha sido voluntária, num sentido estrito, foi feita sob condições materiais e políticas restritivas: a necessidade das mulheres trabalharem fora de casa, a dificuldade de conseguirem empregos seguros e relativamente bem pagos, o perigo de aborto ou de concepção de crianças deformadas; a recusa da empresa em transferir as operárias para funções me-

nos perigosas ou em evitar a poluição do ambiente de trabalho com substâncias tóxicas, a falta de empenho dos sindicatos em levantar esse tipo de questão. Dadas essas condições, essas operárias “escolheram” a esterilização em condições que não lhes deixava muita escolha.

Embora esse exemplo não seja necessariamente típico das condições em que se encontra a maioria das mulheres, é certamente sintomático dos determinantes sociais da escolha reprodutiva. Em diversos graus e modos, mulheres em diferentes países, ocupações, classes, raças, idades e situações conjugais encontram suas decisões reprodutivas estruturadas por um conjunto de condições sobre as quais têm muito pouco controle.

Como é sabido, a taxa de fecundidade das mulheres brasileiras permaneceu praticamente constante de 1930 até 1965, verificando-se uma queda a partir daquela data. Pesquisas realizadas em diversos Estados indicam aumento acentuado do uso de anticoncepcionais, da prática do aborto e, especialmente, do recurso à esterilização (Berquó⁴, 1980).

Pretende-se focalizar especialmente o

* Depoimento apresentado na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do aumento populacional, em 17 de maio de 1983, no Senado Federal.

** Da Fundação Carlos Chagas — Av. Prof. Francisco Morato, 1565 — 05513 — São Paulo, SP Brasil.

crescimento recente da esterilização feminina porque esse método, que permanece praticamente irreversível, em alguns Estados, como o Piauí, já é o mais comum.

Comparando dados de São Paulo de 1965 a 1978, vemos que o recurso à esterilização aumentou de 100% nesses 13 anos (Berquó⁴, 1980). Em pesquisa realizada em 1979, no Piauí, constatou-se que 93% das ligaduras foram realizadas após 1970 (Rodrigues e col.¹⁹, 1979). No Rio Grande do Norte, das mulheres esterilizadas até 1980, 71% o haviam sido na segunda metade da década, indicando um aumento extraordinário nos anos mais recentes (Rodrigues e col.²⁰, 1980).

Um exame cuidadoso dos dados de Rodrigues e col.^{19, 20}, 1979, 1980; Nakamura e Fonseca¹⁵, 1978, aponta sugestivas diferenças regionais: a esterilização é um método relativamente mais importante no Nordeste do que em São Paulo. Em São Paulo o ritmo de expansão da esterilização foi mais rápido entre as mulheres de nível mais baixo de instrução. No Nordeste, o grande fornecedor de esterilizações tem sido o Estado, através de hospitais estaduais e municipais, seguido pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social). A clínica particular é responsável por apenas 6% das esterilizações no Piauí e 14% no Rio Grande do Norte.

O crescimento da esterilização representa realidades muito diferentes para diferentes grupos sociais e muitas vezes os dados não mostram as divisões de classe, de raça e de sexo que estão por trás das estatísticas. Em relação à divisão entre os sexos, "as estatísticas falam de casais, mas quando se desce ao detalhe para saber se se trata de esterilização tubária ou de vasectomia, o que se suspeitava é confirmado: são as mulheres as esterilizadas. Sobre os homens as informações são mais limitadas, e não raro o silêncio toma conta das tabelas quando se lhes pergunta o peso que tem o sexo masculino nas esterilizações realizadas." (Berquó⁴, 1982).

Os estudos CPS (prevalência de métodos anticoncepcionais) realizados no Brasil (Ro-

drigues e col.^{19, 20}, 1979, 1980 e Nakamura e Fonseca¹⁵, 1978) parecem mais preocupados em dimensionar o mercado potencial para os serviços de esterilização do que em explicar os fatores que criam esta demanda. Transportando os pressupostos e o vocabulário do modelo econômico neoclássico para o campo do planejamento familiar, esses estudos repousam sobre a ideologia do liberalismo. Pressupõem que as decisões sobre ter ou não ter filhos, quando tê-los e seu número, e que métodos anticoncepcionais usar são decisões pessoais tomadas no recôndito dos quartos ou dos consultórios médicos, determinados exclusivamente por motivações individuais e não pelo contexto social mais amplo. Como o economista que analisa compradores de sabão ou de automóveis, esses estudiosos do planejamento familiar podem analisar a influência do poder aquisitivo dos consumidores de produtos e práticas contraceptivas, mas as divisões de classe e de raça geralmente não entram em consideração. Na base deste modelo, está a teoria da utilidade marginal da "escolha reprodutiva": a noção de que os serviços e produtos do planejamento familiar, como qualquer mercadoria, circulam livremente num mercado sujeito às leis da oferta e da procura, que são adquiridos "voluntariamente" por consumidores que agem com base em suas preferências pessoais (limitadas apenas pelo seu poder de compra e pela distribuição da oferta) e que as escolhas feitas pelos consumidores são sempre a verdadeira expressão dos seus desejos.

A política demográfica oficial do Brasil, enunciada em Bucarest em 1974 e repetida freqüentemente a partir de então, atribui ao casal a decisão quanto à composição familiar, no pressuposto de que só precisam de métodos contraceptivos casais que tomam decisões como uma unidade, sem nenhum conflito entre os parceiros. Ao contrário, esses estudos focalizam apenas a mulher casada, mas isoladamente como se ela pudesse conceber sozinha. Num e noutro caso o resultado é o mesmo: ignora-se a atividade sexual fora do casamento e despreza-se qualquer elemento de conflito que possa existir

por trás do uso do método anticoncepcional.

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.

Por outro lado, a literatura anticontrolista vê o crescimento da esterilização como parte de uma campanha imperialista para reduzir o crescimento demográfico dos países do Terceiro Mundo, combinada com os interesses das elites nacionais em reduzir o volume de desemprego pela redução do número de trabalhadores potenciais, para possibilitar a manutenção de um modelo de desenvolvimento intensivo de capital.

A intenção de órgãos, como a USAID (United States Agency for International Development) em reduzir a taxa da natalidade nos países em desenvolvimento parece inegável e igualmente inegável é que setores das elites nacionais têm procurado apresentar o planejamento familiar como solução para problemas sociais e econômicos do país (Rocha¹⁸, 1979). No entanto, os que vêem o crescimento da esterilização como decorrente unicamente de uma conspiração antinatalista, ignoram elementos culturais e sociais que mediatizam a experiência de cada mulher e, assim fazendo, obscurecem as contradições reais e não explicam o fenômeno da esterilização em sua totalidade.

Quando as mulheres do Terceiro Mundo são vistas como vítimas indefesas dos controlistas, omite-se que as limitações sociais, políticas e econômicas às opções disponíveis para as mulheres das diferentes classes sociais influenciam e são influenciadas por condições culturais tais como 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.

É provável que grande parte das esterili-

zações realizadas no país tenham sido ardentemente solicitadas pelas clientes. Claramente, não foram o resultado de coerção ou manipulação diretas, mas é também provável que a grande maioria dessas solicitações sejam determinadas por fatores integrantes da estrutura da própria sociedade capitalista. Na maioria das vezes, as mulheres individualmente decidem "livremente", isto é, como agentes morais conscientes, mas o fazem dentro de um conjunto de alternativas cujos limites foram socialmente estabelecidos e que elas, individualmente, são impotentes para alterar.

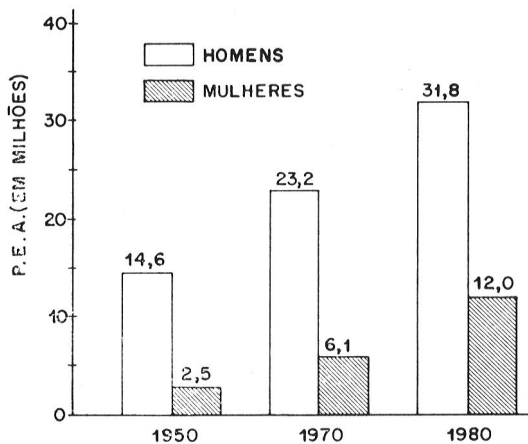
Embora uma ampla variedade de fatores determinem a probabilidade de diferentes grupos de mulheres serem esterilizadas, quatro determinantes sociais parecem críticos: a posição da mulher na família e no mercado de trabalho, a cultura patriarcal, a política de saúde e a política demográfica.*

POSIÇÃO DA MULHER

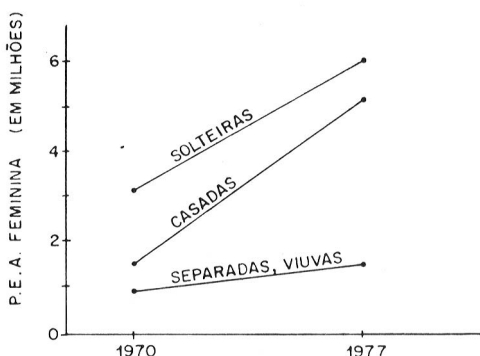
As mães continuam a ser as principais responsáveis pelo cuidado das crianças, em que pese o fato de que, na última década, houve grande aumento da participação de mulheres na força de trabalho (Fig. 1), particularmente das casadas (Fig. 2), e que, entre estas, a maioria é constituída por mães (Fig. 3).

Paralelamente a essa divisão sexual do trabalho de socialização dos imaturos, a responsabilidade principal pela gravidez ou pela contracepção fica, não com os casais, mas somente com as mulheres. Independentemente de ser ou não parte de um casal estável, a mulher descobre que — tanto o marido ou companheiro, como os médicos, a sociedade em geral e até ela própria — esperam que seja ela somente que se encarregue de contracepção e que enfrente as consequências se não o fizer. Esta carga desproporcional se reflete na diferença entre o número de esterilizações masculinas e femini-

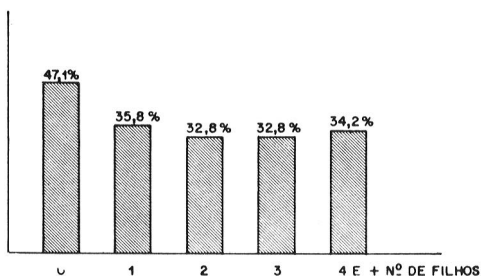
* Essa classificação é adotada por Petchevsky¹⁷ (1981), base de grande parte da presente análise.



Fonte: Censos Demográficos (IBGE).
Fig. 1 - População economicamente ativa Brasil.



Fonte: Perfil Estatístico de Crianças e mães no Brasil - IBGE/UNICEF, 1982.
Fig. 2 - Participação das mulheres na P.E.A. Brasil.



Fonte: Perfil Estatístico de Crianças e mães no Brasil - IBGE/UNICEF, 1982.
Fig. 3 - Mulheres na P.E.A. segundo o número de filhos - Brasil - 1977.

nas, apesar de que estas sejam muito mais caras e perigosas (Population Reports¹⁴, 1978).

E isto é verdade não somente para o número crescente de mulheres chefes de família - mas também para as mulheres casadas que trabalham fora, e que constituem o grupo que mais aumentou sua participação na força de trabalho na última década. Essas mulheres acumulam uma dupla jornada de trabalho, labutando longas horas fora de casa ao mesmo tempo em que permanecem as principais responsáveis pelo cuidado do lar e dos filhos. Não é de surpreender que uma proporção muito alta de mulheres se concentre em empregos de tempo parcial e nos incertos bicos da chamada economia informal.

Na última década, o aumento das oportunidades de emprego para mulheres, especialmente nas funções de serviços mais mal pagos (Barroso e col.³, 1982), foi experimentado por cada uma, no contexto de uma inflação crescente e de uma incapacidade das famílias de manter o seu padrão de vida com o salário de apenas um dos cônjuges. Esta situação inevitavelmente viria afetar as decisões sobre o crescimento da prole, mas as escolhas das mulheres ficam ainda mais restritas por uma série de fatores: por exemplo, a generalizada carência de creches de boa qualidade, a violência dentro da família atingindo mulheres e crianças entre outros.

As condições econômicas afetam as mulheres diferentemente, dependendo de sua classe, raça, idade, situação conjugal e ocupação. A grande maioria das mulheres não estão, como as trabalhadoras da indústria química americana, em condições de escolher entre a fertilidade e empregos melhor remunerados. As mulheres não contam com nenhum apoio da sociedade para a reprodução das novas gerações, seja como bóias-frias nos canaviais paulistas, como quebradeiras de castanha em Belém do Pará, como trabalhadoras a domicílio nas indústrias de confecções do Rio de Janeiro. Como empregadas domésticas à margem da legislação trabalhista, como operárias que têm de se submeter a humilhantes provas de não-

gravidez, como clientes das extorsivas clínicas de aborto clandestino, diferentes grupos de mulheres experimentam diferentes formas de opressão reprodutiva. Mas para a maioria das mulheres, a crise econômica e a impossibilidade de a família servir como refúgio seguro são determinantes estruturais da decisão de se submeter a uma cirurgia irreversível para controlar a fecundidade.

Em face das conseqüências da maternidade, sem apoio de equipamentos sociais e instituições públicas, sob condições de vida extremamente difíceis, muitas mulheres sem dúvida escolhem — racionalmente, sem coerção — a solução que oferece mais garantias contra a concepção. No entanto, o desejo de um método eficaz, que está na raiz do crescimento das esterilizações, não pode ser reduzido apenas a condições econômicas. O controle da fecundidade também envolve as questões relacionadas à autonomia e à autodeterminação da mulher.

CULTURA PATRIARCAL E SEXUALIDADE

A tendência à esterilização é reforçada pelos meios de comunicação de massa, aos quais têm comparecido diversos profissionais de saúde que apresentam a esterilização como um meio normal de controle da fecundidade. Por vezes, a promoção da esterilização é acompanhada da promessa de um bonus especial de “uma vida sexual sem preocupação”⁸. Os advogados da esterilização apreendem a ideologia dominante da “liberação sexual”, recuperada dos movimentos feminista e homossexual, e transmitem a noção de que a esterilização poderia dar uma solução tecnológica rápida não só para a chamada explosão populacional mas também para os problemas sexuais do indivíduo.

Para muitas mulheres, no entanto, o sexo

pode ser muito diferente do mito da liberdade sexual projetado na retórica de mercado da esterilização. Parece que muitas das mulheres que recorrem à esterilização estão entre as mais influenciadas pelas ideologias e relações sexuais tradicionais. A esterilização é o método de controle da fecundidade mais afastado do ato sexual e, portanto, não tem nenhuma ligação direta com o exercício da sexualidade. Enquanto a prática do aborto implica que um ato sexual foi praticado, e o uso de métodos anticoncepcionais estão articulados com o planejamento sexual, o que significa consciência e volição, uma mulher pode ser esterilizada e “esquecer do problema da procriação”, evitando assumir-se como ser sexual ativo, que tem desejos e é dona de seu corpo.

Para as mulheres educadas para ignorar o próprio corpo, e se ater a normas sexuais de recato e passividade, com o medo de serem estigmatizadas como “imorais”, a esterilização não apresenta os problemas de assumir a responsabilidade pela atividade sexual, e especialmente pela sua separação da procriação.

Por outro lado, é também verdade que o contexto material e sexual no qual uma mulher se encontra pode fazer com que a esterilização seja o método que maximiza seu controle sobre sua própria vida. Se os companheiros são hostis aos métodos anticoncepcionais ou não querem assumir nenhuma responsabilidade, as mulheres podem preferir o método que é o menos conspícuo, o mais garantido e o menos dependente da cooperação masculina.

POLÍTICA DE SAÚDE

Atualmente a contracepção é uma indústria controlada por interesses econômicos altamente concentrados — as companhias farmacêuticas multinacionais,* a rede hospitalar privada, a medicina de grupo e as ins-

* No Brasil foram vendidos 41 milhões de ciclos de pílulas anticoncepcionais em 1980, representando parte considerável da receita de poderosas multinacionais farmacêuticas. (Population Reports¹⁶, 1982)

tuições de planejamento familiar** A mercantilização da regulação da fecundidade assume formas que refletem os interesses destes grupos: uma definição de "eficácia" em que a garantia de evitar filhos pesa mais do que a saúde e segurança dos usuários, o favorecimento do controle dos profissionais em detrimento da autonomia dos "pacientes", a preferência por métodos de tecnologia sofisticada, mais rentáveis e eficientes. Daí a predominância da pílula e da esterilização.

Os médicos e as instituições de planejamento familiar tendem a pressupor que as mulheres, e especialmente as pobres e de baixo nível de instrução são incapazes de usar métodos anticoncepcionais que requeiram a sua participação ativa. Na verdade, este pressuposto e a prática daí derivada resultam não apenas de preconceito mas também das condições concretas oferecidas pelo sistema de saúde, e, para certos métodos, pelas precárias condições de habitação em que vive a maioria das mulheres. Em todo o país, mulheres pobres e pouco instruídas têm aprendido o uso dos mais variados métodos, em pequenos grupos de debates, onde feministas têm tido o trabalho cuidadoso de, respeitando as vivências de cada uma, colocar o desenvolvimento do conhecimento científico a serviço do atendimento de suas necessidades imediatas (Bruschini e col.⁶ 1983). Esse tipo de trabalho, necessário para a participação consciente da pessoa mais diretamente interessada, tem pouca possibilidade de ser realizado nas condições atuais de atendimento do INAMPS, com suas longas filas e consultas rápidas.

As pesquisas de Janowitz e col.^{11, 12, 13} (1982) indicam que a maioria das esterilizações cirúrgicas são realizadas imediatamente após uma cesariana (97% das esterilizações realizadas em hospitais de Campinas e 60% das esterilizações do Rio Grande do Norte e Pernambuco). Não é por acaso que o Brasil é o país que tem a maior porcenta-

gem de cesarianas. Um estudo realizado em nove hospitais de São Paulo e Rio concluiu que considerações financeiras desempenham um papel importante ao encorajar os médicos a planejar maior número de cesarianas entre clientes particulares e de convênio do que entre outras mulheres. Entre outros, estes dados refletem dois aspectos do sistema brasileiro: a submissão dos interesses da saúde à lógica do lucro e a tendência à medicalização da contracepção que faz parte de uma tendência geral de favorecimento de hospitalização e sofisticação dos serviços em detrimento das medidas preventivas e de cuidados básicos de saúde. Esta política de saúde, responsável pelos custos crescentes dos serviços, resulta no gravíssimo problema das cirurgias desnecessárias, parte das quais está ligada ao problema da esterilização.

Nos EUA, em 1978, um relatório da Câmara de Deputados estimou em 2 milhões o número de cirurgias desnecessárias realizadas no ano anterior, a um custo de 4 bilhões de dólares e cerca de 10 mil vidas (Petchevsky¹⁷, 1981). O foco principal do relatório são as hysterectomias, e particularmente as realizadas para esterilização. Embora o governo americano, ao regulamentar a esterilização, tenha proibido a hysterectomia com esta finalidade, considerando-a um procedimento arriscado, doloroso, caro e inapropriado para esterilização, mulheres, sem nenhuma patologia séria, continuavam a ser persuadidas de que a hysterectomia seria um método prático de evitar filhos e prevenir o câncer. Para explicar a persistência desta prática, Petchevsky¹⁷ aponta, além da motivação do lucro, a ideologia da medicina americana que considera o corpo da mulher como um campo de intervenção. As mulheres menos instruídas e com menor acesso à opinião de outros especialistas são mais vulneráveis à persuasão de uma autoridade médica, numa situação em que a linha demarcatória entre "coerção" e "escolha" praticamente desaparece e o clíni-

** Estima-se que mais de 1 bilhão de dólares sejam gastos anualmente no planejamento familiar nos países subdesenvolvidos. A maior parte destes recursos (cerca de 450 milhões de dólares) provêm dos governos de países desenvolvidos e de instituições privadas. (Population Reports²¹, 1983).

co assume um papel decisivo na definição das escolhas da mulher.

Evidentemente, porém, os produtores e fornecedores das mercadorias de contracepção não impõem seus métodos preferidos sem ter de se acomodar às necessidades percebidas pelas mulheres. A política da reprodução segue um processo sutil de negociação e luta. A prevalência de um método, num determinado momento, tem tanto a ver com estratégias para manutenção do controle, legitimidade política e ausência de resistência organizada quanto com a lucratividade ou eficácia demográfica. Isto explica, por exemplo, porque o uso do DIU ainda não é mais disseminado no país.

POLÍTICA DEMOGRÁFICA

A política do governo brasileiro ao longo dos últimos 20 anos tem sido marcada por contradições e ambigüidades, tanto a nível da retórica oficial quanto a nível das medidas concretas.* As contradições de interesses antagônicos entre facções internas dos diferentes grupos que detêm o poder, resultaram numa política de acomodação onde coexistem a omissão de um programa global e o apoio, ao nível dos governos estaduais, à atuação de entidades privadas financiadas por organismos estrangeiros sobre os quais não têm controle.

Como não poderia deixar de ser, os efeitos dessa política sobre o exercício da liberdade reprodutiva são também contraditórios, embora sempre restritivos — numa direção ou noutra.

Por fortes que tenham sido as profissões de fé natalistas não foram suficientes para promover um sistema de saúde que desse à gestação, ao parto e ao puerpério, uma atenção adequada tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo. Não é de surpreender que mulheres procurem limitar a prole para preservar sua saúde pois a taxa de mortalidade materna por complicações do parto é nove vezes maior no Brasil do que nos países desenvolvidos (Alcantara¹,

1979), e as pesquisas mostram que grande número de mulheres não recebem assistência pré-natal, e em certas regiões do interior menos da metade das mulheres fazem seu parto em hospitais.

Por sistemáticas que tenham sido as campanhas dos neomalthusianos para promover a idéia de que a redução da natalidade seria importante para a solução de todos os problemas sociais que nos assolam, desde a poluição, a dívida externa, até o desemprego, não foram suficientes para dar a todas as mulheres interessadas o acesso a meios anti-concepcionais ideais, ou seja, seguros, inócuos, reversíveis, de baixo custo e de fácil uso. (Aliás, nem é de interesse dos controlistas promover o acesso amplo a métodos reversíveis pois dependem da motivação individual e, portanto, não são os mais eficazes do ponto de vista da redução da natalidade). Mulheres que querem evitar a gravidez enfrentam dificuldades que vão desde a falta de acesso às informações necessárias até a exposição ao risco de efeitos danosos à saúde causados pela ingestão de pílulas sem o devido acompanhamento médico. Não é de surpreender que a esterilização definitiva lhes pareça uma alternativa tentadora.

Pelo mesmo motivo que não interessa aos controlistas a plena disseminação de métodos que dependam da persistência da vontade de não ter filhos, também não lhes interessa tornar o aborto mais seguro e acessível, através de sua descriminalização. Permanecendo ilegal, o aborto apresenta um sério risco para as mulheres que decidem interromper uma gravidez que não conseguiram evitar. Pagando exorbitâncias incompatíveis com seus mínguaos salários e entregando seus corpos a mãos sobre cuja qualificação não há nenhum controle social, muitas dessas mulheres são levadas a optar "livre e racionalmente" pela solução definitiva da esterilização.

Em relação à esterilização, a política oficial apresenta uma forma curiosa de acomodação. Ao mesmo tempo em que, como vi-

* Há várias análises sobre o assunto. Veja-se, por exemplo: Camargo e col.⁷ (1978) e Barroso e col.² (1980).

mos, a esterilização vem sendo praticada em larga escala no país, inclusive pelo INAMPS; o Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina não adotaram a proposta que lhes foi encaminhada em 1981 pelo congresso de ginecologistas brasileiros no sentido de alterar a legislação para permitir a laqueadura por indicação médica e vontade da paciente. Dessa forma, esta cirurgia, que se torna cada dia mais comum, mantém um caráter de semiclandestinidadade, o que impede sua regulamentação e fiscalização.

Com isto, abrem-se as portas a abusos muito sérios, que restringem ainda mais os limites ao exercício da liberdade reprodutiva.

Oficialmente, as próprias agências internacionais, oficiais e privadas que financiam o planejamento familiar não dão seu apoio a práticas de esterilização compulsória. Documentos da USAID e da IPPF ("International Planned Parenthood Federation") incluem entre os requisitos para a esterilização a documentação do consentimento consciente ("com o pleno conhecimento dos riscos e benefícios à saúde e ao bem-estar associados à esterilização"), o acesso imediato a outros métodos anticoncepcionais, a manutenção de serviços de alta qualidade e a proibição do incentivo financeiro de clientes em potencial (Population Reports¹⁴, 1978).

Na prática, porém, não tem havido grandes esforços para garantir essas condições indispensáveis ao exercício consciente de uma opção de tão amplas repercussões para o indivíduo e para a sociedade.

Ainda que no Brasil não seja usada a coerção pelo oferecimento de dinheiro, como acontece na Índia, dificilmente são fornecidas todas as informações necessárias para um consentimento consciente.

Muitas vezes, a linguagem usada é incompreensível para o usuário. Numa clínica de São Paulo há um formulário a ser assinado pelo paciente declarando saber tratar-se de operação irreversível. Ora, esse vocábulo certamente não faz parte do patrimônio linguístico da maioria da população.

Pior que a linguagem rebuscada, muitas

vezes a informação, quando não totalmente sonegada, é apresentada de forma distorcida. Este problema se refere especialmente à reversibilidade e aos possíveis efeitos secundários.

Uma Cartilha Pró-família⁸, programa ensaiado pelo governo de São Paulo, em 1981 dizia simplesmente que a reversibilidade da ligadura de trompas é possível em 70% dos casos. Os meios de comunicação brasileiros têm reproduzido declarações de ginecologistas afirmando altos índices de reversibilidade. Embora seja auspicioso o desenvolvimento da microcirurgia que possibilita alguma esperança às mulheres e aos homens que mudaram de idéia depois de esterilizados, é altamente temerário alardear uma reversibilidade que depende de inúmeros fatores, tais como o tipo de método de oclusão tubária, a técnica de reversão empregada, o período de tempo decorrido desde a esterilização, a alta perícia do cirurgião entre outros, e que, devido a seus altos custos, é praticamente inacessível à maioria da população.

Seria mais prudente e honesto enfatizar que a esterilização só deve ser utilizada por pessoas absolutamente seguras de que não desejam ter mais filhos, sob quaisquer circunstâncias: mudança de parceiro, mudança de situação de vida, morte eventual de um filho entre outras. Mesmo porque, uma fonte respeitável como o Population Reports¹⁰ (1980) indica um índice de apenas 10 a 50% de reversibilidade, tanto para a laparotomia abdominal clássica como para as técnicas mais modernas de esterilização feminina.

Quanto aos efeitos secundários uma fonte francamente favorável à esterilização e que, portanto, não tem nenhum interesse em exagerar seus riscos, (Population Reports¹⁰, 1980) diz o seguinte:

"Todo procedimento cirúrgico é potencialmente perigoso e deve ser praticado com cuidado. Na vasectomia, embora sejam muito raras, têm ocorrido complicações graves em cerca de 1% dos casos. . . Nos procedimentos femininos, a frequência de complicações graves é maior do que

na vasectomia. . . Se forem usados procedimentos e padrões médicos aceitos, a vasectomia virtualmente não implica risco de morte, ao passo que a ligação tubária acarreta leve risco. . . Cerca de 95% dos homens e pouco mais de 95% das mulheres disseram que seu prazer sexual aumentara ou não se alterara (após a cirurgia).”

(Observa-se o subterfúgio de não explicitar a percentagem dos que acharam que seu desejo diminuiria, embora naturalmente um leitor menos distraído possa fazer facilmente a subtração).

Nada disso consta da Cartilha Pró-família⁸. Há, pelo contrário, uma negação peremptória do risco de diminuição do desejo sexual, e se chega a acenar com o bônus extra da “confiança para levar uma vida sexual sem preocupação”. Haverá alguém que ainda acredite que a única “preocupação” da vida sexual seja o risco de uma gravidez indesejada?

Tudo isto representa um sério desrespeito à necessidade de as pessoas terem plena participação em decisões fundamentais para sua felicidade pessoal. Mas os problemas não param aí.

O mais grave de tudo é que um número desconhecido de esterilizações tem sido realizado sem o consentimento e até mesmo sem o conhecimento das pacientes. Em 1980, uma mulher denunciou à delegacia de Osasco ter tido suas trompas ligadas durante uma cesariana, sem autorização prévia sua ou de seu marido (Barroso², 1980). Abusos semelhantes não parecem ser raros.

O que é simplesmente arrecedor é que o poder médico está de tal forma aceito e legitimado no Brasil, que consideráveis parcelas da população e dos profissionais da medicina não questionam o direito do médico de decidir unilateralmente questões vitais como a cessação definitiva da capacidade de procriar de uma pessoa.

Em outros países as feministas desenvolvem amplas campanhas para combater os abusos de esterilização. Nos Estados Unidos, a luta iniciou-se quando uma jovem negra

denunciou à Justiça que ela e sua irmã haviam sido esterilizadas em 1964 sem consentimento delas ou de seus pais, quando tinham 12 e 14 anos respectivamente.¹⁷ Em resposta à indignação da opinião pública, o governo americano em 1974 baixou normas para a execução de esterilizações. As normas atualmente em vigor proibem a realização de histerectomia para esterilização e estabelecem procedimentos precisos para obtenção do consentimento bem-informado da pessoa. Não é permitida a obtenção de autorização durante o parto, o aborto ou sob a influência de drogas. O paciente deve assinar um formulário aprovado pelo governo, no qual estão listados, numa linguagem facilmente compreensível, a natureza, os riscos e as conseqüências do procedimento, assim como dos outros métodos de contracepção. Além disso, o paciente deve ser informado de que não perderá nenhum benefício ou serviço médico se não desejar ser esterilizado, ou se mudar sua decisão entre a data de assinatura do consentimento e a realização da cirurgia, período de 30 dias exigido para que o paciente evite tomar decisões intempestivas.

COMENTÁRIOS FINAIS

O problema da esterilização apresenta de forma mais aguda e dramática as dificuldades que as mulheres enfrentam no controle de sua vida reprodutiva, de um modo geral.

A análise deste problema deixa claro que somente a construção de uma sociedade mais justa, igualitária e livre possibilitará a todos o pleno exercício do direito de desejar ou de não desejar ter filhos e agir de acordo com esse desejo.

No entanto, há uma série de medidas que poderiam e deveriam ser implantadas desde já, a fim de que as restrições que atualmente pesam sobre a liberdade de escolha possam ser minoradas.

No relatório preparado para o Unicef, em 1982, (Barroso e col.³) foi feita série de recomendações, complementares e mutuamente dependentes, que, no seu conjunto, focalizavam a questão específica da mu-

lher como um elemento, muito importante, dentro de uma estratégia global para promover a plena participação de todos os brasileiros.

No que se refere ao planejamento familiar, essas recomendações incluíam o seguinte:

“Deve-se proporcionar às mulheres o acesso a meios anticoncepcionais seguros, com acompanhamento médico. Paralelamente, será necessário incentivar a participação masculina na responsabilidade pela concepção e pela anticoncepção, e coibir os abusos na esterilização praticada sem pleno consentimento e conhecimento da paciente, quanto à sua irreversibilidade. Deve-se a todo custo, evitar imposições no sentido de constringer a mulher a ter ou não ter filhos. Igualmente deve-se combater a idéia falaciosa de que a pobreza é causada pelo grande número de filhos. Propiciar às mulheres a informação e a oportunidade de debaterem livremente entre si os seus problemas será fundamental para que possam optar conscientemente e usufruir do seu direito de dispor de seu próprio corpo, de sua sexualidade e de sua vida”. (Barroso e col.³, 1982)

Na verdade esse debate já está sendo levado pelo movimento feminista que, em março último, promoveu um Encontro de Saúde, com representantes de 57 grupos de todo o país, no qual aprovaram um manifesto em que reivindicam o fornecimento de meios anticoncepcionais sob controle médico, através de uma ampla rede de serviços, o estabelecimento de um programa de educação sexual e o direito ao aborto.⁹

Essas reivindicações são entendidas como parte de um plano global de atendimento à mulher durante todas as fases da vida. Essa mesma idéia norteou o grupo de estudos sobre saúde, do Conselho Estadual da Condição Feminina, do Governo de São Paulo.* Além do caráter globalizante, suas propostas diferem dos atuais programas de planejamento familiar em dois pontos essenciais: o respeito à liberdade da mulher e do homem quanto a sexualidade e a reprodução e a ênfase na participação popular, tanto a nível dos métodos de ensino quanto a nível da orientação e controle do próprio programa.

* Informação pessoal.

BARROSO, C. [Female sterilization: free choice and oppression]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 18: 170 - 80, 1984.

ABSTRACT: Female sterilization has increased extraordinarily in the last few years in Brazil. In some Northeastern States, it is already the most common contraceptive method used, as it is provided by state and municipal hospitals and National Institute of Medical and Social Welfare. In spite of a large number of abuses, when women are sterilized without their informed consent, it is likely that a large proportion of sterilizations are actively sought by clients. However, this happens in response to a series of options which the women, as individuals, are powerless to change. These options arise from social determinative factors such as: the disadvantages of the woman's position in the family and in the labor market, the patriarchal culture, commoditization of health and demographic policies.

UNITERMS: Women. Sterilization, sexual. Family planning. Contraception.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALCANTARA, R. M. Fatores demográficos e mortalidade materno-infantil. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1979. [Mimeografado]
2. BARROSO, C. Planejamento e natalidade. *Folha de São Paulo*, 4 maio, 1980.

3. BARROSO, C. et al. *Mulher, sociedade e Estado no Brasil*. São Paulo, UNICEF, 1982.
4. BERQUÓ, E. Algumas indicações sobre a recente queda da fecundidade no Brasil. [Apresentado na Reunião do Grupo de Trabalho sobre Processo de Reprodução da População, Teresópolis, 1980]
5. BERQUÓ, E. Os corpos silenciados. *Novos Estud. Cebrap*, S. Paulo (3): 46-9, 1982.
6. BRUSCHINI, C. et al. Caminhando juntas: uma experiência em educação sexual na periferia de São Paulo. *Cad. Pesq.*, S. Paulo (45): 43-9, 1983.
7. CAMARGO, C. P. F. et al. *A ambigüidade de uma ideologia: instituições e reprodução humana no Brasil*. São Paulo, Ed. Brasiliense/CEBRAP, 1978. (Caderno Cebrap, 29).
8. CARTILHA pró-família. São Paulo, Fundo de Assistência Social do Palácio do Governo, 1981.
9. CONGRESSO discutirá o aborto. *Jornal Mulherio*, maio, 1983. p. 9.
10. FEMALE sterilization. *Pop. Rep. Ser. C* (8) Sept. 1980.
11. JANOWITZ, B. et al. Access to post-partum sterilization in Southeast Brazil. *Med. Care*, 20: 526-34, 1982.
12. JANOWITZ, B. et al. Cesarean section in Brazil. *Soc. Sci. Med.*, 16: 19-25, 1982.
13. JANOWITZ, B. et al. Post-partum sterilization in São Paulo State, Brazil. *J. biosoc. Sci.*, 14: 179-82, 1982.
14. MALE-FEMALE sterilization. *Pop. Rep.* (1) Mar. 1978.
15. NAKAMURA, M. & FONSECA, J. B. *Pesquisa estadual de saúde materno-infantil*. Campinas, PESMI/P JCC, 1978.
16. ORAL contraceptive in the 1980's. *Pop. Rep. Ser. A* (6) May/June, 1982.
17. PETCHEVSKY, R. P. Reproductive choice in the contemporary US: a social analysis of female sterilization. In: Michaelson, E., ed. *And the poor get children*. London, Monthly Review Press, 1981.
18. ROCHA, M. I. B. Um estudo sobre o neomalthusianismo no Brasil (1965-1970). São Paulo, 1980. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas USP]
19. RODRIGUES, W. et al. *Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar*. Piauí, BEMFAM, 1979.
20. RODRIGUES, W. et al. *Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar: Rio Grande do Norte*. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1980.
21. SOURCES of population and family planning assistance. *Pop. Rep. Ser. J.* (26) Jan./Feb. 1983.

Recebido para publicação em 20/07/1983.
Aprovado para publicação em 26/11/1983.