

Obstáculos na procura pela esterilização feminina entre mulheres do Bolsa Família

Barriers to the search for female sterilization among women in the Bolsa Família Program

Obstáculos en la búsqueda de la esterilización femenina entre mujeres del programa Beca Familia

Marion Teodósio de Quadros ¹
Giselle Maria Nanes Correia dos Santos ²

doi: 10.1590/0102-311X00152515

Resumo

As mulheres pobres do programa Bolsa Família são acusadas de ter mais filhos para ingressar ou permanecer no programa. Em pesquisa etnográfica (2012/2014), analisamos os relatos de cinco beneficiárias e observamos o contrário. Elas procuraram pela esterilização no serviço público de saúde de Recife, Pernambuco, Brasil, para não ter mais filhos e enfrentaram diversos obstáculos. Dentre os impeditivos, apontaram dificuldades na contracepção reversível, bem como restrição da oferta de esterilização no serviço público de saúde, o que aumenta a procura durante o parto cesariano. O argumento de ser beneficiária do Bolsa Família é utilizado para reforçar a condição de pobreza e aumentar as chances de conseguir a esterilização, nem sempre exitoso. Apenas duas mulheres conseguiram realizar a esterilização, atribuindo o êxito à “sorte” ou à “graça de Deus”, não ao acesso a um direito. Os resultados do presente estudo sugerem que o aumento da prole não é resultante do ingresso no programa, e sim à falta de acesso a direitos reprodutivos.

Políticas Públicas; Esterilização Reprodutiva; Direitos Reprodutivos

Correspondência

M. T. Quadros
Programa de Pós-graduação em Antropologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco.
Av. Acadêmico Hélio Ramos s/n, 13º andar, Recife, PE 50670-901, Brasil.
marionteodosio@yahoo.com

¹ Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.

² Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, Brasil.



Introdução

Este artigo debate os obstáculos para a realização da esterilização feminina, vivenciados na trajetória reprodutiva de mulheres titulares do programa Bolsa Família, residentes em Recife (Pernambuco, Brasil). Os dados são oriundos de pesquisa antropológica ¹, cujo objetivo foi compreender as repercussões socioculturais da titularidade feminina no programa. A pesquisa não buscou mapear a oferta do serviço público de saúde sexual e reprodutiva em Recife, entretanto, questões relacionadas à esterilização emergiram do campo de modo acentuado, suscitando debate que correlaciona a participação das mulheres no Bolsa Família e trajetórias reprodutivas.

O programa Bolsa Família é o maior programa de transferência de renda da atualidade brasileira. A titularidade do benefício é, por lei, preferencialmente da mulher. O principal critério de seleção é a renda *per capita* da família, que visa a atender famílias pobres (renda mensal por pessoa entre R\$ 77,01 e R\$ 154,00) e extremamente pobres (renda de até R\$ 77,00) ². O valor do benefício é calculado considerando-se o número de filhos(as), ou seja, quanto maior o número de crianças (0-12 anos) e adolescentes (13-15 anos), maior o auxílio, com limites de recebimento de cinco benefícios variáveis por crianças e dois benefícios vinculados aos adolescentes ³.

Estudos demográficos sobre a relação entre fecundidade das classes populares e o Bolsa Família, apontam que ter um desenho pró-natalista não equivale a afirmar que o programa tenha o efeito de aumentar as taxas de fecundidade. Esses estudos sugerem que as exigências de condicionalidades e limite na concessão de benefícios, por número de filhos, não estimulam o aumento da taxa de fecundidade ^{4,5,6,7}.

A comparação entre taxas de fecundidade de mulheres beneficiárias e não beneficiárias elegíveis ao programa não revela diferenças significativas, sugerindo até mesmo um efeito negativo do Bolsa Família na fecundidade, devido ao parco recurso adicional por cada novo filho (até maio de 2014, o benefício mensal por criança era de R\$ 32,00) ^{6,7}. Outro estudo sinaliza que ao menos para as beneficiárias residentes no Centro-oeste e Nordeste, particularmente as menores de 24 anos, há um pequeno aumento da fecundidade. Contudo, não é possível afirmar evidência de impacto causal do Bolsa Família sobre a fecundidade das beneficiárias ⁸.

Por outro lado, no discurso do senso comum, da mídia e de alguns gestores de políticas subjaz um forte preconceito contra as mulheres pobres, colocando-as como “aproveitadoras” de programas de transferência de renda oferecidos pelo Estado, no sentido de procurar ganhar mais dinheiro tendo mais filhos.

A análise dos obstáculos que as mulheres enfrentam na busca pela esterilização, com base em pesquisa etnográfica, reforça as considerações dos estudos demográficos ^{4,5,6,7}, mas realça dimensões não contempladas em análises quantitativas. A inclusão de informações relacionadas à trajetória reprodutiva, incluindo o compromisso com a contracepção e responsabilidades da maternidade, revela dificuldades marcadas por desigualdades de gênero, raça e classe. Não é exclusividade das beneficiárias o desejo de encerrar sua vida reprodutiva, no entanto, a análise aponta que a condição de ser titular do Bolsa Família é utilizada como um reforço à identidade de mulher pobre, no diálogo com os profissionais de saúde.

A compreensão do ingresso e da permanência das mulheres no Bolsa Família e suas trajetórias reprodutivas não podem desconsiderar os reveses da contracepção entre mulheres pobres ^{9,10}, que englobam diversas tentativas fracassadas de evitar gravidez indesejada, contextualizadas em processos históricos de negação de acesso a serviços qualificados de saúde sexual e reprodutiva.

O debate sobre esterilização feminina transita entre múltiplos argumentos, seja para apontar as condições de opressão feminina e manipulações políticas das escolhas reprodutivas ou para defender o direito reprodutivo e de escolha voluntária e livre das pessoas ^{11,12,13}. No Brasil, o histórico de altos índices de esterilizações cirúrgicas, nas décadas de 1970 e 1980, sobretudo entre mulheres pobres, fomentou diversos projetos de lei, a partir de reivindicação dos movimentos feministas, para coibir abusos e irregularidades. Na perspectiva dos direitos, a luta por acesso a ações de planejamento reprodutivo deve articular autonomia à garantia de uma sociedade mais democrática e mais respeitadora da liberdade ^{11,14}.

A Lei do Planejamento Familiar (*Lei nº 9.263/1996*) garante o direito à esterilização às brasileiras e brasileiros com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos. No curso de duas décadas de implantação e legalização da esterilização dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), múltiplos fatores provocaram dissonâncias entre as determinações legais e os procedimentos realizados: (i) alta burocratização (exigências de diversas documentações, longo tempo de espera entre solicitação e cirurgia, sobretudo para a esterilização feminina); (ii) resistência de aceitação dos profissionais de saúde sobre os critérios legais, especialmente os critérios etários; (iii) falta de estrutura física e de recursos humanos nas unidades e ambulatórios para ações de planejamento familiar e iniciação dos procedimentos; e (iv) interpretações incorretas da lei, com regulamentações específicas dentro dos estados e municípios, que tendem a restringir ainda mais os critérios de acesso à esterilização feminina^{13,15,16,17,18}.

Na pesquisa realizada com mulheres titulares do Bolsa Família também encontramos relatos sobre tais dificuldades. A seguir apresentamos a metodologia. Na seção *Resultados*, relatamos as características das participantes, das principais experiências de contracepção reversível e da busca pela esterilização, assim como o período de ingresso no Bolsa Família e a importância do recurso para a família. Na *Discussão*, elucidamos as dificuldades para a contracepção definitiva. As experiências exitosas e fracassadas têm como fundamento um processo de negociação, no qual a agência feminina se depara com obstáculos relacionados tanto à vida familiar e de trabalho quanto ao acesso aos serviços de saúde e diálogos com os seus profissionais. Privilegiamos relatos que mencionam a relação com os profissionais de saúde, pois foram preponderantes.

Metodologia da pesquisa

A pesquisa etnográfica foi realizada na comunidade do Coque (Recife), entre os anos de 2012 e 2014. A comunidade está localizada no centro de Recife e constitui uma zona especial de interesse social (ZEIS), considerando-se a situação de extrema pobreza das famílias e desprovimento de serviços básicos de infraestrutura de urbanização. Segundo o último Censo Demográfico (2010), a população do Coque é composta por cerca de 12.600 habitantes (Prefeitura do Recife. <http://www2.recife.pe.gov.br/a-cidade/perfil-dos-bairros/rpa1/ilha-joana-bezerra/>, acessado em Jul/2013). As mulheres responsáveis por domicílios somam aproximadamente 57% dos chefes e o valor da renda média mensal domiciliar é em torno de R\$ 700,00, o que correspondia a pouco mais de um salário mínimo à época da pesquisa.

A inserção em uma instituição não governamental, que oferta cursos para mulheres gestantes, possibilitou conhecer mais de 120 mulheres (mães, trabalhadoras, companheiras, solteiras, viúvas...) e suas histórias de luta familiar e social, por uma comunidade com melhores condições de moradia e acesso a serviços/bens públicos (saúde, educação, segurança, justiça). Com base no critério de ser participante do Bolsa Família e de disponibilidade para contribuir com o estudo, foi estabelecido vínculo de proximidade com 12 mulheres. A convivência na rotina familiar permitiu maior compreensão da vida dessas mulheres.

Durante o período de convivência (entre 3 e 12 meses) foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Em média, duravam duas horas, com um roteiro estruturado em cinco eixos: vivência na comunidade; relações com a família/maternidade; trajetória de trabalho/emprego (fontes de rendas); relação com a casa, tarefas domésticas e chefia familiar; e projetos de vida. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, construído conforme orientações do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco e respeitando a orientação da Associação Brasileira de Antropologia, para a realização de pesquisa antropológica^{19,20}.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. As transcrições e as observações foram registradas em diário de campo e organizadas em grades de análise, constituindo um *corpus* para a análise temática. Três etapas de análise foram realizadas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados/interpretações²¹. Um critério norteador para interpretação foi a recorrência das informações.

Visto que a esterilização é apenas um dos temas relacionado a um dos objetivos da pesquisa, a análise está circunscrita aos obstáculos enfrentados por cinco mulheres que procuraram realizar esta intervenção: Cristina, Diana, Eva, Joelma e Lívia. Os nomes são fictícios para garantir o anonimato.

Resultados

Caracterização das informantes, suas experiências de contracepção e ingresso no Bolsa Família

As características e experiências das informantes serão apresentadas de modo individual, seguida de uma síntese das experiências recorrentes. A apresentação das dificuldades para a contracepção reversível é necessária porque integram as tentativas de planejamento reprodutivo que culminaram na busca pela contracepção definitiva.

Cristina, 20 anos, três filhos (idades: 5 e 2 anos; 1 mês), declarou-se branca, cursou até o 5º ano do Ensino Fundamental, há dois anos participa do ProJovem (Programa Nacional de Inclusão de Jovens). Iniciou o primeiro relacionamento conjugal aos 15 anos, quando teve o primeiro filho. Separou-se por sofrer violência doméstica, já tinha dois filhos. Está em seu segundo relacionamento e teve mais um filho, convive com esse companheiro e os três filhos. O aluguel da casa é pago com o auxílio moradia que recebe da Prefeitura do Recife. A renda mensal média da família totalizava R\$ 884,00, aglutinando o Bolsa Família (R\$ 134,00), o auxílio moradia (R\$ 150,00), a bolsa do ProJovem (R\$ 100,00) e o trabalho do companheiro, que ganhava R\$ 500,00 em trabalho informal.

Cristina usava pílula e injeção anticoncepcionais como métodos de contracepção reversível. Não mencionou acesso à unidade de saúde da família (USF) para aquisição de medicamentos contraceptivos. Sobre a pílula fala que “*tomava remédios*”, porém mesmo assim engravidou do primeiro filho. Sobre o primeiro relacionamento (15 até 17 anos) relatou que tomava o “*remédio apenas nos dias em que mantinha relações sexuais*”. Na terceira gravidez, ficou grávida apesar de ter tomado injeção: “*Engravidei mesmo tomando injeção [fez autoaplicação], tomei num mês, no outro estava passando muito mal, foi quando fui fazer exame de sangue e deu positivo [refere-se ao teste de gravidez]*” (Entrevista, 2012). Durante a terceira gravidez, iniciou a busca pela “*ligação*”.

Diana, 25 anos, 2 filhos (idades: 2 anos; 1 mês), declarou-se parda e concluiu o Ensino Médio. Iniciou o primeiro relacionamento conjugal aos 16 anos de idade, e informou dois abortos espontâneos. Mora com o companheiro há 9 anos, em quarto construído no quintal da casa do sogro. A renda mensal média da família totalizava R\$ 650,00, na soma do Bolsa Família (R\$ 100,00) e trabalho informal do companheiro (R\$ 550,00). Iria cadastrar o segundo filho no programa para ter aumento do benefício. Durante a segunda gravidez, planejou a “*ligação*” durante o parto cesáreo. Fez uso de pílulas anticoncepcionais, compradas em farmácia, com recursos próprios. Não mencionou acesso à USF para obter orientações sobre métodos contraceptivos. Deseja não se “*encher*” de filhos, ressaltou a sobrecarga com a maternidade e sua condição de pobreza.

Eva, 29 anos, 4 filhos (idades: 13; 9 e 4 anos; 2 meses), declarou-se negra, cursou até o 4º ano do Ensino Fundamental. Iniciou o primeiro relacionamento conjugal aos 16 anos, quando teve o primeiro filho. Separou-se por sofrer violência doméstica; já tinha dois filhos à época. Está em seu segundo relacionamento e teve mais dois filhos; convive com este companheiro e os quatro filhos. Ingressou no Bolsa Família e Programa Bolsa Escola Municipal durante a segunda gravidez. Recebia R\$ 650,00 (R\$ 200,00 do Bolsa Família e R\$ 450,00 do Programa Bolsa Escola Municipal). O companheiro está desempregado e faz “*biscate*” como pintor. Antes de ingressar nos programas, Eva trabalhou como faxineira, pediu esmola em semáforos e fez tráfico de drogas ilícitas, para conseguir dinheiro e alimentar os filhos.

Eva não usou pílulas devido a “*problemas hormonais*”. Seu companheiro não faz uso de preservativo. Em conversa, criticou a qualidade dos serviços públicos de saúde reprodutiva. Acessou o serviço privado para diagnosticar a quarta gravidez, pois o serviço prestado pelo SUS diagnosticou doença uterina: “*Estava quase para tirar o útero. Ai fiz outra ultrassonografia, agora pagando, a primeira tinha sido pelo SUS. A médica disse que não tinha nada de cisto, era criança mesmo!*” (Diário de Campo, 2012). Os quatro partos foram cesáreos. No último, relatou que quase perdeu a sua vida por negligência de uma obstetra numa maternidade pública de referência em Recife. Mesmo com histórico de 3 cesárias, já com 9 meses e 20 dias, ao chegar à maternidade a médica indicou retorno para casa, informando que ainda não estava “*na hora do parto*”. Dirigiu-se a outra maternidade pública para realizar o parto e foi esterilizada.

Joelma, 25 anos, 3 filhos (idades: 11 e 2 anos; 2 meses), parda, concluiu o Ensino Médio. Sofreu violência sexual e engravidou de um primo aos 14 anos. Iniciou o primeiro relacionamento conjugal aos 18 anos e teve a segunda filha. Separou-se e estava namorando outro companheiro quando engravidou novamente. Usava injeção, doada por familiares, por causa das dificuldades de aquisição na USF. Reside com as três filhas em casa alugada, ao lado da residência da mãe. O aluguel é pago com recurso do Bolsa Família. Ingressou no programa em decorrência da segunda gravidez, o benefício (R\$ 166,00) é a única fonte de renda familiar. Intenciona contatar um vereador para conseguir a “ligação” em clínica privada. Afirmou não ter “*peessoas conhecidas*” para facilitar o acesso a esse procedimento no SUS.

Lívia, 28 anos, 3 filhos (idades: 6 e 3 anos; 1 mês), declarou-se branca, cursou até o 4º ano do Ensino Fundamental. Iniciou o primeiro relacionamento conjugal aos 17 anos, teve o primeiro filho aos 22 anos. Convive com o companheiro e seus três filhos. Ingressou no Bolsa Família após a primeira gravidez. Recebe o benefício há mais de 5 anos. No momento da pesquisa, a quantia era de R\$ 134,00. Assim que o seu terceiro filho nasceu foi procurar receber mais um benefício. A renda familiar adicionava recurso do Bolsa Família e R\$ 500,00 do salário do companheiro que trabalhava numa padaria, sem carteira assinada. Desde a chegada do primeiro filho não teve mais condição de trabalhar fora de casa. Ainda durante o estudo, o benefício do Bolsa Família passou a ser o único recurso da família, pois seu companheiro foi demitido.

Após o nascimento do primeiro filho, Lívia fez uso de pílulas contraceptivas. Engravidou novamente sem planejar quando o primeiro filho tinha dois anos, devido à indicação médica incorreta: “*Quando eu fui para o médico fazer a minha prevenção, acusou que eu estava com cisto no ovário. Eu estava tomando remédio, o médico mandou parar. Ele disse que eu não engravidava, por causa do cisto. Eu parei um mês, no outro mês eu estava grávida*” (Entrevista, 2012). Ela conseguiu ser esterilizada após o segundo parto, porém voltou a engravidar. A ocorrência da terceira gravidez é interpretada como um “*milagre*”. Não sabe informar que tipo de procedimento foi feito na primeira “ligação” e afirma querer “*corte literal das trompas*”.

Em síntese, a injeção hormonal e as pílulas anticoncepcionais foram os métodos reversíveis utilizados. O preservativo masculino não configura método habitual. Esses resultados coincidem com os de outras pesquisas realizadas com mulheres pertencentes a grupos populares^{22,23}. O uso de contraceptivo hormonal é marcado por desconhecimento do modo de funcionamento do corpo feminino, uso incorreto e automedicação. Ouvimos sobre indisponibilidade de medicação contraceptiva, sobretudo injeção, nas duas USF que atendem à comunidade.

Apesar da crítica de que as mulheres ingressam no Bolsa Família para ter mais filhos, observamos frequentemente a procura pela esterilização e uso de métodos reversíveis, indicando a preocupação em limitar o número de filhos. No grupo pesquisado, o ingresso das mulheres no Bolsa Família ocorreu após o nascimento do primeiro ou do segundo filho e houve ampliação do benefício durante as consecutivas gestações. Porém, apenas por esse dado não podemos deduzir que o programa estimula a fecundidade. A diminuição da fecundidade é tendência em todas as classes sociais, em todas as regiões do país, desde a década de 1970. Os estados mais pobres e que na primeira década do século XXI foram os mais beneficiados com o Bolsa Família, continuaram com taxas declinantes, o que reforça que a implantação do programa não interferiu na taxa de fecundidade⁴.

Compreendemos que as mulheres ingressaram no Bolsa Família porque tiveram filhos, mas o crescimento de sua prole não é resultante do ingresso no programa. Elas também tecem críticas ao discurso de que as mulheres pobres estão tendo mais filhos por conta do Bolsa Família. Lívia afirma: “*Ter muitos filhos pensando no Bolsa Família é uma ilusão, o povo sai dizendo que se tiver mais filhos o Bolsa Família cria, mas não dá, é uma furada*” (Diário de Campo, 2013). Eva também declara: “*Esse negócio de ter filho porque tem Bolsa Escola ou Bolsa Família é furada, o governo fica... [faz a expressão de folgado] e a gente tem que cuidar das crianças*” (Diário de Campo, 2012).

As falas sinalizam a sobrecarga do papel de “cuidadora” da mulher pobre e realçam queixas de serem desprovidas de serviços públicos de qualidade, para si mesmas e seus filhos, tais como serviços de saúde e educação. Veremos que a simbologia da “maternidade responsável” é um elemento fundamental, que embasa a afirmação de que as mulheres não usam a estratégia de ter mais filhos para ingressar ou permanecer no Bolsa Família, mesmo que o recurso se configure como o único meio de aquisição de renda destas mulheres.

Apesar dos poucos valores, variando entre R\$ 100,00 e R\$ 200,00, todas comentam da importância do Bolsa Família para a sustentação financeira dos filhos e da família. Enfatizam o uso do recurso para a compra de alimentos e vestuário. Cristina menciona que o benefício permite um “*meio de sobrevivência e uma melhoria em relação à vida de antes*”, na qual sua mãe tinha parca condição de alimentar os filhos e mantê-los na escola. Lívia relata: “*Gasto o dinheiro dentro de casa. Eu compro roupa para eles. Quando eu recebo, já compro fruta para dar aos meninos*” (Entrevista, 2012). Os relatos confirmam outros estudos sobre usos do benefício, no Brasil^{24,25,26}. Veremos que ser titular do Bolsa Família é um forte argumento utilizado para legitimar a precariedade da sua condição social, na situação de diálogo com a equipe de saúde, no percurso de busca pela esterilização.

Discussão

Percursos da esterilização feminina entre mulheres titulares do Bolsa Família

Os relatos das titulares do Bolsa Família apontam o difícil acesso à esterilização nos serviços públicos de saúde de Recife. Apenas duas mulheres, dentre as cinco, tiveram êxito nesse percurso. Ora o êxito em conseguir a contracepção definitiva aparece mencionado como elemento de “*sorte*” ou da “*graça de Deus*”, tendo como base a agência dessas mulheres nas relações com os profissionais de saúde, no momento de realização do parto cesáreo. Ora os relatos explicitam um efetivo processo de negação à esterilização.

Historicamente permeadas pela lógica do controle dos corpos, as mulheres pobres incorporaram o papel que lhes imputaram como cidadãs responsáveis por meio da valorização da maternidade regulada pela contracepção²⁷. A noção de que o corpo fértil deve ser regulado e os filhos nascidos não devem apenas sobreviver, mas se tornarem bons cidadãos, embasa a concepção de uma “maternidade responsável”²⁸.

No mosaico social (pobreza, falta de oportunidades educacionais, falhas dos serviços de saúde pública em oferecer variadas formas de contracepção, experiências mal sucedidas com métodos reversíveis hormonais), os projetos de maternidade responsável, muitas vezes, não se concretizam para as mulheres pobres. Assim, a esterilização feminina também implica a sensação de controlar a própria vida. Sua “conquista” passa a simbolizar uma inclusão social e poder, em oposição às referências de exclusão social e impotência no controle do número de filhos²⁸.

Todas as informantes mencionaram projetos de maternidade com dois filhos. Eva ressaltou: “*Se eu pensasse direitinho só tinha tido um casal... Porque tem que ter estrutura para criar filho, não é só dar leite e massa, por isso que digo a meu filho: estude porque no estudo pelo menos você vai conseguir ser alguma coisa na vida, ter onde morar, o que comer!*” (Entrevista, 2013). Cristina, também comentou: “*Fui muito boba, abestalhada, eu queria vida de princesa, pensava que ia me casar com um homem que tinha muito dinheiro, viajar muito, ter filho com 30 anos, quer dizer 30 menos 14. Dois meninos e uma menina com 20 anos, não é?*” (Entrevista, 2012).

A busca pela esterilização denota práticas de agência feminina²⁹, de forma que as mulheres usam estratégias à sua disposição para se sentirem capazes de algum poder de escolha sobre si. Todas tentaram acessar os serviços públicos para fazer a “*ligação*”. Os percursos variaram, não sendo possível identificar um fluxo para a realização do procedimento. Com frequência, mencionaram a procura por uma, das duas USF, localizadas na própria comunidade, para obter requerimento indicativo do procedimento e apresentá-lo na maternidade no momento do parto. No entanto, nem a obtenção dos pré-requisitos mínimos exigidos na Lei do Planejamento Familiar (mais de 25 anos ou dois filhos vivos) nem a posse desse requerimento garante a realização da contracepção definitiva.

Havia a necessidade de “*apelar*” para a sua condição de pobreza. Ser reconhecida como pobre, acrescida da condição de ser titular do programa, parece aumentar as chances de conseguir a esterilização, o que faz com essa condição ganhe uma conotação mais valorativa do que pejorativa. Esse apelo, quando exitoso, gerou a percepção de que tiveram “*sorte*” ou obtiveram a “*graça de Deus*”. Mesmo com o requerimento disponibilizado pela médica da USF, Lívia informou a sua condição de viver do Bolsa Família para ter sorte e conseguir novamente a “*ligação*”, durante o parto cesáreo: “*A doutora foi muito boa, eu tive muita sorte, eu fiz o maior pranto... Conte da minha situação: que já tinha feito uma ligação,*

que engravidei de novo por milagre, que não trabalho, só recebo Bolsa Família... Quando ela afirmou que ia fazer a ligação, aí pronto, eu chorei mais ainda, mas agora de feliz” (Entrevista, 2012).

Apesar de preencher os pré-requisitos previstos na lei (28 anos de idade, grávida do terceiro filho e em posse de documento indicativo da laqueadura durante o parto), informa que foi para uma maternidade na cidade de Olinda (Região Metropolitana do Recife), pois obteve informações de que as obstetras desta maternidade eram “boas” e realizavam a “ligação”.

Eva conseguiu a “ligação” durante o quarto parto cesáreo: *“Foi um presente de Natal, o médico perguntou se queria fazer a ligação, disse que era o que mais queria. Perguntou se eu estava com documentação, eu disse que não, mas ele perguntou se eu queria mesmo fazer a ligação e disse com a graça de Deus, porque já tenho quatro filhos e não tenho como criar, disse que não tenho emprego e vivo do Bolsa Família” (Diário de Campo, 2013).*

Eva solicitou, durante a gravidez, a requisição na USF. A médica informou que concederia só após o parto. Está fora do alcance analítico deste artigo discutir tal procedimento médico, que certamente inclui o debate da realização da esterilização durante o parto cesáreo e o histórico antecedente à Lei do Planejamento Familiar, com promulgação de legislação para coibir os altos índices de esterilização durante o parto, bem como para desvincular o recurso à cesariana para viabilizar o procedimento. Na lei é vedada a esterilização durante os períodos de parto ou aborto, exceto comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, o que correspondia ao caso de Eva, e este foi um fator desconsiderado pela médica.

As cinco mulheres mencionam a importância de se fazer “*tudo de uma vez*”, ou seja, realizar a “ligação” no parto cesáreo. Mesmo após 20 anos de vigência da lei, essas mulheres falam das restrições aos métodos de contracepção reversível, das dificuldades que ainda enfrentam para ter acesso à esterilização, que culminam na compreensão de que a maior chance de conseguir realizar tal procedimento ocorre durante o parto cesáreo.

No cenário de vida que burla as expectativas da “maternidade responsável”, as mulheres tentam formas de “infiltração”, dentro dos jogos de dominação e resistência³⁰, que possam transformar o histórico percurso de mulheres pobres com um número elevado de filhos. Ao conseguirem êxito nas suas tentativas de agenciamento, atribuem seu sucesso à sorte ou graça de Deus. Porém, por vezes, a incorporação performática da miséria e seu sofrimento^{31,32}, legitimada pela condição de ser participante do Bolsa Família, pode não ser suficiente para a realização da “ligação”.

Diana, Joelma e Cristina relataram negação ao direito de esterilização. Diana afirma: *“Mesmo eu dizendo que tinha encaminhamento da enfermeira aqui do posto [USF], a médica falou que quem encaminhou que venha fazer, ela não fazia a ligação só com a segunda cesárea. ...Quem fica cheia de menino sou eu, quero não, eu botei na minha cabeça que se for cesárea vou ligar. Se não conseguir, volto depois de um ano, porque não vou fazer uma cirurgia em cima da outra!” (Entrevista, 2012).* Ela não conseguiu a “ligação” durante o parto do segundo filho.

Cristina, 20 anos, três filhos, após o nascimento do terceiro e insucesso com métodos reversíveis, procurou obter requerimento para conseguir a “ligação”. Relatou que, na USF, só conseguiria esse requerimento na ocorrência de uma quarta gravidez e sentiu-se frustrada. Antevê mais reverses da contracepção, com previsão de mais filhos nos próximos anos: *“Eu acabei não fazendo minha ligação... A médica era até legal, disse para eu procurar um hospital depois do meu resguardo para marcar minha ligação. Agora só depois do resguardo. Uns seis meses. Mas daqui a seis meses, ela disse que eu ia ter que fazer os exames, que é obrigatório para poder fazer cirurgia. Ah meu Deus, conseguir marcar aquele negócio de coração, sangue é uma resenha! Para me abrir de novo depois de seis meses de cesárea não dá!” (Entrevista, 2012).*

A negação da “ligação” durante o parto cesáreo impõe maiores dificuldades para planejar não ter mais filhos. Dentre os impeditivos, as mulheres apontam as dificuldades estruturais dentro do sistema público de saúde e a restrição da oferta do serviço de esterilização, dificuldades para conseguir autorização de equipe médica nas USF, dificuldades para a realização e devolutiva de exames pré-operatórios, requeridos para esterilização. Arriscar não ter outra oportunidade para a esterilização, durante o parto cesáreo, não faz sentido para a realidade de suas vidas.

Os apelos emotivos de ser pobre, muitas vezes reforçados pela afirmação de ser titular do Bolsa Família, nem sempre surtem os mesmos efeitos. Vejamos o relato de Cristina: *“A médica começou a perguntar pela quantidade de filho que eu tinha, perguntou se algum médico do posto tinha me dado algum papel para ligação, disse que não, mas que queria fazer minha ligação, eu não trabalho, vivo de Bolsa Família.*

Perguntou quantos filhos meu marido tinha, e se ele tinha autorizado fazer a ligação. Disse que ele já tem três filhos, com outra mulher, mas que não tinha assinado nenhum documento e que eu já estava tendo meu terceiro filho. Aí a médica disse: 'Olhe, eu sinto muito, mas eu não vou poder fazer sua ligação porque seu esposo tinha que vir aqui assinar por causa da sua idade, e você mora com ele, e só ele para assinar. Porque se eu ligar e ele quiser ter outro filho, e ele me processar? Eu ia responder processo porque eu fiz sua ligação sem autorização do seu esposo'. Foi ruim, eu queria fazer minha ligação, mas não consegui" (Entrevista, 2012).

A histórica contradição que marca “liberdade” e “repressão” dentro dos debates sociojurídicos sobre os direitos reprodutivos ¹¹ parece, na atualidade, continuar a enquadrar as mulheres pobres, agora titulares do Bolsa Família, na dimensão mais limitadora deste polo: a repressão! A ausência de poder decisório dessas mulheres está perpassada por desigualdades interconectadas de classe e gênero, interferindo diretamente no projeto de não ter mais filhos. Ainda que o homem esteja ausente, os argumentos para não fazer a esterilização são justificados pela falta de consentimento do companheiro, o que reforça o poder masculino decisório sobre a vida reprodutiva da companheira. Cristina menciona sua condição de pobreza, reafirmada pela condição de titular do Bolsa Família e pelo número elevado de filhos de ambos. Ela perde na negociação com a médica, apesar de enfatizar a sua condição social e de gênero, na medida em que reivindica sua autonomia na decisão de não ter mais filhos.

As discriminações de gênero e classe são indissociáveis, contudo, observamos preponderância da discriminação de gênero. Além disso, essas discriminações são reforçadas pelo poder biomédico, dentro dos serviços de saúde reprodutiva, reafirmando práticas que destituem possibilidades de autonomia dos usuários do SUS ³³. Verificamos que os *reveses* continuam a retardar o êxito da construção dos direitos reprodutivos e reatualizam práticas históricas de “desposseimento de si” experimentadas pelas mulheres ^{34,35}.

Os relatos das informantes apontam dificuldades de acesso à contracepção, evidenciando o desejo pela esterilização como decorrência da falta de sucesso com os métodos reversíveis. A “ligação” aparece como sinônimo de autonomia e possibilidade de controlar o número de filhos, para poder exercer a maternidade responsável. Sua efetivação, quando ocorre, aparece como decorrência de sorte ou benção divina e não da efetivação de um direito reprodutivo.

Considerações finais

A avaliação do Bolsa Família tem sido acompanhada por discurso simplista que acusa as mulheres pobres de terem mais filhos para ingressar ou permanecer no programa. Realçamos os percalços dessas mulheres para encerrar a vida reprodutiva. Corroboramos os estudos demográficos sobre as taxas de fecundidade entre mulheres do programa ⁴, que apontam a falta de acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva como um dos problemas relevantes para o controle da fecundidade. As mulheres que têm mais filhos são mais elegíveis, mas isto não significa que elas queiram ter mais filhos para ingressar no programa.

O fato de ser titular do Bolsa Família auxilia as mulheres a reforçarem a sua condição de pobreza, por vezes contribuindo para o êxito em conseguir a esterilização. A pesquisa etnográfica permitiu maior compreensão de como as mulheres tentam efetivar as expectativas de maternidade responsável, tendo internalizado o modelo de prole restrita, mas continuam a se deparar com os *reveses* contraceptivos.

É necessária a realização de pesquisas nos serviços públicos de saúde sexual e reprodutiva que atendem as titulares do Bolsa Família, para que possam ser aprofundadas as questões sobre atendimento e acesso aos serviços. Também ficou evidente a importância da realização de novas investigações sobre a esterilização da população feminina, devido à diminuição de reflexões na saúde pública, na segunda década deste século. Nosso estudo sugere que a esterilização se constitui a partir de um percurso de insucessos com a contracepção reversível, que tem se perpetuado no atendimento em saúde.

Os depoimentos sobre os relacionamentos conjugais evidenciam recorrência de violência doméstica e sugerem um papel importante dos recursos do Bolsa Família, para conseguir a separação dos agressores, que ainda precisa ser analisada.

Finalmente, é necessário haver maior interação entre estudos quantitativos e qualitativos sobre o Bolsa Família, para enfrentar os desafios deste debate que correlaciona a participação de mulheres no programa e suas trajetórias reprodutivas.

Colaboradores

As duas autoras participaram de todas as etapas da pesquisa e elaboração do artigo.

Agradecimentos

As autoras agradecem às mulheres residentes no Coque, Recife (Pernambuco, Brasil), especialmente às informantes da pesquisa, aos colegas do Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC) da Universidade Federal da Paraíba pela leitura e discussão de versão anterior, à Pedro Nascimento pela leitura e sugestões, à Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe) pela bolsa para a realização da pesquisa de doutorado no Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco, e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela bolsa de estágio pós-doutoral na Universidade da Flórida, Estados Unidos.

Referências

1. Nanes G. Mulheres titulares do Bolsa Família: direitos reprodutivos, trabalho projetos de vida. Recife: EdUFPE; 2016.
2. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Bolsa Família. http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia (acessado em Set/2015).
3. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Bolsa Família: benefícios. <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/beneficios> (acessado em Mai/2014).
4. Alves JE, Cavenaghi S. O programa Bolsa Família e as taxas de fecundidade no Brasil. In: Campello T, Neri M, organizadores. Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2013. p. 233-45.
5. Alves JE, Cavenaghi S. O Programa Bolsa Família, fecundidade e a saída da pobreza. In: Arilha M, Caetano AJ, Guedes M, Marcondes GC, organizadores. Diálogos transversais em gênero e fecundidade: articulações contemporâneas. Campinas: Librum Editora; 2012. p. 27-48.
6. Signorini BA, Queiroz BL. The impact of Bolsa Família Program in the beneficiary fertility. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional de Minas Gerais, Universidade Federal de Minas Gerais; 2011. (Texto para Discussão, 439).
7. Simões P, Soares R. Efeitos do Programa Bolsa Família na fecundidade das beneficiárias. Revista Brasileira de Economia 2012; 66:533-56.
8. Cechin LAW, Carraro A, Ribeiro FG, Fernandez RN. O impacto das regras do Programa Bolsa Família sobre a fecundidade das beneficiárias. Revista Brasileira de Economia 2015; 69:303-29.
9. Citeli T, Souza CM, Portella AP. Revezes da anticoncepção entre mulheres pobres. In: Duarte L, Leal O, organizadores. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998. p. 57-77.
10. Portela AP, Bezerra MS, Ferreira V, Ávila MB, Albuquerque RM. Contracepção e planejamento reprodutivo na percepção de usuárias do Sistema Único de Saúde em Pernambuco. In: Miranda-Ribeiro P, Simão AB, organizadoras. Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais/Fundo de População das Nações Unidas; 2008. p. 119-41. (Demografia em Debate, v. 2).
11. Barsted L. Sexualidade e reprodução: estado e sociedade. In: Bilac E, Rocha MI, organizadoras. Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas. São Paulo: Editora 34; 1998. p. 147-82.
12. Hita MG, Silva MG. Esterilização no Nordeste. In: Bilac E, Rocha MI, organizadoras. Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas. São Paulo: Editora 34; 1998. p. 291-332.
13. Berquó E, Cavenaghi S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. Cad Saúde Pública 2003; 19 Suppl 2:S441-53.
14. Barsted L. Novas legalidades e novos sujeitos de direitos. In: Ávila MB, Portella AP, Ferreira V, organizadoras. Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2005. p. 29-38.
15. Osis MJD, Carvalho LEC, Cecatti JG, Bento SF, Pádua KS. Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil: percepção de gestores e profissionais dos serviços públicos de saúde. Cad Saúde Pública 2009; 25:625-34.
16. Marcolino C. Representações de uma equipe de saúde acerca de planejamento familiar e esterilização feminina. Rev Escola Enferm USP 2004; 38:422-482.

17. Potter JE, Perpétuo IHO, Berquó E, Hopkins K, Leal OF, Formiga MCC, et al. Frustrated demand for postpartum female sterilization in Brazil. *Contraception* 2003; 67:385-90.
18. Vieira E, Souza L. Acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde, Ribeirão Preto, SP. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:398-404.
19. Fleischer S, Schuch P, organizadoras. Ética e regulamentação na pesquisa antropológica. Brasília: Letras Livres/Editora Universidade de Brasília; 2010.
20. Langdon EJ, Maluf S, Tornquist CS. Ética e política na pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados. In: Guerriero ICZ, Schmidt MLS, Zicker F, organizadores. Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 128-47.
21. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2014.
22. Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS; Grupo CONPRuSUS. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25 Suppl 2:S269-78.
23. Fernandes MFM. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 2:S253-61.
24. Suarez M, Libardoni M. O impacto do Programa Bolsa Família: mudanças e continuidades na condição social das mulheres. In: Vaitsman J, Paes-Sousa R, organizadores. Avaliação de políticas e programas do MDS – resultados: Bolsa Família e assistência social. Brasília: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2007. p. 119-62.
25. Tebet M. Percepções de gênero entre casais beneficiários do Programa Bolsa Família. *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social* 2012; 5:295-334.
26. Rego W, Pinzani A. Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania. São Paulo: Editora Unesp; 2013.
27. McLaren A. A history of contraception: from antiquity to the present day. Oxford: Blackwell; 1990.
28. Dalsgaard A. Vida e esperanças: esterilização feminina no Nordeste. São Paulo: Editora Unesp; 2006.
29. Ortner SB. Power and projects: reflections on agency. In: Ortner SB, editor. *Anthropology and social theory: culture, power and the acting subject*. Durham: Duke University Press; 2006. p. 129-54.
30. Ortner SB. Updating practice theory. In: Ortner SB, editor. *Anthropology and social theory: culture, power and the acting subject*. Durham: Duke University Press; 2006. p. 1-19.
31. Fassin D. Le corps exposé: essai d'économie morale d'illégitimité. In: Fassin D, Memmi D, editors. *Le gouvernement des corps*. Paris: Éditions de l'EHESS; 2004. p. 237-66.
32. Fassin D. Governar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes. *Educación* 2005; 56:201-26.
33. Nascimento P, Melo AC. "Esse povo não está nem aí": as mulheres, os pobres e os sentidos da reprodução em serviços de atenção básica à saúde em Maceió, Alagoas. In: Ferreira J, Fleischer S, organizadoras. *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2014. p. 267-99.
34. Ávila MB. Cidadania, direitos humanos e direitos das mulheres. In: Bruschini C, Unbehaun S, organizadoras. *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas; 2002. p. 121-42.
35. Ávila MB. Direitos reprodutivos: feminismo e construção de igualdade. In: *Ações em Gênero, Cidadania e Desenvolvimento*, organizador. Curso nacional de *Advocacy*. Brasília: Ações em Gênero, Cidadania e Desenvolvimento; 2002. p. 89-100.

Abstract

Poor women in the Bolsa Família program are accused of having more children in order to enroll or remain in the program. In an ethnographic study (2012-2014), we analyzed reports by five beneficiaries of the program and found exactly the opposite. The women reported that they had gone to public health services in Recife, Pernambuco State, Brazil, in hopes of avoiding more children, but that they had encountered various obstacles. Such barriers included difficulties in obtaining reversible contraception and restrictions in the supply of sterilization in these services, which increases the demand for cesarean sections. Their argument that they are beneficiaries of Bolsa Família aims to emphasize their poverty and increase the odds of obtaining sterilization (not always successful). Only two of the women had succeeded in obtaining sterilization, which they attributed to "luck" and "the grace of God" rather than as a right. The study's findings suggest that poor women increase their offspring not because they are enrolled in Bolsa Família, but due to the lack of access to reproductive rights.

Public Policies; Reproductive Sterilization;
Reproductive Rights

Resumen

A las mujeres pobres del programa Beca Familia se les acusa de tener más hijos para acceder o permanecer en este programa de ayuda social. En una investigación etnográfica (2012/2014), analizamos los relatos de cinco beneficiarias y observamos lo contrario. Ellas buscaron su esterilización en el servicio público de salud de Recife, Pernambuco, Brasil, para no tener más hijos y enfrentaron diversos obstáculos. Entre los impedimentos, apuntaron dificultades en la contracepción reversible, así como la restricción de la oferta de esterilización en el servicio público de salud, lo que aumenta su búsqueda durante el parto con cesárea. El argumento de ser beneficiaria del Beca Familia se utiliza para reforzar la condición de pobreza y aumentar las oportunidades de conseguir la esterilización, no siempre exitosa. Solamente dos mujeres consiguieron ser esterilizadas, atribuyendo el éxito a la "suerte" o a la "gracia de Dios", no al acceso a un derecho. Los resultados del presente estudio sugieren que el aumento de la prole no es resultante del acceso a este programa, sino a la falta de acceso a derechos reproductivos.

Políticas Públicas; Esterilización Reproductiva;
Derechos Reproductivos

Recebido em 18/Set/2015
Versão final reapresentada em 20/Jun/2016
Aprovado em 24/Jun/2016