

Ligação de trompas e imaginário feminino*

Suzanne Serruya**

Atualmente a ligação de trompas (1) é o método contraceptivo mais usado no Brasil. Apesar de sua prática enquanto recurso anticonceptivo ser recente, a ligação de trompas popularizou-se acentuadamente nos últimos dez anos. Hoje as mulheres submetem-se à laqueadura tubária cada vez mais jovens e com menos filhos – dois ou três. Há consenso em admitir que o número relativo de mulheres esterilizadas representa um percentual muito alto, tanto em relação ao total de mulheres em idade fértil (de 15 a 49 anos) quanto em relação às mulheres desta mesma faixa etária que utilizam recursos contraceptivos.

A esterilização feminina é um recurso contraceptivo caro, medicalizado, radical. Ao surgir enquanto opção contraceptiva, não parecia lógico supor que se transformaria no método mais usado pelas mulheres de baixa renda (IBGE, 1989).

Embora segmentos sociais importantes, marcadamente de voz feminina, denunciem o abuso de tal prática, a maioria das mulheres esterilizadas não parece ter refletido sobre a transformação que seu comportamento, aparentemente de caráter individual e particular, provocou no todo social, provavelmente pela brevi-

dade e complexidade desta mudança. Os inúmeros desdobramentos do que parece para as mulheres uma decisão íntima, construída a partir de razões pessoais, estão presentes em toda a trama social, transformando a mulher, a família, os indicadores demográficos e econômicos e exigindo uma análise que reúna as condições históricas que permitiram este comportamento e as razões subjetivas que o legitimam.

A maioria dos estudos sobre esta questão considera que o contexto sócio-econômico, conjugado ao difícil acesso a outras alternativas contraceptivas, explicam o fenômeno da crescente esterilização de mulheres no Brasil.

Com efeito, pareceria por demais lógico que, juntando-se as razões objetivamente declaradas pelas mulheres – questões sócio-econômicas, razões de “saúde”, número de filhos – a um quadro de limitações conjunturais, concluíssemos que a ligação de trompas foi o único caminho possível. Um fato, porém, parece dar pistas de outras razões que levam à esterilização: o forte desejo manifestado pelas mulheres de se submeter à operação, que não combinava com as condições em que ocorria a laqueadura.

* Versão revista e atualizada de trabalho publicado nos *Anais do VIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, São Paulo, ABEP, 1992, vol. 2, pp. 43-59.

** Ginecologista e obstetra, mestre em Planejamento do Desenvolvimento pelo Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA) da Universidade Federal do Pará e professora da Universidade Estadual do Pará e da Universidade Federal do Pará.

Um dos pontos polêmicos desta questão é justamente o de que as mulheres realizam a cirurgia aparentemente por vontade própria. O fato de mulheres jovens, com poucos filhos, submeterem-se a uma contracepção radical poderia traçar um quadro de perversa opressão da condição feminina. Entretanto, o que ocorre é que as mulheres desejam e procuram, de diversas maneiras, realizar a esterilização. Mesmo considerando o desejo como uma construção social, a aceitação de um ato tão definitivo como o encerramento da vida reprodutiva pressupõe mais que condições objetivas.

Os estudos referidos trataram a questão da esterilização sob os mais diversos pontos de vista, mas um aspecto fundamental ainda não foi considerado: o que pensam as mulheres, protagonistas desta transformação tão importante para o todo social?

A proposta deste artigo é exatamente *ouvir as mulheres*. Entende-se que apesar da importância de se considerar a conjuntura sócio-econômica, é fundamental perguntar às mulheres o que elas pensam sobre a decisão de esterilizar-se, quais as representações construídas para esta escolha. Neste sentido, buscou-se desconstruir alguns destes significados presentes no ideário feminino a partir da análise de discursos e falas de mulheres esterilizadas recolhidos em entrevistas (2).

Optar metodologicamente por um caminho diverso pressupõe um entendimento teórico da questão diferente do sustentado até então. Mesmo considerando todos os limites impostos às mulheres para o exercício de sua cidadania, as condições sócio-econômicas, o difícil acesso à saúde, a falta de infra-estrutura para o cuidado dos filhos, como creches e escolas integrais, e a falta de informações sobre os métodos contraceptivos, partiu-se do pressuposto de que a mulher é a protagonista deste processo, sujeito da sua própria história. Portanto, embora a análise conjuntural seja importante,

considerou-se fundamental ouvir das mulheres esterilizadas os significados atribuídos a este processo.

No meu entender, o aspecto que possibilita a construção de significados conflitantes sobre a esterilização no imaginário feminino é justamente o lado mais contraditório do método: o fato de ser voluntário. *A esterilização feminina é voluntária?*

Examinando o conjunto de fatores que concorrem para favorecer a prática da ligação de trompas, transparece o seu caráter *quase* obrigatório. Mas é por não ser necessariamente obrigatória que surge espaço para a criação das representações. Uma vez que não existe uma sujeição, de fato, à ligação de trompas – através, por exemplo, de um programa oficial de controle de natalidade –, um passo fundamental é protagonizado pela mulher: a procura do método. A laqueadura tubária apresenta-se, essencialmente, como um forte desejo feminino.

Portanto, não há uma relação unívoca entre as condições sócio-econômicas e o ato de submeter-se à esterilização. Temos no imaginário feminino um conjunto de representações que por vezes coincidem e por outras não com estas condições. Existem razões não respondidas pela interpretação destas condições, razões que, aparentemente indivisíveis, devem ser buscadas nas motivações que impulsionaram as mulheres a desejar realizar a ligação de trompas não com um sentimento de opressão, mas de conquista.

Assim, a escolha não encerra um comportamento simplesmente passivo, negativo; ao contrário, o fenômeno é processado com significados próprios no imaginário feminino. A esterilização é também um momento positivo, uma conquista para estas mulheres. Compelida a exercer um controle sobre seu corpo, por ela desconhecido, a mulher submete-se a esta interferência corporal, íntima e irreversível, legitimando-a com significados próprios e surpreendentes.

Mas quais são, afinal, as representações construídas para esta cirurgia que se tornou quase que um caminho obrigatório para um conjunto tão expressivo de mulheres?

Procedimentos metodológicos

Considerando-se que não é suficiente apenas proporcionar à mulher a oportunidade de falar, minha preocupação inicial foi construir um instrumento de pesquisa em que não se configurassem, de maneira explícita ou implícita, categorias, idéias ou representações preconcebidas, de modo a que os discursos das mulheres esterilizadas pudessem fluir com uma lógica própria, construída a partir de suas próprias falas. A questão em foco, olhada subjetivamente, requeria que fosse traçado um verdadeiro caminho para as revelações mais íntimas. Afinal, é preciso muito cuidado para não se resvalar no senso comum e acabar produzindo o que se quer escutar.

Deste modo, optou-se por realizar entrevistas individuais, com base em um roteiro preestabelecido, que permitissem avaliar questões mais gerais, como o perfil sócio-econômico das entrevistadas, e dessem destaque à história das vivências femininas, enfocando a menarca (primeira menstruação), o ciclo gravídico-puerperal, a prática contraceptiva e a opção pela ligação de trompas. O objetivo do roteiro era apenas orientar a entrevistadora na condução da entrevista; não necessariamente deveria ser obedecido com rigor. Ao contrário, dever-se-ia procurar respeitar a conexão de idéias das entrevistadas, uma vez que as digressões e o supérfluo inexistem neste tipo de estudo.

Para a escolha das entrevistadas estabeleceu-se apenas os seguintes critérios: ter entre 18 e 45 anos, renda mensal familiar de até três salários mínimos e já ter sido esterilizada.

Ao todo foram realizadas 35 entrevistas. Como o volume de informações recolhido ficou muito além do previsto, decidiu-se, após analisar o material, selecionar para estudo as 20 entrevistas mais completas e as que pareceram mais ricas de informações.

Esta fase envolveu uma grande preocupação metodológica: como trabalhar na desconstrução das entrevistas? Como preservar tons de voz, reticências, silêncios? Como traduzir em palavra escrita gestos, outras palavras, enfim, tantos sentimentos?

Acreditando que escolher entrevistas, recortar discursos, representam uma opção teórica, uma leitura particular e limitada, aceitou-se o desafio de reportar às falas. No decorrer da pesquisa a tarefa que se impôs foi revelar da maneira mais precisa possível o que foi dito e, a partir daí, o que foi interpretado, desconstruído, rearrumado.

A conquista de um privilégio

Uma representação atribuída com frequência à ligação de trompas é a de *status* social. As mulheres falam da cirurgia com orgulho, considerando-se privilegiadas por estarem esterilizadas.

Esta imagem da operação parece estar relacionada ao contexto histórico em que a esterilização surgiu enquanto opção anticonceptiva. Inicialmente a ligação de trompas era realizada, em geral, somente durante a cesariana. Com o alargamento das indicações desta cirurgia, em razão da melhoria das condições operatórias, um certo número de mulheres passou a receber indicação de esterilização cirúrgica por volta da terceira ou quarta cesariana, uma vez que outras gestações poderiam levar a um risco materno-fetal importante. As outras indicações para a operação também eram médicas, sendo realizadas, em geral, no final da gestação. A este restrito número de mulheres esterilizadas por sugestão

médica veio se somar um novo grupo que passou a solicitar a operação como recurso contraceptivo, pagando os honorários médicos e os serviços hospitalares necessários. Desta maneira, o primeiro conjunto de mulheres esterilizadas pode ser descrito como composto das que haviam realizado a cirurgia por razões médicas e de mulheres que, com alto poder aquisitivo e padrão social, solicitaram a seus médicos particulares serem operadas no final da gestação.

Confirmando este perfil, uma pesquisa realizada em São Paulo para o ano de 1965 (Berquó, Oliveira e Camargo, 1977) anotou que apenas 6,9% de mulheres em idade fértil eram, então, esterilizadas. Relacionando a esterilização e o rendimento mensal, esta pesquisa concluiu também que "a prática da esterilização foi mais prevalente em mulheres com maior *status* sócio-econômico" (Berquó, Oliveira e Camargo, 1977:464).

A conclusão de que a esterilização foi mais freqüente nas classes de maior renda baseava-se em dados que atestavam uma maior prevalência da ligação de trompas à medida que aumentava a renda das mulheres. Ao lado do *status* sócio-econômico, a submissão à cirurgia indicava também outras características, como a relação entre esterilização e nível de instrução. Conforme constatou a referida pesquisa de Berquó *et al.*, a recorrência à ligação de trompas crescia com o maior nível de instrução da mulher. O percentual de mulheres esterilizadas com nível de instrução superior à primária era praticamente o dobro (10,2%) da porcentagem de mulheres analfabetas (5,2%) e com instrução primária (5,6%). Esta primeira caracterização transformou a cirurgia, de imediato, em um privilégio. Ser operada passou a ser um privilégio que só as mulheres de alta renda e maior nível de instrução podiam ter.

A imagem construída com estas referências marcou profundamente a ligação de trompas, estabelecida como um padrão contraceptivo quase inquestioná-

vel porque ligada ao comportamento da classe social dominante, que pode escolher e optar pelo melhor. Além disso, há que se considerar que as mulheres em geral tinham, naquele momento histórico, ainda menos recursos contraceptivos. A possibilidade de resolver uma questão tão conflitante como a de ter filhos sem desejá-los de uma maneira tão segura já se configurava como um privilégio que parecia, então, exclusivo de quem tinha condições econômicas para arcar com os honorários médicos e hospitalares. Se a imagem da mulher que recorria à esterilização começava a ser construída como a de uma "mulher rica, instruída e, portanto, inteligente: tem poucos filhos", criava-se a sua antítese no extremo oposto: "mulher pobre, ignorante e, portanto, burra: todo ano tem um filho".

Conseguir "ser operada" ou "fazer a cirurgia" era um grande desejo, um anseio que ia além de não ter mais filhos: significava também a possibilidade de ser incluída em outro *status* social, ter acesso a outra classe social. Número de filhos, condição social e nível de instrução pareciam estar irremediavelmente associados, e a cirurgia surgia como um elemento de transformação deste *status*. Na apropriação de um comportamento de outra classe, as mulheres de baixa renda passaram a ver na ligação de trompas a possibilidade de igualarem-se em condições (pelo menos no comportamento) com as mulheres de alta renda, transformando sua imagem social. A realização da cirurgia tinha também o significado de estabelecer uma ponte entre dois mundos, unindo as mulheres.

Conquistar, ter o *privilégio* da esterilização parecia *um sonho* para as mulheres de baixa renda. Ter acesso à operação era difícil. Os hospitais públicos, onde a maioria da população feminina era atendida, não realizavam a cirurgia por razões sociais como muitos filhos, pobreza etc. Oficialmente, a laqueadura tubária precisava de uma razão médica e da autorização de uma junta de três mé-

dicos. O que não impediu que muitos médicos de hospitais públicos, mediante um pagamento "por fora", passassem a fazer a cirurgia clandestinamente. Após um acerto prévio, a gestante recebia indicação de cesariana, por qualquer razão médica, e *aproveitava-se* para fazer a laqueadura. Desta maneira eram eliminados os custos hospitalares e o médico recebia os honorários do ato cirúrgico (cesariana), até então maiores que os do parto normal, além de um valor combinado "por baixo dos panos". Naturalmente, mesmo este valor, variável de acordo com o médico, sua relação com a paciente e seu conhecimento das condições financeiras da mulher, era impossível para muitas mulheres. Além disso, a grande maioria delas tinha dificuldades para montar ou participar deste esquema. Fazer a cirurgia era, definitivamente, uma conquista.

Esta primeira imagem que a laqueadura tubária formou expressa-se claramente nos discursos das mulheres entrevistadas quando se referem à cirurgia como um *luxo*, contrapondo *operar por necessidade*, por razões sócio-econômicas, a *operar por luxo*, se estas razões estão ausentes, e criticando as mulheres que se esterilizam porque é *elegante*.

Neste ponto, os discursos trazem um conteúdo marcadamente econômico, indicando que a incorporação de uma lógica de possibilidades econômicas foi decisiva na construção social do desejo de ter uma família padrão. A esterilização realizada por necessidade parece, para estas mulheres, uma conquista *obrigatória* em busca de uma vida melhor, equacionando o desejo de ser mãe e a condição concreta do exercício da maternidade, ou seja, a possibilidade de criar os filhos: "A gente opera porque não tem condições".

A redução do número de filhos não provocou, porém, uma elaboração mais profunda a respeito da maternidade. As mulheres reconhecem a necessidade de

não ter mais filhos mas condenam o luxo de recusar a maternidade em busca de ser *elegante*, ter *status*, demonstrando o quanto o sentimento maternal permanece forte. Diante do sagrado valor da maternidade, a ligação de trompas é uma *necessidade* que pode e deve ser conquistada, mas se a conquista deste privilégio se dá sem a justificativa racional, passa a ser só um *luxo*, uma vez que as mulheres reconhecem nesta conquista mais do que a necessidade de ter poucos filhos. O *luxo* aparece como um símbolo de uma determinada classe social que pode ter muitos filhos (no aspecto econômico) mas que não os tem *por elegância*. Enfim, são estes elementos – o luxo, a elegância –, símbolos de um *status* social, que marcam, inicialmente, a imagem da ligação de trompas.

Parirás com dor

Para as mulheres entrevistadas, a solicitação da cirurgia tem também o significado de rever, em parte, o domínio do momento do parto. Revisitando a experiência de ter um parto em hospital público, onde se realiza o atendimento da maioria da população feminina, encontramos relatos importantes. Além das dificuldades características do sistema público de atenção à saúde em geral – a falta de vagas, por exemplo –, existe, em princípio, a insegurança da mulher a respeito de *como* vai ser recebida. Frequentemente o atendimento nesses hospitais é despersonalizado e as mulheres sentem-se sós num momento de grande tensão emocional, onde se confundem medo e dor. Uma queixa comum entre as mulheres pesquisadas é a de *terem ficado sofrendo de dor muitas horas*, às vezes dias, sem qualquer assistência. Elas acreditam que, se estivessem pagando, os médicos teriam *pena* e as operariam. No decorrer das entrevistas, muitas vezes esta impressão foi relatada como parte significativa da experiência vivida

quando foram hospitalizadas para o parto, revelando que a via cirúrgica para ter um filho também é um símbolo de *status*, uma vez que significa assistência, ausência de dor, cuidados. As mulheres acham que a cesariana é melhor, mas que os médicos só a fazem em quem *precisa muito*. Entretanto, se a paciente for *particular*, ou seja, se ela pagar, é prontamente submetida à operação. Não fica sofrendo de dor.

Em face destas considerações, constata-se que quando a mulher pode escolher o tipo de parto, sente-se protagonizando o processo sem si, recuperando um pouco da ação de ter um filho, e não apenas como uma parte passiva, subjugada às ordens dos médicos, enfermeiras, parteiras. *Sem ninguém que olhe por elas* no momento do parto normal, as mulheres, em uma inversão lógica, preferem ser *operadas* em busca de uma melhor assistência. É nesse sentido que a cesárea também ganha *status* e torna-se objeto de desejo das mulheres, *diferenciando-as*, mostrando que algumas, a pedido ou por decisão médica, conseguiram parir sem dor, anestesiadas, o que é também um privilégio.

De uma vez, para sempre

O aspecto mais conflitante em relação à ligação de trompas é seu caráter irreversível. Entre os métodos contraceptivos, a laqueadura tubária distingue-se principalmente por ser definitiva e realizada em um único ato. Por este aspecto, é um método de baixa frequência nos países desenvolvidos.

Uma questão que a princípio me intrigava era por que o método mais radical era justamente o *escolhido* por mulheres cujo sentimento maternal permanecia forte e presente, criando uma aparente contradição. Neste sentido, iniciei a pesquisa em busca do significado do "de uma vez, para sempre" - ato de encerrar a carreira reprodutiva para as mulheres -

discutindo os outros métodos contraceptivos, uma vez que a interferência da prática anticoncepcional no cotidiano tem vários desdobramentos importantes no processo de optar por uma esterilização cirúrgica.

As mulheres entrevistadas citam e dizem conhecer pelo menos dois ou três métodos anticoncepcionais. Entretanto, poucas sabem dizer como cada método age e, principalmente, como empregá-los corretamente, por falta de acesso a informações claras e simples. Grande parte delas não se sente segura com os métodos empregados, que lhes causam, *a priori*, desconfiança e medo.

Analisando-se o mais conhecido e mais citado dos contraceptivos, a pílula, registram-se várias falas que revelam a insegurança das entrevistadas em relação aos efeitos que provoca e na maneira como usá-la. Algumas mulheres que haviam usado a pílula contam ter abandonado o medicamento por seus efeitos colaterais.

"Iche, eu emagreci, fiquei seca mesmo, uma dor de cabeça ... eu não parava de estar me queixando de dor de cabeça" (Manicura, 29 anos, dois filhos, esterilizada com 21 anos).

"Porque eu tomei sem ordem médica, né? Muito nervosismo, dor de cabeça. Inclusive, nessa época, a minha família precisou fazer muita coisa, porque eu andava muito nervosa que qualquer coisa eu me aborrecia, né? Eles entravam e eu tava uma pilha de nervos" (professora primária, 27 anos, dois filhos, esterilizada com 26 anos).

Ávila e Barbosa (1986), em estudo realizado em Recife sobre as vivências com as práticas anticonceptivas, recolheram numerosos discursos relacionados aos métodos conhecidos pela população feminina, demonstrando que a falta de informações e os tabus que cercam determinados recursos contraceptivos como o DIU, por exemplo, levam a uma

prática diária da anticoncepção difícil e complexa. São recorrentes, por exemplo, os depoimentos apontando os efeitos colaterais experimentados pelas mulheres que usaram a pílula.

A maioria dos efeitos colaterais decorrentes do uso da pílula citados pelas mulheres (náuseas, dor de cabeça, emagrecimento, perda da libido, nervosismo) tem fundamento do ponto de vista médico, podendo ser resultado da indicação incorreta ou mesma da composição inadequada do anticoncepcional oral. Se houvesse uma orientação e um acompanhamento médicos muitos desses efeitos poderiam ser suprimidos. Em geral, para uma adaptação satisfatória à pílula, é imprescindível um exame médico cuidadoso que assegure a prescrição correta. O acompanhamento é indispensável, uma vez que diversos efeitos colaterais, ou mesmo outras intercorrências de saúde, como hipertensão arterial, diabetes, varizes etc., podem surgir tardiamente.

No país, a maioria das mulheres que usam a anticoncepção oral o faz sem a devida orientação. Em pesquisa realizada pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam), que também distribui pílulas sem obedecer critérios rigorosos, observou-se que 80,8% das usuárias adquirem a pílula na farmácia (Arruda *et al.*, 1987:104). A Previdência Social, os hospitais do governo, as Secretarias Estaduais de Saúde, os médicos ou clínicas particulares somam apenas 10% do total das indicações de uso da pílula. Ou seja, de cada dez mulheres, nove não usam o método com orientação médica.

O conflito espelhado na necessidade de utilizar um recurso contraceptivo que, sabidamente, tem desvantagens traduz-se no discurso, muito comum entre as mulheres analisadas neste estudo, de que "a pílula é um tremendo veneno".

Concorre para aumentar o mal-estar das mulheres o fato de que, às vezes, o uso da pílula se faz incorreto do ponto de vista clínico, tanto por tentar-se esta-

belecer estratégias que evitem a ingestão diária, quanto pela construção de nexos próprios - como a idéia, muito difundida aliás, de que a pílula só deve ser ingerida nos dias de atividade sexual. Outras vezes o uso correto é conhecido mas novas maneiras são tentadas buscando vencer os efeitos colaterais. Assim, algumas mulheres referiram usar o anticoncepcional só em fins de semana ou em dias alternados.

A pesquisa deteve-se na análise das representações sobre o método mais conhecido e amplamente divulgado justamente para possibilitar entender como a ação diária da contracepção é uma experiência difícil. A maioria dos métodos anticoncepcionais - pílula, camisinha, tabela, diafragma - necessita de um manejo diário. Além dos desdobramentos já referidos ao nível do corpo feminino, que representam uma realidade concreta e deixam as mulheres encurraladas, existem outras inúmeras dificuldades: arranjar dinheiro para comprar, conseguir ou não de graça em algum posto, o companheiro concordar, tomar escondido, lembrar todo dia. Pela difícil relação mulher/pílula podemos ter uma idéia de por que os outros métodos são pouco utilizados. Além do desconhecimento e da falta de acesso das mulheres a outras alternativas, registra-se o próprio despreparo de médicos na orientação das opções anticonceptivas.

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF) realizada em 1986, somente 14% das mulheres entre 15 e 49 anos usavam outros métodos que não a pílula e a esterilização (Arruda *et al.*, 1987:33).

Nos países desenvolvidos, 41% das mulheres em idade fértil optam por outros métodos que não a ligação de trompas, a pílula e o DIU, o que se explica pelo seu maior acesso a métodos alternativos e por uma relação mais profunda com o corpo, permitindo e incentivando o uso de uma contracepção mais se-

gura e menos nociva à saúde (Berquó, 1987:70).

Um outro aspecto conflitante da prática contraceptiva vivenciada no cotidiano feminino é a segurança do método utilizado. Depoimentos confirmam que mesmo a pílula, cujo manejo parece ser mais conhecido, não goza de inteira confiança.

O fato de as mulheres entrevistadas não entenderem bem o funcionamento do método e desconhecerem a fisiologia do seu corpo levam-nas a não confiar na eficácia da ação anticonceptiva. O desconhecimento dos métodos é a principal fonte de conflito na ação contraceptiva e não se resume ao desconhecimento formal que provém da falta de acesso a informações claras e de linguagem acessível. Mais profundo, tem origem na relação superficial da usuária com seu corpo, fazendo com que suas vivências corporais lhe pareçam estranhas, alheias. Esta alienação parece ser o ponto de partida para entender por que é tão difícil para a mulher conviver com o seu próprio corpo.

No caso específico da esterilização feminina, percebe-se que as mulheres se submetem ao método mais medicalizado, onde sua participação é mínima, em grande parte por não terem controle, domínio sobre seus corpos. Procurar o método no qual a ação médica é exercida plenamente indica uma submissão *voluntária* a uma autoridade social legitimada em nome de um saber. Saber que legitima a interferência médica sobre o corpo feminino, que o disciplina para funções socialmente desejadas ou não: amamentar, ter ou não filhos.

A esterilização representa para as mulheres a opção mais segura porque, justamente, é um método executado só por médicos, através de um ato cirúrgico. Por ser realizado unicamente por médicos, parece ter um valor social legítimo. Além disso, como o método em si é um ato cirúrgico, é visto pelas mulheres como a alternativa mais moderna e complexa: operar envolve um grande conhe-

cimento do médico, "que sabe o que faz", e uma grande entrega por parte da mulher/paciente.

O sentimento de *segurança* pressupõe também que a ligação de trompas prescindir da participação feminina. A maioria dos métodos, de uma forma ou de outra, exige uma intervenção da mulher no seu uso, o que a transforma em co-responsável por sua eficácia. Assim, quando o anticoncepcional falha a mulher sente-se responsável por isto; se a cirurgia falha, porém, é *culpa* do médico.

Em diferentes momentos, quando as entrevistadas se referiam à falha do método, surgiu a questão da ligação de trompas *reversível*, "em geral no período de sete anos", recorrente também em outros estudos. Como o número cabalístico "sete" foi arregimentado nesta história não foi possível descobrir, mas sobre o caráter *reversível* da esterilização encontramos uma série de elementos muito interessantes.

Estas mulheres acham que o tipo de ligação de trompas que não é definitiva é a realizada por via translaparoscópica, ou seja, com o uso do laparoscópio. Para o descrédito deste método contribui o fato de esta cirurgia usar um moderno equipamento e implicar apenas uma pequena incisão na altura do umbigo: as mulheres acham que uma operação que é "feita por uma máquina", "com um *golpe*" que produz um *corte* tão pequeno, "sem abrir a barriga", não funciona. A *pequena marca* da cirurgia não passa a confiança de que elas estão esterilizadas. Esta opção é apresentada como a menos segura, a menos eficiente também em função de falhas eventuais do método (3).

Devemos considerar, ainda, que o manejo diário da contracepção exige clareza e firmeza diante das questões e contradições a que estão sujeitas as mulheres. Muitas vezes o seu *esquecimento* escamoteia um desejo de ter outro filho que, conscientemente, não deve ser desejado. Outros aspectos,

mento religioso, também devem ser levados em conta. Em muitos casos existe a sensação de estar *pecando*, agindo contra a própria natureza. Como este é um conflito íntimo, vivido em silêncio no dia-a-dia, em face das dificuldades objetivas de ter e criar filhos, fazer a contracepção cotidianamente é mais difícil do que optar por uma ação mais radical porém única.

Diante destas questões complexas, optar pela ligação de trompas, um ato único e definitivo, parece óbvio: de uma vez se resolve o problema. O "de uma vez para sempre" ato de ligar as trompas parece o mais fácil e o ideal. O processo em si também ajuda na construção positiva do definitivo. Como a ação é realizada por outros (os médicos) no corpo anestesiado, parece à mulher que sua responsabilidade é menor. Além disso, por ser uma cirurgia, possui uma legitimidade que permite a intervenção sobre o corpo. Para a mulher que vivencia cotidianamente a preocupação ou a ação de cuidar da contracepção, submeter-se à operação, realizada por um médico em um hospital, representa resolver, quase que com magia, um problema enfrentado todos os dias. O ato único e definitivo da esterilização cirúrgica, que deveria ser o aspecto mais desvantajoso do método, acaba tendo um significado oposto, em função do contexto em que é vivida a prática anticonceptiva.

A aparente contradição de mulheres tão marcadamente maternais se submeterem ao método contraceptivo mais radical traduz o forte conflito em que a prática anticonceptiva é vivenciada e encerra outra contradição: *em busca do domínio do corpo, desconhecido, a mulher opta pelo método no qual sua participação é inteiramente passiva, não permitindo qualquer interferência*. Assim, a irreversibilidade da ligação de trompas, um forte desejo das mulheres, é transformada em vantagem, silenciando, através do conflito, as contradições.

Liberdade sexual?

A contracepção sempre foi uma questão muito importante na vida reprodutiva das mulheres, pois significa o patamar de uma liberdade há muito desejada: a sexual. Separar sexo e reprodução foi uma das maiores reivindicações do movimento feminista, que desde a década de 70 luta por uma contracepção segura, em que o prazer "não deve estar cativo, acuado pelo medo da reprodução" (Castro, 1992:17).

Por esta época, o ideal de uma contracepção eficiente e inócua parecia inatingível. No início dos anos 70, a pílula era ao mesmo tempo a *salvadora* e a *vilã* das mulheres: *ruim com ela, pior sem ela*. Eis que, nos últimos anos da década, surge com força um outro recurso anticonceptivo: a ligação de trompas. Definitiva, realizada com precisão cirúrgica unicamente por médicos, a laqueadura tubária apresentava-se como o método ideal. Sua única desvantagem inicial era o seu custo, que rapidamente diminuiu graças à ação das entidades controlistas.

O contexto histórico de transformações sociais protagonizado pela mulher no momento em que a esterilização surge como recurso contraceptivo reforçou a imagem deste método como uma grande conquista feminina. As mulheres acreditavam que a cirurgia, aparentemente inócua, era um método seguro e eficiente, cuja desvantagem se resumia ao seu alto custo. Para um determinado contingente de mulheres, mais informadas e mais atuantes, a ligação de trompas parecia o melhor caminho para o exercício pleno da sexualidade.

É possível reconhecer que a esterilização permitiu a muitas mulheres uma vivência sexual com mais qualidade, na medida em que, definitivamente, separou o prazer da reprodução. Para estas mulheres, a operação provavelmente veio somar-se a outras transformações vivenciadas que as libertavam da condição biológica e social de reprodutoras. Entre-

tanto, é preciso considerar que para outras tantas o fato de estarem esterilizadas pouco transformou suas vidas sexuais. Ou seja, o fato de eliminar a insegurança de uma gestação indesejada foi só um passo na direção de uma vida sexual melhor. A complexidade das relações humanas, em especial na esfera sexual, não se resolveria apenas com uma contracepção eficaz; era preciso que o conjunto dos outros elementos presentes nesta relação também mudasse.

Assim, permanecem intocáveis os papéis de *esposa* e *prostituta* no comportamento sexual feminino, assim como mantêm-se alguns tabus como o da masturbação. No nosso estudo, a maioria das entrevistadas respondeu que pouca coisa ou quase nada havia mudado. Ou seja, embora existisse uma grande expectativa de que uma contracepção segura garantiria uma vida sexual mais plena, no concreto a mudança foi pouco significativa. Acredita-se, contudo, que devido ao caráter íntimo do assunto, um número pequeno de mulheres reconheça mudanças no comportamento sexual aquém de suas expectativas. Outras, por sua vez, temem que ao revelarem a liberdade de serem *ligadas* sejam *mal interpretadas*. Cientes da forte repressão sexual e moral que as atinge, as mulheres não atribuem, nos discursos recolhidos, a importância que o tema parece ter. A liberdade sexual vislumbrada pelas mulheres esterilizadas parece não ter se concretizado.

Observa-se, por outro lado, que a maioria das mulheres, em face de uma gestação não desejada ou planejada, sente e verbaliza uma autocrítica clara ao seu *desregramento* sexual. Quando se referem a uma mulher com muitos filhos, é comum o comentário: *ela não se cuida*. O fato de ter muitos filhos traduz, portanto, *descontrole* da sexualidade, uma falta de *cuidados*. Esta crítica, sob o ponto de vista sexual, pressupõe também que a responsabilidade pela contracepção é feminina. Assim, se ocorre uma gestação

não planejada, emerge na mulher um duplo sentimento de culpa: em primeiro lugar por ter se deixado levar pelo *prazer* e, em segundo, por não se *cuidar* para não engravidar. Para a maioria das entrevistadas deste estudo a mulher é a verdadeira responsável pela contracepção. Alegam que os homens de qualquer maneira não assumem o que acaba se concretizando no seu próprio corpo, e que mesmo quando são solidários e participantes, exceções à regra geral, acham que é mais fácil e seguro a mulher se *cuidar*. Como entendem que a contracepção é de sua responsabilidade, são elas que procuram e se submetem ao uso dos contraceptivos, às vezes com prejuízos para sua saúde e bem-estar geral. Já os métodos contraceptivos masculinos resumem-se ao coito interrompido, ao *condom* e à vasectomia.

Para tornar bem visível a maneira como é vista a responsabilidade da contracepção por homens e mulheres, basta recorrer às estatísticas de esterilização feminina e masculina no Brasil. De acordo com a PNSMIPF-1986, 27% das mulheres brasileiras entre 15 e 44 anos já fizeram ligação de trompas (Arruda *et al.*, 1987:33) e apenas 0,8% dos homens são vasectomizados (Berquó, 1987:69). Além de não se sentirem responsáveis pela contracepção, a grande maioria dos homens teme perder a virilidade com a esterilização. Embora, à primeira vista, possa parecer apenas uma questão de falta de informação, é importante lembrar que a paternidade é também uma forma de afirmação social. Ademais, cabe notar que a interferência médica no corpo masculino é menos comum, não sendo encarada de maneira natural. Enfim, a aceitação social da interferência médica no corpo masculino é menor em qualidade e quantidade do que a interferência no corpo feminino.

Na busca de uma vida sexual sem contradições, a ligação de trompas parece ter contribuído menos do que se esperava e, às vezes, em direção inesperada.

A esterilização feminina mais parece ter *liberado* os homens, uma vez que, não podendo mais argumentar a impossibilidade de manter relações pela falta de contracepção efetiva, as mulheres operadas ficam disponíveis a atividade sexual não desejada.

Subir na vida

O aparecimento do anticoncepcional oral coincidiu e reforçou um contexto de mudanças históricas favoráveis às mulheres. No início da década de 70 assistia-se a uma ampla discussão sobre as questões femininas, em que o significado e a possibilidade da maternidade eram pontos fundamentais para compreender a situação das mulheres e, principalmente, transformá-la. Do conjunto de conquistas desejadas, reconhecia-se como a mais importante e a mais difícil de concretizar o trabalho remunerado. A esfera produtiva da sociedade parecia distante e pouco acessível às *rainhas do lar*. Entre as barreiras que mantinham separadas as mulheres e as forças produtivas, o exercício da maternidade era questionado em primeiro lugar. O fato de ser mãe, que impunha inúmeros e definitivos desdobramentos para a mulher, parecia incompatível com o trabalho fora de casa. A imensa maioria delas estava forçosamente em casa, cuidando dos seus filhos, criando-os. Como a discussão em torno deste impasse excluía a negação absoluta da maternidade, o que se pretendia resolver era a equação filhos *versus* trabalho remunerado. Em outros termos, procurava-se conciliar o papel historicamente privilegiado das mulheres como reprodutoras com o seu desejo e a necessidade de participar da esfera produtiva. É neste contexto que surgem, primeiramente, o anticoncepcional oral e, pouco a pouco, as outras opções contraceptivas.

A grande novidade, a pílula, mesmo gerando medo e desconfiança, começa-

va a participar do cotidiano feminino. As mudanças, grandes e pequenas, que se concretizavam na vida das mulheres traziam como pressuposto a convivência difícil com o trabalho não-doméstico e a experiência da maternidade, aliada à possibilidade de fazer a contracepção.

A reelaboração do comportamento reprodutivo em função do trabalho não-doméstico é uma questão complexa e foi objeto de vários estudos específicos. Neste estudo, em particular, buscou-se compreender como, em determinado momento, a necessidade de controle da prole se concretizou através de uma alternativa radical como a esterilização cirúrgica, sem que isso representasse uma perda ou dano, mas uma libertação frente ao trabalho remunerado e doméstico. Recuperando um pouco a vivência contraceptiva, observa-se que a partir do momento em que a laqueadura tubária surge neste quadro de opções, em razão da própria conjuntura histórica e da dificuldade de usar cotidianamente contraceptivos, é percebida como uma redenção, uma libertação. A pílula, "um verdadeiro veneno", pôde ser abandonada pela moderna, eficiente e definitiva cirurgia. Para as mulheres com desejo e necessidade de trabalhar fora, a ligação de trompas parecia o ideal. Como vimos, o conjunto das circunstâncias era extremamente favorável a uma ação e a um discurso que, relacionado à cirurgia e ao trabalho, equacionava a questão. Pode-se dizer que, em um primeiro momento, a ligação aparece fortemente motivada pelas transformações que vão se delineando na vida feminina.

A realização da *cirurgia* é vista, hoje, como um passo indispensável para as mulheres que querem vencer, subir na vida. Livres da condição biológica de reprodutoras, voluntariamente mutiladas, estas mulheres acreditam que podem começar a ter visibilidade social na esfera produtiva. Entretanto, a questão de equacionar produção e reprodução, embora passe marcadamente pela maternidade, não se esgota neste aspecto. A com-

preensão de que o planejamento do número de filhos, voluntário ou não, facilita e possibilita um melhor desempenho na carreira produtiva pode ser correta mas não garante, por si só, estas melhorias. Há todo um amplo conjunto de fatores que necessitam estar presentes para a transformação efetiva deste espaço feminino.

Um destes aspectos relevantes é a questão do trabalho doméstico. Nas entrevistas, as mulheres referem-se a este trabalho como um "cuidar da casa, fazer comida, cuidar das crianças", revelando a percepção destas atividades como sua *obrigação natural*, com grande desvalorização das tarefas cotidianas. O trabalho doméstico aparece como função da mulher, sem valor econômico e social, como um destino inevitável. Embora, na prática, as mulheres revelem aceitar essa situação, em seus discursos transparece uma grande opressão: "Fico, assim, correndo o dia todo" (doméstica, 40 anos, 5 filhos, operada com 30 anos); "Só paro na hora de dormir" (comerciante, 45 anos, um filho vivo, esterilizada aos 38 anos).

Podemos admitir que a redução no número de filhos é não apenas um passo em direção ao trabalho fora, mas um grande avanço no trabalho doméstico. Quanto ao controle do número de filhos ser uma estratégia em relação à esfera produtiva, o novo ciclo reprodutivo estabelecido pelas mulheres (ter filhos mais jovens, apenas dois ou três, fazer a operação) não parece ter funcionado. A mulher com menos filhos realmente pode se inserir mais rapidamente no mercado de trabalho, uma vez que, logo após o segundo ou terceiro filho, estará de posse do *atestado de operada*, depois de um ciclo reprodutivo breve e definitivo. Todavia, como permanece marginalizada durante este ciclo, sua inserção produtiva continuará subordinada após a ligação, já que a mulher se mantém responsável pelo cuidar das crianças, sendo a participação paterna vista apenas como uma

eventual *ajuda e disposição* do pai. Embora ter menos filhos possa reduzir quantitativamente as tarefas, as mães *naturalmente* sentem-se responsáveis por cuidar dos filhos. Assim, se o casal trabalha e um filho adoce, naturalmente é a mãe que falta ao serviço.

Entretanto, a idéia de que menos filhos facilitaria e até seria responsável pela posição feminina na produção continua presente entre as mulheres, que vivem estas questões com um conflito, originado da situação real que enfrentam: enquanto definitivamente avançam na esfera produtiva, seu papel de mãe é bem menos questionado. A questão vai além da dupla jornada; apresenta-se, sobretudo, no sentimento de culpa que experimentam, divididas entre a casa e o trabalho. Mesmo admitindo a necessidade e a vantagem do trabalho remunerado, imediatamente vem o reconhecimento de que ele prejudica a função primordial da maternidade, inclusive ferindo o sentimento de ser mãe, como revela este depoimento emocionado:

"Olha, facilitou, porque eu não tenho tempo para essas crianças, porque meu tempo é pouquíssimo. *Eu sinto até que dou pouco amor a eles, eu sinto isso.* Inclusive a minha primeira filha *não me chamava de mãe*, chamava primeiro para minha irmã. *Depois, quando eu vi isso*, foi que eu parei mais um pouco e fiquei mais com eles. Quer dizer, o trabalho fora, ele ajuda por um lado e prejudica por um outro" (professora primária, 27 anos, dois filhos, esterilizada aos 26 anos).

Na trajetória desta relação (esterilização *versus* trabalho) encontramos, no momento atual, sua face perversa mas não surpreendente, uma vez que a operação passa a ter caráter quase obrigatório e o *atestado de operada* se transforma em uma condição *sine qua non*, principalmente na faixa do mercado de trabalho em que se insere a maioria das mulheres de baixa renda. Fugindo das conquistas

constitucionais, resultado de longas lutas femininas, os empregadores preferem mulheres que já estejam esterilizadas, o que mostra que avanços legais nem sempre se concretizam. O que foi um desejo, uma aspiração íntima - a escolha pela esterilização -, aparece agora como uma obrigação.

A transformação do desejo em obrigação nos leva necessariamente a reconhecer que o que parecia voluntário, uma opção, pode caminhar de maneira inexorável para a obrigatoriedade, negando o caráter de avanço, de conquista que parecia caracterizar a realização da operação. Ocorre, porém, que o fato de muitas

indústrias exigirem o atestado de operada não gera resistência, como poderia eventualmente acontecer, mas reforça nas mulheres a vontade de encerrar logo a carreira reprodutiva. Submetidas a um contexto sócio-econômico e mesmo subjetivo favorável, as mulheres confundem o desejo com a obrigação na realização da esterilização.

As representações aqui discutidas parecem por vezes contraditórias. Os conflitos da argumentação desenham um imaginário ambíguo, onde o desejo e a submissão de mulheres esterilizadas revelam, sem possíveis retoques, a dupla face da questão: esperança e opressão.

Notas

- (1) Para designar a esterilização cirúrgica feminina usamos os seguintes termos: cirurgia, esterilização, laqueadura tubária, ligação de trompas e operação.
- (2) Esses dados foram coletados em entrevistas com mulheres de Belém enfocando, principalmente, a história de suas vidas reprodutivas, e fazem parte da minha dissertação de mestrado, intitulada *Mulheres esterilizadas: submissão e desejo* (Serruya, 1993).
- (3) Por falta de treinamento médico adequado ocorreram eventuais falhas na técnica e algumas das mulheres operadas por este método realmente acabaram engravidando.

Referências bibliográficas

- ARRUDA, J.M., RUTENBERG, N., MORRIS, L. et al. *Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar - Brasil, 1986*. Rio de Janeiro, Bemfam, 1987.
- ÁVILA, Maria Betânia de M. e BARBOSA, Regina Maria. *Contracepção: mulheres e instituições*. Recife, mimeo., 1986.
- BARROSO, Carmen. "Esterilização feminina: liberdade e opressão". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 18, 1984, pp. 170-80.
- BERQUÓ, Elza S. "Sobre o declínio da fecundidade e a anticoncepção em São Paulo: análise preliminar". *Textos NEPO*, Campinas, NEPO/Unicamp, n. 6, 1986.
- BERQUÓ, Elza S. (org.) *Homem e Mulher: crises e conquistas*. São Paulo, Melhoramentos, 1987.
- BERQUÓ, Elza S., OLIVEIRA, Maria Coleta A. F. de e CAMARGO, Cândido Procópio F. de (eds.). *A fecundidade em S. Paulo: características demográficas, biológicas e sócio-econômicas*. São Paulo, Cebrap, 1977.
- CASTRO, M.G. "Esterilização de mulheres no Brasil". *Cadernos do CEAS*, Salvador, CEAS, n. 138, mar.-abr., 1992, pp. 17-30.
- CONSELHO ESTADUAL DA CONDIÇÃO FEMININA. *Clínicas de esterilização: a quem servem?* São Paulo, 1986.

FARIA, Vilmar Evangelista. "Políticas de governo e regulação de fecundidade: consequências não antecipadas e efeitos perversos". *Ciências Sociais Hoje*, Rio de Janeiro, Anpocs, 1989, pp. 62-105.

SERRUYA, Suzanne. *Mulheres esterilizadas: submissão e desejo*. Tese de mestrado em Planejamento do Desenvolvimento, Belém, Núcleos de Altos Estudos Amazônicos (NAEA) da UFPA, 1993.

IBGE. *As informações sobre fecundidade, mortalidade e anticoncepção nas PNAD's*. Rio de Janeiro, IBGE, 1989.

RESUMO – Ligação de trompas e imaginário feminino. *A esterilização feminina é o método contraceptivo mais usado no Brasil. Este artigo busca compreender quais representações foram construídas no imaginário feminino acerca da ligação de trompas. As mulheres foram ouvidas em entrevistas individuais, em Belém. Imagens recorrentes são relatadas e aparecem ora ligadas à submissão, ora ligadas ao desejo de realizar a cirurgia. Contraditórias e às vezes surpreendentes, estas representações revelam novos elementos do fenômeno representado pela esterilização feminina.*

ABSTRACT – Tubal ligation and feminine imagination. *Feminine sterilization is the most widely used contraceptive method in Brazil. This article seeks to understand the representations built in the feminine mind about tubal ligation. Women were individually interviewed in Belém. Recurrent images are reported and appear sometimes connected to submission, other times to the desire to submit to the surgery. Contradictory and often surprising, these representations reveal new elements in the phenomenon posed by feminine sterilization.*

Aprovado para publicação em 17/07/94.