



Eixo: Serviço Social, relações de exploração/opressão de gênero, raça/etnia, sexualidades.
Sub-eixo: Sexualidades, identidades de gênero e direitos.

DIREITOS REPRODUTIVOS E A ESTERILIZAÇÃO DEFINITIVA: O PLANEJAMENTO FAMILIAR CENTRALIZADO NA FIGURA FEMININA

ELISANGELA DE OLIVEIRA INACIO¹
LUANA CECÍLIA DA SILVA FONSECA²

Resumo: Compreende uma pesquisa social aplicada, exploratória e de campo, e derivou da nossa preocupação sobre o número de mulheres que, através do SUS, buscavam o acesso à laqueadura tubária em uma maternidade pública de João Pessoa – PB. Analisamos as condições de acesso dessas mulheres e os principais antecedentes históricos, culturais e sociais que determinam a centralidade do planejamento familiar na figura feminina. Através da observação, do levantamento bibliográfico e das entrevistas realizadas junto a vinte mulheres, os resultados revelaram haver uma forte imposição cultural influenciada pelo patriarcado, que estabelece o dever da contracepção às mulheres, eximindo a responsabilização masculina.

Palavras-chave: Relações de Gênero; Planejamento Familiar; Saúde da Mulher.

Abstract: The social research is applied, exploratory and field, and derived from our concern about the number of women who, through SUS, sought access to tubal ligation in a public maternity hospital in João Pessoa - PB. We analyze the access conditions of these women and the main historical, cultural and social antecedents that determine the centrality of family planning in the female figure. Through the observation, bibliographical survey and interviews with twenty women, the results revealed a strong cultural imposition influenced by patriarchy, which establishes the duty of contraception to women, exempting male accountability.

Keywords: Gender Relations; Family Planning; Women's Health.

1- INTRODUÇÃO

Os estudos acerca da atenção aos direitos reprodutivos e da sexualidade das mulheres ampliou-se no País a partir das reivindicações dos movimentos feministas e de mulheres e teve um maior redirecionamento com o reconhecimento jurídico da igualdade entre mulheres e homens perante a promulgação da Constituição Federal brasileira (1988).

¹ Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal da Paraíba. E-mail: <elisangelainacio@hotmail.com>

² Profissional de Serviço Social. Universidade Federal da Paraíba.

A partir dos anos 1990, em resposta ao fortalecimento do movimento de mulheres no Brasil, ampliaram-se os serviços e programas através da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), para além dos direitos reprodutivos e levou-se em consideração a promoção da saúde da mulher, o acesso do direito ao corpo, à sexualidade, ao planejamento familiar e surgiram novos avanços com relação ao debate sobre as relações de gênero, a influência do patriarcado e os direitos de igualdade das mulheres no espaço público e privado.

Com a finalidade de refletir e discutir essas questões, esse trabalho teve como objetivo analisar as condições de acesso da mulher na rede pública de saúde e os programas de planejamento familiar. Também, problematiza as questões históricas, econômicas, sociais e culturais, que refletem as heranças patriarcais e machistas que comumente determinam uma predominância em responsabilizar apenas a mulher pela contracepção e ao incentivá-la buscar a laqueadura tubária, eximindo o homem das suas responsabilidades com relação ao planejamento familiar e a anticoncepção.

Inicialmente, partimos das hipóteses de que a demanda maior de mulheres que acessam os programas específicos de planejamento familiar e, em especial, o direito à laqueadura tubária, revela uma forte influência da cultura patriarcal e machista ao determinar a centralidade da responsabilidade da contracepção na figura da mulher e tentar naturalizar essa condição nas relações de gênero.

Embora na contemporaneidade seja possível perceber um número significativo de famílias que são chefiadas por mulheres, ainda é notório o forte conservadorismo nas relações sociais e familiares que valoriza o homem como sendo o chefe da família, e responsabiliza as mulheres para as questões voltadas para a maternidade e os cuidados com a família. Bem como, não há uma igualdade com relação aos direitos sexuais e reprodutivos, visto que na sociedade brasileira impera o dever do controle da natalidade na figura feminina e da predominância de contraceptivos femininos quando comparados aos masculinos. Bem como, incide numa culpa das mulheres nos casos de gravidez

'indesejada', como se elas engravidassem sozinhas, uma vez que empiricamente são impostas às mulheres, a escolha e decisão sobre a maternidade e o número de filhos nas relações.

A presente pesquisa se desenvolveu no Instituto Hospitalar Cândida Varga (ICV), uma maternidade pública, que oferece serviços de saúde do SUS, reconhecida como hospital referência para os municípios paraibanos e circunvizinhos. Nosso estudo teve como objetivo principal, analisar as reais condições de acesso das mulheres atendidas no Instituto Cândida Vargas ao programa de planejamento familiar, e investigar os principais métodos de contracepção adotados, entre eles, o direito a laqueadura tubária como uma das formas de contracepção.

Os objetivos específicos compreenderam: 1) Descrever o perfil socioeconômico das mulheres atendidas no ICV; 2) Apontar os principais métodos de contracepção mais utilizados pelas mulheres e a recorrência dessas mulheres e de seus companheiros a esses métodos; 3) Apresentar os principais fatos que contribuem para a cultura de centralidade da prevenção à gravidez na figura feminina; 4) Avaliar os motivos da escolha esterilização definitiva feminina e o nível de informação das mulheres que optaram pelo procedimento da laqueadura tubária.

Trata-se de uma pesquisa social aplicada, de cunho exploratório e de campo, com o uso de abordagens qualitativas e quantitativas, onde elegemos um vasto levantamento bibliográfico, seguido das leituras sistematizadas e de fichamentos em torno de um acervo específico que aborda a temática proposta. Submetemos a nossa proposta de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, e atendemos às recomendações do CEP, e desenvolvemos a nossa pesquisa de campo após a emissão da Certidão de Aprovação. Também, fizemos uso da observação e da entrevista semiestruturada, com a adoção de um formulário (com questões abertas e fechadas), previamente estabelecido, onde a pessoa questionada apenas responde e o pesquisador preenche.

De acordo com os dados estatísticos descritos nos documentos institucionais (relatórios estatísticos mensais), a maternidade atende por mês

cerca de novecentas (900) mulheres. No programa de planejamento familiar, costumam ser atendidas cerca de quarenta e cinco (45) mulheres, ao mês. Desse total, contemplamos para a pesquisa, uma amostra de vinte (20) usuárias que corresponde aos 44,4% do total de usuárias que procuram o programa. Seguidamente, recorreremos à aplicação das entrevistas junto às vinte mulheres, em idade reprodutiva, que já tiveram mais de um filho e que buscavam o acesso à laqueadura tubária, através do programa de planejamento familiar no ICV. A adesão à pesquisa deu-se de forma voluntária e aleatória, ou seja, à medida que as usuárias concordavam em participar da pesquisa.

Os dados da pesquisa foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, e à luz de autores que discutem a temática, e sob uma perspectiva crítica, histórica e dialética.

2- AS RELAÇÕES DE GÊNERO E A CONSTRUÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Historicamente, as desigualdades nas relações de gênero têm base em construção ideológica a partir de uma identidade simbólica e cultural que reforça a ideia de que o papel principal da mulher se restringe ao espaço doméstico, e consiste em ser uma mãe aplicada e dedicada aos afazeres da casa e aos cuidados com a família. Ao passo que se incentiva o homem a buscar uma maior apropriação do poder político, com prioridades ao espaço público e liberdade de escolha e decisão às atividades profissionais.

A categoria gênero contribui para romper com a perspectiva sexista restrita aos aspectos biológicos e para desnaturalizar e historiar as reais desigualdades entre mulheres e homens, sendo entendida de modo histórico e relacional e não como “oposições decorrentes de traços inerentes aos distintos seres”, e para que não se incorra no erro de deixar de identificar “os diferentes poderes detidos e sofridos por homens e mulheres” (SAFFIOTI, 1992, p. 193).

Vale salientar que a busca pela igualdade de gênero vai muito além da equidade entre feminino e masculino, ou mesmo da conquista de um novo papel para a mulher na sociedade. Cisne (2004) assinala que esse “novo” papel só

pode ser obtido com a igualdade substantiva na vida social, na qual mulheres e homens de diferentes raças, etnias, orientação sexual, identificação e identidade de gênero, possam vivenciar sua diversidade sem opressão. Com base nessa afirmativa, entendemos que o tamanho da diversidade (gênero, raça, orientação sexual, classe social, dentre outras) permite-nos perceber que as mulheres estão inseridas num contexto de desigualdade, determinado por relações sociais historicamente construídas, colocando as mulheres em situações de subordinação e opressão.

Na contemporaneidade, as mulheres além de ocupar os espaços privados, e assumirem a tarefa de cuidar dos filhos, dos pais, do marido e da casa, são designadas a promover a 'ordem' da casa diante da reprodução do estigma de que as mulheres devem ser as pacificadoras de conflitos. Todavia, ressaltamos que as mulheres buscam cada vez mais a sua autonomia e a liberdade para ocupar o espaço público e buscar melhor escolarização e condições dignas de reprodução social. Embora, as mulheres ainda não alcançaram o acesso amplo e igualitário ao trabalho, aos salários, aos bens e serviços.

Quanto aos aspectos culturais e que interferem ainda hoje nas relações de sociabilidade, observamos que através da educação, as escolas e outras instituições educadoras reproduziram, e ainda reproduzem orientações preconceituosas referentes ao papel das mulheres na sociedade, e reproduzem comportamentos machistas, violentos e desiguais. Além de conferir mais liberdade aos meninos do que às meninas, sob a forte influência do patriarcado e dos dogmas religiosos que insistem em reforçar o ideário da mulher "sagrada" apoiada na condição de mãe, cuidadora, e reafirmando um modelo conservador e tradicional de família, que contribuem severamente para incentivar as desigualdades nas relações de gênero.

No âmbito afetivo e da sexualidade, as formas de opressão e de violação de direitos vivenciados pelas mulheres também são observadas através da evidência empírica que denunciam práticas de violência que ocorrem na vida privada, como também os problemas enfrentados de violação dos seus direitos sexuais e reprodutivos por meio do Estado e perpetrados na sociedade.

Compreendemos que as desigualdades das mulheres podem ser estruturadas em vários pontos. Um deles trata da autonomia pessoal e econômica. As políticas de combate à pobreza devem atuar nesse ponto, levando em consideração as condições das mulheres partindo da premissa que as mulheres estão mais vulneráveis para enfrentar a situação de pobreza. Apesar do crescimento do número mulheres trabalhando fora de casa, o desemprego ainda é bem maior entre as mulheres em relação aos homens; e as mulheres recebem uma remuneração menor; e são em sua maioria trabalhos informais e subalternos. Vale salientar que o trabalho que as mesmas realizam é, em alguns casos, invisível à lógica do capital. O outro ponto trata da divisão do trabalho doméstico, visto que as mulheres são as principais responsáveis por todas as tarefas da casa, do cuidado com a criança e com família, assumindo tripla jornada de trabalho.

Entendemos o quanto as políticas públicas influenciam na divisão social do trabalho doméstico, e apesar das decisões sobre a divisão sexual do trabalho dentro de casa não competir ao Estado, ele deve exercer um papel fundamental na construção e na oferta de equipamentos públicos como escola em período integral, creches para todas as crianças, permitindo assim uma melhor articulação da vida pública e privada. Outro ponto de análise refere-se à promoção da autonomia do corpo, e às questões que abordam as políticas de saúde e de combate à violência sexual e doméstica, no sentido de proteger às mulheres e permitir que elas exerçam seus direitos quanto à escolha de gerar ou não filhos, sobretudo, quando resultam de relações sexuais não consentidas.

Defendemos que a política de atenção às mulheres deve promover a integralidade na promoção dos serviços de saúde, em todas as suas fases da vida e garantir o direito e a condição de escolha sobre quando gerar ou não gerar filhos. Afinal, a cultura machista estabelece ainda uma discriminação sobre os direitos de sexualidade para mulheres e homens. Pois, comumente, a mulher, ainda quando criança é condicionada a adotar 'bons modos' e na adolescência é levada a controlar os seus desejos sexuais, diante da negação do prazer, da imposição da culpa, da censura e do medo.

Gozzo apud Menezes (2000) assinala que nessa fase, as questões sobre sexo geram constrangimentos e as dúvidas tendem a não ser respondidas ou até ignoradas. Nesse contexto, as identidades sexuais de masculinidade e feminilidade são constituídas por representações culturais estabelecidas pelo discurso dominador e conservador (o homem, o pai, o marido, a Igreja), que naturaliza e legitima os comportamentos masculinos, baseados em prerrogativas de uma sociedade patriarcal e que impõe ao homem um comportamento com “marcas de sua natureza viril, agressividade, independência, raciocínio lógico, enquanto à mulher está reservada, a dependência, a fraqueza, a submissão, a emoção”. (MENEZES, 2001).

Através da maior visibilidade que o movimento feminista e de mulheres obteve nas últimas décadas, novos padrões de conhecimento sobre sexualidade e os novos papéis sociais foram instituídos às mulheres, ao assumir a sua liberdade e uma vida sexual ativa, independente do casamento e da procriação. O movimento feminista reafirma a importância da luta e defesa da liberdade e igualdade das mulheres, e defende a emancipação feminina e autonomia sexual para as mulheres.

Segundo Faria (2012) as feministas questionaram a supremacia masculina nas relações sexuais e defenderam as mulheres como seres sexuais, e nos desperta sobre a importância das mulheres reconhecerem o próprio corpo e assumirem seus desejos, buscando desconstruir uma relação direta instituída entre sexualidade e maternidade.

Scavone (2010) assevera que o movimento feminista buscou desconstruir o discurso dominante sobre o corpo que estava apoiado no modelo dominante de sexualidade reprodutiva, e teve como meta a separação da sexualidade com a procriação. Essa separação também foi possível devido aos avanços da tecnologia médica, o desenvolvimento dos métodos de contracepção, sobretudo, por meio do uso das pílulas, porém, advertindo que a anticoncepção não seja uma responsabilidade exclusiva para as mulheres. Enfim, o movimento feminista buscou desconstruir o naturalismo da reprodução social e sexual feminina restrita ao debate biológico, e busca principalmente defender a liberdade de escolha de se fazer o uso ou não da contracepção, no sentido de

desconstruir essa centralidade do planejamento familiar na figura feminina. Afinal, as mulheres não devem ser as únicas responsabilizadas por evitar a gravidez.

As reivindicações do movimento feminista juntamente com o processo de reforma sanitária que ocorre no Brasil desde os anos de 1980 deu origem ao Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, marcando uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984 apud. TAVARES, ANDRADE e SILVA, 2009, p. 30).

O PAISM contempla ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, nas IST, na prevenção e tratamento do câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 16-17).

O objetivo principal do PAISM consiste em melhorar as condições de saúde da mulher e reduzir as taxas de mortalidade materna. Quando se trata das questões relacionadas à saúde reprodutiva da mulher estão direcionadas à abordagem sobre o exercício responsável do seu direito reprodutivo, como forma de vivenciar sua sexualidade e ter liberdade sobre a escolha de torna-se mãe ou não. É importante entender que a concepção dos direitos reprodutivos não deve se limitar a proteção da reprodução materna. Ela vai além, defende um conjunto de direitos individuais e sociais que tem como ponto de partida uma perspectiva de igualdade e equidade nas relações pessoais e sociais, e uma ampliação das obrigações do Estado na implementação, promoção de direitos sociais, como os direitos à saúde, à educação e ao trabalho, com direitos individuais à vida, à igualdade, à liberdade e à inviolabilidade da intimidade (VENTURA, 2004, p. 20).

Essa intervenção de direitos tem como objetivo “reduzir as violações à autonomia pessoa, integridade física e psicológica de que são alvos indivíduos e coletividades, e garantir os meios necessários para o ser humano alcançar seu bem-estar sexual e reprodutivo”. (Ib. p. 20). Neste sentido, favorece a liberdade de mulheres e homens de decidirem se querem ou não gerar filhos e quando

reproduzir-se, adquirindo assim, privacidade, intimidade, liberdade e autonomia de escolha, sem interferência do Estado.

Com a mobilização dos movimentos feministas e sociais, o planejamento familiar passou a ser entendido como direito social, aproximando dos direitos reprodutivos. A Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu artigo 226 §7, reconhece e garante a contracepção como direito do cidadão e cidadã, e afirma o direito de escolha reprodutivo como um direito de mulheres e de homens.

Esse artigo está regulado pela Lei Nº 9.263 de janeiro de 1996, que regulariza o planejamento familiar. A Lei estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigados a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral a saúde. Entre os aspectos que a lei compreende, há a inserção das práticas de laqueadura de trompas e da vasectomia enquanto alternativas de anticoncepção, definindo critérios para utilização e punições para os profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada e/ou insegura. (BRASIL, 2002, p.7).

Destacamos que para o planejamento familiar se efetivar de forma plena é preciso manter a oferta de métodos anticoncepcionais na rede pública de saúde e contar com profissionais capacitados para disponibilizar métodos e práticas que garantam às mulheres o direito de ter ou não filhos, que as informe e esclareça sobre a melhor opção contraceptiva em cada momento da vida e que também responsabilize o homem nessa escolha e decisão.

Pois, entendemos que o debate sobre planejamento familiar exige uma reflexão crítica sobre as questões de gênero, e que reconheça a responsabilidade do homem e da mulher nesse processo, cujo debate sobrepunha o aspecto da reprodução biológica e incorpore as relações de gênero.

O planejamento familiar é garantido pelo SUS e oferecido pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF); implica num modelo de política pública de saúde que traz a proposta do trabalho em equipe, de vinculação dos profissionais com a comunidade e de valorização e incentivo à participação comunitária.

Sendo assim, o planejamento familiar é de responsabilidade multidisciplinar, exige compromisso dos diversos profissionais de saúde nas ações de educação, aconselhamento e esclarecimento. E, desperta a importância de que os profissionais de saúde entendam que as pessoas são diferentes, possuem condições estruturais de vida diferenciadas e necessidades adversas, e devem atender ao perfil individual, respeitar a liberdade individual, sem violar o princípio básico da autonomia. Mas, empiricamente, observamos que em grande parte são as mulheres quem se pronunciam com relação à prevenção ou ao planejamento familiar, uma vez que já assinalamos que há uma tendência conservadora predominante de que a responsabilização da gestação até a criação e o desenvolvimento dos filhos recaia sobre a mulher.

A Lei N. 9.263/96 do Planejamento Familiar assegura o acesso de mulheres à laqueadura tubária enquanto um método de esterilização feminina e que estabelece critérios específicos previstos no Artigo 10º sobre as condições de acesso à laqueadura.

Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade, ou pelo menos, com dois filhos vivos, desde observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciada a pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce. II – risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos. (BRASIL, Art. 10 da Lei N 9.262, 1996).

Embora o acesso ao planejamento familiar e a prevenção da gravidez indesejada compreende um Programa voltado para mulheres e homens, há o predomínio dos discursos e práticas preconceituosas e machistas que recaem sobre a figura feminina e determina esse lugar como sendo prioritário às mulheres. É comum, nas relações familiares e sociais, deparamos com essa centralidade impetuosa na mulher no sentido de responsabilizá-la unicamente pelo planejamento familiar e, portanto, determinar às mulheres o dever em adotar práticas de anticoncepção, conforme constato através da nossa pesquisa.

3- A CENTRALIDADE DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NA FIGURA FEMININA

Entendemos que o planejamento familiar é uma estratégia que deve ser assumida pela mulher e pelo homem, de forma igualitária. O planejamento familiar é considerado um direito ao acesso à informação, à assistência especializada e aos recursos que permitem optar de forma livre, consciente e segura sobre o desejo de ter ou não filhos, a quantidade de filhos desejada, o espaço de tempo entre o nascimento de um e outro filho, e a escolha do método anticoncepcional mais adequado, sem violência ou opressão, devendo fazer parte do conjunto de ações da mulher, do homem ou do casal.

Porém, empiricamente, a partir dos depoimentos prestados pelas mulheres atendidas no setor de planejamento familiar do ICV, encontramos mulheres, independente da idade, religião, escolaridade e ocupação profissional que decidem sobre a contracepção sem a participação masculina. Inclusive, nos serviços básicos de saúde promovidos no ICV, a participação masculina no processo de planejamento familiar é considerada baixa. Ou seja, esbarramos numa ínfima participação masculina, ou numa nulidade dessa participação por parte dos homens que comumente são educados a agirem dessa forma e ao se tornarem jovens e adultos costumam se eximir dessa responsabilidade com relação à prevenção sexual ou anticoncepção.

Na observância acerca do perfil identitário das mulheres atendidas no setor de planejamento familiar no Instituto Cândida Vargas, no que se refere à idade entre as vinte entrevistadas, 20% delas compreendem a idade entre 20 a 26 anos; outras 45% delas estão com idade entre 27 e 33 anos; demais 15% estão na faixa etária de idade ente 34 e 40 anos e 20% estão com idade entre 41 e 47 anos. Portanto, as entrevistadas são jovens, adultas, em idade reprodutiva e os dados revelam que essas mulheres buscam acesso à laqueadura tubária ainda numa idade saudável e sem impedimentos biológicos relacionados à idade; com raras exceções referentes aos 20% de mulheres que estão com mais de 40 anos de idade. Para esses casos, existem explicações

médicas científicas que esclarecem que a partir dos 35 anos, a mulher já enfrenta a redução natural da quantidade de óvulos, mesmo diante aos avanços atuais da medicina. Ao retardar o tempo para a maternidade (gravidez), a mulher assume gradativamente o que é chamado de grupo de risco, e enfrentam cobranças familiares sociais para que engravidem em tempo hábil. E, caso desejar engravidar, por exemplo, aos 40 anos, a gestação nesse período pode esbarrar em consequências graves como: má formação do feto, probabilidade para desenvolver bebês com síndrome de down, desenvolver hipertensão arterial, diabetes gestacional, ou entrar em trabalho de parto prematuro, desenvolver uma eclampsia e transtornos mentais no puerpério.

Quanto ao estado civil, observamos que 15% das usuárias são solteiras, 35% casadas, 50% estão numa união estável. Portanto, ao associarmos o número de mulheres casadas com aquelas em união estável, obtivemos o total de 85%, a maioria, que buscam acesso à laqueadura e vivem com seus parceiros compreendem, portanto, a configuração de família tradicional, com pai, mãe e filhos, na verdade justificável, inclusive, por atender aos credos religiosos indicados pelas entrevistadas.

Com relação ao nível de escolaridade apresentado pelas usuárias que visitaram o planejamento familiar do ICV, constatamos que: 45% delas declararam possuir o ensino médio completo; outros 15% com ensino médio incompleto. Ainda, 25% das usuárias possuem ensino fundamental incompleto; e 5% delas com o ensino fundamental completo. Apenas, 5% delas (01) declarou possuir ensino superior completo; e outros 5% esta cursando o ensino superior. Bem, os dados revelam um nível de escolaridade bastante satisfatório e, portanto, contribuem para que as usuárias busquem os esclarecimentos sobre o planejamento familiar e sobre as implicações de uma esterilização definitiva. Todavia, os percentuais entre aquelas que não possuem sequer o ensino médio completo são significativos, pois representa o total de 45% das entrevistadas que enfrentam dificuldades para prosseguir os estudos justamente devido às novas responsabilidades assumidas com a maternidade. Inclusive, entre algumas entrevistadas, ficou expresso que o baixo grau de escolaridade também interfere na reinserção dessas mulheres no mundo do trabalho.

Em relação ao número de filhos das entrevistadas, constatamos que 20% das entrevistadas possuem apenas um filho; outros 40% têm dois filhos; demais 25% possuem três filhos e, o restante, 15% delas têm mais de três filhos. Portanto, há um total de 40% com mais de dois filhos, logo, uma representação numérica significativa de mulheres que já atendem aos critérios exigidos pelo SUS para a realização da laqueadura tubária, e que na pesquisa foi apresentado como um dos principais argumentos que motivaram essas usuárias a procurarem o serviço de planejamento familiar. E, além dos filhos nascidos vivos, indagamos se alguma delas já sofreu algum aborto, e nove entrevistadas, ou seja, 45% declaram já ter sofrido aborto, o que aumentaria a quantidade de filhos numa configuração familiar caso estivessem nascido.

Compreendemos que a evolução dos métodos contraceptivos deu a oportunidade à mulher de escolher a quantidade de filho que ela deseja ter. Logo, o conceito de famílias numerosas com muitos filhos vem diminuindo significativamente na contemporaneidade, e decerto, as condições financeiras, as incertezas afetivas também interferem na condição de escolha das mulheres que optam por uma gestação. Para as mulheres, o planejamento familiar, em princípio, incide no uso da pílula anticoncepcional e, após segundo filho, é comum, as mulheres optarem pela esterilização definitiva. Isto também se deve pelo fato delas serem incentivadas a buscarem esse caminho.

Quando questionadas sobre o uso de algum método contraceptivo, de acordo, com os resultados obtidos, nos deparamos com um número significativo de doze mulheres, portanto, 60% delas que afirmaram não fazer uso de contraceptivo. E, as demais, 08 delas (40%) declararam usar algum método contraceptivo. A pílula anticoncepcional é uma das opções apresentadas (por 03 mulheres), como também a injeção anticoncepcional (outros 03 depoimentos); acompanhados do uso do preservativo masculino (a camisinha) revelado através da resposta de duas usuárias (25% delas). Embora, a camisinha seja o método mais barato, com distribuição gratuita e com resultado eficaz, ainda não aparece como o método mais utilizado entre os casais por diversos motivos. Entre eles, há ainda uma cultura predominantemente machista e equivocada de que o uso

do preservativo masculino, ou seja, da camisinha, diminui o desejo sexual masculino e a sua capacidade de ereção.

Desse modo, contraditoriamente, um dos fatores que contribuíram para fortalecer a centralidade da responsabilidade da anticoncepção na figura da mulher foi a popularização da adoção da pílula anticoncepcional, que também possibilitou às mulheres maior liberdade sexual, mas também permite o homem ter relação sem se preocupar em engravidar a mulher. Portanto, possibilita que o homem se exima do seu dever quanto à anticoncepção e prevenção de uma gravidez, mas, ambos (homens e mulheres) permanecem expostos às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Quando questionadas sobre a quem compete a responsabilidade de se evitar filhos (ou seja, quem deve aderir à contracepção), por unanimidade, todas as usuárias entrevistadas responderam que essa deveria ser uma responsabilidade para ambos, ou seja, igualmente ao casal, mas que na prática isso não ocorre. Ou seja, tanto a mulher, quanto o homem deveriam se preocupar com a prevenção e o desejo de gerar ou não filhos, de decidirem quanto ao número de filhos e avaliar os métodos de contracepção mais viáveis. Mas, conforme já revelado, empiricamente isso não ocorre e essa responsabilidade segue recaindo sobre as mulheres. Inclusive, os membros familiares em conformidade com as declarações das entrevistadas ao afirmarem que essa é uma obrigação das mulheres, ao defender e incentivar a realização da laqueadura tubária como a forma mais indicada de esterilização definitiva.

Essa desigualdade histórica sobre a responsabilidade do homem e da mulher no controle da fecundidade, da natalidade ou da anticoncepção fica ainda mais clara quando se compara a existia de métodos contraceptivos que são indicados para as mulheres, que também são orientadas a fazer o uso do Dispositivo Intra Uterino (DIU). É importante destacar que o elevado preconceito do homem em relação ao uso dos métodos de anticoncepção masculina, a exemplo dele se recusar a se submeter à esterilização masculina através da vasectomia reafirma a sua rejeição em cooperar com o planejamento familiar, além de desobrigar-se do uso da camisinha, que revelam comportamentos sexuais desiguais de gênero, reforçados pela cultura machista e religiosa.

Sem sombra de dúvida, as mudanças impressas aos grupos familiares face às transformações contemporâneas e discussões acerca do papel da mulher, para além da função da maternidade, bem como, ao se abrir novas possibilidades decorrentes da crescente inserção da mulher no mundo do trabalho, na ocupação dos espaços públicos, nas esferas da política brasileira, e diante dos crescentes questionamentos e contestações às relações de opressão ou submissão masculina, passou-se a exigir muito mais a participação do homem na vida familiar. Pois, ao ingressarem no mercado de trabalho e assumirem dupla ou tripla jornada de trabalho, as mulheres buscam em seus parceiros uma colaboração nos afazeres domésticos e nos cuidados com os filhos. Além de provocar na relação conjugal, a reflexão e a discussão sobre as responsabilidades mútuas com relação à vida sexual, ao planejamento familiar, principalmente, diante dessa crise e recessão econômica que afetam as famílias brasileiras, somada ao desemprego e aos baixos salários que comprometem as finanças familiares.

Inclusive, ao considerar a situação socioeconômica das usuárias e ao indagar se elas estão trabalhando, 60% delas declararam exercer alguma atividade remunerada e, as demais, 40% das entrevistadas estão desempregadas. Entre as doze entrevistadas que confirmaram exercer alguma atividade, sete delas (58%) desempenham atividades informais ou os chamados “bicos”; e cinco delas (42%) desenvolvem atividades formais, de carteira assinada.

Quando indagadas sobre as motivações que as levaram a buscar o serviço de planejamento familiar do ICV, com o propósito de acessarem o direito à laqueadura tubária (ou esterilização definitiva), 35% das entrevistadas atestaram motivos de saúde ou riscos de vida (para mãe ou o bebê, em especial, nas falas das mulheres nos últimos meses de gestação). Outros 45% das entrevistadas declararam a privação econômica (dificuldades financeiras) como principal motivador. As demais, 15% delas revelaram o desejo individual de não querer mais filhos. O restante, 5% associou à violência urbana, revelando um sentimento de insegurança para criar ou educar mais filhos.

Marchezan (2002, p. 29) ressalta que é comum ouvir o argumento que a esterilização é importante para resolver um problema social. Entretanto, tal arranjo “não toca em questões essenciais, pois a mulher, após a cirurgia, continua analfabeta, desnutrida, vivendo mal, dominada pelo marido [...], enfim, continua vivendo miseravelmente”.

Obstante, observamos em larga escala e diante das circunstâncias citadas que levaram essas mulheres a buscar a laqueadura, que tal opção retrata de certo modo, a impotência das mulheres em modificar uma condição histórica que impôs a alguma delas, o dever de se submeter à esterilização definitiva, traduzindo uma sujeição feminina à uma condição cultural patriarcal, machista, e de classe reafirmada pela privação econômica de muitas famílias. E, contraditoriamente, também revela que esse caminho “rouba” de algumas mulheres, o desejo de mais procriação. Afinal, não é desejo de todas as mulheres se tornarem estéreis, não ter mais filhos, principalmente, se para muitas delas fosse assegurada uma condição econômica que possibilitasse uma vida mais digna aos seus filhos. Além do perverso julgamento social que enfrentam quando decidem levar a maternidade sozinha, ou mesmo quando são criminalizadas ao desejarem gerar mais filhos; ou ainda, por ceder à imposição familiar ou ao desejo unilateral (do companheiro) ao determinar que ela não tenha mais filhos. Além, é claro, da ausência da atenção integral, segura e eficaz e de proteção à saúde da mulher de forma igualitária neste país.

4- CONCLUSÃO

Ao considerar a abordagem sobre a política de atenção à saúde da mulher perpassada pelas relações de gênero e o direito de acesso ao planejamento familiar, observamos que as reivindicações decorrentes das lutas feministas e das mulheres trouxeram avanços significativos no tocante aos direitos reprodutivos das mulheres no Brasil, como por exemplo: a liberdade à sexualidade, o uso de métodos contracepção, o acesso à laqueadura tubária e

o direito ao aborto nos casos de estupro ou de má formação congênita e que coloque em risco à vida da mãe.

Todavia, diante da ofensiva neoconservadora sob a égide de um receituário econômico elitista e excludente, fortemente presentes no atual cenário político e social brasileiro, esbarramos em novos indicativos de retrocessos que resvalam sobre a condição feminina e os direitos das mulheres neste País. Pois, recentemente, tivemos a apresentação da PEC N. 181/15 aprovada em 08/11/2017 por uma “comissão especial” da Câmara dos Deputados, constituída por 18 homens e apenas 01 mulher, que volta a criminalizar o aborto em caso de estupro e de gravidez que coloca em risco a saúde da mãe e de bebês anencéfalos.

Portanto, mais uma vez, a trajetória da vida e o corpo das mulheres são julgados e decididos por um conjunto de homens que representam o Estado brasileiro e que desconsideram o direito de igualdade e os direitos reprodutivos das mulheres, e buscam calar as mulheres no Brasil, novamente, movidos por um discurso de ódio, de perseguição e que reafirma um comportamento machista, patriarcal, e conservador apoiado também em argumentos religiosos.

Na verdade, vivenciamos desde a posse do Presidente em exercício, Michel Temer, uma agenda de ataques aos direitos das mulheres. Pois, nos primeiros dias de seu mandato, ao assumir em maio de 2016, Temer extinguiu as Secretárias de Políticas para Mulheres, causando um retrocesso para as políticas sociais e um descaso político público às lutas femininas e por reforçar ações punitivas e discriminatórias às mulheres.

Os resultados da pesquisa também comprovaram e reforçaram as nossas premissas quando afirmamos que impera uma centralidade do planejamento familiar na figura feminina, reforçada pela cultura patriarcal e machista que isentam o homem das suas responsabilidades sociais e conjugais com relação à contracepção e ao planejamento familiar e transferem para a mulher toda a responsabilidade na decisão de ter ou não filhos.

No que diz respeito ao domínio e conhecimento das mulheres entrevistadas quanto ao planejamento familiar e o direito à laqueadura, a pesquisa revelou que o nível de esclarecimento ainda é ínfimo; afinal foram

poucas as usuárias que falaram com clareza e segurança sobre a complexidade desse assunto. Isso significa que os serviços básicos de saúde e de informação acerca dos direitos reprodutivos ainda não atingem amplamente às mulheres. Além de revelar que embora as entrevistadas tenham conhecimento sobre os métodos contraceptivos e que já fizeram uso de algum deles, a gravidez apresentada revelou a falta de planejamento e a falta de controle recaiu mais uma vez sobre a mulher, sob o argumento de que elas não fizeram o uso ‘correto’ da pílula anticoncepcional ou da injeção, isentas de uma reflexão crítica de que o não uso do preservativo masculino (camisinha) também responsabiliza o homem, e tende a permitir o aparecimento de infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Por fim, reconhecemos que a lei de planejamento familiar trouxe avanços nos aspectos relacionados à efetivação da cidadania e saúde reprodutiva da mulher, mas, apresenta falhas e não se caracteriza ainda como um dever a ser assumido também pela figura masculina.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. F. Diferenças e Igualdade nas Relações de Gênero: revisitando o debate. **Psic. Clínica**, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 2, p. 41-52, 2005.

BRASIL. **Consolidação da Lei do Planejamento Familiar**. Decreto – lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BRASIL. **Plano Nacional de Políticas Para As Mulheres**. 2005. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/pdf>>. Acesso em: 05 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar**: manual técnico. 4. ed. Série A. Normas e Manuais Técnicas; n 40. Brasília – DF – 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília – DF, 2004.

CISNE, M. **Serviço Social**: uma profissão de mulheres para mulheres? : uma análise crítica da categoria gênero na história “feminização” da profissão. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, UFPE, 2004.

COSTA, Larissa Cabral. **Violência Obstétrica**: Entre a Invisibilidade e a Necessidade de Publicização desse Fenômeno e Os Desafios Para o Seu

Enfrentamento. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social. Universidade Federal da Paraíba. 2016.

FARIA, Nalu. **Sexualidade e Feminismo**. Disponível em: <<https://coletivomariasbaderna.files.wordpress.com/2012/09/nalu.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2017.

GOZZO, T.O.; FUSTINONI, S.M.; BARBIERI, M.; ROEHR, W.M.; FREITAS, I.A. Sexualidade Feminina: compreendendo seu significado. **Revista latino-americana enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p.84-90, jul.2000.

MARCHEZAN, Daniela Luiza. **Planejamento Familiar: liberdade de escolha ou falta de opção? análise de uma experiência no HU/SC**. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Setembro, 2002.

MENEZES, K. R. L; MACHADO, A.G; GALVÃO, A. L.V; CORDEIRO, M. A. C. P; SILVEIRA, M.T. **Sexualidade Feminina: como século de cultura opressiva ainda influencia o imaginário feminino**. Disponível em: <<http://www.sbpcnet.org.br/livro/pdf>>. Acesso em: 06 set.2017.

MOLINA, Aurelio. **Laqueadura Tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais**. Disponível em: <<http://books.scielo.org/pdf>>. Acesso em: 23 set. 2017.

MOMO, D. C; PAVA, J. A; RIBEIRO, A. S. C, CARDOSO, B. L. D; SOUZA, W. J. **Institucionalização de Políticas Públicas de Promoção da Igualdade de gênero: sistematizando trajetórias de iniciativas nacionais e internacionais**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, março de 2013.

PINHO, Lúcia de Fatima Souto. **História da Sexualidade Feminina**. 2007.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão**, 2001. Disponível em: <http://www.uff.br/Historia_Saude_no_Brasil.pdf>. Acesso em: 31 maio 2017.

SAFFIOTI, H. I. B. Rearticulando gênero e classe social. In: OLIVEIRA, A.; BRUSCINI, C. (Org.). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992. P. 183-215.

SCAVONE, Lucila. Nosso Corpo nos Pertence? **Discursos feministas do corpo**, Niterói, v. 10, n. 2, p. 47-62, 01. 2010.

VENTURA, Mirian. **Direitos reproduzidos no Brasil**. Atualizado em fevereiro de 2014.