

RAÇA, ESTERILIZAÇÃO FEMININA E ARREPENDIMENTO NO NORDESTE BRASILEIRO¹

Gabriela Maria Hita²

RESUMO: A esterilização feminina foi tema polêmico no início dos anos 90s no Brasil e ao interior de grupos negros. O perigo de um crescente risco de arrependimento desta prática era indicado como uma das suas principais contra-indicações. Neste trabalho de teor empírico se procura demonstrar a improcedência desta argumentação por encontrar ser este um problema quase que inexistente em contextos de extrema pobreza do Nordeste brasileiro onde a prática da esterilização se apresenta como um protetor à saúde materno-infantil e não como um fator de risco ao arrependimento. Entre as mulheres pesquisadas, a grande maioria negra, a demanda insatisfeita pela esterilização indica ser ela uma ato voluntário e muito desejado antes que imposto. A partir do estudo da trajetória reprodutiva de 41 esterilizadas em bairro popular da cidade de Salvador (encontradas a partir de survey a 120 domicílios), e de reflexão sobre a significação do termo arrependimento em grupo focal de 8 esterilizadas, o trabalho aponta a necessidade de se problematizar e refletir melhor a forma de conceituar e medir o fenômeno do arrependimento.

PALAVRAS CHAVES: Gênero, Saúde Reprodutiva, Esterilização, Raça, Trajetórias (cursos) de vida.

¹Uma versão preliminar deste texto foi escrito durante os cursos “Reprodução Humana I e III” do Cemicamp sob a coordenação da Dra. Ellen Hardy e Dr. Aníbal Faúndes, respectivamente. Agradeço a esta equipe sua generosa colaboração e disposição à interlocução e em especial ao Dr. Faúndes pela paciente revisão das distintas versões do texto durante o 1o. semestre de 1998, assim como pela riqueza e precisão dos seus comentários que me permitiram amadurecer algumas das reflexões aqui apresentadas, o que igualmente o exige das limitações e da perspectiva apresentadas neste texto, com as quais ele nem sempre se identificou. Este texto foi apresentado no Foro da XII ABEP-2000, no GT Gênero e Reprodução e foi publicado nos anais eletrônicos do Encontro.

² Doutoranda em Ciências Sociais IFCH/ Unicamp e Profª. de Sociologia da Universidade Federal de Bahia.

INTRODUÇÃO

O tema da esterilização vem sendo abordado desde vários campos disciplinares, o médico, o demográfico, o sociológico, o político e poucos são os estudos que destacam a perspectiva das usuárias. Desde a perspectiva demográfica, a “laqueadura tubária” se configura como o encerramento da carreira reprodutiva das mulheres bem antes da menopausa. Para o campo bio-médico é concebida como uma técnica cirúrgica cuja finalidade é evitar, em definitivo, a gestação, com o máximo índice de eficácia e aparentemente menos complicações ou seqüelas em relação a outros métodos (Meloni, 1994). Como produto da modernidade resultante do avanço tecnológico e desenvolvimento do conhecimento médico no campo da reprodução humana, a esterilização passou de sua utilização como “solução médica a determinados problemas de riscos à saúde da mãe” em meados do séc. XIX a uma prática generalizada como alternativa de “contracepção voluntária” no séc. XX. (Scavone, 1992; Meloni, 1994), o que vem sendo altamente problematizado devido ao seu caráter definitivo.

A laqueadura tubária, prática muito difundida entre mulheres de vários países do mundo inteiro, é mais acentuada em regiões menos desenvolvidas. No Brasil, a proporção de mulheres esterilizadas é das mais elevadas e seu percentual veio aumentando nas últimas décadas. Em 1996, das mulheres em união (casadas) usuárias de métodos, 40,3% estavam esterilizadas (Bemfam, 1997). A região Nordeste, contexto de nosso estudo, é das regiões que apresentam maiores percentuais de esterilização feminina no país. Entre as mulheres de 15 a 49 anos, em união e usuárias de métodos, a proporção elevou-se de 24,6% em 1986 a 43,9% em 1996. A prevalência geral de uso de meios anticonceptivos para a região subiu de 52,9% em 1986 para 68,2% em 1996, crescendo o da esterilização e caindo levemente o da pílula (23%). Ambos métodos, em 1991, representavam 85,9% das usuárias de métodos (Bemfam, 1991; Berquó, 1993; Bemfam, 1996; Bemfam 1997).

Mas é seu caráter definitivo e sua disseminação entre parcelas de mulheres cada vez mais jovens que tem preocupado especialmente os estudiosos do tema (Berquó, 1993; Meloni, 1994; Aquino et al., 1995; Hardy et al., 1996, Bemfam, 1996)³. Estes estudos apontam para uma desaceleração demasiado rápida do crescimento populacional assim como um risco de arrependimento 18 vezes maior entre esterilizadas antes dos 25 anos de idade (Hardy et. al., 1994).

Desde a perspectiva das usuárias, entretanto, os níveis de satisfação são muito elevados, e entre as não esterilizadas a prática é muito popular (Berquó, 1993; Serruya, 1993; Meloni, 1994; Hardy et al., 1994; Hita & Silva, 1998). Contudo, para a mulher que deseja reverter a cirurgia, possibilidade pequena no conjunto geral das esterilizadas, a ligadura tubária tem uma grande desvantagem em relação a outros métodos: o procedimento cirúrgico de reversão ainda é difícil e caro ou de difícil acesso, não está isento de risco à saúde da candidata e nem sempre se logra, pois depende do tipo de técnica utilizada (Population Reports, 1990 apud Tuirán, 1990; Hardy et al., 1996).

No Brasil existem poucos estudos sobre o arrependimento da esterilização feminina e, internacionalmente, ainda não foram superadas certas dificuldades teórico-metodológicas dos novos campos de Pesquisa. As definições são amplas e há dificuldades de medição. A “insatisfação” é geralmente confundida com o arrependimento, a qual pode expressar-se de formas distintas e com grau variado de intensidade entre as usuárias. De forma geral, entendendo o arrependimento como o desejo ou pedido de reversão, se o tem identificado como um fenômeno relativamente pequeno no conjunto das esterilizadas variando de 2 a 13% em distintos países da América. No Brasil tem-se falado de um percentual de 11,0% (Liskin et. al., 1985 apud Meloni, 1994; Hardy et. al. , 1994), percentual entretanto, que se refere particularmente ao caso de S. Paulo e não a uma média propriamente nacional.

³A idade média de esterilização feminina em 1986 era de 31,4 anos e passou em 1996 para 28,9, havendo uma redução média de 2,5 anos de vida para a realização da intervenção (Bemfam, 1996).

Análises sobre o arrependimento entre mulheres esterilizadas no exterior apontam a necessidade de se considerar o “tempo de esterilização” como variável importante. Pesquisas apontam que depois de 6 anos da laqueadura a possibilidade de detecção de um “verdadeiro” arrependimento aumentaria, sugerindo essa periodicidade como um parâmetro mais seguro para diferenciar o arrependimento entendido como pretensão de reversibilidade de outro tipo de insatisfações como por exemplo desconforto e fase de adaptação ao novo estado. (Wright, 1981 APUD Tuirán, 1990).

Variáveis associadas ao arrependimento apontam para a maior possibilidade do seu surgimento entre mulheres esterilizadas muito jovens e/ou que, após uma separação ou morte do marido, se unem a outros parceiros, quando o desejo de ter filhos do novo companheiro pode reaparecer. Também se tem apontado para o maior risco em casos de mortes de filho após a cirurgia (Meloni, 1994; Hardy et al., 1994).

ESTERILIZAÇÃO E RAÇA

A esterilização feminina foi um tema polêmico no início dos anos 90 no Brasil. Alguns pesquisadores continuam insinuando sobre o perigo de um crescente risco de arrependimento da mesma, o que me parece ser im procedente em contextos de extrema pobreza do Nordeste brasileiro.

Até 1997 a esterilização era considerada ilegal apesar da sua ampla difusão. Nesse ano foi legalizada pela regulamentação do planejamento familiar, lei aprovada pelo Congresso Nacional e normatizada pelo Ministério da Saúde para evitar os abusos e dissociar o procedimento da cirurgia do momento do parto, para que, ainda que no início a demanda subisse, a longo prazo se pudesse reduzir a incidência da mesma. Ponto complicado na votação foi o referente à idade mínima. A proposta original visava reduzir a idade de esterilização a 25 anos, mas a aprovada foi um mínimo de 30 anos. Nos anos anteriores à legalização ocorreram varias polêmicas na sociedade

civil em torno ao projeto de lei n°. 209/91 subscrito por deputados como Benedita da Silva propondo sua legalização (Roland, 1998; Corrêa, 1998).

Dentre esses debates resgato uma crítica a posturas de grupos tradicionais negros e de certas feministas realizado pelo movimento negro da mulher do Geledés. Uma contextualização da situação geral da saúde das mulheres no Brasil permite identificar no grupo racial negro, entre outros, os maiores índices de morbi-mortalidade materna e os maiores riscos de vida em abortos entre mulheres com problemas de anemias falciformes – doença predominantemente desta raça. Em 1991 o Programa de saúde do Geledés – Instituto da Mulher Negra – publicou 2 cadernos que tiveram forte impacto nos debates dos anos vindouros: “Mulher negra e saúde” e “Esterilização: impunidade ou regulamentação?”. Estas publicações indicaram que os desejos e necessidades (de defesa à saúde) das mulheres negras estavam sendo ter menos filhos e que a esterilização estava sendo uma via de acesso a esta demanda generalizada (Roland, 1998).

A argumentação desta facção se opôs àquela tradicional do movimento negro que via a esterilização como um instrumento de genocídio do povo negro, chegando a propor que era tarefa das mulheres negras terem mais filhos. A visão tradicional pecava por simplismo exacerbado sobre a complexidade do fenômeno que é multi-causal e que requer uma combinação bem mais complexa de soluções, tais como formulação de políticas públicas, adequação de serviços de saúde, educação das mulheres, campanhas de mídia, etc. Mas esta crítica igualmente se opôs à de feministas pela “livre escolha”, pois para este grupo de mulheres negras a esterilização das mulheres pobres nas condições de precariedade de serviços de saúde e falta de opções a variedade de alternativas anticoncepcionais é muito mais uma ausência de liberdade e falta de escolha do que uma real opção de “livre escolha”. Enquanto as feministas pela “livre escolha” defendiam **liberar** a esterilização, o Programa de Saúde do Geledés propunha **regulamentá-la** para coibir abusos e estimulando outras alternativas, mas, não por isso negar o acesso à elevada demanda insatisfeita pela esterilização. Deste debate políti-

co, que não foi consensual no interior do movimento negro, se atribui o caráter embrionário da produção de uma visão própria no campo da saúde reprodutiva, levando esta facção a diferenciar-se e destacar-se no documento conhecido como “Declaração de Itapeçerica” em 1993 (sobre direitos reprodutivos) que teria conquistado e legitimado a participação de uma representante negra no Cairo. (Roland, 1998)

PRESSUPOSTOS E PROPÓSITOS DO ESTUDO

Quando iniciei a pesquisa sobre esterilização na Bahia me interessou particularmente compreender o surpreendente fenômeno do significado altamente positivado atribuído à cirurgia em grupos populares, dado que me parecia que precisava ser melhor explicado. Esta demanda insatisfeita pela esterilização não pode ser reduzida a uma mera conseqüência de políticas públicas altamente eficazes incentivadas pelo FMI no sentido de reduzir o “tamanho ideal” de famílias, ou ao alto poder de convencimento e imposição de profissionais da medicina sobre “indefesas e ignorantes mulheres das massas populares”⁴. A esterilização no Brasil, à diferença de outros países, onde foi por vezes imposta e praticada sem consentimento das mulheres, aponta para seu caráter voluntário e para o claro desejo das mulheres e casais brasileiros de reduzir sua prole. Estas mudanças no comportamento reprodutivo das últimas décadas apontam para uma nova mentalidade e para re-significação individual de valores familiares, usos de contracepção, etc., que caminham na mesma direção do movimento daqueles primeiros “determinantes” estruturais das políticas populacionais.

A análise a seguir apresenta alguns dados sobre a prevalência de “arrependimento” e “insatisfação” em população de esterilizadas de uma pes-

⁴ Outras linhas de estudos tem apontado a correlação abusiva existente entre aumento de cesáreas e esterilização no Brasil (Ver trabalhos de Cecatti na Unicamp) e também a uma certa probabilidade de aumento do risco de infecção de HIV (Ver trabalhos de Regina Barbosa na UFRJ e no Nepo/Unicamp)

quisa empírica. Este estudo foi realizado em comunidade aberta mediante um survey aplicado a 120 domicílios de um bairro popular na cidade de Salvador que é predominantemente negro. Para isto foram analisados os perfis socio-demográficos, as histórias reprodutivas e o posicionamento subjetivo frente à esterilização das 41 esterilizadas encontradas nessa amostra⁵. Em trabalho anterior sobre esta amostra (Hita e Silva, 1998) se analisou a presença de fatores de risco ao arrependimento na nossa amostra, que pela trajetória de vida e reprodutiva deste contingente dificilmente conduziriam a detectar qualquer caso de arrependimento posterior.

Interessada em explorar o que tem sido chamado arrependimento da esterilização, mediante a técnica do grupo focal com 8 mulheres esterilizadas da mesma comunidade, procurei compreender como este fenômeno era apreendido por elas. Esta seção analítica sobre o conceito de arrependimento foi complementada com a análise de entrevistas à profundidade a algumas de nossas informantes sobre o tema, cujos depoimentos permitem refletir sobre a complexidade do fenômeno em questão e que dificilmente pode ser compreendido desde apenas uma perspectiva: seja ela política (cenário de conflitos ideológicos e disputas legislativas), de saúde pública, de princípios filosóficos ou direitos humanos, ou simplesmente da dimensão subjetiva de cada esterilizada, aspecto último priorizado neste artigo. Devido à diversidade da população de mulheres esterilizadas em todo o Brasil é impossível propor qualquer tipologia que abarque a totalidade destas usuárias,

⁵ Tratou-se da pesquisa “Processos de fragilização à saúde mental de mulheres em camadas populares de Salvador” (ECSAS/UFBA, 1997) financiada pela CNPq e FCH. Aplicou-se amplo questionário a mulheres de 120 Unidades domésticas do bairro popular escolhido na cidade de Salvador, selecionadas mediante amostra representativa por conglomerado de forma sistemática (1 cada 3 casas), em 1 das 4 regiões dessa localidade. Obteve-se que 41 das entrevistadas (34,2%) estavam esterilizadas. Este tamanho de amostra é pequeno para captar casos de arrependimento (com um percentual estimado de 11% de arrependimento esperados deveríamos ter encontrado uns 4 casos de arrependimento nessa amostra), mas, a vantagem de pesquisas em comunidades abertas consiste no maior controle de bias de dados, o que é mais complicado nos estudos realizados com contingentes de usuários de clínicas de reprodução humana como tem sido a maioria dos estudos sobre arrependimento, onde há maior concentração de tais casos já que são locais onde se os tenta solucionar.

devem ser levadas em consideração diferenças regionais, de estratificação social e geracionais, entre outras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO PARA MELHORES DEFINIÇÕES DE ARREPENDIMENTO

a) Prevalência de Arrependimento e Insatisfação

Em pesquisa domiciliar a mulheres de classe trabalhadora urbana, encontrou-se que entre 41 esterilizadas apenas uma (2,5%) declarou-se arrependida. Um perfil sintético das mulheres esterilizadas do nosso estudo poderia ser colocado nestes termos: tratou-se, em geral, de mulheres muito carentes, a grande maioria, empregadas domésticas, com vários membros do lar (filhos, companheiros ou outros) trabalhando para o sustento familiar⁶. Se na comunidade o arranjo familiar predominante é o extenso, entre as esterilizadas a relação se inverte, predominando o arranjo nuclear puro com 46,3%, o extenso e composto (arranjos nucleares com outros parentes ou membros além dos pais e filhos) com 34,1%, e o incompleto (predominando mães e sua prole, sem a presença do companheiro) em torno dos 17,1% – o sendo este último dos mais carentes. 82,9% das 41 esterilizadas tinha até 45 anos de idade, a maioria ainda em fase reprodutiva. Predomina entre as entrevistadas a cor negra e parda, e são moradoras de um dos bairros po-

⁶ Vinte e oito delas – a maioria, 68,3% – exerciam funções remuneradas, muito embora cinco estivessem desempregadas no momento da entrevista. Dez não trabalhavam e três tinham outro tipo de provisão (aposentadoria, renda e pensão). Dos 34 lares com cônjuges, 73,5% contavam com as mulheres colaborando com os parceiros no orçamento doméstico e em 60,0% destes também o faziam os filhos ou outros parentes da Unidade Doméstica. Das 28 mulheres que tinham trabalho remunerado, pouco menos da metade o era como empregada doméstica, cerca de 25,0% como costureiras, 7,0% como baianas de acarajé; e as demais se distribuíam em outras atividades pouco especializadas. Os níveis de escolaridade são relativamente baixos: 39,0% declararam primário incompleto e as demais (61,0%), até quarta série primária ou mais, com uma forte concentração no primeiro grau incompleto (46,3% não chegaram à 8a. série).

pulares de Salvador estigmatizado como dos mais violentos, e marginalizados da cidade. Quanto ao Estado civil encontrou-se nesta amostra 33 (80,5%) mulheres unidas, 5 separadas, 2 solteiras e 1 viuva. Mulheres de alta paridade, com muitos filhos vivos (e importante percentual de filhos mortos), uso de anticoncepcionais moderado a baixo, e significativa incidência de abortos. A esterilização parece operar no seu imaginário como a solução ideal a problemas com a saúde e a dificuldades com os meios anticoncepcionais, além de deixar para algumas o agradável legado da descoberta ou conquista de uma sexualidade cheia de prazer e gozo⁷.

A única mulher que se declarou arrependida tinha-se esterilizado 1 ano antes da entrevista, encontrando-se ainda em fase de adaptação, o que a rigor, segundo estudos de Tuirán (1990) seria fase muito prematura para incluí-la em amostra de estudos de arrependimento. Por outro lado, suas características socio-econômicas e de auto identificação a aproximariam mais a estratos médios que aos populares da região onde residia, desde o tipo de casa, profissão, estilo de vida e aspirações pessoais que a distinguem da maioria da nossa amostra. Ela é funcionária pública e seu marido tem emprego fixo de carteira assinada, e já estava de mudança para melhor localidade, para o tradicional bairro de classe media em Brotas. Se se considerassem estes dois aspectos, a nossa única arrependida deveria ser metodologicamente excluída desta amostra.

Esta mulher teve três filhos e se “histerectomizou” (retirou o útero) aos 29 anos – idade que para o parâmetro nordestino não é o de uma mulher muito jovem. Seu discurso sobre arrependimento foi ambíguo e cheio de contradições, carregada de sentimentos de culpa por “ter mentido” ao marido (sobre a necessidade e gravidade do seu problema de saúde) para conseguir que ele pagasse e consentisse com a cirurgia. Sua história reprodutiva, entretanto, não parece desmentir ter tido problemas de saúde: sua primeira gravidez foi complicada, com posterior experiência de aborto espontâneo e

⁷ Maiores detalhes sobre a caracterização da amostra e fundamentação de alguns destes dados ver em Hita e Silva (1998).

com riscos de saúde. Tentou usar métodos anticoncepcionais, aos quais nunca se adaptou. Respeito à experiência da histerectomia (que é mais traumático que qualquer esterilização no imaginário feminino), afirmou sentir uma “interrupção do seu ritmo natural” associado a um “sentimento de vazio e sensação de amputação/mutilação”. Talvez o que declarou ser “arrependimento” fosse mais um inconformismo com seus problemas de saúde do que um desejo real de reversão. Fora este caso explícito não tivemos notícia ainda nesta mesma comunidade de algum outro caso de arrependimento.

Entretanto, foram encontradas algumas queixas quanto a certos efeitos colaterais. Das 41 mulheres entrevistadas, 5 citaram problemas desta ordem, mas em nenhuma delas havia arrependimento. Exceto esses casos, a satisfação com essa prática foi generalizada e incondicional. E se considerarmos que as insatisfeitas o estão com alguns aspectos mas não com a decisão de terem se esterilizado, 97,5% das esterilizadas neste contexto voltariam a tomar a mesma decisão se tivessem que voltar a escolher por ela (para uma revisão sobre a posição e narrativas sobre satisfação, ver Hita e Silva, 1998).

Aparente inconsistência nas declarações de uma mesma mulher sobre algum tipo de insatisfação, como vontade de ter novos filhos (identificado como indicador de arrependimento em estudo de Meloni), com a afirmação na mesma mulher de não desejar reverter a cirurgia, se explica ao realizar análise apurada de sua história de vida e significações atribuídas a outros eventos. Foi o caso de uma das entrevistadas, com vida reprodutiva complicada (problemas de saúde), vários filhos, e que estava por isso satisfeita com a esterilização. No seu caso, seu desejo de “criar um filho” foi satisfeito com a “adoção” ou como eles chamam o ato de “criar um filho” (prática muito comum nesta população), que não é exatamente o mesmo que adoção mas que refere à mesma ordem de coisas. Neste sentido, ao desvincular a noção de arrependimento da de insatisfação algumas destas aparentes “inconsistências entre distintos indicadores tidos como de arrependimento ficam melhor esclarecidas, e deixam de funcionar como variáveis de confundimento do fenômeno.

Resultados de pesquisa do IRRRAG – International Reproductive Rights Research Action Group – desenvolvida em S. Paulo, Rio de Janeiro e Pernambuco apontam na mesma direção das minhas hipóteses, indicado que nem nas amostragens do Rio ou de Pernambuco encontrou-se casos de arrependimento. Este achado no caso do nordeste foi associado por essa pesquisa a discursos e expectativas de maior mobilidade social em mulheres do sudeste, e de maior fatalidade entre nordestinas, como comentam as autoras ao referir-se às avaliações sobre uso de anticoncepcionais:

“Se as mulheres no Rio e S. Paulo se queixam dos efeitos colaterais da pílula anticoncepcional, em Pernambuco o corpo reprodutor carrega um peso que o coloca à beira da morte. Esta pode ser uma razão para que a esterilização seja tão bem aceita na região. Ela parece encerrar definitivamente a trajetória de doenças do trato reprodutivo, ou porque estas doenças estão ligadas à gestação, parto e puerpério ou porque, quando as mulheres não se esterilizam, fazem a histerectomia, uma outra intervenção cirúrgica também “vista com bons olhos” (Citeli, Mello e Souza e Portella, 1998, p. 71)

b) Definição e medição do Arrependimento

Meloni (1994) mostra como a definição do arrependimento da esterilização e a sua forma de medição não é consensual, alguns estudos criticam certa confusão entre arrependimento e insatisfação, enquanto outros estudos criticam justamente a falta de inclusão de aspectos importantes de insatisfação nas fichas aplicadas por profissionais da Saúde a usuárias da esterilização. Na sua pesquisa de doutorado Meloni parece adotar a segunda opção ao entender o arrependimento como formando parte de um *continuum* entre diversos graus de insatisfação até o extremo oposto do próprio arrependimento, no sentido de “um desejo por ter novos filhos” ou pela “reversão da cirurgia”. Estudos mais rigorosos tendem a identificá-lo apenas com o pedido de reversão em clínicas de reprodução humana, e um dos indicadores utilizados para sua detecção é aquele da identificação do desconforto apenas com a decisão,

isto é, se tivessem a possibilidade de voltar a escolher novamente, as arrependidas não se esterilizariam novamente. (Hardy et al., 1994).

Resultados do nosso estudo sugerem a conveniência de tratar os conceitos de insatisfação e arrependimento como coisas distintas e não como dimensões de diversa gradação de um mesmo fenômeno dentro de um *continuum*. É comum que mulheres, declaradas satisfeitas com a esterilização, manifestem simultaneamente insatisfação com efeitos colaterais, mudanças orgânicas ou físicas sem por isso se arrependem de ter feito a esterilização. I.e., se tivessem de escolher novamente por ela, repetiriam tal opção. Também aconteceu encontrarmos mulheres que desejaram ter novos filhos (revivificar a experiência maternal) sem por isso terem desejado reverter a cirurgia, pois o desejo era pelo “criar” um filho, mas não de próprio útero, preferindo a adoção, e manifestando nunca ter-se arrependido ou desejado não ter feito a cirurgia.

Se bem alguns casos de insatisfação poderão transformar-se em arrependimento, isto não justifica tratar ambas dimensões como parte de um mesmo *continuum* de diversas gradações. Uma definição de tal tipo mais pode confundir do que ajudar-nos a compreender o fenômeno, misturando em uma mesma matriz problemas de ordens diversas. Neste sentido conclui-se que indicadores como o “desejar ter novos filhos” e outro tipo de insatisfações são inadequados para a medição do arrependimento. O arrependimento melhor será captado pela afirmação: Se você pudesse escolher hoje, voltaria a optar pela esterilização?

c) Concepção popular sobre arrependimento

Na exploração do que se entendia por “arrependimento” em grupo focal com 8 esterilizadas da comunidade, observou-se estranhamento com o termo e foi enfatizada a satisfação com a esterilização por resolver problemas antes que por criar novos. A possibilidade de arrependimento estava fora de cogitação: “Arrependimento o quê? quê nada! Devia era ter feito antes!”

Uma participante do grupo trouxe uma história que se descobriu posteriormente ser inventada, mas que em nada altera a análise, pois o que se resgata nela é todo o rico imaginário popular sobre a compreensão deste fenômeno que foi propiciada pelo debate dessa situação. Ela levantou o fantasma, prevacente na comunidade, sobre a temida possibilidade de “desligamento natural da cirurgia” no caso de uma mulher que uns 13 a 14 anos após a operação, voltou a engravidar. Este relato motivou o levantamento de muitas questões e diversos posicionamentos das outras participantes. Nesta direção, o debate do grupo focal se centrou sobre duas concepções em torno à esterilização predominantes do imaginário popular, e recorrentes nesta comunidade: a diferenciação que estas mulheres estabelecem entre o ser “ligada” e “estrangulada”⁸.

Esta diferenciação de termos aponta em sentido contrário ao da falta de informação, ao meu ver ao de uma muito especializada, como o da existência de diversas técnicas de esterilização com graus diversos de eficácia, ainda que tais informações sejam erroneamente manipuladas, re-significadas e utilizadas pelo imaginário popular. Nesta direção, o estrangulamento é associado à idéia de “corte” e que este sim não teria nenhuma possibilidade

⁸ Interpretações apresadas da variedade de possibilidades de significação outorgada a afirmações de pesquisas quantitativas tem levado alguns pesquisadores a afirmar um certo desconhecimento (ignorância) ou falta de informação da população sobre a irreversibilidade da esterilização (ou até sobre conhecimentos em torno da anticoncepção, entre outros) devido aos percentuais de respostas positivas a asserções como a seguinte: “Uma mulher que tenha se esterilizado pode ter mais filhos se o desejar” ou em outro caso por exemplo de que o fato de não se citar um conjunto de métodos signifique necessariamente o seu desconhecimento. Em muitos casos trata-se de problemas de comunicação entre entrevistadores e entrevistados, e difíceis de controlar em grandes pesquisas quantitativas (com mais de um entrevistador) com perguntas fechadas. Como se por acaso todos os entrevistados entendessem a pergunta do mesmo modo e uma mesma resposta venha a significar em todos os casos um único e mesmo sentido dado à sentença. A aplicação da sentença: “Uma mulher que tenha se esterilizado pode ter mais filhos se o desejar” e outras tidas como indicadores de arrependimento nos questionários da tese de Meloni apliquei em uma sub amostra de 20 esterilizadas do nosso estudo. Desse teste se observou certa variação de significados outorgados a uma mesma afirmação, podendo uma resposta negativa de uma mulher coincidir com o sentido da mesma resposta positiva de outra mulher; ou mesmo duas respostas negativas a uma mesma afirmação conterem sentidos opostos.

de reversão. A ligadura é associada à noção de “nó”, e portanto, de que poderia ser desamarrado no futuro se se o desejar (com intervenção médica ou até naturalmente sem se o desejar como recria o imaginário popular), e por isso, reversível. Esta possibilidade de reversibilidade, no caso da nossa pesquisa, se apresenta como um fantasma a atormentá-las e não como uma crença na sua reversão, falta de informação, desejo ou ambigüidade sobre seu caráter definitivo. Na mesma direção das pesquisas do IRRRAG (op.cit.), no contexto estudado percebeu-se uma preferência generalizada pelo “estrangulamento” e não pela “ligadura” justamente por seu caráter definitivo e segurança de não voltar a engravidar.⁹

Nesta direção observou-se que, como na noção de “trajetórias”, os sentimentos próximos ao que estamos denominando de “arrependimento” são vivenciados e significados de forma específica em cada indivíduo, e parecem estar associados a circunstâncias particulares e momentos particulares. Por exemplo, não teriam a mesma probabilidade de arrependimento uma mulher que tem 5 filhos com 25 anos de idade do que outra sem nenhum filho com os mesmos 25 anos. A mera presença de fatores de risco não é suficiente para supor maior probabilidade do surgimento futuro de um arrependimento, é necessário analisá-los em sua relação com o curso de vida da esterilizada em questão, i.e., avaliar o momento da vida em que, por exemplo, uma separação seguida de novas uniões ou morte de filhos tenham tido lugar no seu curso vital, se antes ou depois da esterilização, se quando jovens e com poucos filhos ou se em mulheres maduras com larga prole, ou, como no caso de muitas das mulheres da nossa amostra, estar-se tratando de mulheres esterilizadas jovens (entre 25 e 30 anos) mas em geral com bastantes filhos. Uma leitura combinada de fatores e vivências ao longo da trajetória individual (cursos de vida) é o que aqui se denomina de “*circunstancialidade-contextual*”.

Igualmente, muitos sentimentos e avaliações no passado sobre certas situações nem sempre vigoram ao longo do tempo, são passíveis de mudar a

⁹ Sobre as avaliações das entrevistadas em torno à esterilização ver trabalho de Hita e Silva (1998)

partir de novas vivências ou experiências. Desta forma, tanto a probabilidade de uma mulher hoje satisfeita se arrepender no futuro, como o de uma atualmente declarada arrependida vir a sentir-se satisfeita com a operação no futuro, são indicadores do que aqui denomina-se “*temporalidade-conjuntural*” do arrependimento. Estas duas novas dimensões do conceito arrependimento que aqui proponho¹⁰ emergiram a partir de reflexões do grupo focal. Penso que elas podem nos ajudar a melhor delimitar e compreender o fenômeno, complexificando-o por um lado, e por outro, no caso da temporalidade-conjuntural, exigindo, para uma mais precisa captação do fenômeno, estudos de longo prazo sobre uma mesma amostra de indivíduos (com o sério risco de se introduzirem “bias” nessa direção).

Se bem os conflitos conjugais são tidos por alguns estudos sobre o processo de decisão da esterilização como um elemento predispositor de futuros arrependimentos (Meloni, 1994), no nosso estudo, é justamente este um dos motivos levantados pelas mulheres para evitar a vinda de novos filhos e de decisão pela esterilização. Boa parte do debate sobre a questão da “improbabilidade” futura do arrependimento concentrou-se em torno a queixas sobre os desgastes das relações de conjugalidade. Outra parte concentrou seus argumentos na inconveniência de se ter filhos e as dificuldades decorrentes da “criação dos filhos” neste contexto.

O tipo de queixa mais generalizada sobre atuais companheiros gira em torno aos maus tratos cotidianos, violência doméstica, e precário ou inexistente apoio financeiro para a satisfação das necessidades básicas da família. Conjunto de fatores que são apontados como determinantes para o

¹⁰ Esta classificação, ainda em fase transitória de nomeação, foi propositadamente pensada de forma a retificar, no segundo termo o primeiro, como um intento de aproximação à noção de autopoiesis e auto-referencialidade luhmannianas. A auto-referência seria uma forma particular de relação, a relação máxima. Ela é mal-entendida como falsa-relação, simples circulação viciosa, para superar este problema Luhmann as introduz na esfera da “diferença”. Assim, auto-referência só poderá ser tal entanto seja ela mesma unidade de diferenças, e fortalece o conceito de auto-referência com o de autopoiesis (utilizado em teoria de sistemas, cibernéticas e da biologia), conceito mais poderoso, dirá, e que estende o anterior, mostra como a auto-referência é unidade de diferenças, a-simetrizada e nunca tautologia oca.

desejo de não se querer ter mais filhos destes ou qualquer outro companheiro futuro que por ventura os venha a substituir. Visão fatalista e também bastante realista como mostram as representações que as mulheres desta comunidade têm de suas novas uniões, com o mesmo tipo de queixas daquelas unidas uma só vez¹¹.

Tampouco se deseja ter mais filhos pela crença de que as satisfações provenientes da maternidade são menores do que os problemas a enfrentar. Mais do que o medo às dores do parto (recorrente em mulheres brasileiras), houve consenso geral em torno à idéia de que “filho é somente bom quando é “bebezinho” e “pequinininho”, “quando está molinho” porque quando crescem “é puro problema”. Com as filhas preocupa a gravidez adolescente, com os filhos ou maridos o problema da violência. Moradoras de um bairro tido como dos mais violentos e com maiores índices de marginalidade em Salvador, algumas destas mulheres tiveram filhos, maridos, parentes e ou conhecidos ameaçados e até mortos pela polícia ou outros inimigos do bairro – em brigas de distintos bandos de traficantes e/ou marginais, brigas de bar, etc. A realidade da violência em seus diversos níveis atinge a todos os moradores do bairro¹².

Como o problema do arrependimento não aparecesse naturalmente no grupo focal, foi necessário forçar um pouco o tema apresentando situações extremas e hipotéticas a fim de explorar o campo das emoções, o que operou mais como jogo do que espontânea expressão de opiniões. Levantou-se a hipótese de se elas se separassem dos atuais e tão “criticados” companheiros e encontrassem finalmente um “príncipe encantado” pelos

11 Na comunidade estudada, observou-se forte queixa das mulheres sobre as relações conjugais e a representação que elas têm dos homens é bastante negativa. A visão romântica e o sonho de uma relação amorosa integradora, predominante das fases de namoro, parecem perder lugar na concretização da união. Esta percepção é reforçada nos casos de uniões sucessivas (ver Hita, 1997), onde é bastante comum ouvir-se “para que ter filhos de um novo companheiro se do mesmo jeito eles não prestam?”, ou então “se eu já tenho todos os filhos que quis – geralmente mais dos desejados–, e ele os dele, para quê mais?”. Neste contexto, uma nova união não pareceria estar associada, em geral, ao desejo de se ter filhos do novo companheiro.

¹² Dados etnográficos da região e reflexão sobre a violência ver em Hita (1998)

que estivessem profundamente apaixonadas, se nesse caso poderia chegar a reaparecer a vontade de ter um filho deste novo homem, e no caso, desejar reverter a cirurgia. Ainda com este novo cenário predominou o posicionamento contrário ao arrependimento. Entre as esterilizadas mais velhas e com menor probabilidade de procriação a postura foi enfática e segura. Entre as mais jovens houve alguma ambigüidade, uma delas declarou que talvez assim ela pudesse vir a se arrepender. Esta mulher declarou ter 3 filhos pequenos de parceiros distintos e é mãe solteira. Em alguns casos a gravidez ou filho é uma das principais estratégias empregada por mulheres em contexto de extrema miséria para conseguir atrair “um parceiro” provedor.

Um caso especialmente interessante do nosso estudo é o de Dina, que por suas características poderia considerar-se um caso “potencial” de futura arrependida. Ela fez sua cirurgia antes dos 25 anos, sofre de problemas de “nervoso”¹³ e para sua família isto começou após sua esterilização. Aos 19 anos Dina já tinha seus 4 filhos de um mesmo “namorado” que só foi morar definitivamente com ela quando o menor deles tinha seus 8 a 10 anos. Sua primeira gravidez foi com 13 anos. Ela se esterilizou aos 19, quando engravidou novamente de gêmeos, e decidiu abortar por estar em conjuntura eleitoral e temer perder a chance de ser esterilizada posteriormente (sabia que pela idade poderia ser rejeitado seu pedido de esterilização). Sua mãe, reconhecida parteira na comunidade estudada, ficou escandalizada e magoada com o “brutal ato” da sua filha, e estava convencida de que o problema de “nervoso” que Dina sofre se atribui a este momento da esterilização. Não é esta, entretanto, a avaliação que Dina faz da situação. Vejamos trechos diversos do seu depoimento sobre o contexto e momento de decisão da sua esterilização que é um rico material para mostrar a complexidade do fenômeno com suas ambigüidades e contradições internas:

¹³ Sobre o “nervoso” ver dados do artigo de Hita (1998c). A categoria émica do “nervoso” é amplamente discutida pela literatura antropológica brasileira. Um dos autores pioneiros na utilização desta categoria é Luis Fernando Duarte (1986).

“Dois anos depois de Railda [a última filha]... emprenhei de novo, a barriga crescendo... E ele [Juca, o companheiro] disse: — ‘não, dessa vez eu vou ficar com você. Vou ficar junto. [Antes não] Porque você tem muito ciúme’. E eu dizendo que esse negoço não ia dar certo...

Eu já tava mais experiente, né? E as menina [amigas] botando na minha cabeça: —‘Menina você está maluca? você é muito nova pra ficar parindo’. Aí a barriga foi crescendo... Foi na época de eleição que eu já tava com 4 meses de barriga. Tava disposta a deixar, né. Aí chegou um político, o Dr. Gilberto, né, que trabalha...que tava ligando mulher a rodo, ligando adoidado. Aí eu peguei e fui lá. Ele disse que ia estrangular a minha... no parto, quando eu tivesse neném, que ia estrangular. Aí eu sozinha: Tá certo! Tá bom! [tom de quem não acreditou no médico e que tomaria suas próprias providências]. Fiz os exame todo, tudo por fora, né, que já tinha feito... [o aborto], porque eu pensei que eu não ia mais parir, né, para ligar as trompas. Aí o que é que acontece? Eu perdi o menino.

[sobre o aborto] Eu estava com tanta raiva! [falando do companheiro]. Pior que ele batia assim arrudo (?), sem que nem prá quê, eu não fazia nada, nada pra ele quebrar a minha cara, nada, nada, nada. Aí eu fiz assim: Ah, tá certo, é assim né? Tá! Peguei o Cintotec. Comprei, não, uma colega me deu, peguei coloquei. (—“Para esterilizar?”). Não, eu fazia porque eu queria perder mesmo. Eu queria perder. Queria fazer mesmo. Aí, acontece. Vai eu, coloquei o remédio, né, eram mais ou menos umas 10 da noite, quando foi 1h da manhã: 2 meninos! tinha uns 20 cm os dois! [gêmeos]. Já pensou que perturbação? Eu já com 4 filhos, com mais 2 capetinha do lado? Aí é que ia me desgraçar mesmo! Ai que eu ia pra sarjeta pedir esmola. Aí eu perdi! Aí maíinha... hoje ela é crente, né? Mas antes ela: —‘Você é miserável, fazer uma coisa dessa, 2 menino homem!’

Quando ele [Juca] soube...—‘que ia acabar o mundo, né, que esses 2 menino era a riqueza dele’. Porque não os 4? Porque esses 2? Só pra me iludir? Pra eu ficar pensando? [de que por estes ele ficaria e não pelos anteriores?]

Aí eu levantei a mão pro céu. [de agradecimento pelo aborto]. Mas no outro dia mesmo eu já fui na SOMEDE, falar com Dr. Gilberto. Que eu tava menstruada, pra fazer o exame, porque só fazia assim, a pessoa menstruada, prá saber, né, se não tá grávida ou não. Aí ele marcou a ligadura. Pedi [a Juca] para assinar o termo, ele não assinou. Disse que não ia assinar nada que eu procurasse “O Homem”, que eu procurasse “meus homens na rua”, pra assinar, que ele não ia assinar. Ele tava com tanta raiva, né, tava magoado porque perdeu os menino. Aí eu disse: Tá certo. Cheguei lá e [o médico] disse: –”Trouxe o papel?” – Mainha assinou! Ela não sabe assinar não, colocou o dedo. Levei para Dr. Gilberto...(–”Então ela assumiu?”) É, ela assumiu. Aí ele marcou o dia, peguei eu fui! Fiz a ligadura...8 dias depois do...[aborto] ainda sangrando. Minha menstruação nunca vinha. Ai...quando eu liguei, né, esperei 1 mês pra minha menstruação descer. Ai eu disse: “pronto que eu tou prenha de novo”!. Eu ficava com medo já! Tinha aquela, eu já tava com aquele trauma de filho, de todo ano ter que parir... acontece! Quando foi no outro mês, a menstruação veio. Quê felicidade! todo mês vindo (rindo). Ai foi que eu comecei a transar com a mão na cabeça pra não perder o juízo (risadas)...antes ficava sem ação, né? mas agora não. Ai foi indo, foi indo, foi indo... Aí depois que liguei as trompas, né, passados 3 a 4 meses depois começou a briga tudo de novo.[com Juca] [...]

[No dia da esterilização] Levei o papel que mainha tinha assinado, quando cheguei lá ele me perguntou: –‘cadê o marido?’ Eu disse que não tinha marido, né, porque... Juca sempre foi distante de mim, sempre... Aí eu peguei... então ele disse assim: “sente aí, aguarde um momento”. Tinha mais mulheres além de mim. A mais nova era eu, a mais nova era eu que tava com 21 anos. 21!. Ai me deitou na cama. Depois mandou sentar, colocar a mão no joelho, me deu o rack (anestesia), mas eu estava escutando tudo, tudo que ele estava falando. Ai ele me dizia a mim, que conversando com o outro médico, que eu era muito nova: –’olha ai, uma menina dessa se desperdiçando, parindo essa quantidade de filho...isso aqui eu tenho prazer de fazer’. Ele dizendo, né, que tinha prazer de fazer essa ligadura em mim, mas que não tinha prazer de fazer nas mulher de 35, né,

39 ano que tava parindo ainda. Aí eu peguei e fiz...Railda já tava com 2 anos quando eu liguei. Eu com 19 já tava com meus 4. Já tinha dado o que tinha pra dar. Aí que aconteceu? Eu fiz a cirurgia, vim pra casa no outro dia, né. Quando acordei, quem tava de junto de mim? foi mainha! Juca não foi! Quem me trouxe foi mainha também. Que Juca nem lá, nem esse dia nem cá ele apareceu! (—"Ele não queria que você fizesse, não é?") Não [Nada!], era só charminho, prá dizer que... Não... antes ele dizia...—"Procure perder esse menino, viu?" Pra que eu procurasse perder, que ele não queria mais filho nenhum não, que eu ia ficar sozinha, que ele ia saltar fora.

{-O que você sentiu depois da esterilização?}. A mim me alegrou, me deu paz, problema nenhum! A dor de cabeça que eu sentia já vinha já antes da cirurgia, não tinha nada a ver, depois que fiz a cirurgia não senti nada, não tive nada, nada, nada. Dor de cabeça que eu sentia e mainha pensava que era por causa disso...Mas não foi, isso eu já vinha sentindo a muito tempo (-"E sua mãe pensa que seu nervoso começou com a esterilização..."). Mas não, eu já era nervosa, eu já tinha esse problema, devido as porradas que eu tomava na cabeça, espero que não esqueça disso [os relatos de agressão do companheiro e anteriormente de familiares ao engravidar com 13 anos, quando foi expulsa da casa pelo pai]. Não, não, não...

(-"E sobre possibilidade de arrependimento futuro? Digamos assim que você separasse...") Se eu me separar de Juca e arranjasse um homem e ele quisesse um filho? Ah não! Ou ele aceitava a mim com os 4 que eu já tinha ou do contrário eu não tinha mais outro. Quê! Deus que me livre! (-"Uma decisão bem tomada?") É, decisão bem tomada, de cabeça feita. Oxente, quando eu coloquei o pé na clínica eu disse logo, meu Deus, eu estou entrando no céu! (risada) eu sabia que ia cair limpa. E eu acho que mulher nenhuma deve se arrepender porque é uma coisa que...(e sobre a historia contada no grupo focal do caso que desligou) Eu acho que não, né? que não tinha como mulher nenhuma ligar e aparecer grávida de novo, não existe isso, não, quê!

Nós pobre, né? Só rico!, né? Mas nós pobre, tem que levantar a mão pro céu. Eu acho que não tem arrependimento não. Não existe isso. Porque só ...parir é fácil, criar é que é ela, né. Fazer é mais fácil ainda. Oxen. E ninguém diz assim, neguinho pare porque quer, né não! Já vem, quando a pessoa nasce já traz aquela coisa nas costas, você vai parir 10 filhos, é 10 filhos mesmo, não tem...pra onde correr. Não tem remédio... só se estrangular as trompas, né...ou então ligar. Mas do caso contrário...tem que parir mesmo.”

CONCLUSÕES

Na comunidade estudada a noção de “arrependimento da esterilização” aparece como categoria pouco familiar e provável de acontecer – predominando a surpresa e negação da sua probabilidade futura. Reflexão sobre o conceito sugere a necessidade de uma melhor definição do problema de forma a incorporar dimensões identificadas nos dados qualitativos da pesquisa até então não explorados em literatura especializada tais como: “circunstancialidade contextual” e “temporalidade conjuntural” implícitas na noção “trajetórias de vida e reprodutivas”, assim como uma clara distinção entre o conceito de arrependimento e insatisfação.

Apesar de considerar que o arrependimento da esterilização, ao menos pelo momento, seja um problema estatisticamente insignificante na realidade de mulheres carentes do Nordeste brasileiro, não creio que deva, em absoluto, ser excluído na adoção de medidas e critérios de regulamentação da esterilização que garantam ao máximo a impossibilidade de sua aparição posterior. Suponho que a estranheza com o termo arrependimento, entre minhas informantes, se explica pelo contexto em que estão inseridas. Parto do suposto de que a existência, neste meio, de um sem número de problemas prioritários a resolver – desde o que suponho são seus critérios, tais como a sua sobrevivência cotidiana e a de seus familiares. Isto associado à familiaridade do fato da morte de filhos, maridos ou familiares, por doenças, violência cotidiana, assassinatos, acidentes, etc. – inviabiliza a emergência de sentimentos de arre-

pendimento sobre a esterilização. A qual, pela dificuldade de acesso leva a maioria dos casos atuais à tomada de decisões conscientes, tornando seu arrependimento mais improvável, ao menos no contexto social analisado. Refiro a que para aceder a esta cirurgia entre as populações carentes há critérios de idade e filiação a cumprir, e que pela demanda excedente os percentuais de desrespeito a este tipo de critérios não são tão significativos ou generalizados. Contra certas posturas de facções radicais da esquerda, do feminismo, e de grupos negros, considero que a decisão pela esterilização no Brasil é feita pelas mulheres de maneira voluntária e consciente, ainda que esteja bem longe do que possa se definir como uma opção de “livre escolha”.

Veja-se que defender este campo de ação “relativamente autônomo” dos “pobres” tomados aqui como “sujeitos situados” não quer dizer que estejamos negando ou desconsiderando o conjunto de constrangimentos que interferem na sua capacidade e forma de escolha. De fato, não se pode falar de ampla liberdade baseada em um acesso a possibilidades diversificadas de alternativas. A escolha, entretanto, existe sim: entre esterilizar ou não; entre pílula ou esterilização. Obviamente que se trata de uma escolha restringida e de forma alguma daquela denominada “livre escolha” que defenderam algumas feministas no passado. Todas estas afirmações podem levar o leitor a pensar que sou simpatizante da técnica da esterilização como método anticoncepcional. Não é o caso. Sou favorável da necessidade da regulamentação e normatização desta técnica mais do que a de total liberalização do seu acesso. Tampouco posso deixar de reconhecer, junto à população que estudo, como esta prática tem colaborado na prevenção de novos problemas na saúde de milhares de mulheres carentes. Estas mulheres percebem a esterilização como a melhor forma de controlar sua fertilidade (até recentemente bem alta no Nordeste), uma vez alcançado o número de filhos desejados (geralmente excedido). Ao mesmo tempo, esta prática protege a saúde e corpo destas mulheres de complicações das suas trajetórias reprodutivas, tão fortemente associadas aos elevados índices de morte materna pós abortos ou outras causas de doenças materno-infantis.

ABSTRACT: Female sterilization was a polemic theme in the beginning of the nineties in Brazil and among black communities. The increasing risk of regretting this practice was considered its main counterpart. In the present empirical work, we try to demonstrate this is not a well-founded argument in the context of extreme poverty of Brazilian Northeast. Here the sterilization practice seems to work as a protection to the women's health and not as regret risk. Within the interviewed women, most of them black, the sterilization resulted from a voluntary decision rather than an imposition. Beginning with a study of the reproductive trajectory of 41 sterilized women from a low income neighborhood in Salvador, Bahia (from a 120 domicile survey), and reflecting about the meaning of the term **regret** in a focal group of 8 sterilized women, the work points out the necessity to restate and rethink the way of conceiving and to measure the regret phenomena.

KEY WORDS: Gender, Reproductive Health, Sterilization, Race, Course Life

BIBLIOGRAFIA

- AQUINO, E. Et al. "Saúde, Sexualidade e direitos reprodutivos: a situação da mulher na Bahia". Salvador, ISC-UFBA, 1995. (mimeo).
- AVILA, M.B. "Modernidade e cidadania reprodutiva". Em *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, CIEC/ECO/UFRJ, Vol.1, no.2. 1993, p.382-393.
- BERQUÓ, E. "O crescimento da população da América Latina e mudanças na fecundidade". Em: Azeredo, S. & Stolke, V. (coords.), *Direitos Reprodutivos*, São Paulo, FCC/PRODIR, 1991, p. 61-73.
- BERQUÓ, E. "Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e parto cirúrgicos à espera de uma ação exemplar". Em *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, CIEC/ECO/UFRJ, 1993, Vol.1, no.2., p.366-381.
- CITELI, M. T.; De Melo e Souza, C e Portella, A. P. "Reveses da anticoncepção entre mulheres pobres", em Luís Fernando Duarte e Ondina F. Leal.(org.) *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro, Fio Cruz, , 1998. P. 57-77 [Col. Antropologia e Saúde].
- CORREA, S. "Anticoncepcionais injetáveis na perspectiva feminista: O debate histórico e os novos desafios". Em Margareth Arilha e Ma. Teresa Citeli

- (org.) *Políticas, Mercado, Ética. Demandas e Desafios no Campo da Saúde Reprodutiva*. São Paulo, CCR/ Ed. 34, 1998. P. 27-41.
- FIGUEROA, J.G.; AGUILAR GANADO, B.M. & HITA, M.G. “Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos por medio de un enfoque de conflictos” *Revista Estudios Sociológicos*, México, El colégio de México, 1994, Vol. XII, n. 34, p.129-154.
- HARDY, E. et.al. Arrependimento após esterilização cirúrgica: estudo de caso controle. Campinas, CEMICAMP. Textos Cemicamp 002/94 [Relatório Final de pesquisa para a FCC].
- HARDY, E. et.al “Risk Factors for Tubal Sterilization, Regret Detectable Before Surgery”. ISSN 0010-7824 Elsevier Science Inc. 1996.
- HITA, M.G “Familia e Pobreza: Modelo único hegemônico?”. En *Población y Cambio Social* Revista Latinoamericana de Poblacion (eletrônica), México, Prolap. 1997, Vol 1, no. 1.
- HITA, M.G. “Violência: elemento central na formação de Identidade de classes trabalhadoras”. Trabalho apresentado em XXI Encontro da ABA, no GT 14: Violência e processo de subjetivação no Brasil contemporâneo. Vitória. 1998a.
- HITA, M. G. e SILVA, M. G. “Esterilização feminina no Nordeste brasileiro: Uma decisão voluntária?” em E. Dória Bilac e M.I. Baltar da Rocha.(orgs.) *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe. temas e problemas*. Campinas, Ed. 34, 1998b. p-291-230.
- MELONI, V.E. Regret After Sterilization Among Low Income Women in São Paulo-Brazil, USA. 1994. [Tese de doutoramento, Universidade Exeter].
- ROLAND, Edna. “Saúde Reprodutiva da população negra no Brasil: entre Malthus e Gobineau”. Em Margareth Arilha e Ma. Teresa Citeli (org.) *Políticas, Mercado, Ética. Demandas e Desafios no Campo da Saúde Reprodutiva*. São Paulo CCR/SP. Ed. 34, 1998, p.97-110.
- The Population Council. ROSS, J.A. Sterilization: Past, Present, Future. The Population Council, 1991, no 29. [Working Papers]

- SCAVONE, L. "Impactos das Tecnologias médicas na família". Texto apresentado na XVI ANPOCS, Caxambu, M. G. 1992. (mimeo)
- SCAVONE, Lucila et al. "Contraceção, controle demográfico e desigualdades sociais: Análise comparativa franco-brasileira." *Revista Estudos feministas*. Rio de Janeiro CIEC/ECO/UFRJ,. 1994, Vol. 2, no.2 ,357-372
- SERRUYA, Suzane Mulheres esterilizadas: submissão ou desejo?. UFPA, 1993. [Dissertação de mestrado UFPA]
- SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste. Brasil, BEMFAM/DHS. 1991
- SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. Rio de Janeiro, BEMFAM/DHS. 1996 [Relatório preliminar] 47p. 1997 [Relatório Final]. 180p.
- TUIRAN, R. "La esterilización anticonceptiva en México: 'Satisfacción método'". En *Memorias de la VI Reunión nacional de investigación demográfica en México*. México, INEGI/Sociedad Mexicana de Demografía, 1990, Tomo 1.

