



BRASIL, UM CASO EXEMPLAR - anticoncepção e parto cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar¹

ELZA BERQUÓ

Com a redemocratização do país, a década de 80 representou no Brasil um marco fundamental no que se refere às reivindicações e algumas conquistas legais das mulheres quanto ao direito à saúde reprodutiva. São deste período o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a Comissão de Estudos sobre Direitos da Reprodução Humana, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e a Constituição Federal de 1988, para ficar só no plano federal.

O PAISM, concebido em 1983 e regulamentado em 1986, resultou de um esforço de profissionais de saúde, do movimento de mulheres e dos técnicos do próprio Ministério de Saúde no sentido de preconizar ações que ampliavam significativamente o atendimento à saúde das mulheres. Neste programa, a mulher é concebida não apenas como um órgão reprodutivo, mas na sua integralidade e em todas as fases de seu ciclo vital. O controle de patologias específicas - o câncer cérvico-uterino e de mama - e o planejamento familiar amplo cobrindo tanto a infertilidade como a anticoncepção fazem parte de suas ações programáticas. Esta concepção representou um passo extremamente importante como conquista e como expectativa nos anos que se seguiram.

Na esfera do Ministério da Justiça é criado em 1985 o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), cuja articulação com diversos grupos e instituições de mulheres em todo o Brasil incentivou e realizou diferentes ações na área da saúde reprodutiva, com destaque na participação do processo de elaboração da nova Constituição Federal.

¹ Trabalho preparado para o Seminário A Situação da Mulher e o Desenvolvimento, organizado pelo Ministério das Relações Exteriores e realizado no Núcleo de Estudos Populacionais (NEPO) da Unicamp nos dias 1 e 2 de julho de 1993.

A Comissão de Estudos sobre Direitos da Reprodução Humana também teve origem na articulação de feministas, de profissionais da área da saúde e do Ministério da Saúde. Criada em 1987 ao nível do Ministério da Saúde, constituiu-se em órgão de deliberação coletiva de caráter técnico-consultivo com atribuições de fazer amplo diagnóstico da situação da reprodução humana no país, não só do ponto de vista da saúde, mas de seus aspectos sociais, econômicos, éticos e políticos, e oferecer subsídios para a proposta de uma política para o setor da saúde na área da reprodução. Constituída por pessoas de notório saber, na sua grande maioria de mulheres, a Comissão se propunha também a acompanhar as ações do Ministério da Saúde no processo de articulação com os diferentes setores sociais e de entrosamento com as diversas instituições envolvidas na questão da reprodução humana.

A Constituição Federal de 1988 vem proteger o direito à saúde da mulher em seu Artigo 226, parágrafo 7º: "Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas".

As frequentes mudanças ocorridas no Ministério da Saúde, fruto de trocas contínuas de ministros sempre determinadas por decisões políticas, alteraram substancialmente a operacionalização do PAISM. A articulação com a Comissão de Estudos sobre Direitos da Reprodução Humana, no início muito intensa e fecunda, foi sendo gradualmente desativada pelo Ministério da Saúde. Também o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher teve seu papel bastante reduzido no cenário nacional.

Mas, por outro lado, cresceram os Conselhos Estaduais e Municipais da Condição Feminina e multiplicaram-se as Delegacias da Mulher. Surgiram, também, organizações não-governamentais de mulheres, com objetivos voltados para os direitos da mulher, em geral, e dos Direitos Reprodutivos, em especial. Cria-se a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos que com outras ONGs passa a ocupar um espaço para garantir um entorno de reflexão, de agilização de informações e de conhecimentos que permita avançar ações políticas voltadas para a cidadania da mulher.

A preocupação com o quadro da saúde e dos Direitos Reprodutivos no país e a necessidade de um canal que conjugasse as preocupações e os esforços dos setores acadêmico, legislativo, jurídico, de saúde e da sociedade civil no sentido de zelar e garantir o direito à cidadania na área da saúde reprodutiva levaram à criação, em 1991, da Comissão de Cidadania e Reprodução.

O diálogo com o Parlamento se amplia e Comissões Parlamentares de Inquérito são constituídas em vários estados da Federação e no Congresso para apurar denúncias na área dos Direitos Reprodutivos, em especial sobre a esterilização feminina. A partir de 1989, 27 projetos de lei tramitam no Congresso Nacional, a maior parte apresentados em 1991, nove dos quais versando sobre aborto, quatro sobre esterilização e teste de gravidez, seis

sobre planejamento familiar, cinco sobre assistência médica e pré-natal e três sobre novas tecnologias reprodutivas. Tentativas de buscar um consenso sobre as bases para uma normatização da esterilização feminina continuam aglutinando parlamentares e feministas.

Sente-se no país, nestes últimos anos, a retomada do impulso na defesa da saúde reprodutiva e dos direitos dela decorrentes, uma vez que estes não constituem ainda uma realidade para a mulher brasileira. Testemunhos dessa situação são os resultados de um estudo recente de Costa², realizado junto às secretarias de saúde, estaduais e municipais (apenas para as capitais dos estados), com a finalidade de avaliar a situação de implantação do PAISM. Entre outros, o estudo revelou que:

1 - 81% das secretarias municipais de capitais e 67% das estaduais realizam abaixo de 40% de cobertura;

2 - 38% das secretarias municipais de capitais e 44% das estaduais atendem menos de 20% de sua população de gestantes no pré-natal;

3 - a assistência clínico-ginecológica é oferecida em percentuais de cobertura abaixo de 10% em 25% das instituições;

4 - em 44% das secretarias municipais de capitais e em 36% das estaduais o controle do câncer cérvico-uterino cobre menos de 10% da população feminina;

5 - 45% das instituições municipais de capitais e 50% das estaduais oferecem ações de planejamento familiar abaixo de 10% da necessidade de suas populações.

É nesse contexto que se vem assistindo no país ao declínio sistemático e acelerado da fecundidade. De 4,5 filhos por mulher em 1980, essa taxa caiu para 3,5 em 1984, para chegar a 2,5 em 1991³. Cabe uma indagação: de que recursos dispõem as mulheres brasileiras para reduzirem tão rapidamente sua fecundidade?

O panorama da anticoncepção no país

Em termos de cobertura nacional, infelizmente, os dados mais recentes de que se dispõe sobre anticoncepção datam de 1986^{4,5}. Segundo esses dados, o cenário contraceptivo brasileiro era caracterizado por elevada prevalência de uso, em torno de 70% para mulheres casadas ou unidas com idades entre 15 e 54 anos. Para todas as mulheres, independentemente do estado conjugal, este percentual era da ordem de 43%.

A tabela 1 ilustra a composição da lista de métodos que prevaleciam no Brasil e em algumas unidades da Federação. Fica claro desde logo que

²COSTA, A. M.. *O PAISM: Uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada*. Brasília: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.

³FIBGE.

⁴PNAD-86. FIBGE.

⁵PNSMIPF-BEMFAM, 1986.

a esterilização feminina estava no topo da lista, seguida dos hormonais. Juntos, representavam 85% das condutas das usuárias. Ainda nesse elenco de recursos altamente eficazes para evitar uma gravidez, o dispositivo intra-uterino estava quase ausente, com apenas 1,5%, e menos de 1% das mulheres tinham maridos vasectomizados. Os métodos ditos de menor eficiência eram utilizados por 10,4% das usuárias, salientando-se a abstinência periódica. Percebe-se ainda que o panorama da regulação da fecundidade não era muito diferente nos vários contextos brasileiros.

Tabela 1 - Mulheres unidas de 15 a 54 anos de idade, usando algum anticoncepcional segundo o método usado. Brasil e algumas unidades da Federação, 1986.

Método Usado	Brasil	SP	RJ	RS	PR	MG	GO	AM	BA	PE
Esterilização	44,4	38,4	41,4	17,7	42,8	37,4	71,3	55,4	39,5	61,4
Pílula	41,0	39,4	45,3	64,9	45,5	44,0	20,2	35,6	40,1	27,1
Vasectomia	0,9	2,5	0,2	1,1	1,5	0,6	1,5	0,7	0,9	0,5
DIU	1,5	1,2	1,3	4,6	1,0	2,9	0,6	0,3	5,2	0,4
Condom	1,8	3,8	1,8	0,9	1,8	2,9	0,8	0,3	0,6	0,7
Interrupção	2,5	4,5	1,5	1,5	2,0	1,6	1,7	0,4	2,5	2,1
Abstinência periódica	6,2	7,5	6,8	7,3	3,6	8,6	3,5	6,3	7,8	5,5
Outros	1,7	2,7	1,7	2,0	1,8	2,0	0,4	1,0	3,4	2,3

Extraído de: BERQUÓ, E.. A anticoncepção no Brasil hoje. Trabalho apresentado no XII World Congress of Gynecology and Obstetrics, Rio de Janeiro, Outubro, 1988.

Em que pesem as flutuações de esterilização e uso dos hormonais quando se passa de um contexto a outro no território nacional, não há dúvida de que falar em anticoncepção no Brasil significava falar de pílula ou laqueadura, sendo esta liderada pelo Nordeste e pelo estado de Goiás.

Nesta década, dois estudos realizados, um no Nordeste, em 1991⁶, e outro no município de São Paulo, em 1992⁷, permitem ter uma idéia de como se encontra, nesses contextos, a regulação da fecundidade. Possibilitam também perceber se o quadro contraceptivo sofreu alterações nestes últimos cinco anos. Com relação ao Nordeste, a pesquisa revela que 54,3% das mulheres usaram alguma vez métodos anticoncepcionais e 39,1% ainda os utilizavam (tabela 2). Esta proporção é bem mais elevada em São Paulo, onde 58,3% declararam que estavam usando algum meio para evitar uma gravidez,

⁶ Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste. Brasil, 1991. BEMFAM-DHS.

⁷ Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva da População Negra. CEBRAP, 1992.

enquanto 76,8% o fizeram em algum momento de suas vidas reprodutivas. A tabela 2 é reveladora do fato de que não se modificou o quadro apontado em 1986, ou seja, da concentração da anticoncepção em praticamente dois métodos: a pílula e a esterilização feminina. Juntos, esses dois métodos respondem por 74,7% das usuárias em São Paulo, sendo ainda maior no Nordeste, onde correspondem a 85,9%.

Em São Paulo, como anteriormente, a pílula tem preferência ligeiramente maior do que a laqueadura, mas no Nordeste, esta continua na liderança do rol contraceptivo, com 62,9% entre as usuárias.

Tabela 2 - Distribuição percentual de todas as mulheres na idade reprodutiva usando algum método anticoncepcional, segundo o tipo de método, Nordeste (1991) e Município de São Paulo (1992).

Métodos	Município de São Paulo ¹	Nordeste ²
Esterilização feminina	36,1	62,9
Pílula	38,6	23,0
Preservativo	6,2	2,8
Vasectomia	4,5	0,2
Injeções	2,8	1,8
DIU	2,2	0,8
Métodos vaginais	0,3	0,0
Coito interrompido	3,8	4,1
Abstinência periódica	2,3	4,3
Outros	3,2	0,1
TOTAL	100,0	100,0
Número de mulheres	1.026	6.222
Usando algum método	58,3	39,1
Usou alguma vez	76,8	54,3

Fonte: ¹Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva da População Negra. CEBRAP, 1992.

²Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste. Brasil, 1991. BEMFAM/DHS.

Além disso, cresceu ainda mais o papel desta conduta quando comparada aos 47,2% correspondentes a 1986. Em compensação, a pílula teve sua presença reduzida, passando de 32,1% em 1986 a 22% em 1991. Ou seja, na região mais pobre do país fechou-se ainda mais o leque de alternativas contraceptivas. Essa constatação merece reflexão quando se leva em conta que na área da tecnologia da reprodução humana cada vez mais se amplia a lista de possibilidades de regulação da concepção. Em termos populacionais, com os dados disponíveis, pode-se estimar que das 10.487.909

mulheres de 15 a 49 anos vivendo no Nordeste em 1991⁸, entre 2,3 e 2,5 milhões são esterilizadas.

Vista de uma perspectiva Internacional, a elevada presença da esterilização feminina no repertório contraceptivo brasileiro faz parte de uma tendência presente em várias partes do mundo, principalmente no bloco menos desenvolvido. Como se pode apreciar na tabela 3, estimativas para 1990 mostram que, neste bloco, a esterilização feminina é mais do que o dobro daquela prevalente no conjunto dos países mais ricos. Por outro lado, com os chamados "outros métodos" ou os não modernos, sucede exatamente o oposto, isto é, estão no topo da lista para o bloco dos mais desenvolvidos!

Tabela 3 - Percentagem de uso de métodos anticoncepcionais (mulheres casadas na idade reprodutiva). Estimativas para 1990.

Métodos	Mundo	Países mais desenvolvidos	Países menos desenvolvidos
Esterilização	20,1	11,4	22,3
Feminina	15,7	7,6	17,8
Masculina	4,4	3,8	4,5
DIU	10,9	5,4	12,3
Hormonais	8,6	14,4	7,1
Pílula	7,7	14,3	6,0
Injetáveis	0,9	0,1	1,1
Preservativo	5,4	15,1	2,9
Outros	8,0	16,1	5,9
TOTAL	53,0	62,4	50,5

Fonte: ROSS, J.A. *Sterilization: Past, Present, Future*. Working Papers n° 29. The Population Council, 1991.

Vale abrir aqui um parêntese para destacar que a maior parte dos países industrializados mantêm baixas taxas de fecundidade, abaixo do nível de reposição, sem o recurso acentuado a práticas irreversíveis de regulação da fecundidade. Nesses, as mulheres preferem lançar mão de métodos mais tradicionais e, em caso de falha, recorrer ao aborto legal, sem perder contudo a capacidade reprodutiva.

Segundo Ross⁹, atualmente 25% dos casais do Terceiro Mundo estão esterilizados. Além disso, 95% de todas as mulheres esterilizadas do bloco

⁸ Dados preliminares do Censo 1991.

⁹ ROSS, J.A. *Sterilization: Past, Present, Future*. Working Papers n° 29. The Population Council, 1991.

menos desenvolvido encontram-se em 20 países, dos quais 14 na Ásia, cinco na América Latina e um na África. Já quando se considera os países com as mais altas taxas de prevalência de esterilização, observa-se uma presença significativa da América Latina (tabela 4), com o Brasil ocupando o oitavo lugar quanto às usuárias desta prática.

As mulheres esterilizadas

Estas duas pesquisas da década de 90 permitem cotejar, para os dois contextos estudados, algumas características das mulheres esterilizadas e dão a oportunidade também de verificar eventuais mudanças temporais¹⁰.

Tabela 4 Prevalência de Esterilização e de uso de métodos anticoncepcionais em 20 países selecionados. 1990

PAÍS	PROPORÇÃO DE MULHERES		PROPORÇÃO DE ESTERILIZADAS DENTRE USUÁRIAS DE ALGUM MÉTODO
	Esterilizadas	Usando algum método	
Coréia do Sul	47,6	76,1	62,5
Porto Rico	46,8	74,8	62,6
Panamá	37,7	66,4	56,8
China	36,8	74,9	49,1
Rep. Dominicana	36,5	55,3	66,0
El Salvador	36,1	52,6	68,6
Sri Lanka	31,4	65,5	47,9
Índia	31,3	44,9	69,7
Brasil	30,4	69,2	43,9
Tailândia	30,4	73,5	41,4
Taiwan	26,0	78,0	33,3
Hong Kong	23,4	82,6	28,3
Cingapura	22,8	73,5	31,0
Uruguai	22,5	69,5	32,4
Coréia do Norte	22,3	68,4	32,6
México	21,8	57,9	37,6
Chile	20,9	64,4	32,4
Argentina	19,9	61,5	32,4
Colômbia	19,6	66,7	29,4
Costa Rica	17,7	70,9	25,0

Fonte: Ross, J.A. *Sterilization: Past, Present, Future*. Working Papers nº 29. The Population Council, 1991.

¹⁰ No caso de São Paulo, trata-se em 1992 do Município, e em 1986, do Estado.

No Nordeste, 19% das mulheres já estão esterilizadas antes dos 25 anos, em contraste com os 10% em São Paulo. As idades medianas à época da esterilização são, entretanto, muito próximas, isto é, pela ordem, 29,7 e 31 anos. É impressionante verificar como em pouco mais de cinco anos a idade com que as mulheres têm sua capacidade reprodutiva encerrada diminuiu tanto. Com efeito, em 1986, apenas 5% e 3% das mulheres estavam esterilizadas antes dos 25 anos no Nordeste e em São Paulo, respectivamente. Suas idades medianas à época da esterilização eram, respectivamente, 36,6 e 38,2 anos, ou seja, em ambos os contextos houve uma redução de aproximadamente sete anos!

Também o número mediano de filhos tidos à época da esterilização é bastante semelhante nos dois contextos, com 2,7 para São Paulo e três para o Nordeste. Observa-se entretanto que, no Nordeste, a proporção de mulheres esterilizadas com no máximo dois filhos passou de 15% para 22%, entre 1986 e 1991; com no máximo três filhos, de 40% para 49%. Com isso, a média passou de 3,6 para três filhos. Já em São Paulo, permaneceu praticamente estável.

A prevalência desta prática, no Nordeste, cresce ligeiramente com o nível de instrução da mulher, enquanto que, em São Paulo, a escolaridade já não se constitui em um diferencial.

Tanto no Nordeste quanto em São Paulo não houve diferença para mulheres brancas e negras. Foram de 38,5% e 37,5%, respectivamente, no Nordeste, as proporções de laqueadas no total de mulheres brancas e negras, alguma vez unidas. Em São Paulo, estas prevalências corresponderam a 28% e 27,2%, pela ordem. Neste contexto, a única diferença significativa foi no grupo de mulheres com o menor nível de instrução e com idades na faixa 25 a 34 anos. Neste caso, a prevalência para as negras superou a das brancas.

Praticamente 50% das esterilizações, em ambos os contextos, ocorreram nos últimos cinco anos.

A pesquisa de São Paulo permite ainda conhecer que a razão mais freqüentemente alegada pelas mulheres para terem sido esterilizadas foi a de não querer ter mais filhos, isto é, 61,6% delas assim se manifestaram. Os problemas de saúde foram mencionados por 25%. Chama a atenção a mudança verificada, nestes poucos anos, no discurso das mulheres. Em 1986, a percentagem de mulheres que declararam ter feito laqueadura por já terem atingido o número ideal de filhos variava, para todas as unidades da Federação, entre 18% e 48%, ou seja, bem abaixo dos atuais 61,6% para São Paulo. Ao contrário, em 1986, a razão mais freqüente citada pelas mulheres relacionava-se aos problemas de saúde, cujo percentual variava de 32% a 54%, isto é, bem acima dos 25%. Sobre o que prevalecera em 1986, tínhamos argumentado que a alta freqüência de "problemas de saúde" poderia estar refletindo a influência do poder médico sobre o discurso das mulheres, uma vez que, de acordo com o código brasileiro de ética médica, a esterilização só pode ser praticada em casos excepcionais de problemas sérios de saúde

da mulher^{11,12}. Em última análise, as mulheres nada mais faziam do que repetir aquilo que era permitido dizer. Até porque, mesmo face às precárias condições de vida e de assistência à saúde a que estavam sujeitas as mulheres, era difícil crer que se tivessem constituído em determinantes tão fortes para levar a tal prática.

A explicitação tão direta, em 1992, de que o recurso à laqueadura foi determinado por não querer mais filhos, mesmo quando, como se sabe, a assistência à saúde pública foi ainda mais sucateada, reflete, a nosso ver, uma mudança de postura das mulheres. Elas sentem que têm o direito de expressar que não querem ter mais filhos, além dos que já tiveram. E isto incontestavelmente se deve ao clima que se veio estabelecendo no país graças aos movimentos de mulheres em prol dos Direitos Reprodutivos, como pretendemos mostrar páginas atrás. Claro está que se as mulheres tivessem conhecimento e acesso a outros métodos anticoncepcionais, poderiam exercer seu direito sem necessariamente terem de recorrer em massa a uma prática irreversível. Neste sentido, a pesquisa do Nordeste revela que, enquanto quase 100% das mulheres conhecem a pílula e a esterilização feminina e mais de 80% sabem onde obtê-las, apenas 50% conhecem o DIU mas 76% não sabem onde encontrá-lo e, pior ainda, somente 37% conhecem os métodos vaginais mas 79% não sabem como achá-los.

A cultura da esterilização

O processo da esterilização no país segue seu curso como se já fizesse parte de uma cultura, que leva a que todos os anos coortes de mulheres ponham fim à sua capacidade reprodutiva. No Nordeste, 54% das esterilizadas o foram nos últimos cinco anos, e em São Paulo não estiveram muito distantes desta mesma freqüência.

Fala na direção de uma verdadeira cultura o fato de 52% das esterilizadas em São Paulo serem filhas ou irmãs de esterilizadas, havendo casos de famílias onde mãe e duas ou três irmãs já foram laqueadas. Também dentre aquelas que ainda não se esterilizaram, 42% fazem parte de famílias onde mãe ou irmãs já passaram por esta prática.

Perguntadas se aconselhariam outra mulher a fazer esterilização, 65% das já laqueadas disseram que sim, e justificaram sua posição principalmente baseadas nas dificuldades financeiras para criar muitos filhos (40%), pela segurança do método (37%), e por não prejudicar a saúde como o

¹¹ BERQUÓ, E.. A esterilização feminina no Brasil hoje. Trabalho apresentado no Encontro Internacional "Saúde da Mulher: um direito a ser conquistado", promovido pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM, Brasília, 5-6 Junho, 1989.

¹² Cap. VI - Da responsabilidade médica. Art. 52 "A esterilização é condenada, podendo, entretanto, ser praticada em casos excepcionais, quando houver precisa indicação, referendada por dois médicos, ouvidos em conferência".

faz a pílula (18%). Esta última citação demonstra mais uma vez que elas dispõem apenas de duas opções, ou a pílula ou a laqueadura. Das 35% restantes, 70% disseram que não se deve dar conselhos porque cada mulher deve decidir por si própria, mas 14% disseram que a mulher pode ainda querer ter mais filhos e 9% porque a esterilização pode provocar frigidez, menopausa ou outros problemas de saúde.

Manifestaram satisfação com a esterilização 89% das mulheres, e as razões para tanto foram não precisar mais preocuparem-se com uso de outros métodos e porque já tinham o número ideal de filhos. Para as arrependidas, os motivos são os já encontrados em outros estudos, ou seja, morte de filhos, novas uniões maritais, vontade de ter mais filhos e problemas de saúde^{13,14}.

Em termos de futuro, 39% das mulheres unidas manifestaram intenção de recorrerem à esterilização e esta intenção atingiu seu máximo no grupo de 15 a 24 anos. No Nordeste, das mulheres atualmente unidas e que não estavam usando nenhum método anticoncepcional, 31% manifestaram a intenção de serem esterilizadas nos próximos doze meses a contar da data da entrevista e 36% planejam fazê-lo mais tarde.

Esta verdadeira cultura da esterilização no país está, a nosso ver, garantida pela cumplicidade que se estabelece entre as mulheres e os profissionais de saúde. Para as mulheres que não querem ter mais filhos, por razões as mais variadas cuja análise dos determinantes foge ao escopo do pequeno atalho que representam estas breves notas, e não dispondo de recursos para comprar a pílula ou não se sentindo bem com ela, só lhes resta a alternativa da laqueadura. Mas sendo a esterilização proibida pelo Código Penal Brasileiro¹⁵ e pelo Código de Ética Médica, os profissionais de saúde realizam a laqueadura durante uma cesárea. Como já é amplamente sabido, neste caso, o custo hospitalar da paciente e os honorários do médico estão cobertos pelo INAMPS e o custo adicional da esterilização é pago "por fora" pela gestante^{16,17}.

Isto explica porque, em 1986, 75% das esterilizações foram feitas junto com o último parto, ou seja, com uma cesárea. Esta média nacional era superada por 50% das unidades da Federação alcançando os maiores valores

¹³ GRUBB, G.S., PETERSON, H.B., LAYDE, P.M., RUBIN, G.L.. Regret after decision to have a tubal sterilization. *The American Fertility Society. Fertility and Sterility*, vol. 44, n. 2, August 1985.

¹⁴ PINOTTI, J.A. et al.. Identificação de fatores associados à insatisfação após esterilização cirúrgica. *Gin. Obst. Bras.* 9(4) 304, 1986.

¹⁵ Pelo Código Penal Brasileiro, elaborado em 1940, Art. 129, parágrafo 2º III, a esterilização é crime por ser considerada uma lesão corporal de natureza gravíssima, quando resulta na perda ou inutilização da função reprodutiva. Neste sentido, a pena correspondente é de reclusão de 2 a 8 anos.

¹⁶ BARROS, F.C., VAUGHAN, J.P., VICTORIA, C.G., HUTTLY, S R A.. Epidemics of Caesarean Sections in Brazil. *The Lancet* 338 (20): 167-169, 1991.

¹⁷ FAÚNDES, A., CECATTI, J.G.. A operação cesárea no Brasil. Incidência, Tendências, Causas, Consequências e Propostas de Ação. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, 7(2): 150-173, abr/jun, 1991.

no Pará (82,6%), São Paulo (83%) e Amazonas (85,9%). A pesquisa recente de São Paulo revelou que 80% das ligaduras tubárias foram feitas durante uma cesárea. Ilustra bem esta situação o fato de que 55% das esterilizadas declararam ter pago, em dinheiro, ao médico pela operação, e em 11% dos casos, além do INAMPS e de convênio, pagaram também uma parte em dinheiro. O convênio ou INAMPS cobriram o total do custo para 11% das mulheres. Chama a atenção, entretanto, que 23% das laqueadas referiram que a operação foi feita gratuitamente, ou seja, paga por alguma fonte que elas desconheciam. Uma possível pista para explicar parte desta situação pode estar no relatório da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar que, em 1989, lista aproximadamente 150 instituições em todo o país, entre hospitais, clínicas e maternidades com as quais mantém convênios.

Os arranjos com os profissionais de saúde se dão, na maior parte das vezes, durante o pré-natal, chegando estes casos a 50%. Os¹⁸ e colaboradores, ao entrevistar, em 1988, 3.703 mulheres em idade reprodutiva no estado de São Paulo, constataram que 87% das mulheres discutem sobre fazer uma esterilização com seus médicos durante o pré-natal. Logo antes do parto também ocorrem acertos, em uma média de 10%, e 11% das esterilizadas declararam que a decisão médico-paciente foi tomada durante o próprio trabalho de parto! Dada a situação descrita, 32% das mulheres declararam que engravidaram para serem esterilizadas durante o parto - por cesárea é claro!

Que o parto cirúrgico é realizado para fazer uma esterilização fica patente no confronto das percentagens de 80% e 33% de cesáreas no último parto para, respectivamente, mulheres esterilizadas e não esterilizadas, em 1992 em São Paulo (tabela 5).

Também no Nordeste a proporção de cesáreas no último nascido vivo para aquelas mulheres que tiveram pelo menos um nascido vivo nos últimos cinco anos foi igual a 52% para as esterilizadas e 21% para as não esterilizadas.

A tabela 5 permite perceber ainda que a incidência de cesárea no último parto cresce com o nível de instrução das mães, o que confirma trabalhos anteriores¹⁹. Esta tendência se verifica tanto para esterilizadas quanto para as demais.

¹⁸ OSIS, M.J.D. et al.. Laqueadura tubária nos serviços de saúde do Estado de São Paulo. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia* 1 (3):195-204, 1990.

¹⁹ FAÚNDES, A., CECATTI, J.G., opus cit..

Tabela 5 - Percentagem de últimos partos por cesárea, em mulheres alguma vez unidas, de 15 a 50 anos, esterilizadas e não esterilizadas, por nível de instrução. São Paulo, 1992

Nível de Instrução	Total	Esterilizadas	Não Esterilizadas
Analfabeta ou primário incompleto	36,7	71,1	24,3
Primário completo a ginásio completo	48,3	83,1	31,8
Colegial incompleto ou mais	60,1	87,7	48,1
TOTAL DAS MULHERES	46,8	80,1	32,9

Fonte: Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva da Mulher Negra. CEBRAP, 1992.

O abuso das cesáreas

Assim como o desejo ou a necessidade de uma esterilização leva, através dos mecanismos supra apontados, a cesáreas, também o abuso dos partos operatórios, pela classe dos gineco-obstetras, leva muitas mulheres à esterilização, por terem feito muitas cesáreas e poderem correr o risco de ruptura do útero. Mostraremos que também esta segunda linha de causalidade está presente no país, contribuindo para a elevada prevalência de laqueaduras tubárias. Antes, documentaremos a alta prevalência de cesáreas entre as mulheres brasileiras.

Um estudo de âmbito nacional com pacientes do INAMPS mostrou um crescimento de 15% para 31%, entre 1970 e 1980, na proporção de nascimentos por cesárea²⁰.

Trabalhando com praticamente um milhão de nascimentos ocorridos entre 1981 e 1986, em 192 maternidades de 15 estados brasileiros, o informe do Comitê Latino-americano de Perinatologia, (CLAP/OPS/OMS)²¹ revelou um crescimento de 20% em 1981 para 26% em 1986, na proporção de partos por cesárea. Sob a coordenação da Divisão de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde, este estudo revelou ainda grande variação entre os estados, chegando os partos operativos a atingir 42% dos nascimentos. O estudo mostrou também que os hospitais privados que atendem à população de renda mais alta são aqueles que apresentam o maior índice de operações

²⁰ GRANADO-NEIVA, J.G.. Operação cesárea no INAMPS. XXVI Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, 1992.

²¹ Nascimentos por Cesárea em Instituições Brasileiras. Informe elaborado pelo CLAP/OPS/OMS. Centro Latinoamericano de Perinatologia y Desarrollo Humano. Montevideu, Uruguai, 1988.

cesarianas. Projeções feitas pelo Comitê levaram a prever que, em 1995, de cada 100 nascimentos ocorridos no país, 60 sejam por cesáreas.

A declaração de nascimentos para os partos hospitalares, introduzida nestes últimos anos pelo Ministério da Saúde, possibilitará informações atualizadas, ano a ano, de cobertura nacional, sobre os partos operatórios. Para alguns estados, os dados já disponíveis permitem documentar os elevados índices de cesáreas. Em 1991, foram de 68,7% e de 53,1% as proporções de nascidos vivos por partos cirúrgicos, no Mato Grosso do Sul e Goiás, respectivamente²². Rondônia e Sergipe apresentaram índices menores, ou seja, pela ordem, 29,8% e 19,1%.

São Paulo não foge à regra. Pela tabela 6 pode-se ver que estes índices para as 43 regiões de governo variaram de 31% a 78%, em 1992, e dois terços de todas as regiões têm proporções acima dos 50%. Para o estado, está estimada em 53,4%.

Tabela 6 - Proporção de nascidos vivos por cesárea nas Regiões de Governo do Estado de São Paulo, 1992.

Regiões de Governo	Cesáreas	Regiões de Governo	Cesáreas
Catanduva	78,1	Ourinhos	53,9
S. José do Rio Preto	75,3	Botucatu	53,3
Araraquara	72,6	S. José Campos	52,9
Bauru	69,2	Rio Claro	52,6
Andradina	67,8	S. João Boa Vista	51,9
São Carlos	66,4	Franca	51,5
Guaratinguetá	64,6	Ribeirão Preto	49,3
Araçatuba	64,5	Bragança Paulista	48,5
Lins	63,5	Limera	46,7
S. Joaquim da Barra	62,7	Taubaté	46,6
Assis	61,8	Itapetininga	43,8
Barretos	61,5	Jundiaí	43,6
Jaú	61,3	Avaré	42,9
Marília	61,2	Área Metropolitana	42,8
Piracicaba	60,5	Santos	41,1
Votuporanga	59,2	Sorocaba	41,0
Tupã	58,8	Fernandópolis	38,9
Adamantina	58,2	Cruzeiro	33,1
Dracena	56,8	Itapeva	31,8
Jales	56,4	Registro	31,4
Presidente Prudente	55,4	Caraguatatuba	31,2
Campinas	55,4		

FONTE: Fundação SEADE.

²² MELLO JORGE, M.H. et al.. O sistema de informação sobre nascidos vivos. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD), 1992, nº 7.

Que o abuso das cesáreas tem levado a uma seqüência deste tipo de parto, o que acaba por determinar uma esterilização para evitar problemas mais sérios, pode ser visto claramente na tabela 7, que incluiu séries de partos para dois, três e quatro nascidos vivos. Começando com as mulheres que tiveram dois nascidos vivos, observa-se, em primeiro lugar, que 63,6% das esterilizadas tiveram uma cesárea no primeiro parto, enquanto que para as não-esterilizadas esta proporção correspondeu a apenas 28,4%. A seqüência de duas cesáreas nos dois partos foi de 63,6% e 27,2%, respectivamente, para laqueadas e não-laqueadas.

Passando a considerar as mulheres que tiveram três nascidos vivos, observa-se, em primeiro lugar, que a cesárea no primeiro parto esteve presente para 51,2% das esterilizadas e para apenas 18,1% das demais. No segundo parto, 48,8% e 17,3%, respectivamente, das esterilizadas e não esterilizadas tiveram partos operatórios. A seqüência de três cesáreas foi apresentada por 42,7% das esterilizadas, em contraste com 12,8% das que ainda não utilizaram esta prática.

Finalmente, considerando as mulheres com quatro nascidos vivos, observa-se, em primeiro lugar, que no primeiro parto 44,5% das esterilizadas e apenas 11,2% das não esterilizadas fizeram cesáreas. Já no segundo parto, estas proporções passam, respectivamente, a 22,2% e 16,7%. No terceiro parto, 28,8% e 16,7%. Por último, a seqüência de quatro cesáreas foi praticamente três vezes maior para as esterilizadas do que para as demais. Estes achados corroboram, sem sombra de dúvida, a causalidade mencionada, ou seja, que o abuso das cesáreas é um dos determinantes das esterilizações no país.

O contraste entre as freqüências apresentadas pelas esterilizadas e não esterilizadas, frente às diversas seqüências, para um número fixado de filhos, permite ainda exemplificar o outro tipo de vinculação entre cesárea e esterilização referido anteriormente, ou seja, buscar a cesárea para poder ser esterilizada. De fato, as seqüências VC, VVC e VVVC (V= partos por via vaginal e C= partos por cesárea) são as que mais claramente ilustram esta situação e, nestes casos, são flagrantes as diferenças entre esterilizadas e não esterilizadas:

VC	25,0	11,7
VVC	31,7	4,2
VVVC	40,1	5,6

A tabela 7 permite ainda perceber que 11,4%, 11% e 24,5% das mulheres que foram esterilizadas com dois, três e quatro filhos, respectivamente, fizeram a laqueadura separadamente do momento do parto operatório, o que em média corresponde àqueles 20% mencionados anteriormente.

Tabela 7 - Seqüências de tipos de partos de nascidos vivos, para mulheres alguma vez unidas de 15 a 50 anos, esterilizadas e não esterilizadas, segundo o número de filhos tidos. São Paulo, 1992.

Número de Filhos	Seqüência de Partos	Esterilizadas	Não Esterilizadas
2	CC	63,6	27,2
	VC	25,0	11,7
	CV	0,0	1,2
	VV	11,4	59,9
	Todos	100,0	100,0
3	CCC	42,7	12,8
	VCC	4,9	0,0
	CVC	6,1	1,1
	VVC	31,7	4,2
	CVV	2,4	4,2
	VCV	1,2	5,3
	VVV	11,0	72,4
	Todos	100,0	100,0
4	CCCC	15,6	5,6
	VCCC	2,2	8,3
	CVCC	4,4	0,0
	VCVC	4,4	0,0
	VVVC	40,1	5,6
	VVCC	4,4	0,0
	VCVV	0,0	2,8
	VVCV	2,2	2,8
	CVVV	2,2	5,6
	VVVV	24,5	69,3
	Todos	100,0	100,0

C = Cesárea; V = Vaginal.

Para concluir

Como ficou patente, há no Brasil um abuso da moderna tecnologia reprodutiva. Por um lado, uma elevadíssima prevalência de partos operatórios e, por outro, o predomínio da contracepção cirúrgica. Mas acima de tudo, e neste sentido, o Brasil é um caso **único**, uma significativa associação entre ambos, o que constitui sério problema de saúde pública. Não só a morbimortalidade reprodutiva e as condições do recém-nascido estão diretamente afetadas por este *status quo*, como os custos hospitalares para o sistema previdenciário crescem desnecessariamente.

E o ponto nevrálgico desta questão está, sem nenhuma sombra de dúvida, na postura da classe médica, em especial dos gineco-obstetras. Esta *corporação* sabe muito bem que as razões para nossa epidemia de cesáreas vão além dos motivos de indicação médica, para a mãe ou para o feto, mas continuam a preferir partos operatórios ou por comodismo ou por despreparo para realizá-los via vaginal. Faúndes e Cecatti²³, em exaustivo trabalho sobre o tema, discutem os fatores institucionais e legais e da atenção obstétrica que influenciam a alta incidência de cesáreas. Enumeram e demonstram as sérias conseqüências para o recém-nascido e para a mulher, que advêm das cesáreas sem indicação médica.

Não menos importante é a já tão propalada falta, no sistema público de saúde, da cobertura de assistência à saúde reprodutiva, o que priva as mulheres do exercício de seus Direitos Reprodutivos.

Em resumo, as mulheres no Brasil, principalmente aquelas dos setores populares - e que são a maioria -, vivem em uma séria encruzilhada. Contando apenas com a pílula, como método reversível, comprada nas farmácias sem receituário médico, e não dispondo do aborto legal para eventuais falhas, vêem na esterilização uma "tábua de salvação" contra o desamparo em que vivenciam a saúde reprodutiva. Mas, para tanto, precisam recorrer a uma cesárea, mesmo sem nenhuma indicação médica, pagando "por fora" ao médico. Outras vezes, são forçadas a este procedimento, pelo abuso de cesáreas anteriores por parte dos médicos.

Mais exemplar, negativamente falando, não pode ser a situação do Brasil. Urgentes são as ações exemplares para mudar este quadro!

²³ FAÚNDES, A., CECATTI, J.G., opus cit.