

Da laqueadura tubária à reprodução assistida: gênero e direitos reprodutivos

Cristiane de Cassia Nogueira Batista de Abreu^(*)

Resumo

Este trabalho tece algumas considerações acerca da alta prevalência de esterilização cirúrgica feminina, a chamada laqueadura tubária, no Brasil e os impactos oriundos desse procedimento, que é utilizado como meio de contracepção. A busca de mulheres e casais pela reversão da técnica traduz-se na utilização da reprodução assistida para formar nova prole.

Palavras-chave: Esterilização Cirúrgica Feminina. Reprodução Assistida. Infertilidade. Gênero.

From tubal ligation to assisted reproduction: gender and reproductive rights

Abstract

This paper presents some considerations about the high prevalence of female surgical sterilization, called tubal ligation, in Brazil and the impacts of this procedure, which is used as a means of contraception. The search for women and couples for the reversal of the technique translates into the use of assisted reproduction to form new offspring.

Keywords: Female Surgical Sterilization. Assisted Reproduction. Infertility. Gender.

No último século crescentes e significativas mudanças sociais ocorreram sobretudo no que tange ao papel da mulher – sua inserção no mercado de trabalho, as relações sociais e de gênero, o exercício da sexualidade e a própria questão da reprodução. Muitas mulheres passaram a reduzir o número de sua prole ou mesmo a adiar a experiência da maternidade, pois que outros interesses não circunscritos ao âmbito doméstico emergiram, tais como a formação acadêmica prolongada e uma maior dedicação à carreira em busca de uma melhor inserção profissional e conseqüente equilíbrio financeiro. Neste contexto, a escolha da maternidade – a efetivação dessa proposta, o momento para sua realização ou mesmo o seu adiamento, é marcada pelas relações raciais/étnicas, de classe e de gênero e, como tal varia

^(*) Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. UENF. E-mail: cristianedecassia@hotmail.com.

amplamente do ponto de vista do contexto histórico, dos diversos países e culturas. Contudo, a maternidade permanece ancorada à identidade feminina, embora haja toda uma gama de possibilidades de escolha propiciadas pelos métodos contraceptivos e mais recentemente, pelos conceptivos.

Sob este aspecto, muitas mulheres, homens e casais que por diversas razões não conseguem gerar um filho, acabam por procurar “tratamento” contra a infertilidade, uma vez que o projeto de constituição de uma família passa a pertencer ao casal, numa clara evidência da permanência de valores referentes ao gênero. Nesse cenário, destaca-se a grande oferta de tecnologias médicas de reprodução oferecidas às mulheres, homens e casais, possibilitando (mesmo que a duras penas) que estas pessoas vivenciem e concretizem o sonho do filho biológico.

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a esterilidade é a incapacidade de um casal conceber, após o período de um ano de relações sexuais regulares sem o uso de métodos contraceptivos, porém em alguns casos tal limite de tempo pode ser extremamente longo para caracterizar uma situação de esterilidade, como diante de mulheres com mais de 35 anos de idade em que o limite de tempo de tentativas é de seis meses. Embora intimamente relacionados, os termos infertilidade e infecundidade embutem significações imprecisas. Assim é que a infecundidade apresenta-se como a ausência de filhos, que pode ser voluntária ou involuntária. No caso da infecundidade voluntária, esta faz parte de um projeto pessoal e/ou conjugal e não suscita investigações e/ou procedimentos biomédicos. Em contrapartida, a infecundidade involuntária torna-se sinônimo do ponto de vista médico, de infertilidade e demanda uma investigação especializada.

Com relação à prevalência da infertilidade, dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) e de sociedades científicas apontam que entre 8 a 15% dos casais têm algum problema de infertilidade e estima-se que no Brasil, mais de 278 mil casais em idade fértil tenham dificuldades para conceber um filho (PORTAL BRASIL, 2011). Pode-se dizer que o fator masculino e o fator feminino são responsáveis, cada um, por 40% dos casos de infertilidade, sendo os 20% restantes de origem combinada. Entre os fatores femininos, a inflamação pélvica é um dos principais responsáveis pela infertilidade, causando bloqueios e infecções tubárias. Ressalte-se também o uso abusivo e indiscriminado de tecnologias reprodutivas (concepção mal orientada, excesso de partos cesáreos, esterilização cirúrgica) concorrendo para este panorama (BARBOSA, 2000, p.217).

Historicamente, algumas práticas sociais, tais como o aborto provocado, o infanticídio e o abandono de crianças, sempre existiram como formas de evitar e/ou de limitar os

nascimentos. O modelo de transição demográfica, representativo do declínio das taxas de mortalidade e de fecundidade, iniciou-se nos países europeus a partir da 2ª metade do século XIX e adquiriu relevância nos países do sul, sobretudo o Brasil, no século subsequente, especialmente a partir da década de 1950. Neste contexto houve grande disseminação de medidas contraceptivas, utilizadas largamente de forma indiscriminada, como a utilização de anticoncepcionais orais e a esterilização feminina através da laqueadura tubária¹. Nos últimos 30 anos, no Brasil, houve um aumento ainda maior da laqueadura tubária, a ponto de torná-la hoje, a prática contraceptiva mais utilizada. Atualmente, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 2006) evidenciou a continuidade da alta prevalência dessa prática, embora tenha apresentado uma queda no decorrer de 10 anos (em 1996, 40,0 % das mulheres com vida sexual ativa haviam realizado a cirurgia contra 29,0% das mulheres em 2006), dados que ainda mantêm o Brasil como um dos países com as maiores taxas de esterilização do mundo.

Molina (1999, p.134) enfatiza que, no contexto brasileiro, a ausência de claras políticas populacionais e a falta de uma política de planejamento familiar deram espaço para que Organizações não governamentais (ONGs), associando-se muitas vezes, a governos estaduais e municipais não só realizassem, mas, principalmente, treinassem e oferecessem material cirúrgico, inclusive laparoscópios – para laqueaduras em todo o país, em uma clara uma postura controlista, pois acreditavam estar ajudando a resolver, com tal prática, problemas socioeconômicos. Para o autor, a alta incidência de laqueadura tubária no Brasil pode ser explicada por alguns fatores relativos ao próprio sistema de saúde, como a baixa qualidade dos serviços oferecidos nas unidades de saúde; a alta incidência de cesarianas; a dificuldade de acesso aos serviços de planejamento familiar; a falta de opções contraceptivas, incluindo a masculina; as políticas de saúde equivocadas – como a não implantação de programas de planejamento familiar, a falta de investimento na aquisição ou produção de métodos não permanentes; e a não legalização do aborto. Acresce-se a estes, a falta de informação e o desconhecimento por significativa parcela da população dos efeitos colaterais oriundos da laqueadura e mesmo o desconhecimento sobre a aplicabilidade de outros métodos anticoncepcionais, o que leva a uma baixa aderência à maior parte deles. Ressalta-se também a ideologia vigente quanto às questões de gênero, que reafirmam a noção do senso comum de

¹ A esterilização feminina é um procedimento médico que por meio de alterações anatômicas ou funcionais em qualquer parte do sistema reprodutivo feminino impossibilita a fertilização. A laqueadura tubária, que envolve o bloqueio (pela oclusão com ligaduras) das trompas de Falópio é a técnica mais comumente usada de esterilização.

que a contracepção é assunto e responsabilidade apenas de mulheres, o que contribui para a pequena adesão às opções contraceptivas masculinas.

Nos últimos anos, o aumento marcante da prevalência da laqueadura tubária no Brasil, nos suscita a reflexão sobre as formas como essa escolha tem sido realizada – trata-se de um método cirúrgico que vem sendo utilizado como recurso de controle da fecundidade, porém, muitas vezes, no momento da decisão e opção por esse método, são desconsideradas as mudanças que podem ocasionar na vida das mulheres e dos casais no futuro, não obstante a regulamentação da esterilização cirúrgica voluntária nos serviços públicos pela Secretaria de Assistência a Saúde do Ministério da Saúde.²

Adverte-nos Molina (1999, p.135) que, devido à alta prevalência da esterilidade feminina na população brasileira, já se percebem consideráveis impactos dessas práticas na saúde das mulheres, cuja maior consequência é a esterilidade definitiva. O panorama atual revela a busca, por parte de mulheres e casais que recorreram a esse método como contracepção, da tentativa de reverter a técnica, com o intuito de formar nova prole, o que só é possível pela cirurgia de reversão da laqueadura tubária ou pelas técnicas de reprodução assistida, como a fertilização *in vitro* (FIV).³

Para Scavone (2004, p.64,84), no âmbito da família e das relações de gênero, a prática da reprodução assistida é o avesso da esterilização e do aborto, visto que leva à realização da maternidade mediante uma fecundação programada. Um dos paradoxos da prática das tecnologias reprodutivas conceptivas no Brasil é sua coexistência com uma política de controle demográfico, cujos rumos levaram a esterilização feminina ao patamar de método contraceptivo mais utilizado no país. Se de um lado, as mulheres esterilizam-se baixando a fecundidade, de outro elas buscam as tecnologias reprodutivas conceptivas para reparar a esterilização, indicando que o desejo de procriar reaparece em fases distintas do ciclo reprodutivo. Os programas de esterilização em massa aplicados outrora em mulheres

² A Portaria nº 144, de novembro de 1997, do Ministério da Saúde, dentro da legislação sobre planejamento familiar regulamentou a realização da esterilização cirúrgica voluntária nos serviços públicos para mulheres ou homens com plena capacidade civil e que tenham mais de 25 anos de idade, ou que tenham, pelo menos, dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 144, de 20 de novembro de 1997. Dispõe sobre Planejamento Familiar. Brasília, 1997. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/planf/sasp14497plantf.doc>. Acesso em: 27/07/2015.

³A expressão “Reprodução assistida” descreve um variado conjunto de técnicas biomédicas destinadas ao tratamento para situações de esterilidade, entre as pessoas que não podem ter filhos pela via natural, seja por impossibilidade clínica ou mesmo por opção sexual. A Fertilização *in vitro* é um processo utilizado em que a fecundação ocorre fora do corpo feminino, pois os gametas são colocados em placa de laboratório para formar embriões, que serão posteriormente introduzidos no corpo da mulher.

brasileiras podem gerar uma demanda potencial destas mulheres pela reprodução assistida e, também, das mulheres que ficaram estéreis em consequência do uso de contraceptivos com alta carga hormonal. No caso do Brasil, a lógica de adesão à modernidade indica a entrada das mulheres brasileiras no que Scavone (2004, p.85) denomina de ciclo das tecnologias reprodutivas: contracepção medicalizada, parto cirúrgico, esterilização e reprodução assistida. Não querendo filhos (as), as mulheres – e seus companheiros - recorrem às tecnologias contraceptivas, ao tê-los, recorrem ao parto cirúrgico; ao querê-los, recorrem às tecnologias conceptivas.

Assim, no século XXI despontam diferentes modelos de organização familiar – de um lado mulheres que recusam a maternidade por meio da esterilização cirúrgica e de outro mulheres que a reafirmam, como pode ser atestado entre aquelas que procuraram um serviço de reprodução assistida em uma cidade da região norte fluminense do país em busca do filho biológico. A guisa de explicação, este trabalho objetiva demonstrar que a esterilidade feminina via laqueadura tubária, utilizada ainda largamente como um método contraceptivo, acaba por tornar-se um ato de difícil reversão e reflete-se na consequente procura de mulheres e casais pelas tecnologias reprodutivas conceptivas.

A face oculta da infertilidade

Este trabalho faz parte de uma pesquisa de Doutorado no Programa de Pós Graduação em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com casais inférteis que procuraram um serviço de Reprodução Assistida em Campos dos Goytacazes, RJ, e submeteram-se às técnicas de fertilização via Sistema Único de Saúde (SUS), em 2015. Para este estudo foram selecionados, em um universo de 12 casais com variadas causas de infertilidade, aqueles (em número de quatro), que tinham exclusivamente como causa de infertilidade a laqueadura tubária (fator obstrutivo feminino). Foram pesquisadas as seguintes variáveis: idade, raça/etnia, grau de instrução, profissão/ocupação, situação conjugal, número de filhos das mulheres e de seus parceiros, idade em que realizou a laqueadura, tempo decorrido da realização do procedimento, número de tentativas de fertilização *in vitro* e resultados da fertilização *in vitro*. Os dados mencionados foram coletados dentro de uma pesquisa mais ampla envolvendo as tecnologias reprodutivas conceptivas e construções de maternidade, paternidade e família, e as entrevistas foram realizadas no período de março a agosto de 2015.

Marília, branca, 35 anos, é casada com Marcelo, branco, 43 anos, há dois anos. Marília, que possui a 4ª série do Ensino Fundamental, é vendedora autônoma e está em seu segundo relacionamento conjugal, pois enviuvou há cerca de quatro anos, sendo que possui um filho de 17 anos do relacionamento anterior. O outro filho faleceu aos nove meses de idade por complicações de alergia alimentar. Ela conheceu Marcelo, repositor de estoque de supermercado, que também está no seu segundo relacionamento conjugal, porém não possui filhos. Marília foi submetida à laqueadura tubária aos 20 anos de idade, por decisão própria, uma vez que não tinha um bom relacionamento marital e desejava limitar sua fecundidade. Esta é a primeira tentativa do casal de realização da fertilização *in vitro* (FIV) e aguardaram 14 meses para a realização do procedimento. Sobre a decisão de procurar a reprodução assistida, ela fala:

A gente não tinha pensado em ter filhos, nós casamos sem pensar em ter filhos porque ele sabia que eu era operada. Mas aí eu fiquei sabendo por uma ginecologista minha que tinha o tratamento aqui na clínica e eu vim. Agora que casei de novo e esse meu marido não tem filhos, juntou a vontade dele com a minha. O médico falou que eu tenho várias chances porque eu já fui mãe. Então foi só o motivo por eu ter operado. Eu me precipitei e operei no 2º filho.

Catarina, 32 anos, negra, é casada com Joaquim há oito anos. Ela atualmente cursa o 2º ano do Ensino Médio e trabalha como empregada doméstica. Este é o seu terceiro relacionamento e sua prole é constituída de duas crianças, cujas idades são 13 e 12 anos. Joaquim tem 27 anos, negro, é servente de pedreiro, possui quatro anos de escolaridade e não tem filhos. Este é o seu primeiro casamento. Catarina relata que realizou a laqueadura tubária há nove anos, aconselhada pela mãe e pelas irmãs e tinha, na ocasião 23 anos de idade. Esta é a primeira tentativa de fertilização *in vitro* do casal e aguardam para iniciar o procedimento há cerca de 18 meses. Catarina menciona a busca do casal pela reprodução assistida:

Quando a gente se conheceu eu já era operada e tinha as crianças. Eu sempre criei meus filhos sozinha porque os pais deles nunca assumiu e minha mãe e minhas irmãs ficavam falando pra eu operar logo. Aí a gente se casou, a gente não conhecia, não sabia que podia ter filho, que tinha a clínica. Uma moça da nossa igreja que fez tratamento aqui e teve uma menina me falou pra vim aqui. Aí eu decidi, conversei com ele [com Joaquim] que era pra gente tentar ter um filho porque ele não tem nenhum.

Rosiméri, 33 anos, branca, possuidora de ensino fundamental completo, operadora de caixa, no momento desempregada, é casada com Getúlio, 34 anos, branco, técnico em produção, há quatro anos. Este é o segundo casamento de ambos e possuem filhos das uniões

anteriores. Rosiméri tem dois filhos, de 13 e 16 anos, que residem com o casal e Getúlio tem uma filha de sete anos que reside com a mãe. Rosiméri fez laqueadura aos 21 anos de idade e esta é a segunda vez que tentam a fertilização *in vitro* (FIV), sendo que a primeira tentativa foi realizada em 2013. A decisão de procurar a reprodução assistida partiu de Rosiméri e Getúlio assentiu.

Eu fui fazer um preventivo e aí eu conversei com a médica pra ver se tinha alguma coisa pra ajudar eu a engravidar e aí a médica indicou aqui a clínica. Mesmo nós dois já tendo filhos, a gente queria ter um filho nosso, porque eu sou operada e por ter casado novamente.

Joana e Alonso, ambos brancos, de 38 e 28 anos, respectivamente; ela, com ensino fundamental completo, e ele, com ensino médio completo, comerciante, convivem em união estável há três anos. Este é o terceiro relacionamento conjugal de Joana, dona de casa, que possui dois filhos, de 17 e 20 anos, do primeiro relacionamento e fez laqueadura tubária aos 21 anos de idade. Alonso não tem filhos e esta é a sua primeira relação conjugal. Estão há 12 meses aguardando para a realização da FIV e é a primeira vez que recorrem à técnica. Sobre as razões que os levaram a buscar a reprodução assistida (RA), Joana aduz:

Porque eu fui mãe muito nova, com 18 anos, e eu não tinha experiência nenhuma. Engravidei sem planejar e fui conviver. Eu gostava dele e pensei que ia ser pra vida toda (o casamento), por isso depois de dois filhos eu operei. Agora, nesse casamento, nós dois queremos um filho nosso porque ele não tem nenhum.

Observamos, nos casos elencados, que todas as mulheres haviam sido laqueadas muito jovens, com cerca de 20-25 anos, no período considerado de maior fertilidade da vida reprodutiva e a busca pela reversão do procedimento ou mesmo, para a fertilização *in vitro* ocorreu na fase do declínio do potencial reprodutivo. Vários estudos evidenciam que a idade é a variável mais correlacionada com a prevalência da laqueadura tubária e o conseqüente arrependimento, pois quanto menor a idade em que a mulher se submete à laqueadura, maiores são as possibilidades de arrependimento (CUNHA; WANDERLEY; GARRAFA, 2007, p.232; VIEIRA, 2007, p.227).

Também chama a atenção a questão da conjugalidade, pois todas as mulheres desse estudo afirmaram que a principal motivação para a procura da reprodução assistida foi um novo relacionamento e o desejo de terem filhos dos dois (seu e do atual cônjuge). Todas as mulheres possuem a sua prole, de dois filhos, enquanto o seu atual companheiro não possui filhos (exceto Getúlio). Isso nos faz levantar a questão da motivação da maternidade estar encoberta por um desejo da mulher de agradar ao seu companheiro, remetendo-nos aos

tradicionais valores de gênero presentes na nossa sociedade, em que a construção de uma família legitimaria o relacionamento conjugal, cabendo à mulher a função de dar filhos ao companheiro.

A maior parte dos casais está há cerca de um ano aguardando os procedimentos de fertilização *in vitro* e apenas um casal se submete ao procedimento pela segunda vez. Ressalte-se que os casais sem recursos pecuniários para arcar com as despesas do tratamento enfrentam longas filas de espera nos poucos serviços públicos que oferecem as técnicas de reprodução assistida no Brasil, o que contribui ainda mais para incertezas quanto ao sucesso das técnicas reprodutivas conceptivas, devido ao declínio da fertilidade correlacionado com a idade da mulher. Sobre os custos do procedimento e o tempo de espera para a realização da fertilização *in vitro*, o serviço onde foi realizada a pesquisa (Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte Fluminense – CIN- NF) apresenta uma característica *sui generis*: através de convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes e o Hospital Escola Álvaro Alvim (onde está localizado o serviço), são disponibilizadas para os usuários as tecnologias reprodutivas conceptivas mais sofisticadas da atualidade, de forma totalmente gratuita. Esse fato se destaca no panorama dos serviços de reprodução assistida existentes no país, pois do total dos 12 hospitais do território nacional que oferecem o “tratamento” no âmbito do SUS, apenas quatro oferecem-no sem qualquer espécie de custo financeiro aos usuários.⁴ Por outro lado, os pacientes chegam ao serviço encaminhado por médicos ginecologistas, obstetras ou urologistas e o tempo de espera para a realização das consultas, exames e procedimentos via Sistema Único de Saúde costuma ser inferior a 24 meses, segundo as informações do próprio serviço.

A prática da esterilização feminina como método anticoncepcional de controle definitivo da fecundidade, já consagrada em nosso país, coloca em questão o debate sobre os direitos reprodutivos. A discussão se pauta entre dois polos opostos: de um lado, a reivindicação feminina pelo direito à utilização dos métodos contraceptivos e conceptivos disponíveis e de outro, a legalização do direito à interrupção voluntária da gestação. O Movimento Feminista, historicamente, lançou as bases e as ideias que vão construir o conceito de direitos reprodutivos. Esses direitos, sob a ótica feminista, aludem à igualdade e à

⁴ Os serviços que oferecem “tratamento” completo para a infertilidade (exames, procedimentos clínicos e medicamentos) sem custo para os pacientes são: Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP); Centro de Referência em Saúde da Mulher, antigo Hospital Pérola Byington, em São Paulo; Centro de Reprodução Assistida do Hospital Regional Asa Sul (CHRAS) em Brasília, DF e Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) em Recife, PE. Disponível em: www.futura.org.br/blog/2013/08/06/tratamento-para-infertilidade-e-oferecido-pelo-sus. Acesso em: 19/08/2014. O serviço de reprodução assistida de Campos dos Goytacazes, RJ (CIN-NF) não se encontra neste rol.

liberdade na vida reprodutiva: o direito a não maternidade e a maternidade, bem como a liberdade de escolha das mulheres no que tange ao seu próprio corpo, que se traduzem pela difusão da contracepção, pelo acesso às tecnologias reprodutivas conceptivas, pelo acesso ao pré-natal e ao parto em condições adequadas, bem como pela prevenção das neoplasias de colo de útero e de mama. Para tal mister, além de reivindicarem do Estado ações efetivas sobre a saúde reprodutiva, a prática feminista atual luta para trazer à arena política esses temas ligados à saúde feminina.

A Conferência Internacional da Organização das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, definiu e difundiu mundialmente os direitos reprodutivos como sendo aqueles que conferem ao casal o direito de gozar de uma vida sexual plena e satisfatória, isenta de quaisquer tipos de violência e/ou discriminações e ainda a capacidade de decidir e optar ou não pela reprodução da forma e no período de tempo que desejarem. Os discursos e ideais de controle demográfico vigentes no Brasil desde a década de 1960 foram revisitados nas propostas da Conferência do Cairo e com o apoio e a articulação do Movimento Feminista, no sentido de superação das políticas controlistas em prol do planejamento familiar. Na década de 1980 o Movimento Feminista brasileiro denunciava a ausência de regulamentação formal para a esterilização de mulheres, pois apesar de a Constituição Federal de 1988 garantir o direito ao planejamento familiar, as elevadas taxas de esterilização feminina voluntária eram a tônica no país, sendo inclusive respaldadas e praticadas por médicos, apesar do seu caráter de ilegalidade⁵.

A Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/96), que passou a vigorar em 1997, embasada nos termos da Conferência do Cairo, regulamentou de forma mais integrada o exercício dos direitos reprodutivos ao proibir a prática de controle demográfico, as esterilizações durante o parto (exceto em condições especiais) e expôs a obrigatoriedade de oferecimento de planejamento familiar na rede de pública de atendimento. Em que pesem os progressos na regulamentação do planejamento familiar, o cumprimento de tais inovações carecem de real efetividade no sentido de conferir à mulher o seu verdadeiro status de sujeito de direito e na sua autonomia de escolha quanto ao seu corpo. O acesso aos serviços de saúde, bem como as informações corretas acerca dos métodos contraceptivos e sua disponibilidade, além da descriminalização do aborto não são uma realidade concreta. Acrescem-se ainda os

⁵ O Código Penal Brasileiro, em seu art. 129, embora não se refira especificamente à esterilização, condena a lesão corporal capaz de provocar perda ou inutilização de função. Com base nessa questão, o Ministério da Saúde caracterizava a esterilização como ilegal, cujos critérios de realização foram posteriormente modificados com a Lei de Planejamento Familiar, em 1997. Cf. SCAVONE, Lucila. *Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais*. São Paulo: Editora da UNESP, p.55-68, 2004.

discursos de gênero vigentes em nossa sociedade no que diz respeito aos papéis tradicionais definidores da masculinidade e da feminilidade. A identidade feminina permanece vinculada ao biológico, o que se reflete no exercício da sexualidade e nas abordagens das políticas públicas voltadas às mulheres. Assim é que o “ser mulher” está pautado, discursivamente, na maternidade e nos cuidados com o (s) outro(s), inserindo-as na esfera da reprodução, ao passo que o “ser homem” está equacionado com o provimento dos recursos materiais, com a assertividade e a racionalidade e com as atividades do mundo extra doméstico, inserindo-os por sua vez na esfera da produção.

O compromisso assumido pelo governo brasileiro no sentido da ampliação e fortalecimento dos direitos reprodutivos culminou com a elaboração e implementação do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, embasado pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1983; na Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, pelo Ministério da Saúde, em 2005, que visa em linhas gerais, à formulação e implementação de políticas relativas ao planejamento familiar, a ampliação do acesso aos métodos anticoncepcionais reversíveis pelo SUS, à esterilização cirúrgica voluntária na esfera do SUS e a atenção em reprodução humana assistida também pelo SUS. Neste mesmo diapasão, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, lançada em 2009, objetiva primordialmente a promoção de ações de saúde capazes de ampliar a compreensão sobre as singularidades da realidade masculina nos seus diversos contextos: socioculturais, políticos e econômicos, referentes à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos masculinos, como o direito do homem de participar de todos os processos de planejamento reprodutivo, inclusive a decisão de ter ou não ter filhos, como e quando tê-los, o acompanhamento da gravidez e na educação da criança de forma responsável, o tratamento da paternidade como um direito e não somente como obrigação, disponibilizando também informação e métodos contraceptivos, entre outros. Contudo, as medidas contraceptivas aplicadas à população masculina ainda são bastante tímidas e escassas, o que contribui para manter prioritariamente sobre as mulheres a responsabilidade com a esfera reprodutiva da vida.

Considerações finais

Não obstante a Política sobre o Planejamento Familiar no país constata-se na prática alguns entraves à acessibilidade e às informações acerca dos métodos contraceptivos e conceptivos, impactando na escolha das mulheres e casais quanto ao aspecto reprodutivo.

Além disso, é importante ressaltar que a laqueadura tubária é um método de contracepção definitivo, uma vez que o sucesso da cirurgia de reversão da laqueadura é variável e quando as trompas reconstituídas cirurgicamente não recuperam a sua função, a alternativa para se obter uma gestação é a reprodução assistida (fertilização *in vitro*), como vimos nos casos trazidos por este trabalho. Entretanto, o alto custo desse procedimento acaba por torná-lo inviável e limita essa opção de “tratamento” para a maioria das mulheres em nosso meio e traz à tona novamente a discussão sobre os direitos reprodutivos. Embora a técnica de fertilização *in vitro* tenha sido inicialmente indicada para os casos de infertilidade por fatores obstrutivos femininos, vê-se, na prática, o baixo êxito obtido por essas técnicas no sentido de obtenção de um recém-nascido nestas situações. Nos casos elencados, nenhum deles foi coroado de êxito no sentido de uma gestação e seu produto. O casal Catarina e Joaquim obteve a gestação, porém ela sofreu um abortamento espontâneo com nove semanas de gestação.

As questões reprodutivas, apesar do aumento das ofertas contraceptivas e conceptivas, e a sexualidade são permeadas pelas relações de gênero marcadas pela desigualdade, uma vez que a reprodução permanece como “coisa de mulher” no tocante a responsabilização feminina por esta esfera. É primordial a ação dos profissionais de saúde no sentido de orientar as mulheres, homens e casais sobre o caráter irreversível da laqueadura tubária ao ser utilizada como método contraceptivo. Acreditamos, indubitavelmente, que a ampliação do debate sobre as tecnologias reprodutivas contraceptivas e conceptivas – sua utilização consciente e suas implicações – podem contribuir efetivamente para a construção de um novo marco na vida e na cidadania femininas.

Referências

BARBOSA, Rosana Machin. Relações de gênero, infertilidade e novas tecnologias reprodutivas. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis, v.8, n.1, p.212-228, 2000.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do art.226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidade e dá outras providências. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº144, de 20 de novembro de 1997. *Dispõe sobre Planejamento Familiar*: Brasília, 1997. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/planf/sasp14497planf.doc>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em 28/07/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/* Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf. Acesso em 28/07/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes.* Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf. Acesso em 28/07/2015.

CUNHA, Antônio Carlos Rodrigues da; WANDERLEY, Miriam da Silva; GARRAFA, Volnei. Fatores associados ao futuro reprodutivo de mulheres desejosas de gestação após ligadura tubária. *Rev. Bras. de Ginecologia e Obstetrícia.* Rio de Janeiro, v. 29, n.5, p.230-234, 2007.

MOLINA, Aurelio. Laqueadura Tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Org.). *Questões da Saúde Reprodutiva.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.127-145, 1999.

PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER – PNDS/2006. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/atividade_sexual.php. Acesso em 29/07/2015.

Planejamento Familiar – Portal Brasil. Disponível em: www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar>. Acesso em 10/08/2015.

SCAVONE, Lucila. *Dar a vida e cuidar da vida: Feminismo e Ciências Sociais.* São Paulo: UNESP, 2004.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas. *Rev. Bras. de Ginecologia e Obstetrícia.* Rio de Janeiro, v. 29, n.5, p.225-229, 2007.

Texto recebido em 29/11/2016.

Texto aprovado em: 05/05/2017.