



II Semana da Demografia

DESIGUALDADE RACIAL NA PRÁTICA DE LAQUEADURA TUBÁRIA ENTRE MULHERES BRASILEIRAS^{1,2}

Stefanni Cristina Magdalena³

Angela Maria Bacha⁴

RESUMO

O objetivo do artigo é investigar a prevalência do uso de laqueadura em mulheres brasileiras, especificamente entre negras e brancas, no período histórico de 1990 a 2019. Para elaboração deste artigo, realizou-se uma revisão de literatura com 10 periódicos acadêmicos, quantitativos e qualitativos. Os trabalhos foram selecionados a partir de variáveis socioeconômicas, reprodutivas, raciais e demográficas. A partir da análise dos dados, obteve-se, na maioria dos trabalhos estudados, que as mulheres negras, principalmente as de baixa renda e baixa escolaridade, eram mais adeptas à laqueadura tubária. Por um lado, pela falta de conhecimento sobre os métodos contraceptivos existentes e suas formas de funcionamento, que limitava o interesse daquelas mulheres aos métodos reversíveis. Por outro, pela carência de recursos econômicos, que as tornava dependentes de uma oferta escassa e restrita de métodos contraceptivos no Sistema Único de Saúde (SUS), e que poderia dificultar a adesão de métodos disponíveis apenas no setor privado. Conclui-se a partir disso, que é indispensável a implementação de políticas públicas de equidade racial e de gênero, principalmente nos âmbitos da educação e da saúde reprodutiva, a fim de que as mulheres negras possam exercer os seus direitos reprodutivos de forma autônoma.

Palavras-chaves: Métodos contraceptivos; Laqueadura tubária; Raça; Saúde reprodutiva.

INTRODUÇÃO

A ligadura tubária “é um método de esterilização feminina que consiste num procedimento cirúrgico de oclusão da trompa de Falópio, para interromper a permeabilidade e função do órgão, com fim exclusivamente contraceptivo” (Brasil, 2013). Sua prática envolve aspectos históricos, socioeconômicos e culturais sendo, nos dias atuais, o segundo método mais utilizado pelas brasileiras em idade reprodutiva.

¹ Trabalho apresentado na II Semana da Demografia da Universidade Estadual de Campinas, evento que ocorreu entre os dias 22 e 26 de abril de 2024.

² Trabalho originalmente publicado na Revista Atena Editora, Ponta Grossa, PR, v. 6, p. 75-86, 2021.

³ Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – IFCH.

⁴ Faculdade de Ciências Médicas – FCM.

No século XX, a partir da década de 80 houve uma ampliação do debate sobre direitos sexuais e reprodutivos, devido ao aumento da inserção de mulheres nos espaços políticos e também aos eventos internacionais que marcaram as décadas de 80 e 90.

Em conjunto com a ideia de autonomia sexual e reprodutiva, cada vez mais responsabilizou-se o Estado por garantir e promover o acesso igualitário e responsável à informação e métodos contraceptivos (Gonçalves *et al.*, 2019). Paralelamente a isso, ocorria a implementação de políticas públicas em saúde no Brasil, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no qual, um dos objetivos era atender a saúde reprodutiva das mulheres e auxiliá-las no planejamento familiar (Damasco; Maio; Monteiro, 2012). Nesse contexto de avanço dos direitos reprodutivos e de políticas públicas voltadas à saúde reprodutiva das mulheres, as feministas negras retomam um debate sobre “Esterilização Feminina e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras”, denunciando a esterilização em massa praticada em mulheres negras nas regiões periféricas do Brasil, principalmente no Norte e Nordeste, entre as décadas de 60 e 80 (Damasco; Maio; Monteiro, 2012).

Com base em estudos que tratavam sobre a fecundidade das mulheres brasileiras de acordo com a cor nos períodos entre 1940 e 1980, os movimentos sociais começaram a denunciar a esterilização feminina como uma forma de genocídio da população negra, propagada em discursos racistas e controlistas (Damasco; Maio; Monteiro, 2012). Encontrou-se que as mulheres pretas possuíam as menores taxas de fecundidade até a década de 60, e também que havia uma alta taxa de esterilização de mulheres casadas ou unidas (27%) no país se comparado aos países europeus (menos de 10%), mas que os índices eram predominantes em estados pobres e majoritariamente negros, principalmente no Nordeste, e em outras regiões, como o Maranhão (75,4%), Goiás (71,3%) e Pernambuco (61,4%) (Damasco; Maio; Monteiro, 2012).

Para a Organização não governamental (ONG) Geledés (1991), a esterilização massiva em países ditos “subdesenvolvidos”, incluindo o Brasil, advinha do interesse político dos Estados Unidos e dos seus respectivos governos em controlar a natalidade dessas populações. Essa abordagem tinha como base o discurso neomalthusiano, difundido internacionalmente até a década de 90, de que o aumento populacional levaria os países à escassez de recursos econômicos e ao desequilíbrio ecológico, sendo necessário reduzir a população para que isso não ocorresse. Esse controle populacional se daria principalmente através da laqueadura, que era um dos poucos métodos contraceptivos à disposição das mulheres (Damasco; Maio; Monteiro, 2012).

Em 1996, anos após as lutas dos movimentos sociais contra as violações dos direitos reprodutivos, principalmente das mulheres negras, a laqueadura é regulamentada pela Lei de Planejamento Familiar (Lei nº 9.263). Essa lei prevê que para se realizar a vasectomia ou laqueadura de trompas, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é preciso obedecer a alguns critérios/procedimentos, como: “ter 25 anos ou dois filhos, solicitar o procedimento com no mínimo 60 dias de antecedência, assinar um documento de concordância, ter autorização do cônjuge e comprovar ter acesso a métodos anticoncepcionais reversíveis” (Oliveira, 2003, p. 165).

Posteriormente, nos anos 2000, as taxas de esterilização feminina começaram a declinar na América Latina, sendo 9% menor em 2003 e 15% menor em 2012, devido ao aumento do uso de métodos anticoncepcionais reversíveis, principalmente métodos de barreira e hormonais. No entanto, em 2012, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos, a esterilização é o método mais utilizado nos países em desenvolvimento e o segundo mais utilizado por mulheres brasileiras em idade reprodutiva, com taxas de adesão entre 18,7% e 22%, (Gonçalves *et al.*, 2012). Apesar do predominante uso da laqueadura, foram encontradas uma quantidade escassa de pesquisas brasileiras sobre o método com recorte racial (10 artigos), o que torna indispensável a produção de novas pesquisas sobre a temática. Diante disso, o objetivo deste trabalho é investigar a prevalência da laqueadura segundo a raça, classe social e variáveis reprodutivas, dentro do período histórico de 1990-2019.

MÉTODOS

Para o estudo desse tema, realizou-se inicialmente a coleta de trabalhos acadêmicos em português por meio dos descritores de busca: Esterilização Feminina, Laqueadura Tubária, Raça, Negras e Brancas. As bases de dados utilizadas foram: Biblioteca do Núcleo de Estudos de População (NEPO) da Unicamp, Periódicos da CAPES, Google Scholar e Scielo.

Dos trabalhos encontrados, foram selecionados dez que correspondiam ao tema. As variáveis utilizadas foram: 1) variáveis reprodutivas – número de filhos, idade da mulher ou idade da esterilização e métodos contraceptivos utilizados; 2) variáveis socioeconômicas classe social/renda e escolaridade; 3) raça/cor: negras (pretas e pardas).

A década de 1990 foi estabelecida como início do período histórico, porque apesar das discussões sobre a esterilização e direitos reprodutivos das mulheres negras terem se iniciado no Brasil nos anos 80, os trabalhos sobre a temática começaram a ser publicados na década seguinte. Os anos 2000 foram estabelecidos como marco final para analisar a prevalência do

uso da laqueadura após a sua regulamentação e o aumento do uso/acesso aos métodos contraceptivos reversíveis.

A Revisão de Literatura será dividida em três partes. Primeiramente, será feita uma contextualização histórica do tema, com a discussão sobre a esterilização em massa de mulheres negras (que ocorreu na América Latina e em países considerados subdesenvolvidos) pelos movimentos sociais, como o Movimento Negro Unificado (MNU) e o feminismo negro, nos anos 80 e 90. Em segundo lugar, será feita uma análise dos resultados de pesquisas recentes sobre o acesso das mulheres aos métodos contraceptivos, com enfoque na Laqueadura Tubária, dos anos 2000 a 2019. Por último, as conclusões finais sobre a prevalência do uso da laqueadura em mulheres negras e brancas, com as suas implicações teóricas/conceituais e sociais.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Entre as décadas de 60 e 90, há um declínio significativo da fecundidade no Brasil, de 6,1 em 1960 para 2,5 em 1996, devido ao aumento do uso de métodos contraceptivos, principalmente da esterilização (Caetano, 2004). A facilidade de acesso à esterilização em conjunto com a disponibilização de contraceptivos orais de baixo custo, segundo Merrick (1990), faziam parte de uma política implícita de controle populacional. Alguns estudos apontam também como causas para a queda de fecundidade, o processo de urbanização/modernização do país, com o ingresso massivo das mulheres no mercado de trabalho; a intensificação do processo de proletarianização⁵ e a piora das condições de vida da população urbana (principalmente dos segmentos médios e baixos); o aumento dos custos para se ter filhos e a dificuldade das famílias urbanas em corresponder a esse padrão de consumo (Merrick, 1990; Barroso, 1988; United Nations, 1988 *apud* Vieira, 2003).

Nesse período de queda da fecundidade, as mulheres de baixa renda eram as principais adeptas à esterilização, devido à falta de acesso aos métodos anticoncepcionais e às informações sobre a saúde sexual/reprodutiva (Caetano, 2004). As esterilizações femininas eram conseguidas de várias formas: 1) pela via política: em troca de votos e da parceria entre médicos e políticos 2) através de pagamentos ilegais feitos aos médicos durante partos cesáreos, geralmente planejados com a finalidade de esterilização e 3) através da atuação de ONGs com objetivos controlistas que, financiadas por organismos internacionais, promoviam a esterilização cirúrgica e a distribuição de pílulas, principalmente no Nordeste. Entre 1987 e

⁵ Processo de transição do feudalismo para o capitalismo, no qual, os camponeses tornam-se trabalhadores assalariados nas indústrias/manufaturas (Brito; Peripolli, 2017). No Brasil, isso ocorreu entre o século XIX e o século XX, em um período de industrialização, urbanização e desenvolvimento do capitalismo.

1996, período em que a esterilização era ilegal, foram realizadas 25% das laqueaduras em hospitais filiados ao sistema público de saúde. Nos anos 2000, Oliveira (2003) aponta que 40 % das mulheres casadas, que usavam um método anticoncepcional, eram esterilizadas.

A partir desse contexto, Caetano (2004, p. 231) investiga se existem diferenças na prática da laqueadura por raça/cor. Para isso, ele coletou os dados da PNDS de 1996 sobre a amostra de 12.527 mulheres de 15 a 49 anos, auto classificadas racialmente (como brancas, pretas ou pardas) e com ao menos um filho vivo. Entre as mulheres a partir de 15 anos, obteve-se uma probabilidade de esterilização maior em mulheres pardas (44% superior-1,44) e menor em mulheres pretas (0,89) quando comparadas às mulheres brancas (1,00). Para Caetano (2004) a baixa probabilidade de esterilização em mulheres pretas advém da falta de acesso aos métodos contraceptivos modernos em geral, inclusive à esterilização.

A predominância da esterilização entre as mulheres negras, segundo Caetano (2004), é explicada por uma difusão hierarquizada da esterilização entre os substratos socioeconômicos, que afetou principalmente as mulheres negras com menos acesso aos métodos contraceptivos. Segundo o autor, a falta de acesso aos anticoncepcionais ocorre porque a população negra depende de uma oferta escassa e precária nas unidades básicas de saúde. Além disso, outros fatores contribuem para as elevadas taxas de esterilização dentro desse grupo racial, como: a falta de informação das mulheres negras sobre o próprio corpo, incluindo o funcionamento reprodutivo, a falta de acompanhamento médico e a indicação de métodos contraceptivos.

Berquó (1994) investiga as diferenças raciais nas taxas de esterilização entre mulheres negras e brancas do Estado de São Paulo, Grande São Paulo e Interior, entre 1986 e 1992. Ao considerar o nível de escolaridade e renda mensal per capita, entre as mulheres paulistas em 1992, a autora conclui que não há diferença significativa na prática de esterilização.

Na Tabela 1, pode-se verificar a proporção de mulheres esterilizadas de acordo com a escolaridade e cor, na Grande São Paulo, em 1986.

TABELA 1 – Prevalência de uso de métodos anticoncepcionais por escolaridade e cor

Mulheres unidas de 15 a 49 anos. Grande São Paulo-1986			
ANOS DE ESCOLARIDADE	USO E MÉTODOS USADOS	COR	
		BRANCAS	NEGRAS
Sem Instrução e Menos de 1 ano	Usam	62.9	40.9
	Pílula	18.7	15.6
	Esterilização	34.5	21.2
	Outros	9.7	4.1
	Não Usam	37.1	59.1
De 1 a 3 anos	Usam	72.2	65.4
	Pílula	22.1	37.2
	Esterilização	36.7	21.9
	Outros	13.4	6.3
	Não Usam	27.8	34.6
4 anos	Usam	69.4	64.1
	Pílula	22.9	35.2
	Esterilização	36.8	19.3
	Outros	9.6	9.6
	Não Usam	30.6	35.9
5 a 8 anos	Usam	66.8	67.2
	Pílula	30.7	43.2
	Esterilização	29.7	12.6
	Outros	6.5	11.4
	Não Usam	33.2	32.8
9 ou Mais Anos	Usam	68.6	67.6
	Pílula	27.3	43.0
	Esterilização	20.2	13.4
	Outros	21.1	11.3
	Não Usam	31.4	32.4

Fonte: Morelli (1994 *apud* Berquó, 1994).

Por outro lado, na “Tabela 2 – Proporção de mulheres esterilizadas de acordo com o nível de escolaridade e cor”, em São Paulo, em 1992, verifica-se que “Até o Primário Incompleto” a proporção de mulheres negras (24.6) é maior que de mulheres brancas (20.8). Com o aumento do nível de escolaridade, na categoria “Colegial Incompleto ou Mais”, a proporção de mulheres brancas esterilizadas torna-se maior (18.1) que a de mulheres negras (15.2). De forma geral, os dados apontam que “com o aumento da escolaridade o uso da esterilização diminui e aumenta a utilização de outros métodos contraceptivos, como a pílula anticoncepcional” (Berquó, 1994, p. 20). Os dados dessa tabela contrariam a Tabela 1, pois segundo Berquó (1994), mostra que não há diferença racial significativa na prática da laqueadura quando se associa as variáveis de nível de escolaridade e renda mensal per capita.

TABELA 2 – Proporção de mulheres esterilizadas por nível de escolaridade e cor. São Paulo-1992

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	NEGRAS	BRANCAS	X²	VALORES DE P
Até Primário Incompleto	24.6	20.0	1,082	30%
Primário Incompleto e Ginásio Completo	20.5	28.1	2,689	10%
Colegial Incompleto ou Mais	15.2	18.1	0,526	40%

Fonte: Cebrap (1992 *apud* Berquó, 1994).

Quando se verifica a “Proporção de mulheres esterilizadas de acordo com renda e cor”, em São Paulo, no ano de 1992, observa-se que entre as mulheres com rendas per capita mais baixas, as mulheres negras são as mais esterilizadas. Na renda per capita de 0 a ¼ do salário mínimo, a proporção de mulheres negras é 27.4 em contraste com 20.5 das mulheres brancas, já na faixa salarial de ¼ à ½ do salário mínimo a proporção de mulheres negras é 28.2 enquanto a de mulheres brancas é 21.6 (Berquó, 1994).

Entre as mulheres esterilizadas em idade reprodutiva, de acordo com a região, no ano de 1986, observa-se que no Estado de São Paulo e Grande São Paulo há maior quantidade de brancas esterilizadas, enquanto no Interior o número de negras é maior. No Estado de São Paulo, 27.9 eram brancas e 22.2 negras, na Grande São Paulo havia 30.5 brancas e apenas 18.7 negras e no Interior 25.5 brancas comparado a 27.7 negras (Berquó, 1994). Segundo a autora, isso ocorre porque no interior de São Paulo as mulheres negras utilizam mais a esterilização (27.7) do que a pílula (23.9); diferentemente da Grande São Paulo em que as negras utilizam mais a pílula: 35.6 e 31.0 respectivamente. Comparando a proporção de mulheres esterilizadas em idade reprodutiva, no Estado de São Paulo, em 1986, com as mulheres de 15 a 50 anos, do

mesmo Estado, em 1992, observa-se que a proporção de mulheres brancas esterilizadas ainda era maior (22.2) do que mulheres negras (20.1) (Cebrap, 1992 *apud* Berquó, 1994).

Hita e Silva (1998) estudam a associação das variáveis reprodutivas, como a separação conjugal e a mortalidade infantil, com o arrependimento da esterilização na amostra de 120 mulheres pobres, negras e nordestinas, de um bairro popular de Salvador, em que, 41 (34,2%) delas estão esterilizadas. Dessas 41 mulheres, 33 (80,5%) eram casadas ou unidas; 63% se esterilizaram com menos de 30 anos; 20 (50%) realizaram a laqueadura na faixa etária de 26-30 anos. Ao considerar a recomendação do Ministério de Saúde e das ONGs Internacionais sobre a esterilização, antes da sua regulamentação, em que, a cirurgia só poderia ocorrer a partir dos 35 anos de idade, o número de mulheres esterilizadas prematuramente (naquela faixa etária) subiria para 80,5% (Hita; Silva, 1998).

Sobre o número de filhos, 32 (78,0%) tinham três filhos ou mais, 9 (22,0%) tinham até dois filhos, uma tinha somente um filho e outra não tinha filhos. A maioria das mulheres possuíam baixa escolaridade: 39,0% possuíam primário incompleto; (61,0%) até a quarta série primária ou mais e 46,3% concentravam-se no primeiro grau incompleto, não chegando nem à oitava série (Hita; Silva, 1998).

Olinto e Olinto (2000) investigaram as diferenças socioeconômicas, reprodutivas e demográficas entre as mulheres de 15 a 49 anos do município de Pelotas (Rio Grande do Sul) na construção da categoria raça. Selecionaram uma amostra de 2779 mulheres, das quais, 2.350 (84,6%) são brancas, 215 (7,7%) são classificadas como pardas/mulatas e 214 (7,7%) como negras. Na classificação por renda familiar e escolaridade média observa-se uma grande desigualdade socioeconômica entre brancas, de um lado, pardas e negras, do outro, uma vez que, as mulheres brancas possuem maior renda (10,4 salários mínimos) e escolaridade (8,8 anos de estudo), enquanto mulheres pretas e pardas tem baixos níveis de renda e escolaridade. As mulheres pretas possuem 6,6 anos de estudo e renda de 4,1 salários mínimos e pardas, 6,9 anos de estudo e renda de 6,7 salários mínimos. O contrário ocorre no número de filhos e esterilizações, em que, as pretas e pardas possuem uma média maior de filhos (1,4 e 1,7) do que as mulheres brancas (1,3). Apesar de não haver grandes diferenças estatísticas, na amostra total, as mulheres pardas e negras realizam mais esterilizações que mulheres brancas, sendo 10,7% pardas, 12,1% pretas em contraste com 10,3% brancas. As autoras não consideram significativa a relação entre raça e esterilização, mas observaram uma relação linear entre raça e renda familiar das mulheres. Além disso, afirmam que os diferenciais por raça são significativos nas variáveis socioeconômicas e reprodutivas.

A pesquisa de Souza (2004) corrobora a tese de que mulheres negras se esterilizam mais que as brancas. Segundo ela, isso ocorre devido à maior dificuldade de mulheres negras em negociar um método contraceptivo alternativo com o parceiro, a camisinha ou vasectomia. Parte dos companheiros das mulheres brancas são vasectomizados, o que contribui para uma redução das taxas de esterilização entre elas. No entanto, entre as mulheres negras, a taxa de esterilização é maior em mulheres que possuem escolaridade básica (ensino fundamental e médio), do que naquelas com ensino superior, uma vez que, possivelmente, estas conseguem maior diálogo com o parceiro para o uso da camisinha do que as mulheres de baixa escolaridade.

Carvalho; Vieira e Paula (2016) investigam as diferenças de raça /cor e escolaridade no acesso à saúde sexual e reprodutiva brasileira, em 2006, incluindo o tipo de método contraceptivo utilizado e o número de filhos vivos entre mulheres sexualmente ativas de 15 a 49 anos. Os dados são provenientes da amostra de 15.575 mulheres entrevistadas na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2006) daquele mesmo ano, em uma comparação demográfica com a pesquisa de Perpétuo (2000) em 1996 desse mesmo público.

Apesar da queda no uso da esterilização entre 1996 e 2006, a diminuição é maior entre as brancas, enquanto as negras tem a maior proporção de esterilizações. As brancas representavam 37,7% das esterilizadas em 1996 e 26,3% em 2006, enquanto as negras eram 42,1% das esterilizadas em 1996 e 35,1% em 2006. Além disso, como primeiro método utilizado, a esterilização era maior entre negras do que brancas em ambos os anos: em 1996, é adotada por 8,0% das negras se comparado a 4,0% das brancas; em 2006 é adotada por 4,3% das negras e apenas 2,2% das brancas. Por outro lado, quando se faz um recorte de escolaridade, observa-se que as mulheres negras tinham mais filhos, inclusive no grupo de ensino superior. Em 2006, o número médio de filhos nascidos vivos de mulheres com baixa escolaridade era de 1,92 para brancas e 2,12 para negras, já entre mulheres com alta escolaridade a média era de 0,88 para brancas e 1,00 para negras.

Posteriormente, quando analisaram o método contraceptivo usado na data da pesquisa por mulheres sexualmente ativas de 15 a 49 anos, de acordo com a raça e a escolaridade, os autores concluem que dentre as mulheres de baixa escolaridade 47,2% utilizavam a esterilização feminina: 49,5% entre as negras e 43,4% entre as brancas. Com o aumento da escolaridade, as mulheres negras continuam sendo o maior público a adotar esse método (29,2%) em detrimento das brancas (24,0%). Para Carvalho; Vieira e Paula (2016), isso significa que a raça é o fator predominante na escolha do método contraceptivo, independente da escolaridade, pois as mulheres brancas têm mais acesso a diversidade de métodos. No

entanto, ainda que a raça tenha grande peso, os autores afirmam que a maioria das mulheres de baixa escolaridade são esterilizadas, sendo as mulheres negras 50% delas, o que demonstra uma forte articulação entre raça e classe na produção de desigualdades reprodutivas.

Gonçalves *et al.* (2019) faz um estudo de caso sobre a prevalência de Métodos Contraceptivos no município de São Leopoldo, em Porto Alegre-RS, em 2015, partir de uma amostra de 1128 mulheres, proveniente do Censo de 2010, na faixa etária de 20 a 49 anos. Os autores encontraram que 78,4% (577) das mulheres entrevistadas utilizavam métodos contraceptivos e, destas, apenas 11,1% (82) haviam realizado a laqueadura tubária, devido ao aumento do uso de métodos anticoncepcionais hormonais e de barreira, assim como, o uso combinado de ambos. Na comparação entre 2003 e 2015, também houve uma diminuição do uso de Laqueadura Tubária (LT) em mulheres da classe A+B e D+E, uma vez que, no último grupo houve um aumento de Contraceptivos Injetáveis e Vasectomia. Em contraste, observou-se um aumento de LT conforme o avanço da idade e a diminuição da escolaridade: mulheres com 0 a 4 anos de estudos têm 8 vezes mais propensão a realizar a LT se comparada a mulheres com 15 anos ou mais. Com a variável de classe econômica, obteve-se uma propensão 5 vezes maior da LT em mulheres de 30 a 39 anos, de classe econômica D+E, do que em mulheres de classe A+B.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados, pode-se concluir que apesar da diminuição do uso da laqueadura pelas mulheres em geral, devido ao aumento do uso de métodos anticoncepcionais reversíveis, as mulheres negras ainda utilizam mais a laqueadura que as mulheres brancas, independente da escolaridade ou classe social. No entanto, pôde-se ver uma predominância da laqueadura entre mulheres negras de baixa escolaridade e baixa renda.

Na análise da Comissão de Cidadania e Reprodução sobre o processo de implementação da Lei nº 9263 sobre o Planejamento Familiar, em 37 hospitais e ambulatórios da Região Metropolitana de São Paulo, nos anos 2000, constatou-se que apesar de 91% dos serviços públicos terem referido a oferta de métodos reversíveis como critério para o acesso à esterilização, conforme prevê a lei, nem todos possuíam os métodos no dia da entrevista: 52% ofereciam o DIU e 48% não ofereciam, 26% ofereciam o anticoncepcional injetável, em contraste com 74% que não disponibilizavam, e o Diafragma era oferecido por 52% dos serviços enquanto 48% não dispunham (Oliveira, 2003).

Em contrapartida, a falta de educação sexual nas escolas e de acesso das mulheres negras (e pobres) ao planejamento familiar ampliam a carência de informações sobre os

métodos contraceptivos (Jesus; Monteiro, 2016). Soma-se a isso uma educação defasada em que não se aborda o tema de modo frequente, conforme mostram Jesus e Monteiro (2016) nas escolas do Maranhão.

O interessante é que a maioria dos autores afirma não haver diferença racial na adesão da laqueadura, mas uma predominância da diferença por escolaridade e renda entre as mulheres esterilizadas. No entanto, vemos que a maioria das mulheres que haviam se esterilizado, eram negras, pobres e tinham baixa escolaridade.

Os dados apresentados no “Dossiê mulheres negras: retratos das condições de vida de mulheres negras no Brasil”, por Marcondes *et al.* (2013), mostram que, no período de 1995 a 2009, as mulheres negras eram minoria no ensino superior e possuíam uma renda mais baixa que as mulheres brancas. Entre as famílias chefiadas por mulheres, em 2009, a família das mulheres negras está em piores condições de renda, uma vez que, 69% possuíam renda familiar de até um salário mínimo; enquanto 42,7% das brancas detinham essa renda. A implementação de políticas de ação afirmativas como o Programa Universidade para Todos (PROUNI) e Financiamento Estudantil Superior (FIES), embora tenham melhorado as taxas de escolarização de mulheres negras, parece ter tido uma influência positiva bem maior entre as brancas: a taxa de escolarização por nível de ensino de mulheres negras subiu de 2,37 em 1995 para 9,91 em 2009. Já entre as mulheres brancas, essa taxa dá um salto de 9,92 em 1995 para 23,81 em 2009 (Marcondes *et al.*, 2013).

As desigualdades estruturais no acesso à educação e redistribuição de renda presentes na população negra, se refletem diretamente na saúde reprodutiva dessas mulheres. São elas que aderem a esterilização por falta de acesso à educação sexual e reprodutiva. Além disso, devido à baixa renda são mais dependentes dos serviços públicos de saúde, os quais não disponibilizam métodos anticoncepcionais reversíveis suficientes para o atendimento de todas as mulheres, seja em relação a suas especificidades biológicas ou aos seus desejos reprodutivos.

Outro fator que leva as mulheres negras a se esterilizarem mais, possivelmente é o maior número de filhos vivos em relação às mulheres brancas.

Na comparação entre os artigos nacionais, publicados entre as décadas de 90 e 2000, nota-se uma queda no uso da esterilização feminina, devido ao aumento no uso de outros métodos contraceptivos. Dentre eles, o anticoncepcional oral e o anticoncepcional injetável, o preservativo masculino e a vasectomia (mais utilizada por parceiros de mulheres brancas). Entretanto, a laqueadura continuou sendo adotada por uma grande parcela das mulheres negras, pobres e de baixa escolaridade.

Conclui-se, a partir dessa revisão de literatura e da perspectiva dos direitos reprodutivos, que a esterilização é um método contraceptivo que as mulheres têm o direito de adotarem, para regularem a sua fecundidade. No entanto, elas devem ter acesso à informação esclarecida sobre a irreversibilidade da cirurgia, para que não haja arrependimento, bem como o acesso aos métodos reversíveis de contracepção, conforme a Lei de Planejamento Familiar. O que não ocorre no caso das mulheres negras, uma vez que a adoção da esterilização ainda têm sido fruto, em sua maior parte, de uma desigualdade reprodutiva, reflexo das desigualdades estruturais de raça, educação e classe social entre mulheres brancas e negras.

Apesar das desigualdades estruturais não poderem ser sanadas imediatamente, os seus reflexos podem ser minimizados com uma implementação efetiva dos direitos reprodutivos e da Lei do Planejamento Familiar, por meio da ampla disponibilização de métodos contraceptivos reversíveis, diversos e seguros nos serviços públicos, para todas as mulheres, independente da sua raça, escolaridade e classe social. Paralelamente a isso, o Estado deve promover a educação sexual e reprodutiva nas escolas, incluindo orientação/aconselhamento sobre a regulação da fecundidade e, principalmente, a implementação do PAISM em bairros periféricos/pobres onde a maioria das mulheres são negras, possuem baixa escolaridade, e talvez não tenham conhecimento suficiente para cuidarem de sua saúde sexual e reprodutiva com plena autonomia.

REFERÊNCIAS

- BERQUÓ, E. Esterilização e raça em São Paulo. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas, SP, v. 11, n. 1, p. 19-26, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e reprodutiva**. Brasília, DF, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26),
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, DF; CEBRAP, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
- CAETANO, A. J. A relação entre cor da pele / raça e esterilização no Brasil: análise dos dados da pesquisa nacional sobre demografia e saúde – 1996. In. MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (org.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 2004. p. 229-247.
- CARVALHO, A. A.; VIEIRA, G. F.; PAULA, D. P. O acesso à saúde sexual e reprodutiva segundo raça/cor no Brasil em 2006. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 20., 2016, Foz do Iguaçu, PR. **Anais...** Belo Horizonte, MG: ABEP, 2016.
- DAMASCO, M. S.; MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, SC, v. 20, n. 1, p. 133-151, 2012.

GELEDÉS – INSTITUTO DA MULHER NEGRA. **Esterilização:** impunidade ou regulamentação? São Paulo, SP, 1991.

GONÇALVES, T. R. *et al.* Desigualdades sociais no uso de contraceptivos em mulheres adultas no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 53, 2019.

HITA, M. G.; SILVA, M. G. Esterilização no Nordeste. In: BILAC, E.; ROCHA, M. I. (org.). **Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe:** temas e problemas. São Paulo, SP: Editora 34, 1998. p. 291-332.

JESUS, M. L. G.; MONTEIRO, R. B. Jovens, negras e estudantes: aspectos da vulnerabilidade em São Luís do Maranhão. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, SP, v. 25, n. 3, p. 652-663, 2016.

MARCONDES, M. M. *et al.* (org.). **Dossiê mulheres negras:** retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil. Brasília, DF: IPEA, 2013.

OLINTO, M. T. A.; OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 4, p. 1137-1142, 2000.

OLIVEIRA, F. **Saúde da população negra:** Brasil ano 2001. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

SOUZAS, R. **Relações raça e gênero em jogo:** a questão reprodutiva de mulheres negras e brancas. 2004. 290f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2004.

VIEIRA, E. M. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, E. (org.). **Sexo e vida:** panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003. p. 151-190.