MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO – PRPG
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS – CCHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA – NÍVEL MESTRADO

SUZIANNE JACKELINE GOMES DOS SANTOS

"NÃO QUERO TER MAIS FILHOS": RELAÇÕES DE GÊNERO NAS TRAJETÓRIAS DE MULHERES LAQUEADAS

TERESINA -PI
2019

SUZIANNE JACKELINE GOMES DOS SANTOS

“NÃO QUERO TER MAIS FILHOS”: RELAÇÕES DE GÊNERO NAS TRAJETÓRIAS DE MULHERES LAQUEADAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia- PPGS da Universidade Federal do Piauí- como requisito para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. Francisco de Oliveira Barros Júnior

Orientadora honorífica: Profª. Drª. Mary Alves Mendes

TERESINA- PI
2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas e Letras
Serviço de Processos Técnicos

S237n Santos, Suzianne Jackeline Gomes dos.
"Não quero ter mais filhos": relações de gênero nas trajetórias de mulheres laqueadas / Suzianne Jackeline Gomes dos Santos. -- 2019.
265 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciências Humanas e Letras, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Teresina, 2019.
"Orientador: Prof. Dr. Francisco de Oliveira Barros Júnior."
"Orientadora honorífica: Profª. Drª. Mary Alves Mendes."

1. Mulheres – Condições sociais. 2. Relações de gênero. 3. Laqueadura. 3. Narrativas de vida. I. Barros Júnior, Francisco de Oliveira. II. Mendes, Mary Alves. III. Título.

CDD 305.42

Elaborada por Thais Vieira de Sousa Trindade - CRB-3/1282

SUZIANNE JACKELINE GOMES DOS SANTOS

“NÃO QUERO TER MAIS FILHOS”:
RELAÇÕES DE GÊNERO NAS TRAJETÓRIAS DE MULHERES LAQUEADAS

BANCA EXAMINADORA

_____

Dr. Francisco de Oliveira Barros Júnior (Presidente interino)

_____

Dra. Elizangela Barbosa Cardoso (Membro Externo)

_____

Dra. Maria Rosangela de Souza (Membro Interno)

_____

Dra. Rossana Maria Marinho Albuquerque (Membro Suplente)

Ligando narrativas

Nesse lar adentrado,
Nesse contato gravado,
Entrelaço a escrita ao teu compasso,
e imersa, me pego a refletir:
No que o meu eu faz o teu
pensar, relembrar
sentir e narrar?

Nas multiplicidades do ser,
são filhas, mulheres, trabalhadoras,
esposas, mães, cuidadoras,
cujas vidas são distintas,
mas ligadas a uma expectativa
de que engravidar não mais queriam

Mas como isso se interliga
com o gênero no teu dia a dia?
Me fala o que te contorna
e o que te guia,
quero saber os trajetos da tua vida.
(Suzianne Santos)

RESUMO

A realização da laqueadura se destaca na sociedade brasileira como uma das principais formas utilizadas no controle da fecundidade por mulheres. Em Teresina, a busca frequente por este método chamou atenção para as motivações presentes por trás das narrativas de "não quero ter mais filhos(as)". Esta pesquisa tem como objetivo analisar como as relações sociais de gênero perpassam e configuram o processo de escolha de mulheres pela laqueadura como forma de controle de fecundidade. Os aportes teóricos centram-se nos estudos de gênero (CONNELL, PEARSE, 2015) e sobre direitos reprodutivos e contracepção (SCAVONE, 2004; SOIHET, 2015). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com a utilização da técnica de narrativas de vida a fim de conhecer a experiência reprodutiva e contraceptiva de mulheres que vivenciam a maternidade e realizaram a laqueadura pela rede pública de saúde em Teresina (BOLÍVAR, 2012; MORIÑA, 2017; FRASER, 2004). Os resultados demonstraram que as relações de gênero provocaram deslocamentos em suas trajetórias de vida, influenciando na decisão pela laqueadura conforme essas mulheres vivenciaram e refletiram sobre a trajetória reprodutiva, a negociação contraceptiva, a maternidade e cuidado dos(as) filhos(as), a divisão sexual do trabalho e a organização da assistência em saúde no planejamento reprodutivo e no trabalho de parto. Seus relatos são marcados por relações assimétricas de gênero no ambiente domiciliar, pela predominância da masculinidade hegemônica em seus parceiros e de regimes de gênero junto a profissionais de saúde, pelo padrão social sobre a conduta da "boa mãe" e por feminilidades que aspiram mais autonomia. Os seus anseios enquanto mulheres ficam em segundo plano diante de seus cotidianos enquanto mães, esposas, donas de casa e trabalhadoras. Nesse contexto, o protagonismo na decisão pela laqueadura representou uma forma de apropriarem-se do seu corpo, tempo e vida e, assim, ampliarem o seu campo de possibilidades. A realização da laqueadura produziu significados que remetem à liberdade, segurança e autonomia. Mesmo que a laqueadura não modifique diretamente as dinâmicas das relações de gênero no ambiente familiar, foi um meio para várias finalidades, colaborando com mudanças em suas vivências cotidianas.

Palavras-chave: Relações de gênero. Laqueadura. Narrativas de vida.

ABSTRACT

The realization of the tubal ligation stands out in the Brazilian society as one of the main forms used in the control of the fecundity by women. In Teresina, the frequent search for this method drew attention to the motivations behind the narratives about "I do not want to have more children." This research aims to analyze how the social relations of gender pass through and are configured in the process of choosing women by the tubal ligation as a form of fertility control. Theoretical contributions focus on gender studies (CONNELL, PEARSE, 2015) and on reproductive rights and contraception (SCAVONE, 2004; SOIHET, 2015). This is a qualitative research using the life narratives technique in order to know the reproductive and contraceptive experience of women who experience motherhood and performed the tubal ligation through the public health network in Teresina (BOLÍVAR, MORIÑA, 2017; FRASER, 2004). The results showed that the gender relations caused displacements in their life trajectories, influencing the decision by the tubal ligation as these women lived and reflected on the reproductive trajectory, the contraceptive negotiation, the maternity and care of the children, sexual division of labor and the organization of health care in reproductive planning and labor. Their reports are marked by asymmetrical gender relations in the home environment, by the predominance of hegemonic masculinity in their partners and by gender regimes among health professionals, by a social standard on the conduct of the "good mother" and by feminities that aspire more autonomy. Their longings as women take second place to their daily lives as mothers, wives, housewives and working women. The protagonism in the decision by the tubal ligation represented a way to appropriate their body, time and life and, thus, to expand their field of possibilities. The realization of the tubal ligation produced meanings that refer to freedom, security and autonomy. Even though the tubal ligation does not directly modify the dynamics of gender relations in the family environment, it was a medium for various purposes, collaborating with changes in their daily lives.

Keywords: Gender relations. Tubal ligation. Life narratives.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Número de internações por ano - procedimento laqueadura (2008-2018) .. 45
Gráfico2- Número de internações por ano - procedimento vasectomia (2008-2018) ... 46
Gráfico 3 - Número de internações por procedimento, Piauí (2015-2018) 53

Quadro 1 – Identificação geral das mulheres da pesquisa..... 98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentual de uso de métodos anticonceptivos referido por mulheres, segundo idade da mulher 43
Tabela 2 – Perfil da esterilização voluntária em Teresina, 2017: faixa etária por sexo. 55
Tabela 3 – Perfil da esterilização voluntária em Teresina, 2017: estado civil por sexo. 56
Tabela 4 –Perfil da esterilização voluntária em Teresina, 2017: escolaridade por sexo 57
Tabela 5 - Perfil das mulheres em relação a aspectos da realização da laqueadura 204
Tabela 6 - Práticas discursivas sobre quando realizar a laqueadura 205

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPD	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
DIU	Dispositivo Intrauterino
ONU	Organização das Nações Unidades
FMI	Fundo Monetário Internacional
IPPF	International Planed Parenthood Federation
BENFAM	Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil
CPAIM	Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher
CEPARH	Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
SUS	Sistema Único de Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
FMS	Fundação Municipal de Saúde
HPMPI	Hospital da Polícia Militar do Piauí
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Comunidade
SEMPLAN	Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação
HPMPI	Hospital da Polícia Militar do Piauí
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPI	Universidade Federal do Piauí
GA	Gravidez na adolescência

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 11

1. GÊNERO E REPRODUÇÃO: (DES)CONTRUINDO CONCEITOS E MOVIMENTANDO RELAÇÕES 14

1.1. Corporificação social do gênero: a construção de corpos sexuados 16

1.2. "Nosso corpo nos pertence": trajetórias femininas para além da reprodução . 25

2. O GÊNERO NO (DO) PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: CONTROLE DE FECUNDIDADE DE QUEM?..... 33

2.1. A esterilização "voluntária" no Brasil: discursos e práticas generificadas..... 35

2.2. A laqueadura e vasectomia em Teresina: fluxos e números 52

2.3. Interfaces entre gênero e a escolha pela laqueadura 59

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA 64

3.1. Diálogos entre epistemologia feminista e métodos biográficos 64

3.2. Análise das informações em seus aportes teóricos 73

3.3. Aspectos éticos da pesquisa: discutindo processualidades e validações.....75

3.4. Experienciando o campo e construindo diálogos 78

4. AS MULHERESE SUAS NARRATIVAS: CONSTRUÇÕES E OLHARES SOBRE SI 83

4.1. Alzira: diálogos entre os cuidados e cochilo dos(as) filhos(as) 83

4.2. Adélia: raízes familiares, trabalho e maternidade na construção de si 87

4.3. Janaína: entre saudades, medos e insatisfações 90

4.4. Cecília e as fases da vida afetiva e maternidade 93

4.5. Clarice: ser família e ser independente 94

4.6. Falas de si: quadro geral de identificação das mulheres 97

5. RELAÇÕES DE GÊNERO E A LAQUEADURA NA VIDA DE MULHERES..... 100

5.1. Trajetórias reprodutivas e contraceptivas 102

5.1.1. Constituindo famílias: planos e curvas na vida afetiva e reprodutiva 103

5.1.2. Gênero, sexualidade e contracepção: entre afetividades e cuidados de saúde 123

5.2. "Não quero ter mais filhos": domínios da experiência na escolha pela laqueadura..... 139

5.2.1. “Aquilo não é normal”: medicalização do parto e suas dores 139
5.2.2. “Tudo sou eu, tudo tem que ser eu”: divisão sexual do trabalho no âmbito familiar 152
5.2.3. “Você deixa de viver sua vida”: amor materno, cuidado dos(as) filhos(as) e autonomia feminina 164
5.2.4. “Hoje eu não sou aquela”: direcionamentos contraceptivos e protagonismo das mulheres 194
5.3. Percursos e significados da laqueadura..... 203
5.3.1. Quando e como ligar: discursos e caminhos para a laqueadura 203
5.3.2. Ser mãe e ser mulher: significados da laqueadura em meio a trajetos e projetos 215
CONSIDERAÇÕES FINAIS 228
REFERÊNCIAS 233
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista 257
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 258
ANEXO 1 – Fluxograma do atendimento de Teresina de esterilização cirúrgica: laqueadura tubária e vasectomia 260
ANEXO 2 – Declaração da pesquisadora 261
ANEXO 3 – Termo de confidencialidade 262
ANEXO 4 – Autorização institucional Hospital da Polícia Militar 263
ANEXO 5 – Autorização institucional Fundação Municipal de Saúde 264

INTRODUÇÃO

Considerando que a ciência retira da realidade social os seus problemas e objetos de estudo (BOURDIEU, 1992), foi no cotidiano de meu exercício profissional que se iniciou a problematização dessa pesquisa. Enquanto profissional de serviço social atuante na área da saúde, em Teresina, chamou-me atenção a procura significativa de mulheres e casais por informações sobre a "*ligação*", nome popular utilizado para se referir à laqueadura ou ligadura de trompas. Tal procedimento refere-se à esterilização feminina, regulada pela lei nº 9.263/96 e faz parte de um conjunto de técnicas e ações de planejamento reprodutivo, seja para conceber, aumentar ou limitar o número de filhos(as) (BRASIL, 1996).

Tais mulheres e casais procuravam o serviço social encaminhados por outros(as) profissionais de saúde para orientações sobre aspectos legais e a organização deste serviço em Teresina. Mesmo existindo a realização da esterilização masculina e feminina, a busca era frequente para a laqueadura, o que levou-me a refletir sobre as motivações que envolviam a sua realização. Ao perguntar sobre os motivos da preferência pela laqueadura, observava que era fundamentada por aspectos de diversas dimensões de suas vidas, seja dificuldades econômicas, problemas de saúde ou o fato de já serem mães e não quererem mais filhos.

Essas tomadas de decisões envolviam aspectos objetivos e subjetivos, questões de ordem material e emocional que impulsionavam a escolha por uma tecnologia "definitiva" para não ter mais filhos(as). Isso deixava-me pensativa sobre o que significava em suas vidas ter ou não mais uma criança. Ao adentrar mais no bojo de suas motivações pela laqueadura, havia outros elementos próprios do cotidiano enquanto mulheres, como a vivência de partos traumáticos e a procura pela *"ligação"* porque o marido não aceitava camisinha e/ou a vasectomia. Assim, observava a presença de graus diferentes de responsabilidades entre os sexos no âmbito reprodutivo e contraceptivo, com a centralidade das mulheres na regulação da fecundidade e a dificuldade de colaboração dos homens no cuidado contraceptivo.

Estes relatos levaram-me a problematizar a vivência de mulheres em relação à escolha pela não-maternidade/não-fecundidade através da laqueadura, destacando como se apresentam os arranjos de gênero em seu cotidiano. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo geral analisar como as relações sociais de gênero perpassam e

configuram o processo de escolha de mulheres pela laqueadura como forma de controle da fecundidade. Especificamente, pretendo verificar como as relações de gênero são percebidas e vivenciadas pelas mulheres no campo da reprodução e contracepção; identificar os motivos que levaram as mulheres a fazerem a laqueadura, observando as influências nos processos de negociação e tomada de decisão pela esterilização; e identificar os sentidos atribuídos pelas mulheres à laqueadura em suas vidas.

Diante dos objetivos aqui propostos, esta pesquisa foi sistematizada em cinco capítulos. No capítulo um, apresento as bases teóricas utilizadas para compreender as relações de gênero. Realizo um resgate histórico sobre como os discursos de gênero foram sendo materializados nos corpos e, assim, definindo feminilidades e masculinidades. Em seguida, destaco as lutas feministas na (des)construção de conceitos e corporeidades, principalmente relacionadas ao direito reprodutivo e sexual.

No capitulo dois, discorro sobre como o controle de fecundidade foi sendo estruturado na sociedade brasileira, destacando os diferentes posicionamentos sobre a laqueadura durante o seu surgimento e constituição enquanto tecnologia contraceptiva. Ademais, situo a realidade de Teresina no que se refere à organização da esterilização voluntária a nível local. Exponho, ainda, uma revisão de literatura sobre como as escolhas contraceptivas, especificamente a laqueadura, podem sofrer influências das relações de gênero.

No terceiro capítulo, demonstro os procedimentos metodológicos adotados, no qual tomou-se como base a epistemologia feminista, articulando-a com ao método de narrativas de vida. Ademais, detalho sobre o lócus de investigação, as interlocutoras da pesquisa, o aporte teórico que norteou a análise das informações e os aspectos éticos do estudo junto à Comitês de Pesquisa e ao campo, em suas dificuldades e possibilidades. Já no capítulo quatro, apresento de maneira mais detalhada quem são as mulheres da pesquisa, ressaltando aspectos de suas subjetividades e trajetórias de vida. Ao final, trago uma síntese comparativa dessas mulheres relacionada a aspectos de identificação pessoal (idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, fonte de renda, dentre outros).

O processo analítico dos resultados da pesquisa de campo foi apresentado no quinto capítulo, organizado em subtópicos conforme os objetivos específicos, os sentidos produzidos pelas narrativas e categorias da pesquisa. Inicialmente, mostro como estas mulheres vivenciaram a reprodução e contracepção, dialogando com o âmbito familiar e com outras dimensões de suas vidas, conforme mencionadas por elas

(trabalho, estudos, acompanhamento no serviço de saúde, etc.) Logo após, compreendo algumas motivações que as levaram a optar pela *ligação*, aspectos esses que estão articulados com particularidades de suas trajetórias enquanto mulheres. Tendo em vista essa tomada de decisão e a busca institucional pela sua realização, exponho os percursos destas mulheres para a efetivação de sua escolha pela laqueadura. Por fim, destaco os significados deste procedimento para suas vidas que, por sua vez, chamam a refletir sobre a produção de distintos sentidos sobre sexualidade e sobre os rumos de projetos individuais e coletivos em meio às suas trajetórias de vida.

Cabe destacar que a escolha de mulheres pela laqueadura é resultado de um processo complexo de interesses e vontades, devendo ser levado em consideração suas histórias de vida (MINELLA, 2005). Envolve aspectos subjetivos e "condições materiais que ampliam ou restringem" as suas escolhas (MARCOLINO, 2000, p.36). Com isso, faz-se fundamental compreender seus percursos até a tomada de escolha pela laqueadura. Os rumos de suas vidas e planos dependem de suas intersecções com outros sujeitos e instituições (familiares, profissionais de saúde, organização e gestão da política pública de saúde). Além disso, perpassam um campo de correlações de forças e por um quadro de desigualdades sociais e de gênero (MINELLA, 2005; SCAVONE, 2004).

Nesse sentido, considero que este estudo possui importante colaboração na medida em que possibilita compreender a laqueadura sob a ótica dos estudos feministas e com enfoque nas relações de gênero, dimensão que Alves (2017) considera que necessita ser aprofundada na produção acadêmica. Assim, espero contribuir também com a discussão já existente no cenário teresinense sobre saúde reprodutiva, contracepção e laqueadura (CRIZÓSTOMO; SOBRA; NERY, 2004; CRIZÓSTOMO, 2009).

1. GÊNERO E REPRODUÇÃO: (DES)CONTRUINDO CONCEITOS E MOVIMENTANDO RELAÇÕES

Neste capítulo reflito sobre como o gênero foi sendo incorporado nos corpos e delineando processos subjetivos e objetivos na vida de mulheres. Essas representações são diversas, algumas se consolidam e são postas como modelo e padrão de feminilidade, influenciando os "modos de ser, agir e sentir das pessoas, os espaços que elas ocupam na sociedade e as escolhas de vida que fazem" (PINSKY, 2012, p.470). Em seguida, apresento a problematização dessa realidade, elaborada pelos movimentos feministas, que possibilitou mudanças no pensamento e em práticas sociais. Isso permitiu a articulação de outros discursos e possibilidades para as mulheres – e homens -, ampliando o cenário e produzindo outras referências para as suas trajetórias de vida (YOUNG-EISENDRATH, 1993). Nesse aspecto, ressalto os movimentos de (des)construção de conceitos e corporeidades relacionados ao campo reprodutivo, tais como a luta pelo direito de decidirem sobre os seus corpos, sexualidade e maternidade.

Para tal, compreendendo gênero como uma estrutura social que formata alguns padrões para as atividades cotidianas de mulheres e de homens, não sendo algo fixo, mas que está sempre em "processo de construção, contradição e transformação" (CONNELL, PEARSE, 2015, p.49). Considerando que "os sujeitos se produzem em relação e na relação" (LOURO, 1996, p.10), o uso da categoria gênero permite entender como os sujeitos sexuados/generificados são (re)significados de acordo com as relações sociais, em contextos marcados por correlações de forças e de disposições sociais sobre feminilidades e masculinidades (SCOTT, 1990; RAGO, 2012; CONNELL, PEARSE, 2015).

Conforme Connell e Pearse (2015), as relações de gênero são estruturadas de acordo com quatro dimensões: poder, simbolismo, produção e catexia. Tendo em vista a importância desses aspectos na reflexão sobre a experiência cotidiana das mulheres, realizo a seguir uma breve descrição de cada uma, que apresentam-se de maneira interligada e variam conforme a organização social e o período histórico.

Uma vez que "o sujeito humano está preso em relações de produção e em relações de sentido, ele está também preso em relações de poder de uma grande complexidade" (FOUCAULT, 2014, p.119). Tal poder não é algo que alguém detém a posse, nem se encontra fixado em instituições, grupos ou no Estado. Consiste em "uma

situação estratégica complexa" (FOUCAULT, 2015, p.101), que está presente em todos os lugares, retratado em práticas discursivas em múltiplas formas e possibilidades:

> [...] ele incita, ele induz, ele desvia, ele facilita ou torna difícil, ele amplia ou ele limita, ele torna mais ou menos provável; no limite, ele obriga ou impede absolutamente; mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou sobre sujeitos agentes, e isso enquanto eles agem ou são suscetíveis de agir. Uma ação sobre ações (FOUCAULT, 2014, p.133).

Assim, por vezes, mulheres e homens não possuem plena autonomia na constituição de suas feminilidades e masculinidades diante das disposições de gênero na sociedade em que vivem, influindo em suas percepções e trajetórias de vida. Tais efeitos das correlações de forças são materializados no corpo por meio de "estratégias de poder", isto é, um conjunto de mecanismos e técnicas de disciplinamento do indivíduo e de regulamentação sobre a vida (biopoder). Todavia, as relações de poder também expressam resistência, por meio de "estratégias de confronto", que podem reverter, deslocar as forças em jogo por certo momento, romper unidades e remodelar os sujeitos (FOUCAULT, 1979; 2015; 2014, p.138).

Nesse sentido, é fundamental reconhecer tais estratégias de poder e de confronto para compreender como os arranjos de gênero apresentam-se na vida das mulheres, uma vez que pode ocorrer disciplinamento dos seus corpos, mas também produzir formas de transformar este cenário, por meio de ações coletivas, como o movimento feminista, ou um ato individual, que pode atingir diretamente o mecanismo disciplinador ou agir por vias indiretas, sutilmente pelos interstícios do cotidiano (ROCHA-COUTINHO, 1994; ROMANELLI, 1995).

As relações de gênero também são alteradas pelos significados e representações atribuídos pela cultura (CONNELL, PEARSE, 2015). Segundo Bourdieu (1992), os símbolos tornam possível a produção de consensos sobre sentidos da realidade social e, assim, contribuem para a reprodução de certa ordem social. Por conseguinte, o sistema simbólico também organiza um conjunto de representações e incorporam signos nos corpos que direcionam as relações sociais de gênero, definindo o que é, ou não, aceito socialmente enquanto comportamento masculino/masculinidade e feminino/feminilidade (BOURDIEU, 2018; SCOTT, 1990). Espaços e instituições sociais reproduzem esses simbolismos de gênero e podem constituir-se enquanto espaços gendrados/generificados ao representar homens e mulheres de maneira assimétrica, delimitando algumas especificidades para cada (LAURETIS, 1994; CONNELL, PEARSE, 2015).

Essa leitura social do gênero e as relações de poder também afetam a dimensão produtiva, que abrange tanto o mercado de trabalho assalariado como o trabalho doméstico, nas atividades remuneradas e não-remuneradas, e na esfera do cuidado (*care*)[1]. As assimetrias e hierarquias na ordem de gênero acarretam na divisão sexual do trabalho:

> Essa forma particular da divisão social do trabalho tem dois princípios organizadores: o princípio de separação (existem trabalhos de homens e trabalhos de mulheres) e o princípio hierárquico (um trabalho de homem "vale" mais que um trabalho de mulher) (HIRATA, KERGOAT, 2003, p.599).

Interligado aos aspectos das dimensões anteriores, a catexia consiste no comportamento emocional, sendo as emoções "modos de afiliação a uma comunidade social, uma maneira de se reconhecer e de poder se comunicar em conjunto sobre a base da proximidade sentimental" (LE BRETON, 2009, p. 126-127). Como veremos mais adiante, estes sentimentos são marcados por ambivalências e relacionam-se ao modo como mulheres e homens expressam sua subjetividade, tal como vivenciam a esfera da intimidade, sexualidade, afetividade, vínculo materno e paterno, dentre outros (CONNELL, PEARSE, 2015).

Diante disso, considero este capítulo fundamental para o entendimento das narrativas das mulheres que participaram dessa pesquisa na medida em que fornece suporte para compreender como, em seus cotidianos e em suas estruturas de significação da realidade, os percursos de suas trajetórias de vida são modificados por suas vivências enquanto mulheres, seja interligados às normativas sociais de um padrão social, cultural e emocional de "ser mulher" ou às estratégias de subjetivação e de transformação.

1.1. Corporificação social do gênero: a construção de corpos sexuados

Nossos corpos expressam a nossa existência e são transformados pela sociedade ao mesmo tempo em que a modifica, funcionando como um "vetor semântico" (LE BRETON, 2007, p. 7), isto é, um fio condutor que demonstra em sua materialidade

[1] Segundo Hirata e Guimarães (2012), a dimensão do cuidado, como denominado no Brasil, é polissêmica, podendo também ser denominado enquanto *care*, atenção ao outro, solicitude, dentre outros. O cuidado pode se apresentar enquanto um trabalho remunerado ou não, consistindo em um conjunto de atividades realizadas para assistir a uma pessoa dependente (criança, idoso, deficiente), abarcando também os afazeres domésticos a essas pessoas e a outras que poderiam executá-las, mas acabam não o realizando e deixando para terceiros(as) (SORJ, 2013).

como as relações sociais são construídas. Assim, enquanto objetos e agentes sociais, podem ter várias leituras, desde corpo-biologia, corpo-práxis social, corpo-subjetividade, corpo-produtivo, dentre outros (ROTANIA, 2000).

> Do corpo nascem e se propagam as significações que fundamentam a existência individual e coletiva; ele é o eixo da relação com o mundo, o lugar e o tempo nos quais a existência toma forma através da fisionomia singular de um ator (LE BRETON, 2007, p.7).

Partindo de compreensão similar, Connell e Pearse (2015, p.112) denominam esse processo de "corporificação social", no qual os sujeitos estão envolvidos por práticas que conformam as estruturas sociais e trajetórias de vida. Nesse sentido, estas autoras destacam que as relações de gênero demarcam uma relação específica com os corpos e na constituição de subjetividades, sendo o seu conhecimento fundamental por possibilitar sexualizar as experiências e, assim, articular corporeidade e sexualidade na análise social (CONNELL, PEARSE, 2015; RAGO, 2012).

Essas incorporações sociais ao corpo fazem com que, ao falarmos sobre mulheres e homens, acionemos um "imenso sistema de entendimentos, implicações, sobretons e alusões que se acumularam ao longo de nossa história cultural" (CONNELL, PEARSE, 2015, p.172). Nesse processo, a particularidade da corporificação social de gênero se expressa na medida em que rotineiramente procura-se articular a constituição de estruturas sociais à processos corporais específicos de cada sexo (capacidades físicas, biológicas e/ou anatômicas). Isso influi no surgimento de diferentes padrões de feminilidades e masculinidades, utilizados como uma forma de descrever e justificar as relações desiguais e assimétricas entre os gêneros (CONNELL, PEARSE, 2015).

> Gênero envolve um conjunto de práticas sociais humanas – incluindo cuidados com criança, parto, interação sexual – que mostram capacidade de corpos humanos – de parir, dar leite, dar e receber prazer sexual. Só podemos começar a entender o gênero se compreendermos o quão próximos os processos sociais e corporais se encontram. [...] Essas capacidades corporais e as práticas que as realizam constituem uma arena, um campo corporal em que algo social acontece. Entre o que acontece está a criação das categorias culturais "mulher" e "homem" (e quaisquer outras categorias de gênero que uma sociedade particular define). (CONNELL, PEARSE, 2015, p. 113, grifos das autoras).

Assim, falar sobre gênero é remeter a como processos sociais foram sendo incorporados nos corpos sexuados e como isso (re)construía a visão de mundo, uma vez que o corpo físico e anatômico de mulheres e homens possuem capacidades comuns, mas ganham significado social diferenciado (CONNELL, PEARSE, 2015). Essas percepções conformam diferentes discursos e sociabilidades, principalmente quando o

enfoque das relações se deslocou do poder sobre a morte para a busca de poder sobre a vida (FOUCAULT, 2010). Articulado a isso, a consolidação da revolução científica e da medicina fizeram com que o corpo se tornasse objeto do conhecimento, transformando os saberes (ROTANIA, 2000) e, por conseguinte, as relações de poder.

Esse poder sobre a vida operacionalizou-se na sociedade por meio de duas dimensões, abarcando-a do seu aspecto específico ao geral. A primeira dimensão constituiu-se como uma "anatomopolítica", consistindo em um investimento político sobre o corpo individual efetuado por meio de técnicas minuciosas de disciplinamento e da relação docilidade-utilidade (FOUCAULT, 1979; 2010, p.204). Em um segundo momento, a vida também passou a ser controlada dentro de uma "biopolítica", na qual o poder se exerce sobre o corpo social, envolvendo um saber e técnicas de regulamentação de uma população direcionadas à reprodução, mortalidade, longevidade de uma população e natalidade (FOUCAULT, 2010, p.204). Inserido nessa segunda dimensão encontra-se o controle de fecundidade por métodos contraceptivos, no qual dentre eles está a esterilização feminina via laqueadura.

Nesse direcionamento do conhecimento e do poder para a vida, a discussão sobre sexualidade se insere nesta "encruzilhada do corpo e da população", entre as disciplinas que permeiam o comportamento individual e as regulações sobre reprodução (FOUCAULT, 2010, p.212). Diante disso, a dimensão da sexualidade tornou-se fundamental para entender a organização social e a constituição da subjetividade e como as relações de gênero corporificam práticas sociais (RAGO, 2012; FOUCAULT, 2015). Desse modo, o sexo não deve ser analisado apenas como parte da anatomia e biologia, mas como discurso que detém e (re)produz significados localizados historicamente e socialmente (FOUCAULT, 2014; 2015), que estão interconectados a determinados arranjos de gênero.

> [...] quase tudo que se queira dizer sobre sexo – de qualquer forma que o sexo seja compreendido - já contém em si uma reivindicação sobre gênero. O sexo, tanto no mundo de sexo único como no de dois sexos, é situacional, é explicado apenas dentro do contexto da luta sobre gênero e poder (LAQUEUR, 2001, p.23).

Ao longo da história, essa produção do saber-poder e a compreensão sobre os sexos foi gerenciada pelo olhar dos homens sobre o mundo social (SCOTT, 1990). O sexo destes era utilizado como padrão para o conhecimento sobre a vida, no qual a mulher era representada como uma "categoria vazia" a ser definida e constituída sob a perspectiva dos homens (LAQUEUR, 2001, p.32).

Conforme esse parâmetro, Laqueur (2001) traz diversas noções sobre o corpo e a sexualidade presentes em diferentes momentos do século XVIII. Primeiro, o enfoque era direcionado por uma noção unissexuada do corpo, cuja base interpretativa era a anatomia masculina. Sob essa ótica, consideravam a anatomia das mulheres o inverso e inferior à masculina devido uma deficiência de calor, resultando na retenção da estrutura que nos homens é visível. Assim, utilizavam-se da produção de um conhecimento sobre aspectos corporais para denotar diferenciação e hierarquia nas relações sociais entre homens e mulheres.

Posteriormente, no final desse mesmo século, surgiu a noção de sexo duplo, com base na qual reconheciam a presença de dois sexos, diferentes e opostos, retratando os corpos sexuados como fonte de um binarismo. Tal perspectiva recaiu não apenas sobre os corpos, mas corroborou para padrões na ordem social de feminilidade e masculinidade, que fortaleciam a oposição entre os sexos e, assim, uma condição de superioridade masculina e de subalternidade feminina.

Desse modo, a visão androcêntrica conseguiu inscrever no corpo biológico uma "construção social naturalizada" de divisão sexual com base em uma relação de dominação (BOURDIEU, 2018, p.40), na qual os discursos do binarismo sexual reiteravam os arranjos de gênero como uma forma de justificar a relação de poder existente. Com isso, tais dicotomias demonstravam a intenção de transparecer como natural - atrelado à biologia – certas práticas sociais e, assim, encobrir a realidade da estrutura de gênero.

> Quando se afirma que é natural que a mulher se ocupe do espaço doméstico, deixando livre o homem para o espaço público, está-se, rigorosamente, naturalizando um resultado da história. [...] ao se afirmar que sempre e em todos os lugares as mulheres se ocuparam do espaço doméstico, eliminam-se as diferenciações históricas e ressaltam-se as características "naturais" destas funções (SAFFIOTI, 1987, p.11).

Assim, não podemos falar em uma natureza feminina ou masculina, o que existe são práticas discursivas generificadas que são corporificadas nos sujeitos e materializam as relações de gênero. Uma vez que "o exercício do poder consiste em conduzir condutas" em um campo de possibilidades (FOUCAULT, 2014, p.133), tais definições de diferenças entre os sexos resultam do que é postulado como normativa social e ordena a "sociedade da normalização", que opera tanto normas de disciplinamento do corpo como de regulamentação social (FOUCAULT, 2010, p. 213).

Cada sociedade, em momentos históricos distintos, atribui sentido aos sexos, procurando interpretá-los e articulá-los à ordem social (COLLING, 2014).

Essasnormativas não são neutras, carregam em si valores – na maioria das vezes, androcêntricos – e definem o que se estabelece enquanto regra e o que se constitui como desvio na ordem de gênero, operando com um sentido positivo e constitutivo do poder sobre as subjetividades (FOUCAULT, 2015): aqueles(as) cujos arranjos de gênero e sexualidade seguem a regra são aceitos e incentivados na sociedade, enquanto que as dissidências são desvalorizados, rotuladas negativamente como desvio, alvos de correção e de reafirmação das normativas sociais (MISKOLCI, 2005).

> [...] A mãe, a esposa dedicada, a 'rainha do lar', digna de ser louvada e santificada, uma mulher sublimada; seu contraponto, a Eva, debochada, sensual, constituindo a vergonha da sociedade. Corruptora, foi responsável pela queda da humanidade do paraíso. Aos homens, o espaço público, político, onde centraliza-se o poder; à mulher, o privado e seu coração, o santuário do lar. Fora do lar, as mulheres são perigosas. [...] As transgressoras destas normas tornam-se homens, traindo a natureza, transformando-se em monstros. Estes limites da feminilidade, determinados pelos homens, são uma maneira clara de demarcar a sua identidade (COLLING, 2014, p.24).

Com isso, é fundamental atentarmos para os discursos que conformam a cultura de uma sociedade e para os mecanismos que os materializam sobre os corpos, que são examinados, desarticulados, categorizados e recompostos pelo poder disciplinar, transformando "indivíduos em sujeitos" (FOUCAULT, 2013; 2014, p.122). Eles influem diretamente na produção das subjetividades na medida em que "descrevem como se *fazem* as mulheres em determinada cultura; *como se faz* um corpo sexuado feminino" (COLLING, 2014, p. 16-17, grifos da autora) e, de maneira relacional, também influi no padrão de gênero e sexualidade masculina (SAFFIOTI, 1987; SCOTT, 1990; CONNELL, PEARSE, 2015; BOURDIEU, 2018).

Essas diferenças na leitura social sobre o corpo e sexualidade atribuem um sentido que não é meramente descritivo. O que atribuímos para conceituar mulher(es) ou homem(s) fixa um discurso, determina práticas e espaços, sendo a ação de conferir sentido um ato político. Isso pode reiterar o padrão tradicional dicotômico ou ampliar os arranjos de gênero quando, no lugar de considerar enquanto dissidências, considera-se a gama de possibilidades de ser gênero (NICHOLSON, 2000).

Tradicionalmente, os enunciados sobre gênero se direcionaram na construção social dicotômica e binária, de uma superioridade masculina que, por sua vez, estabeleceu uma subordinação feminina:

> Mulher dócil é a contrapartida do homem *macho*. Mulher frágil é a contraparte de *macho forte*. Mulher emotiva é a outra metade de homem racional. Mulher inferior é a outra face da moeda do *macho superior* (SAFFIOTI, 1987 p.29, grifos da autora).

Assim, para o homem ser *macho*, isto é, ter valores e atitudes consideradas de homem, cabe a ele que seja corajoso, racional, que iniba os sentimentos e, principalmente, que seja viril, enfatizando a sua potência física e sexual (SAFFIOTI, 1987; BOURDIEU, 2018). Em oposição, a mulher é caracterizada como dócil, emotiva, fiel e direcionada para o cuidado com o ambiente do lar (SAFFIOTI, 1987; BOURDIEU, 2018).

Nesses discursos sobre feminilidades, tinha-se como base a dimensão reprodutiva do corpo das mulheres, sendo utilizada por vezes para fundamentar atitudes, práticas e espaços, marcados por um padrão tradicional de gênero e possibilidades limitadas para as trajetórias femininas. Alguns discursos religiosos direcionavam as mulheres para a subordinação e passividade, valorizando a limitação da sexualidade e a exaltação da maternidade enquanto natureza divina, sendo a imagem da virgem Maria colocada como um ideal feminino (COLLING, 2014). Os conhecimentos da medicina e de outras áreas da saúde também foram importantes como campos de saber e delimitadores da corporificação social.

> Os médicos não só estudaram a especificidade da mulher, a reprodução e as doenças ginecológicas, mas também formularam uma definição de seu ser social fundada na natureza, ou melhor dizendo, no seu corpo. O gerenciamento do corpo feminino completou-se com a ginecologia, ao racionalizar a sexualidade feminina e ao transformar seu corpo em um objeto analisável, mensurável e sujeito a diversas práticas de objetivação (MARTINS, 2004, p.15).

Destacar que a especialidade médica ginecológica não se tratava apenas do conhecimento sobre o corpo de mulheres, mas retratava um estudo da diferenciação entre os gêneros, na medida em que a problematização sobre a saúde reprodutiva representava uma forma de entender e delimitar o comportamento feminino, o que não ocorreu com os homens (ROHDEN, 2001, 2002). Enquanto que o estudo dos problemas sexuais masculinos era compreendido como uma "doença que vem de fora ou que é decorrente do excesso sexual. Em ambos os casos, ela sinaliza uma anormalidade" (ROHDEN, 2001, p.52), o enfoque junto às mulheres procurava conhecer a "normalidade feminina" (ROHDEN, 2001, p.52). Se para os homens o enfoque era o adoecimento esporádico e para as mulheres, era a regulação do corpo, a frequência de cada um junto aos serviços de saúde era diferente.

Assim, a mulher - e especificamente o seu útero - foi um *lócus* de definição do saber médico, ganhando diversas representações e significados sociais. Entre os séculos XVI e XIX, era frequente o uso do termo *mulher-útero* na literatura científica,

enfatizando o útero como órgão responsável pela constituição da identidade da mulher. Este órgão, devido "moldar" a subjetividade feminina, era visto como base para explicar características fisiológicas e psicológicas das mulheres e, também, para denominar doenças provenientes. Foi o caso da histeria, que em grego significa útero, explicada como sendo ocasionada por movimentos do útero que refletiam em mudanças de personalidade[2] (COLLING, 2014). No século XIX, a esterilidade passou a ser compreendida como um problema apenas das mulheres, como uma incapacidade presente apenas em seus corpos (ROHDEN, 2002). Neste mesmo século, com o aprimoramento da obstetrícia, o corpo fértil da mulher passou a ser comparado com uma máquina, exercendo o médico a figura de mecânico ou técnico, o especialista que iria resolver o problema e conduzir o parto (MARTIN, 2006).

> O imaginário médico justapõe duas imagens: o útero como máquina que produz o bebê e a mulher como trabalhadora que produz o bebê. Em alguns momentos, as duas talvez se juntem, de maneira consistente, como a mulher-trabalhadora cujo útero-maquina produz o bebê (MARTIN, 2006, p.117).

Nesse mesmo século, Pedro (2003) lembra como os meios de comunicação (revistas, jornais, televisão) constituíram um instrumento importante em firmar o conhecimento médico e (re)produzir outros. No que dizia respeito às mulheres, predominava os discursos referentes ao controle da sexualidade e da reprodução. Os corpos femininos eram alvos de vigilância e disciplinamento, pelo de risco de adultério e por serem responsáveis pelo crescimento demográfico, ocasionando tanto em um "desconforto pessoal e familiar" como na ameaça de uma "bomba populacional". Isso fez com que fossem alvo de políticas demográficas de controle de natalidade e que o útero fosse considerado como "um órgão passível de controle e de descarte" (PEDRO, 2003, p.174).

Essas corporeidades femininas também carregaram uma gama de sentidos para a relação entre mães e filhos(as), que nem sempre foi definida pelo amor materno. Durante o século XVIII, a elevada taxa de mortalidade infantil fazia com que as relações entre mães e filhos(as) fossem marcadas pela indiferença e frieza diante do

---

[2]Segundo Bordo (1997), a personalidade histérica divergia do padrão de feminilidade do século XIX. Enquanto o tipo ideal de mulher exprimia delicadeza, passividade sexual e emocional, as mulheres consideradas acometidas por essa doença eram definidas como emocionalmente instáveis, egocêntricas e narcisistas. Todavia, para além de uma compreensão como "doença feminina", esta autora aponta essa patologia como sendo um protesto inconsciente contra as construções convencionais de feminilidade, expressando não o movimento do útero, mas a insatisfação a vários aspectos da vida de uma mulher, constituindo-se enquanto um ato de confronto, mas que não consegue transformar a realidade.

receio pelo apego e posterior sofrimento ocasionados pelo falecimento. Outro aspecto que corroborava na pouca relação afetiva e rejeição de mulheres pela maternagem era o fato do cuidado infantil ocupar um grande espaço em suas vidas e de não serem valorizadas pela sociedade (BADINTER, 1985).

A mudança nessa relação maternal decorreu de uma biopolítica do Estado no intuito diminuir os índices de mortalidade infantil. Para este intento, consideravam como um ponto estratégico o pleno engajamento das mulheres com a maternidade e com o cuidado dos(as) filhos(as), passando a fomentar tanto discursos de incentivo ao aleitamento materno como uma visão positiva sobre *ser mãe* (BADINTER, 1985).

> Para operar esse salvamento [das crianças], era preciso convencer as mães a se aplicarem às tarefas esquecidas. Moralistas, administradores, médicos puseram-se em campo e expuseram seus argumentos mais sutis para persuadi-las a retornar a melhores sentimentos e a "dar novamente o seio". Parte das mulheres foi sensível a essa nova exigência. Não porque obedecessem às motivações econômicas e sociais dos homens, mas porque um outro discurso, mais sedutor aos seus ouvidos, esboçava-se atrás desse primeiro. Era o discurso da felicidade e da igualdade que as atingia acima de tudo. Inconscientemente, algumas delas perceberam que ao produzir esse trabalho familiar necessário à sociedade, adquiriam uma importância considerável, que a maioria delas jamais tivera. Acreditaram nas promessas e julgaram conquistar o direito ao respeito dos homens, o reconhecimento de sua utilidade e de sua especificidade. Finalmente, uma tarefa necessária e "nobre", que o homem não podia, ou não queria, realizar. Dever que, ademais, devia ser a fonte da felicidade humana (BADINTER, 1985, p. 145-146, grifos da autora).

Assim, o amor materno, que já existia de outras maneiras na sociedade, passou a ser fortalecido na sociedade ocidental através de sua exaltação e pelo sentimento de plenitude e reconhecimento social para as mulheres. Tal compreensão trouxe à cena a maternagem e o mito do instinto materno, naturalizando e universalizando o amor das mães pelos(as) filhos(as), sendo estas colocadas como as responsáveis pelo cuidado e primeiros laços afetivos com o(a) recém-nascido(a) (BADINTER, 1985; CHODOROW 2002).

No Brasil, a valorização materna em prol da saúde das crianças e bem-estar social foi similar. Matos (2003) mostra como o discurso médico colocou em prática e articulou tal reconhecimento materno à sua responsabilização pelo cuidado infantil. Na capital paulista do final século XIX e início do século XX, a perspectiva de saúde higienista[3], dominante na época, passou a considerar as mulheres como fundamentais

[3] Com o crescimento das cidades, médicos passaram a relacionar o adoecimento com o meio ambiente. Com isso, a medicina passou a operar na organização social por meio de programas focados na higiene, que traziam orientações sobre comportamento individuais e organização das cidades a fim de normalizar

para a disseminação de cuidados com a saúde das futuras gerações, no controle da higiene doméstica e bem-estar da família. O saber médico direcionou-se para o atendimento materno-infantil, exaltando a maternagem e considerando como secundária e desviante qualquer outra atividade, como a inserção no mercado de trabalho e as lutas feministas, além de desqualificar as mulheres que não queriam ser mães (MATOS, 2003).

Desse modo, a experiência da maternidade e o amor materno são deslocados de algo secundário para um instrumento de reconhecimento social. A figura da mãe apresentou-se como fundamental para o exercício do biopoder, no projeto de cuidado afetivo, físico e de formação moral das crianças. Todavia, ao passo que tais posturas corroboraram para mudanças nas taxas de mortalidade infantil, também consolidaram uma forma ideal de relação entre mães e filhos(as) através do discurso da maternidade como positiva e constitutiva da subjetividade enquanto uma "boa mãe". Essa percepção restringe outras maneiras de vivenciar a maternidade e, por vezes, acarreta em sentimentos ambivalentes, podendo ser prejudicial para as mulheres diante de julgamentos sociais sobre como cada uma expressa o cuidado e o amor materno (NUNES, 2012; FOUCAULT, 1979, 2015; PINSKY, 2012, p. 149).

> [...] a estrutura do "amor maternal" não apenas se viu moldada por forças sociais, políticas e econômicas, mas também foi usada por essas forças a fim de sustentar-se e endireitar as mulheres. [...] o *uso* da ideia de amor maternal se tornou uma forma de opressão, já que estabelece os requisitos específicos que forjam o mundo emocional das mães e sua relação com seus filhos: elas devem sentir um amor incondicional pelos filhos, um amor que não seja demasiado inclusivo, mas ao mesmo tempo distinto o suficiente, e demonstrar esse amor de maneira louvável como parte de uma gama de sentimentos que define a natureza da "maternidade boa e moral". Por outro lado, fracassar na expressão do amor pelos filhos pode servir como prova de imoralidade da mãe, de sua falta de feminilidade, de suas deficiências e principalmente de sua incapacidade – como se esse amor fosse apenas algo natural, nada além de um instinto biológico (DONATH, 2017, p. 129-130, grifos da autora).

Inserido nesse padrão de gênero, enquanto a conduta de "boa mãe" era representada pelo zelo no cuidado, sacrifício pelos outros e um maior vínculo afetivo com o(a) filho(a), a figura do "bom pai" estava associada ao distanciamento emocional junto aos filhos e à sua função como provedor das necessidades da família, relacionando-o ao trabalho remunerado e êxito econômico (CONNELL, PEARSE, 2015). Ademais, diante do tempo despendido no espaço domiciliar para as ações

---

a vida social e disciplinar espaços e corpos para garantir o progresso social, surgindo, com isso, a especialização desse saber por meio dos médicos-sanitaristas (LIMA, 2002; SOBRINHO, 2013).

maternas, costumeiramente relacionava-se as mulheres com o ambiente do lar e tarefas domésticas como uma ordem natural e não socialmente posta, limitando o acesso e possibilidades das mesmas junto ao trabalho remunerado e outras esferas da vida pública (BIROLI, 2018).

> De acordo com esse pensamento, é *natural* que a mulher se dedique aos afazeres domésticos, aí compreendida a socialização dos filhos, como é *natural* sua capacidade de conceber e dar à luz (SAFFIOTI, 1987, p. 9, grifos da autora).

Essa leitura social dos corpos, ao tomar como base as capacidades corporais para práticas sociais, restringe o campo de feminilidades e masculinidades e destaca como padrão relações de gênero tradicionais. Nessa percepção, aos homens atribuí-se o trabalho considerado produtivo e às mulheres, o trabalho reprodutivo, dando ênfase às capacidades de gestar e cuidar, e à realização do trabalho doméstico (RAMIREZ, 2002; HIRATA, KERGOAT, 2003; CONNELL, PEARSE, 2015).

Estes discursos produzidos sobre o corpo atravessaram o tempo e, alguns, assumiram a imagem social de tradição, parecendo possuir uma solidez na estrutura social que os transfiguram para a ordem do natural. Todavia, esse corpo disciplinado e regulado pela sociedade de normalização também interpreta a realidade, questiona-a, produz resistência e opera estratégias de confronto na vida cotidiana, individual ou coletivamente (FOUCAULT, 2015). Nesse sentido, destacam-se os movimentos feministas como formas de organização coletiva de mulheres contra os arranjos hegemônicos de gênero e a concepção limitada sobre feminilidades e trajetórias femininas.

1.2. “Nosso corpo nos pertence”: trajetórias de mulheres para além da reprodução

As mulheres, em suas vivências cotidianas, trazem as marcas das relações de gênero que delimitam seus gestos, comportamentos e espaços e, assim, influi em seu campo de possibilidades no cenário social. Frente a isso, passaram a problematizar sobre suas realidades, observar a incoerência da natureza de algumas práticas sociais, questionar a imagem socialmente inferiorizada por serem mulheres e saber os motivos de não poderem governar os seus corpos. É nesse sentido que o feminismo buscou desconstruir o processo de dominação masculina, apresentando-se enquanto um “contra-dispositivo” (TIBURI, 2018, p. 40):

> Foi com a tomada de consciência de uma "opressão" específica que teve início o movimento das mulheres: torna-se então coletivamente "evidente" que uma enorme massa de trabalho é efetuada gratuitamente pelas mulheres, que esse trabalho é invisível, que é realizado não para elas mesmas, mas para outros, e sempre em nome da natureza, do amor e do dever materno (HIRATA, KERGOAT, 2007, p. 597).

Estudiosas feministas criticavam a compreensão de gênero que focava em um padrão exclusivamente biológico, binário e dicotômico, e reproduzia uma hierarquização de posição entre homens e mulheres. Ressaltavam que a realidade não é dicotômica[4] e que tal apreensão desconsidera o processo histórico de como essas dicotomias surgiram e se consolidaram, bem como as diferenças internas em cada grupo, considerando a importância de se atentar para a complexidade e pluralidade dos arranjos de gênero em cada cenário social (SAFFIOTI, 1987; SARDENBERG, 2002; MATOS, 2008; ABOIM, 2012). Diante dessas discussões e mobilizações, houve mudanças na "biografia feminina normal" (BECK-GERNSHEIM, 2017, p. 77) que possibilitaram outras histórias para mulheres, e também para homens.

Tais movimentos feministas retratavam uma diversidade teórica e empírica, sendo comum a sua descrição através de fases ou ondas, conforme as bandeiras de lutas de certo período histórico (HITA, 2002; GARCIA, 2015). A primeira onda feminista ocorreu entre o final do século XIX e início do XX, ressaltando a luta pela igualdade de direitos civis, políticos e educativos, com destaque para a reivindicação do voto no âmbito do movimento sufragista (NARVAZ, KOLLER, 2006; PINTO 2003). A segunda onda trouxe a discussão sobre as "políticas do corpo", denominação atribuída pelo feminismo da Europa Ocidental entre as décadas de 1960-1980 às reivindicações sobre direitos das mulheres relacionados à reprodução, corpo e sexualidade, a fim de mobilizar a discussão no domínio público de questões que, anteriormente, eram restritas e silenciadas no âmbito privado (SOIHET, 2015, p. 281).

A terceira onda feminista, ocorrida no cenário de redemocratização, centrou-se na diversidade e subjetividade, focando nas diferenças entre as próprias mulheres e, assim, apresentando reivindicações diversas dentro dos arranjos desiguais de gênero (PINTO, 2003). Já a quarta onda feminista engloba a diversidade horizontal das

[4] Concordo com a inviabilidade de analisar as dinâmicas do gênero nas relações sociais com base em dicotomias, mas ressalto a observação de Harding (1993, p. 26) no sentido de que "não podemos descartá-las como irrelevantes enquanto elas permanecem estruturando nossas vidas e nossas práticas", não no sentido de utilizá-las como ponto de referência, mas de captá-las caso se apresentem na realidade social e na compreensão dos sujeitos e entender se corroboram ou não no delineamento de perspectivas tradicionais sobre gênero e relações desiguais.

correntes e reivindicações dos feminismos, considerando as intersecções entre gênero, raça, sexualidade, classe e geração (MATOS, 2010).

Considerando a temática de discussão central desse estudo, enfatizo alguns aspectos da segunda onda feminista devido o seu enfoque sobre o corpo e diretos reprodutivos. Durante esta fase, entre as décadas de 1970 e 1990, a luta feminista no Brasil e em outros países centrava-se na vivência das mulheres no espaço doméstico de modo a problematizá-la enquanto dimensão social e política, e não de ordem natural. Segundo Scavone (2004), este movimento feminista compreendia o debate sobre a casa, reprodução e sexualidade como estratégico para a conquista da autonomia, que implicava na luta pela (re)apropriação do corpo por meio da livre escolha das mulheres.

Neste período, algumas bandeiras de lutas estavam presentes através de frases de ordem, *slogans*, ainda utilizados nos dias atuais. Através da frase "diferentes, mas não desiguais" mulheres buscavam afirmar que a diferença biológica não justifica a desigualdade de gênero. "O pessoal é político" lembra a necessidade de se politizar a discussão do âmbito doméstico, inferiorizado na análise social, assim como questões relacionadas à estrutura familiar e relações de gênero (sexualidade, violência doméstica, reprodução, cuidado infantil). Além desses, nos anos 1960, a frase "nosso corpo nos pertence" ecoava contra o controle social sobre o corpo das mulheres, reconhecendo-o como lugar de existência humana a partir do qual as experiências ganham sentido e reivindicando direitos reprodutivos e sexuais (CORRÊA, ÁVILA, 2003; SCAVONE, 2004).

> Não há nada mais absurdo para o patriarcado do que o direito ao corpo. Assim como é importantíssimo que as mulheres sejam donas da própria sexualidade e do todo de seu corpo, elas devem ser donas de seu corpo reprodutivo (TIBURI, 2018, p.37).

Essa luta pela (re)apropriação do corpo remetia à politização do que outrora era considerado como campo do privado e da intimidade. Problematizavam sobre o direito à não-reprodução e ao prazer no intuito de romper com a normativa heterossexual à qual os seus corpos estavam submetidos que, ao direcionar para um "modelo de sexualidade baseada no sexo-procriação", controlava e reprimia as vivências sexuais e reprodutivas de mulheres (ÁVILA, 2003, p.466). Com isso, os processos de definições sobre direitos reprodutivos e sexuais tornaram-se marcos importantes para a democracia e o exercício da cidadania. Por meio da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), o direito reprodutivo passou a ser definido como:

> [...] reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos (CAIRO,1994, p.62).

Já sobre os direitos sexuais, Corrêa e Ávila (2003) lembram que, inicialmente, foi formulado pelos movimentos gay e lésbico situados na Europa e nos Estados Unidos, nos anos de 1990, sendo considerado também como fundamental para os movimentos feministas. Durante a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995, os direitos sexuais das mulheres passaram a ser definidos como:

> [...] ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e a decidir livremente a respeito dessas questões, livres de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no tocante às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito à integridade da pessoa humana, exige o respeito mútuo, o consentimento e a responsabilidade comum pelo comportamento sexual e suas consequências (PEQUIN, 1995, p.197).

Assim, tais conceitos foram utilizados pelas mulheres como uma estratégia discursiva, uma forma de renomear terrenos e demarcar processos de autodeterminação sobre suas trajetórias reprodutivas (CORRÊA, ÁVILA, 2003; SCAVONE, 2004). Tais direitos corroboraram no mercado farmacêutico, com o desenvolvimento de técnicas para regular a reprodução feminina. Scavone (2004, p.74) as divide em três grupos de tecnologias contraceptivas de acordo com a intensidade de sua operacionalização no corpo e fertilidade: “avançadas e/ou pesadas” para aquelas com intervenção sobre o corpo por um período mais longo ou definitivo, tais como injeções e esterilização; “corriqueiras e/ou leves”, tais como a pílula e o Dispositivo Intrauterino (DIU), cujos efeitos podem ser prolongados, mas não são definitivos; e “métodos esporádicos de barreira”, de menor intervenção na saúde, tais como diafragma e camisinhas masculinas e femininas.

O advento dessas tecnologias reprodutivas possibilitou para o surgimento da “sexualidade plástica” (GIDDENS, 1993, p.10). Contrária à visão de sexualidade heteronormativa anteriormente mencionada, tal noção descentraliza o exercício da sexualidade das exigências da reprodução, ampliando a sua vivência.

> Para a maior parte das mulheres, na maior parte das culturas, e através da maior parte dos períodos da história, o prazer sexual, quando possível, estava intrinsicamente ligado ao medo de gestações repetidas, e, por isso, da morte, dada a substancial proporção de mulheres que morriam no parto e aos índices muitos altos então prevalecentes de mortalidade de bebê. Romper com essas

> conexões foi, portanto, um fenômeno com implicações realmente radicais (GIDDENS, 1993, p.38).

Ao passo que os direitos reprodutivos apresentaram mais possibilidades na busca pela (re)apropriação do corpo, cabe ressaltar que esta autonomia pode ser ampliada ou limitada por aspectos estruturais da sociedade, tais como econômicos, a postura do Estado e demais instituições (família, serviços de saúde, religião) e os próprios arranjos de gênero, como veremos melhor no capítulo seguinte. Todavia, diante da criminalização do aborto, uma das reivindicações dos movimentos feministas, tais direitos já apresentam limitações e nos remete novamente a questionar a base de sustentação de alguns discursos na sociedade, pois, como argumenta Ávila (1993, p.383) "a concepção, o parto, a contracepção e o aborto são percebidos como fatos interligados onde a impossibilidade de acesso a qualquer um deles remete a mulher para um lugar de submissão".

Tais mudanças na relação com a esfera reprodutiva modificaram os significados da maternidade para as mulheres. Uma vez que as tecnologias contraceptivas ampliaram a sexualidade, proporcionaram mais espaço para desconstruir "a equação mulher = mãe" (SCAVONE, 2001, p.146). A discussão sobre maternidade ocasionou em vários sentidos dentro dos movimentos feministas, por vezes, considerado como um ideal feminino de realização pessoal, um símbolo de poder específico das mulheres ou um instrumento de sua opressão (SCAVONE, 2001). Assim, também foi possível politizar a maternidade, no sentido que ter ou não filhos(as) deixou de ser posto como universal e uma constante na vida das mulheres (BADINTER, 2011).

> Corpo, prazer e direitos reprodutivos juntam mulheres em torno da ideia de uma existência feminina não necessariamente destinada à reprodução: algo novo, mas só tornado factível com o advento da pílula. A maternidade surge agora como uma questão política (COSTA, 2002. p 313)

Nessa multiplicidade de sentidos, ampliou-se o leque da experiência das mulheres em relação à maternidade para além do modelo ideal de "boa mãe". "Cada vez mais mães fazem valer seu direito de expressar decepção, hostilidade, frustação, tédio e ambivalência, embora se espere delas harmonia e serenidade" (DONATH, 2017, p.171). Todavia, apesar dessas outras formas de expressar e vivenciar a maternidade, mulheres ainda são confrontadas com discursos que visam convencê-la do contrário, para encaixar no modelo de "boa mãe" e reiterar o amor materno como natural. Diante da diversidade de discursos e posturas, ressalto que a maternidade não deve ser

compreendida como um dever ou uma atribuição com uma conduta pré-estabelecida (ideal de mãe boa/perfeita), mas como uma relação, apresentando diversas formas nas quais mulheres se percebem como mães e se relacionam com seus(suas) filhos(as) (TUCKER *apud* DONATH, 2017).

> Encarar a maternidade como uma relação pode nos permitir entendê-la como uma conjunção entre dois indivíduos específicos que mantêm um relacionamento dinâmico e em constante mudança. Essa percepção nos permite deixar de lado as abordagens mecanicistas de acordo com as quais todas as mães deveriam se sentir da mesma maneira no que diz respeito à relação com seus filhos. Assim, poderíamos nos referir à maternidade como parte de um espectro de experiências humanas, em vez de um vínculo unilateral na qual as mães são responsáveis pelos filhos e influenciam sua vida sem serem afetadas por sua maternidade. Visto desse modo, seríamos capazes de examinar o espectro das emoções que implica a maternidade: do amor profundo à profunda ambivalência. E, sim, também arrependimento (DONATH, 2017, p 222).

As mudanças nos padrões de feminilidade e maternidade também ocasionaram em transformações na vivência de homens, coexistindo tanto o arranjo tradicional/hegemônico, no qual é mínima a figura do pai nos cuidados, como cenários de maior participação e vínculo afetivo dos homens (STAUDT, WAGNER, 2008). Algumas práticas diárias no cuidado infantil (trocar fraldas, dar banho, etc.) não representavam "uma ofensa à virilidade", influindo na participação paterna (BADINTER, 2011, p. 123). Contudo, Staudt e Wagner (2008) retratam o limite que este vínculo pode ter para alguns homens em relação a um padrão de masculinidade:

> Em meio à busca masculina por uma maior aproximação daquilo que tradicionalmente cabia às mulheres, existe uma grande preocupação a respeito do quanto essa nova postura pode ou não interferir na manutenção da masculinidade. Muitos homens acabam encontrando-se em um dilema de estar mais engajado àquilo que estão lhe exigindo para acompanhar as transformações contemporâneas, e, ao mesmo tempo, temerosos em não comprometer sua imagem de virilidade e de macho diante de toda uma sociedade que estimula e valoriza tal característica (STAUDT, WAGNER, 2008, p. 179).

Estes aspectos demonstram a pluralidade e dinamicidade existentes nos arranjos de gênero, mas o enraizamento do padrão da masculinidade hegemônica ocasiona tensões e resistência a mudanças. Tal arranjo dominante é marcado pelo "consenso cultural, a centralidade discursiva, a institucionalização e a marginalização ou a deslegitimação de alternativas" (CONNELL, MESSERSCHMIDT, 2013, p.263). Nesse tensionamento, por mais que alguns homens busquem posturas diferentes no que tange a paternidade e ao cuidado - que também remete ao exercício de tarefas domésticas -, paira sob seus pensamentos as práticas discursivas que deveriam guiar suas ações

enquanto um *homem macho*: o distanciamento afetivo e não realizar o trabalho doméstico.

A politização do ambiente familiar também ocasionou na ruptura de mulheres com o "isolamento vivenciado no mundo doméstico, modificando sua postura com relação ao que ocorria fora das paredes da casa e aproximando sua participação cultural a dos homens" (PINSKY, 2012, p.506). Ampliou-se o número de mulheres em aprimoramento profissional e no mercado de trabalho. Contudo, com a precarização e flexibilização no mercado de trabalho, Hirata e Kergoat (2007, p.600) relatam o desenvolvimento de outras configurações na divisão sexual do trabalho, a exemplo do "nomadismo sexuado": para as mulheres, é o tempo do trabalho que é alterado, predominando trabalhos em tempo parcial e/ou dispersos no dia e na semana; já para os homens, apresenta um nomadismo no espaço, marcado por trabalhos provisórios ou que envolvem um distanciamento maior do seu local de moradia.

O crescente número de mulheres no mercado de trabalho também alterou a dinâmica doméstica, ocasionando quatro modelos de conciliação entre vida profissional e vida familiar: tradicional, conciliação, parceria e delegação (HIRATA, 2015). Segundo esta autora, na perspectiva tradicional, as mulheres não exercem trabalho remunerado e assumem os cuidados domiciliares e com os(as) filhos(as), cabendo ao homem a função de prover economicamente as necessidades da família.

Já no modelo da conciliação, as mulheres se inserem no trabalho assalariado, mas cabe a elas elaborar estratégias para conciliar a vida profissional com a familiar visto que alguns homens não veem necessidade de assumirem essa negociação "pois não existe para ele uma norma social, segundo a qual ele deva realizar o trabalho doméstico e de cuidados concomitante ao trabalho profissional" (HIRATA, 2015, p.5). Contrário ao anterior, no modelo da parceria as atividades domésticas e familiares são compartilhadas entre as mulheres e os homens de maneira igualitária. Por fim, no modelo da delegação, o cuidado com a casa, família e crianças permanece como atribuição feminina, sendo apenas transferido de uma mulher para outra, de maneira remunerada ou não.

Diante dessas transformações sociais, as possibilidades para as trajetórias de vida de mulheres puderam ser ampliadas para além de padrões dicotômicos e hierárquicos de feminilidades e masculinidades. Decorreu-se um processo de "despadronização" e "desinstitucionalização" das histórias das mulheres, o que levou à transformações dos padrões de gênero e normativas sociais em seus cursos de vida,

abrangendo processos de individualização, mudanças em seus projetos e na "subjetividade feminina, com a emersão de um novo ideal social de mulher" (CAVALLI *apud* BORGES, 2013, p.72).

> [...] as mulheres hoje estão cada vez mais descobrindo – devem descobrir – expectativas, desejos, planos de vida, que já não são ligados unicamente à família, mas também à própria pessoa. Elas precisam, primeiro no sentido econômico, planejar sua própria segurança existencial, se necessário até mesmo sem o homem. Elas não podem mais se ver apenas como "apêndices" da família, mas devem cada vez mais se compreender como pessoas individuais, com interesses e direitos, planos de futuro e possibilidades de escolhas próprias (BECK-GERNSHEIM, 2017, p. 76-77, grifos da autora).

Com isso, o avanço na emancipação feminina corroborou para transformações nas relações de gênero. Não obstante, quando há movimentos de mudanças, há também discursos e práticas de contestação de outras feminilidades, que reiteram o lugar tradicional da mulher e aspectos negativos ocasionados pela sua autonomia, tal como as acusações de abandono do lar e da feminilidade, no lugar de considerar como positivo a presença de outras expressões de ser mulher (PINSKY, 2012). Assim, as transformações são realizadas em meio aos discursos que querem endossar o binarismo e tradição nas relações de gênero. Nesse sentido, as mulheres "são feitas de rupturas e permanências. As rupturas empurram-nas para a frente e as ajudam a expandir todas as possibilidades, a se fortalecer e a conquistar. As permanências, por outro lado, apontam fragilidades" (DEL PRIORI, 2013, p.58-59).

Como lembra Connell e Pearse (2015, p 39), "reivindicamos lugar na ordem de gênero ou respondemos ao local dado", a vida é marcada por correlações de forças e contínuo processo de definições e (des)construções, tensões e confrontos, por vezes direto, outras vezes exercendo o poder de maneira indireta, caminhando pelos interstícios (ROMANELLI, 1995; ROCHA-COUTINHO, 1994). E nesses percursos, "o autor da vida está sempre a fazer-se e a refazer-se cotidianamente" (TIMM, 2012, p.189) diante do seu campo de possibilidades, construindo os espaços para sua subjetividade e projetos em meio à ordem social.

Nessas trajetórias femininas, como já mencionadas, as tecnologias contraceptivas foram importantes para a ruptura com o ambiente doméstico e a maternidade compulsória. No capítulo seguinte, destaco sobre o planejamento reprodutivo enquanto política nacional, principalmente a busca de mulheres pela laqueadura como forma de controlar a fecundidade.

2. O GÊNERO NO (DO) PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: CONTROLE DE FECUNDIDADE DE QUEM?

Neste segundo momento da discussão, apresento como o controle de fecundidade foi sendo incorporado na sociedade e nos corpos por meio das tecnologias contraceptivas. Ressalto como esta biopolítica foi se constituindo com o direcionamento maior para as mulheres, ao interligar o cuidado contraceptivo com a preocupação do crescimento populacional. O movimento feminista brasileiro corroborou contra as ações de controle de natalidade em prol do direito reprodutivo, principalmente em relação à laqueadura. Discorro sobre o surgimento da laqueadura no Brasil enquanto forma de controle demográfico até a sua viabilidade enquanto uma estratégia de planejamento reprodutivo[5]. Após, destaco dados da esterilização voluntária no Piauí e a organização deste serviço de saúde em Teresina (PI). Também destaco uma revisão da literatura sobre como as escolhas por planejamento reprodutivo, especificamente a laqueadura, podem estar relacionadas com os padrões de gênero.

De maneira geral, o controle da fecundidade é uma manifestação da racionalidade moderna no direcionamento da vida reprodutiva, que pode apresentar-se de diferentes formas, variando conforme mudanças de alguns elementos: a estrutura social de classes, a cultura e o sistema familiar (THERBORN, 2015). Segundo este autor, a estrutura social de classes influi na decisão sobre filhos(as) na medida em que proporciona reflexões sobre custos e benefícios de ter ou não mais filhos(as). Sobre as determinações culturais na fecundidade, essas são responsáveis pelas mudanças na concepção sobre a família, o significado dos(as) filhos(as) e os projetos de vida nesse contexto.

A dinâmica familiar possui destaque na regulação da fecundidade por dois fatores: o seu "conteúdo normativo" e a sua "estrutura legítima de decisão" (THERBORN, 2015, p.354). Conforme este autor, a normatividade presente nas relações familiares orienta a sua moralidade, organização e os arranjos de gênero,

[5] Nos últimos anos, autores(as) tem utilizado a nomenclatura de planejamento reprodutivo no lugar de planejamento familiar, por considerarem ser mais abrangente, uma vez que mulheres e homens que não possuem a intenção de constituir uma família podem fazer uso de tecnologias contraceptivas isoladamente (BRASIL, 2013; HEILBORN *et al*, 2009). Com isso, priorizo o uso da terminologia planejamento reprodutivo ao tratar da contracepção dos sujeitos da pesquisa, mas no aspecto histórico da constituição da política, utilizo a sua nomenclatura oficial diante do texto legal ainda utilizar planejamento familiar.

influenciando na reflexão sobre a importância ou não de ter filhos(as) em sua constituição. Além disso, as decisões neste ambiente podem ser marcadas por uma hierarquia ou assimetria entre os membros que detém a autoridade e definem questões importantes, como a escolha por ter ou não filhos(as) e quantos ter. Ao levar em consideração famílias que seguem padrões de gênero patriarcais, essa estrutura de decisão é predominantemente masculina, cabendo ao homem definir a dinâmica familiar e, por conseguinte, quais métodos contraceptivos são aceitáveis ou não.

É importante destacar o dispositivo de saber e poder sobre o sexo presente nas relações sociais e que influi também no aspecto cultural e familiar sobre a regulação da fecundidade: a "socialização de condutas de procriação" (FOUCAULT, 2015, p.114). Conforme Foucault (2015, p.150), por meio de uma "biopolítica da população", determinadas sociedades regulam corpos e disciplinam a população, influindo na reprodução ao produzir discursos e práticas que incitem ou limitem a fecundidade das pessoas.

Na sociedade ocidental moderna, a socialização destas condutas direcionou-se para a sexualidade feminina, seja para induzir as mulheres a ter grande número de filhos(as) ou para convencê-las a controlar a quantidade de nascimentos (SAFFIOTI, 2004). Na metade do século XX, as ações relacionadas ao controle de natalidade e à organização das políticas públicas focavam o corpo feminino, transformando os programas de planejamento reprodutivo em um instrumento de controle sexual e reprodutivo feminino (QADEER, 2000; RAMIREZ, 2002).

Essa centralidade nas mulheres também contribuiu nas formas desenvolvidas para frear a fecundidade, uma vez que as tecnologias contraceptivas foram produzidas para os seus corpos. Tais inovações na contracepção foram fundamentais para que o controle de fecundidade atingisse uma dimensão internacional, sendo produzidos em países desenvolvidos e destinados principalmente para as camadas populares e países subdesenvolvidos (THERBORN, 2015).

> Em 1960 e nos anos anteriores, tornou-se disponível toda uma série de anticoncepcionais eficazes. Ao lado da pílula, lançada no mercado americano em 1960, havia também os dispositivos intrauterinos (DIUs) e fácil acesso à esterilização feminina e masculina. No decorrer dos anos 1950, um novo sentido de controle sexual foi transmitido de cima para os pobres, analfabetos e oprimidos pelo desenvolvimento de contraceptivos baratos e de fácil utilização que podiam ser usados pelas populações pobres com pequena motivação ou autoconfiança (THERBORN, 2015, p.393).

Assim, o acesso às tecnologias contraceptivas ao tempo que representava uma conquista para a autonomia feminina, também ficava entre o limiar de normativas

disciplinares sobre o corpo e práticas regulatórias da população (FOUCAULT, 2010). Foi o que se observou no contexto brasileiro, no qual a contracepção muitas vezes foi uma forma de disciplinamento do corpo e sexualidade feminina para fins de controle demográfico, mas também consistiu em um meio de autodeterminação das mulheres sobre a sua reprodução, como veremos adiante.

2.1. A esterilização "voluntária" no Brasil: discursos e práticas generificadas

No panorama brasileiro, a taxa de fecundidade começou a declinar consideravelmente na década de 1960 e apresentou maior queda pelos anos de 1980. Além de mudanças na estrutura de classe, aspectos culturais e familiares, outros elementos que influenciaram no planejamento reprodutivo foram: fatores políticos e econômicos internacionais, melhorias na escolarização; aumento da proletarialização, urbanização e migração no sentido nordeste-sudeste; desenvolvimento dos meios de comunicação e a politização da realidade das mulheres brasileiras (MOLINA,1999; THERBORN, 2015). Diante dessas transformações, é importante compreender os jogos de interesses e práticas discursivas dos diversos atores sociais envolvidos no processo histórico de constituição do planejamento reprodutivo enquanto um direito social, principalmente observar como as relações de gênero influem em sua organização nacional.

A laqueadura foi introduzida na sociedade brasileira pelos anos de 1950 através de médicos do setor privado de saúde[6]. Como neste período não havia critérios legais, tais profissionais definiam as condições que julgavam adequadas para a realização do procedimento, privilegiando a sua realização em mulheres com histórico de partos cesarianos consecutivos e que já estivessem na terceira gestação. Apenas na década de 1970 foi expandido para as camadas populares, tendo a sua consolidação nos anos 1980 – assim como a queda da natalidade (HITA, SILVA, 1998). Este percurso da sua consolidação foi marcado por correlações de forças e discursos que entraram em disputas, com destaque às pressões internacionais para o declínio populacional, à

[6] Segundo Minella (2005), ao contrário da laqueadura, a vasectomia era pouco conhecida e divulgada, tendo avanços com o surgimento de uma clínica direcionada para este procedimento, na década de 1980, em São Paulo. Todavia, outras autoras apontam que, desde 1992, a vasectomia já constava como procedimento pago pelo SUS, destacando a contradição do sistema de saúde, uma vez que antes da legalização desses dois procedimentos "pagava pela vasectomia e não pela laqueadura tubária" (BERQUÓ, CAVENAGHI, 2003, p.449).

postura do Estado sobre a questão e à reivindicação de mulheres para sua constituição enquanto um direito, e não uma obrigação.

Dentre os discursos contrários à prática contraceptiva encontravam-se os das instituições religiosas, normativas legais e institucionais. A Igreja Católica era contra qualquer forma não natural de regular a fecundidade, desde o aborto até as tecnologias contraceptivas (BARSTED, 1998; CORRÊA, ÁVILA, 2003). A laqueadura era interpretada como um crime, o que comprometia a sua realização junto ao serviço público de saúde.

Na década de 1940, o Código Penal brasileiro não fazia menção direta sobre a esterilização, mas condenava qualquer lesão corporal que acarretasse perda ou inutilidade de função. Com isso, o Ministério da Saúde e profissionais utilizavam este documento como uma justificativa para a criminalização da laqueadura e vasectomia enquanto uma prática de lesão corporal. O código de ética médica também proibia a esterilização voluntária até 1988, por meio da Resolução 1.154/1984, excetuando situações de indicação médica (BERQUÓ, CAVENAGHI, 2003). Além disso, até 1979, punia-se a fabricação e divulgação de anticoncepcionais (BARSTED,1998; BERQUO, CAVENAGHI, 2003; SCAVONE, 2004).

Todavia, mesmo com esse contexto de ilegalidade, a esterilização ocorria em um cenário de clandestinidade durante os partos cesáreos, com as mulheres realizando pagamentos para os médicos, que registravam nos prontuários como sendo outro procedimento (BERQUO, CAVENAGHI, 2003) ou mediante acordo com agentes políticos no qual a laqueadura era viabilizada em troca do voto (CORRÊA, ÁVILA, 2003). O mercado farmacêutico também não ficou estagnado, continuando a comercialização de anticoncepcionais (BARSTED, 1998).

Apesar desse terreno de criminalização e ilegalidade, existiam discursos favoráveis à prática da laqueadura, cujos intuitos nem sempre foram a sua defesa enquanto um direito reprodutivo. Nesse sentido, destacavam-se as agências controlistas internacionais e nacionais, com base em diferentes correntes de pensamento sobre controle populacional e desenvolvimento econômico, inspirando-se principalmente em ideias do movimento eugênico e neomalthusiano (ALVES, CORRÊA, 2003).

A perspectiva eugênica enfatizava que o problema demográfico não seria a quantidade populacional, mas as questões raciais/étnicas, que dividem a população qualitativamente. Com isso, direcionavam as medidas de controle de natalidade para raças/etnias específicas, tendo as mulheres negras como principal alvo devido ao seu

corpo fértil e raça (ALVES, CORRÊA,2003; MISKOLCI,2005). Já o movimento neomalthusiano compreende que o crescente número de filhos(as) das camadas populares impedem o desenvolvimento, defendendo a redução da natalidade e da pobreza através de medidas coercitivas de controle da fecundidade e do uso de métodos contraceptivos, dentre eles o aborto e a esterilização (ALVES, CORRÊA, 2003).

Considerando esses diferentes discursos e que a esterilização feminina se desenvolveu durante a ditadura militar, o Estado brasileiro não tinha um consenso sobre sua postura, alternando entre membros que eram favoráveis à queda demográfica pelo controle de natalidade e outros direcionados para uma perspectiva anticontrolista, em defesa da soberania de uma nação forte e grandiosa. Nessas indefinições, o Estado não assumiu um posicionamento direto, mas o fez indiretamente ao permitir a entrada de agências controlistas internacionais para atuarem por meio de organizações não-governamentais, entre as décadas de 1960-1970 (SOIHET, 2015).

> A diversidade de opiniões dentro dos governos militares levou-os a uma deliberada omissão, que se, por um lado, não os conduziu à formulação explícita de uma política de controle da natalidade, por outro, possibilitou o livre trânsito no governo dos tecnocratas favoráveis ao controle da natalidade e o livre acesso à população de organizações privadas nacionais e internacionais de inspiração neomalthsiana, que agiam principalmente no Nordeste do país (CARVALHO, BRITO, 2005 p. 356).

Esta intervenção internacional ocorreu diante da justificativa de preocupação dos países desenvolvidos com o expressivo crescimento populacional nos países em desenvolvimento após a segunda guerra mundial. Decerto, o crescimento econômico e a modernização social desses países corroborariam para a redução populacional. No entanto, norte-americanos e instituições como a Organização das Nações Unidas e o Banco Mundial não acreditavam nesse cenário para os países em desenvolvimento, ponderando a necessidade de medidas de controle da natalidade (CARVALHO, BRITOS, 2005).

Assim, além das exigências dos países credores em diminuir o crescimento demográfico brasileiro, conforme os planos de ajustes estruturais do Fundo Monetário Internacional (FMI), essas instituições internacionais e países desenvolvidos passaram a atuar no Brasil por meio de colaboração econômica e apoio técnico, financiando programas de controle de natalidade (SCAVONE, 2004; BARSTED, 1998; ALVES, CORRÊA, 2003; COELHO, LUCENA, SILVA, 2000). A presença de agências financiadas por entidades internacionais iniciou pela década de 1960, com a International Planed Parenthood Federation (IPPF), sediada em Londres, ampliando-se

com a criação da Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM), em 1965.

Sob o intuito de promover ações de educação sexual e planejamento familiar, a BENFAM foi ganhando terreno junto à população brasileira pobre, fornecendo gratuitamente métodos contraceptivos e realizando parcerias, como a efetuada com o Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher (CPAIM), para a realização da laqueadura junto ao parto cesáreo em hospitais públicos. Todavia, seus interesses não era a garantia de acesso ao direito reprodutivo, a finalidade era controlar a fecundidade de tais classes sociais (DAMASCO, MAIO, MONTEIRO, 2012; COELHO, LUCENA, SILVA, 2000; SOIHET, 2015).

Com tais ações, na década de 1970, os métodos contraceptivos já haviam ampliado a sua cobertura no Brasil através das ações controlistas internacionais e da omissão do Estado (CARVALHO, BRITOS, 2005). Entretanto, cabe lembrar que uma ação – ou omissão – possui uma intencionalidade e objetivos específicos como uma estratégia de poder (FOUCAULT, 2014, 2015). Assim como a atuação dessas instituições tinham o intuito de regular a população, a ausência de posicionamento nacional em relação ao controle demográfico permitiu a livre intervenção internacional e circulação de tais tecnologias contraceptivas no mercado farmacêutico, ocorrendo uma "política implícita de controle populacional" (VIEIRA, 2003, p.159).

Um aspecto importante para a "socialização de condutas de procriação" (FOUCAULT, 2015, p.114) e a construção de significados sobre o uso de contraceptivos foram os discursos presentes nos meios de comunicação, principalmente nas revistas direcionadas ao público feminino. Entre os anos 1960 e 1980, a imprensa brasileira produzia discursos contraditórios, na medida em que, de um lado, divulgavam os efeitos colaterais dos contraceptivos orais, e do outro, levantavam na sociedade a preocupação com as possíveis consequências do crescimento demográfico e socializavam modelos de famílias reduzidas, com duas crianças como um número ideal (SOIHET, 2015).

Tais enunciados e suas interpretações corroboraram em mudanças culturais na família, principalmente no olhar sobre o corpo feminino e na constituição de sua subjetividade: um corpo que carregava um risco de ocasionar uma superpopulação e que, por isso, precisava ser disciplinado e compreender a contracepção como algo positivo para elas e para a sociedade (PEDRO, 2003). Ademais, havia a prática de racismo em algumas campanhas publicitárias contraceptivas, como na divulgação do

Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH), em 1986, em Salvador. Com o intuito de incentivar a realização do controle de natalidade, este Centro "utilizou como material de divulgação outdoors com fotos de crianças e mulheres negras com os dizeres *defeito de fabricação*" (DAMASCO, MAIO, MONTEIRO, 2012, p 139, grifos meus).

Em síntese, nas décadas de 1970 a 1980, com a "omissão" do Estado, os discursos dos meios de comunicação, a difusão e o acesso aos anticoncepcionais com o fornecimento limitado de informações sobre o seu uso e a criminalização legal e moral do aborto, as mulheres acabavam optando pela laqueadura. Certamente, a esterilização também era clandestina, mas não era condenada socialmente da mesma forma que o aborto, principalmente para as mulheres que já vivenciavam a maternidade.

> As organizações que ofereciam planejamento familiar o faziam numa perspectiva abertamente controlistas, sem oferecer a informação necessária ou serviços de qualidade. O acesso a pílulas, condons e injetáveis pelo mercado tampouco cumpria pré-requisitos mínimos para uso correto dos métodos. Seriam inevitáveis as falhas contraceptivas, os efeitos colaterais e problemas de acesso, circunstâncias que terminariam por instalar entre as mulheres uma cultura de descrédito com relação aos métodos reversíveis. Num contexto em que o aborto era ilegal e arriscado, abriu-se espaço para a oferta da esterilização cirúrgica (CORRÊA, ÁVILA, 2003, p 45).

Além dos aspectos mencionados acima, ocorreu a influência do desconhecimento sobre o próprio corpo por parte de algumas mulheres, o que fazia com que optassem por um método mais medicalizado e que não exigesse um melhor conhecimento e acompanhamento contínuo do seu corpo (COELHO, LUCENA, SILVA, 2000). Tais limites em outras tecnologias contraceptivas propiciaram um terreno para que a esterilização feminina predominasse como "escolha". Com isso, concordo com Corrêa e Ávila (2003, p.44) ao dizerem que, por mais que o fornecimento das tecnologias contraceptivas correspondesse com parte das demandas das mulheres, a forma como foi realizado foi "uma combinação perversa entre falhas de políticas públicas e distorções de mercado".

Além desses aspectos do contexto nacional, cabe ressaltar algumas particularidades da laqueadura no Nordeste, uma vez que nas décadas de 1980 a 1990 a sua realização predominou entre as mulheres nordestinas (HITA, SILVA, 1998), Conforme dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher (PNDS). Potter e Caetano (1998) apresentam que mesmo com sua a ilegalidade, a esterilização feminina nesta região era feita principalmente em serviços públicos de

saúde e financiada por terceiros, o que demonstrava uma relação singular das mulheres com médicos e políticos locais.

> [...] no Nordeste, a maioria das esterilizações são feitas em um hospital público ou conveniado e pagas por um político ou pelo médico (69,5%), ao passo que no restante do país a maioria das esterilizações foram pagas pelas próprias pacientes (59%). [...] enquanto nas demais regiões tende-se a privilegiar o lucro, no Nordeste os dados da PNDS 1996 nos levam a crer que são as relações de dependência e troca características do clientelismo estão sendo priorizadas. (POTTER, CAETANO, 1998, p. 169)

Nesse sentido, estes autores destacam a transformação nas práticas de clientelismo político-eleitoral, incluindo-se aqui a troca de votos pelo acesso ao procedimento cirúrgico da laqueadura. Potter e Caetano (1998) ponderam sobre a conexão política da laqueadura no Nordeste diante do seu aumento em anos eleitorais (1992 e 1994), principalmente nos meses que antecedem as eleições (agosto, setembro e outubro), ocorrendo uma queda no número de nordestinas que optaram por este procedimento nos anos não-eleitorais (1993 e 1995). Essa variação, muitas vezes, ocorre no restante do país, mas não com a mesma intensidade, apresentando um caráter regional político na organização e financiamento deste procedimento.

> Ao passo que o paternalismo político e as relações de clientela têm já uma longa história tanto no Nordeste quanto no resto do país, eleições regulares em todos os níveis de governo foram restabelecidas com o advento da Nova República, em 1986. Nesse sentido, os dados da PNDS 1996 indicam que, no Nordeste, a esterilização configurou-se como um bem de escambo social, consequência das inter-relações entre formas específicas da participação popular na política, da evolução da demanda por contracepção e da estrutura de serviços de saúde – em particular, da oferta de serviços de saúde reprodutiva – na região. (POTTER, CAETANO, p.152)

Com isso, conforme Scavone (2004) e Soihet (2015), o problema não se encontrava no interesse de mulheres e da sociedade pela redução familiar, mas sim na forma como ocorria a adesão do Brasil às medidas de controle de fecundidade. O enfoque inicial não foi a garantia de direitos sexuais e reprodutivos às mulheres e homens, mas sim a preocupação com o crescimento demográfico, consolidando ações de planejamento reprodutivo com um recorte de gênero, raça/etnia, classe e regional. Assim, a história brasileira da prática da esterilização enquanto tecnologia contraceptiva demonstrou uma relação entre reprodução e intervenção social que se construiu com base em uma corporeidade específica: mulher, negra, pobre e nordestina (HITA, SILVA, 1998; SCAVONE, 2004; BERQUÓ, CAVENAGHI; 2003; MINELLA, 2005; SOIHET, 2015; DAMASCO, MAIO, MONTEIRO 2012).

Em contraposição à prática das tecnologias contraceptivas como forma de controle de natalidade, o movimento feminista esteve atuante durante esses anos,

questionando o contexto de surgimento da contracepção e defendendo a politização dos direitos reprodutivos. Enquanto as políticas demográficas e o mercado se direcionavam para o acesso a técnicas contraceptivas reguladoras da fecundidade e a venda de novos produtos, os movimentos feministas defendiam a autonomia e liberdade de escolhas de todas as mulheres pela maternidade ou não-maternidade (SCAVONE, 2004).

> O comportamento de ampla adesão às práticas de controle da natalidade em todo o país traduz o desejo de conquista de um tempo aplicável às demandas femininas de *sair*, de reduzir a carga de obrigações e de reprogramar o tempo aplicado à casa, mas também de resolver dependências entre as mulheres. Agora, porém, as lutas feministas por direitos reprodutivos, quando estendem o direito de controle da concepção a todas as mulheres, redefinem o ideal do igualitarismo. Um novo patamar de consciência de gênero aparece nas lutas por direitos reprodutivos, direitos iguais para mulheres desiguais (COSTA, 2002, p. 312, grifos da autora).

Para a luta feminista da época, implementar ações de direitos reprodutivos e sexuais significava questionar os arranjos tradicionais de gênero na família e como se configuravam os processos sociais que naturalizavam a relação da mulher com a maternidade e o ambiente doméstico. O controle sobre os seus corpos estava relacionado a reivindicações como a livre escolha pela maternidade, pelo aborto e pelo conhecimento e acesso adequados a métodos contraceptivos.

Diante de denúncias feministas da isenção da responsabilidade masculina na contracepção e a centralidade nas mulheres, além dos limites nas informações sobre os métodos, o Estado brasileiro passou a organizar ações para melhorar a assistência na saúde da mulher (COSTA, SILVESTRE, 2004; DAMASCO, MAIO, MONTEIRO 2012; SOIHET, 2015). Em 1983, foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), rompendo a inatividade do Estado e representando um marco histórico nas políticas públicas para as mulheres.

> Seus princípios questionavam a relação autoritária entre profissionais de saúde e usuárias, enfatizavam as práticas educativas e criticavam as políticas demográficas. Quanto à contracepção, o PAISM acatava a separação entre sexualidade e procriação, defendia o respeito à autonomia dos indivíduos envolvidos no processo reprodutivo, condicionando a oferta de métodos à intenção da mulher ou do casal em limitar a prole(HEILBORN *et al*,2009, p. 270).

Todavia, tal iniciativa recebeu algumas críticas por não considerar a mulher em sua integridade, uma vez que suas ações tinham como foco a saúde reprodutiva e sexual e o planejamento familiar, direcionando-se para o corpo fértil das mulheres (COSTA, SILVESTRE, 2004; OSIS, 2006). Além da conquista da criação do PAISM, em 1993, as acusações e reivindicações do movimento feminista em busca de regulamentação da

laqueadura chegaram ao parlamento brasileiro. Foi instaurado uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) para investigar a incidência em massa da esterilização feminina, fomentando uma ampla discussão sobre a realidade de muitas mulheres e apresentando algumas conclusões, como a ausência de política de saúde para elas, o interesse internacional no controle de fecundidade, o crescimento demográfico e a indefinição nacional de critérios para a laqueadura. Dentre as propostas apresentadas, encontrava-se a normatização legal como forma de conter os abusos em relação à reprodução e contracepção feminina (DAMASCO, MAIO, MONTEIRO, 2012).

Estes parâmetros legais vieram anos após a CPMI, em 1996. Como lembra Scavone (2004), a taxa de fecundidade já havia diminuído conforme as exigências internacionais, não tendo mais a necessidade de continuarem com estratégias de controle de natalidade. Porém, ainda significava uma demanda importante para as mulheres, sendo regulamentada pela lei 9.263/1996 e iniciando a sua vigência em 1997.

Conforme essa lei, planejamento familiar trata-se de um conjunto de ações com o intuito de regular a fecundidade, seja para a constituição, restrição ou ampliação do número de filhos(as) de mulheres, homens ou casais. Para tal, os serviços públicos de saúde devem oferecer as tecnologias de concepção e contracepção que não coloquem em risco a saúde dos sujeitos e garantam a liberdade de escolha. Em relação às empresas ou financiamento internacional, é permitida a colaboração para ações e fomento de pesquisas na área de planejamento reprodutivo, mediante a autorização, fiscalização e controle pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1996). A referida lei também define critérios para a realização da esterilização, evitando que essa permanecesse apenas conforme o entendimento médico (HITA, SILVA, 1998).

> Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:
> I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;
> II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos (BRASIL, 1996, p.2).

Além disso, é proibida a indução ou o incentivo individual ou coletivo à prática da esterilização, tendo que ser realizada mediante a livre manifestação da vontade da pessoa, registrada em documento escrito, após a informação sobre os possíveis riscos da esterilização, seus efeitos colaterais, outras opções contraceptivas reversíveis, assim como a dificuldade na reversão do procedimento de esterilização. Também veda a

esterilização cirúrgica em mulheres durante o parto ou aborto, exceto em situações de sucessivas cesarianas nas gestações anteriores. Caso a pessoa que queira realizar a esterilização vivencie uma relação conjugal, seja mulher ou homem, é necessário o consentimento por escrito dos(as) dois(duas)[7] (BRASIL, 1996).

Esse novo contexto legal oportunizou mudanças na prática da esterilização e no perfil do uso das tecnologias contraceptivas. Também ocorreram avanços gerais relacionados à saúde da mulher na medida em que ampliou o enfoque para uma perspectiva de atuação em rede e direcionada para a atenção integral e intersetorial na saúde, reconhecendo a complexidade e diversidade dos problemas de saúde da mulher para além do âmbito reprodutivo e sexual[8] (COSTA, SILVESTRE, 2004).

> Houve a homogeneização do acesso à esterilização feminina para os estratos sociais, uma maior participação do homem na contracepção de mulheres com melhor nível socioeconômico, mas pouca melhora na "qualidade" da contracepção de mulheres com pior nível socioeconômico (BRASIL, 2009, p.88, grifos do autor).

Assim, é possível perceber transformações no uso das tecnologias contraceptivas após a sua regulamentação enquanto um direito social, como apresenta os dados da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA, 2012) e da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher – PNDS 2006 (BRASIL, 2009).

Tabela 1 - Percentual de uso de métodos anticonceptivos referido por mulheres, segundo idade da mulher

Idade da mulher	Pílula		Parceiro utilizando preservativo (condom)		Esterilização feminina		Parceiro esterilizado		Demais métodos	
	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006
15-19	8,8	18	3,3	13,9	0,1	0	0	0,1	2,5	4,6
20-24	26,1	36,7	5,2	17,5	5,9	2,3	0,4	0,3	6,2	9,4
25-29	27	34,2	6,5	13,3	21,1	12,4	1,2	2,3	8,9	9,5

[7]Esses critérios e proibições não foram alterados desde a publicação da lei, mas existe projeto de lei nº 313/2007, em trâmite na Câmara dos Deputados, que visa modificá-los. Propõe a promoção de atividades educativas sobre sexualidade, a diminuição da idade, a não obrigatoriedade do consentimento do cônjuge em situação de relação conjugal e a exclusão da restrição da laqueadura no momento do parto ou aborto (BRASIL, 2007).

[8] Mesmo com ações centradas em um olhar integral à mulher, há críticas por parte de algumas organizações do movimento feminista brasileiro diante do que é considerado prioritário, remontando aspectos anteriormente problematizados. A constituição da Rede Cegonha, que consiste em cuidados materno-infantil (BRASIL, 2011), tem sido criticada em seu conteúdo pela omissão de temáticas como violência sexual e aborto inseguro e por direcionar, novamente, o campo prioritário da saúde da mulher para a reprodução e maternidade (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2011).

30-34	21,4	22,8	4,7	13,2	37,6	26,7	3,8	5,7	7,9	10,1
35-39	11,9	16,7	3,8	10,4	49	37,8	3,6	5,6	7	8,9
40-44	6,7	12,7	3,6	12,5	53,4	41,3	1,6	6,7	5,9	6,8
45-49	3,3	6,4	2,6	7,1	47,6	45,7	1	3,6	7,2	4,2
Total	**15,8**	**22,1**	**4,3**	**12,9**	**27,3**	**21,8**	**1,6**	**3,3**	**6,4**	**7,7**

Fonte: RIPSA, 2012

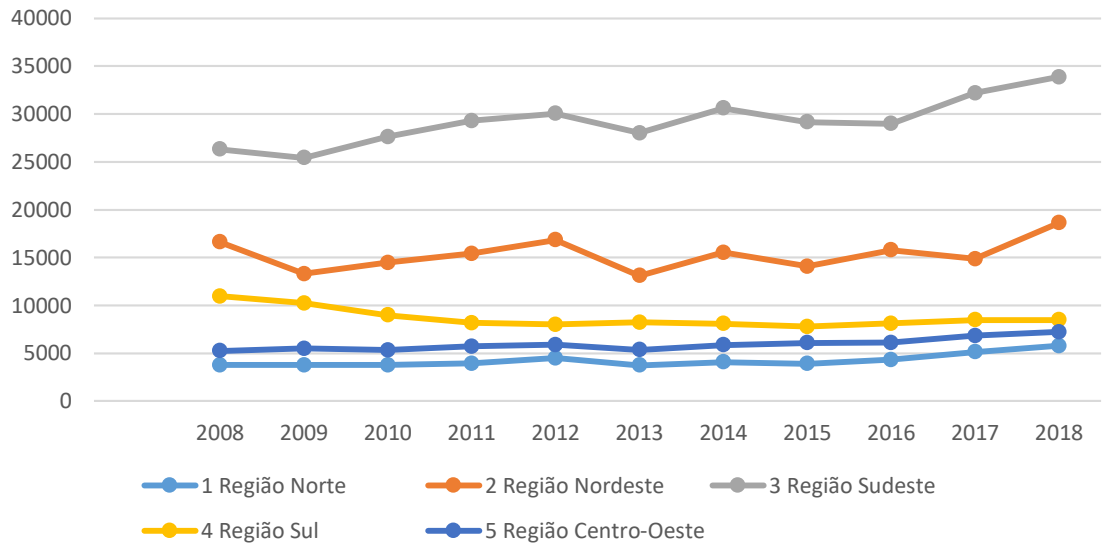
Conforme este comparativo, nesses dez anos houve uma mudança na distribuição dos métodos utilizados de acordo com o sexo, ocorrendo a redução da esterilização feminina e o aumento do uso da pílula, da esterilização masculina e do condom. Decorreu também uma variação geracional, sendo as tecnologias contraceptivas reversíveis utilizadas principalmente por adultas jovens, enquanto observou-se um envelhecimento nas faixas etárias em que predomina a realização da laqueadura e vasectomia. Considerando este intervalo de anos, aconteceu certo aumento na realização da participação masculina na contracepção, mas ainda é inferior à feminina.

Tais alterações no protagonismo do controle reprodutivo também estão associadas a outros fatores, como a escolaridade e a classe social. Em 2006, a prevalência da vasectomia ocorreu em homens com mais anos de estudos (6,4%) e com elevada renda (13,3%). De maneira contrária, neste mesmo ano, a laqueadura foi realizada principalmente por mulheres com menos anos de estudo (49,9%) e de baixa renda (32,2%). Já as mulheres com maior poder aquisitivo optavam mais pelo uso de anticoncepcionais orais (BRASIL, 2009; UNFPA, 2008). Essa mudança entre as mulheres estava relacionada com a dificuldade sentida no uso de pílulas anticoncepcionais por aquelas pertencentes à classe popular e que dependiam do sistema público de saúde, serviço que também apresentava limites na incorporação do planejamento reprodutivo junto à atenção primária de saúde (BRASIL, 2009).

De 2008 a 2018, a realidade social continuou apresentando modificações na escolha pela esterilização. Os gráficos abaixo referentes ao quantitativo de internações para laqueadura e vasectomia na última década oportunizam um panorama atual e comparativo com os dados iniciais, principalmente no aspecto regional e de gênero. Também servem para ponderar sobre o grau de fornecimento destas tecnologias

contraceptivas, uma vez que o número de municípios credenciados e habilitados nestes procedimentos influi na demanda e acesso da população[9].

Gráfico 1 - Número de internações por ano - procedimento laqueadura (2008-2018)



Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Diferentemente da década de 1990, a maioria das mulheres que realizaram a laqueadura nos últimos anos encontravam-se na região Sudeste (31%), seguidas pelas nordestinas (24%) e sulistas (14%). O Centro-Oeste e o Norte foram as regiões nas quais este procedimento foi menos realizado, com 9% e 7% dentre as mulheres, respectivamente. Entre os estados nordestinos, a realização da laqueadura é maior no Ceará e menor em Alagoas, enquanto o Piauí figurou em sétimo lugar.

Chama a atenção que nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste o aumento da realização de laqueaduras coincide com alguns anos eleitorais (2012, 2014, 2016 e 2018). Seguido desse aumento, decorre o seu declínio em período não eleitoral (2013, 2015, 2017). Isso pode sugerir uma relação entre a prática da laqueadura e o período eleitoral, principalmente no Nordeste, diante das variações presentes no período de 2012 até o último ano de registro. Tais informações coadunam com a pesquisa anteriormente

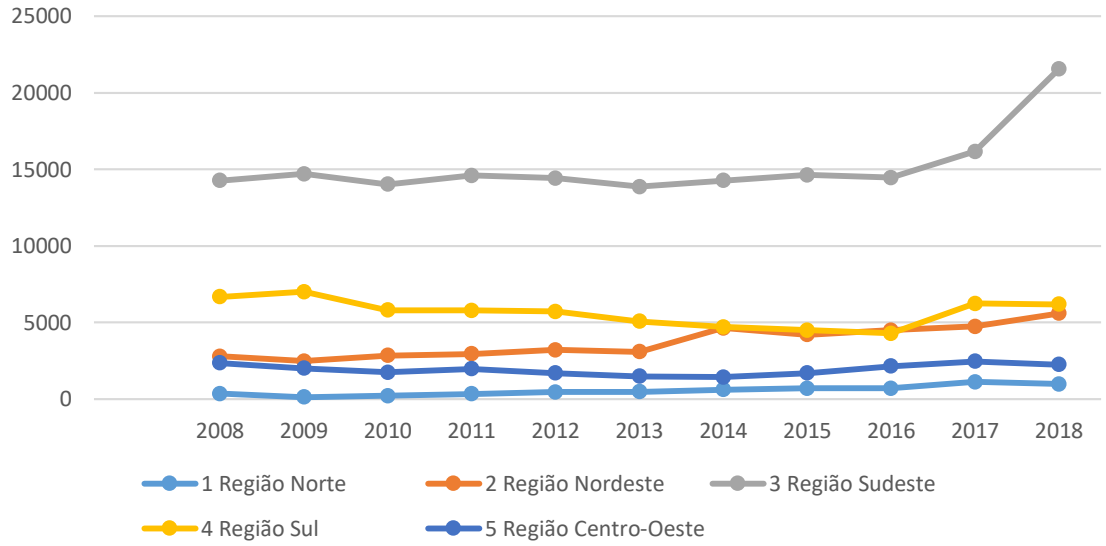
[9] Estes dados foram obtidos através da base de informação de saúde do Ministério da Saúde, provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e processados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). A pesquisa foi realizada em fevereiro de 2018, considerando os seguintes critérios: região do Brasil, período da realização do procedimento (2008 a 2018), quantidade de internações por procedimento, procedimentos (laqueadura e parto cesáreo com laqueadura; e vasectomia) e regime do serviço de saúde (rede pública e privada de saúde). A tabela foi elaborada pela pesquisadora, conforme os dados fornecidos pela plataforma digital, tratando-se apenas de um demonstrativo do contexto brasileiro, visto que podem ter sido realizados esterilizações que não foram cadastradas neste sistema ou que constam com o nome de outro procedimento, situação comum quando é realizado de maneira informal.

mencionada de Potter e Caetano (1998), remontando a continuidade de uma prática clientelista junto ao fornecimento da laqueadura.

Assim, decorre a articulação entre um método contraceptivo com uma prática política, em que um serviço de saúde se transforma em uma negociação. O acesso à laqueadura deriva de procedimentos médicos e legais específicos, contudo este fornecimento pode ser influenciado por políticos em períodos eleitorais, à revelia daqueles procedimentos. Ocorre, então, uma troca de voto por um acesso "desburocratizado" à laqueadura. Com isso, tem-se a formação de redes informais de acesso ao procedimento, que corroboram para particularidades culturais e regionais da laqueadura.

Além disso, observa-se a relação entre um recorte de gênero e a troca de votos por procedimento de saúde. A esterilização feminina é considerada como um dos serviços mais oferecidos durante o período eleitoral, e a sua prática recebe um destaque em campanhas contra a corrupção eleitoral na saúde (TRESSA, 2016). Nestas mesmas campanhas não se observa recortes no fornecimento de serviços para a saúde masculina. Como podemos observar no gráfico abaixo sobre vasectomia, não se percebe a mesma variação da realização do procedimento com os anos eleitorais e não eleitorais. O que denota a maior exposição de mulheres à prática política clientelista.

Gráfico 2- Número de internações por ano - procedimento vasectomia (2008-2018)



Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Diferentemente das variações presentes na laqueadura, a vasectomia apresenta um contínuo crescimento na maioria dos anos, exceto na região Sul, que diminuiu o seu quantitativo entre os anos de 2012 a 2016. Similar ao dado sobre a laqueadura, a

maioria dos homens que optaram pela esterilização realizou o procedimento na região Sudeste (56%). Em segundo lugar destacam-se os homens do Sul do Brasil (21%), seguidos pelos nordestinos (14%). As regiões Centro-Oeste e Norte também possuem os menores quantitativos, com 7% e 2%, respectivamente. Entre as capitais nordestinas, a Bahia é o estado que mais realizou a vasectomia, estando novamente o Piauí em sétimo lugar, seguido de Alagoas como o estado nordestino com menor quantitativo.

Ao comparar os dois gráficos, observa-se a predominância da laqueadura. Dentre as internações realizadas para esterilização entre 2008 a 2018, 70% foram em decorrência do procedimento de laqueadura e 30% para a realização de vasectomia. Contudo, ao observar individualmente cada região, dois Estados apresentam uma distinção no gênero da esterilização. Em Santa Catarina, na última década, 52,20% das internações foram para realizar a vasectomia e 47,80% de laqueadura. Apenas em 2016 houve uma pequena inversão neste quadro, no qual teve-se 1.873 internações para laqueadura e 1.797 para vasectomia. Dentre os estados da região Sul, Santa Catarina registrou o menor quantitativo para a laqueadura. Já o Distrito Federal também foi o local na região Centro-Oeste em que ocorreu menos laqueadura, destacando-se pela predominância de homens (58,36%) em relação às mulheres (41,64%). Apenas nos anos de 2010, 2014 e 2015 houve mais mulheres do que homens que optaram pela esterilização.

Tais dados articulam-se com a despadronização das trajetórias de mulheres e de homens, uma vez que demonstra mudanças no planejamento reprodutivo entre os gêneros. Mesmo que ainda predomine consideravelmente a laqueadura, é importante destacar o fato de a vasectomia continuar aumentando e ter o registro de Estados nos quais é maior a preferência deste método por homens do que a laqueadura pelas mulheres. Com isso, mostra-se a pertinência do aprofundamento de estudos nestes locais a fim de compreender as relações de gênero nas motivações pela escolha da esterilização masculina. Pode-se considerar que ocorre uma ampliação dos sentidos e vivências das masculinidades, nas quais a esfera reprodutiva e contraceptiva é também um campo de participação e de responsabilidade dos homens, independentemente do seu estado civil.

A laqueadura, mesmo ainda apresentando uma correlação com a prática política de clientelismo, também reflete mudanças nas feminilidades, principalmente quando associado a outros dados. Conforme a análise do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas - IBGE (2018a), observa-se um envelhecimento na idade em que mulheres

se tornam mães e uma queda no número de nascimentos entre os anos de 2000 e 2001, principalmente nas regiões Nordeste, Sul e Sudeste. Estas regiões apresentaram os maiores quantitativos de realização da laqueadura e vasectomia na última década. Com isso, a diminuição na taxa de fecundidade pode ter correlação com o uso de tecnologias contraceptivas, dentre elas a esterilização voluntária. Tais dados podem apontar para uma maior politização sobre a maternidade e direitos reprodutivos, o que corrobora para ampliar o campo de possibilidades de mulheres para além da reprodução.

Ademais, sobre os dados de 2008 a 2018 relativos à esterilização, cabe destacar que em alguns anos não há o seu registro em determinados Estados. Tal aspecto está associado ao credenciamento de municípios para a realização destes procedimentos nos últimos anos. Segundo Caetano (2014), o DATASUS apresenta apenas as unidades de habilitação mais recentes, não constando aqueles hospitais em que o programa de planejamento reprodutivo foi fechado. Com isso, observaram-se ausências de dados em alguns anos para a laqueadura no Amapá (2009, 2012 e 2018) e da vasectomia no Acre, Amapá, Maranhão, Piauí e Alagoas[10].

Contudo, para além dessas carências de informações, nota-se uma relação entre o número de procedimentos realizados em cada estado/região e a oferta de serviços credenciados, isso é perceptível no caso de Alagoas. Caetano (2014) pontua que de 2006 a 2013, esse estado possuía apenas a realização do procedimento pela capital. Dentro da região Nordeste, Alagoas também apresentou o menor número de laqueaduras e vasectomias realizadas na última década.

Assim, o quantitativo de procedimentos por região depende do número de municípios credenciados. Quanto maior o número de serviços habilitados para realizarem a esterilização, maior a possibilidade de acesso de mulheres e homens. Assim como também a sua ausência ou o fornecimento em poucas localidades por Estado pode ocasionar a pouca realização do método contraceptivo. Este pequeno quantitativo pode significar tanto que a busca pela esterilização feminina e masculina é escassa, como também que há pessoas que querem realizá-la, mas a organização local possui limites no fornecimento que comprometem esse acesso, gerando uma demanda reprimida e restringindo os seus direitos reprodutivos.

[10] Na região Norte, Acre apresenta o registro nos anos de 2011, 2015 e 2016, enquanto que no Amapá consta a vasectomia apenas no ano de 2018, com o cadastro de sete internações. No Nordeste, Alagoas também tem registro descontínuo da vasectomia, ocorrendo nos anos 2012 e 2015, o que totalizou a realização de três cirurgias. Já no Maranhão e Piauí, apresentam continuidade no procedimento de vasectomia a partir do ano de 2012 e 2015, respectivamente.

> Além dos requisitos exigidos para a realização de laqueadura tubária em serviço autorizado do SUS e de eventuais critérios extralegais de parte dos médicos, a ausência de serviço no município pode configurar-se como uma dificuldade primária para obtenção do procedimento. Em outras palavras, a inexistência de serviço autorizado no município ou em município próximo pode ser determinante para a realização do procedimento ao largo da legislação e, em última instância, para o insucesso na obtenção da laqueadura. (CAETANO, 2014, p.320)

O fato de algumas regiões e estados apresentarem certos valores de laqueadura e vasectomia está diretamente relacionado à busca pelo procedimento e à distribuição geográfica do fornecimento do mesmo. Com isso, faz-se necessário problematizar sobre a articulação entre interesse político e as relações de gênero, visto que a ausência de dados referentes aos procedimentos é maior para a vasectomia do que para a laqueadura. Como lembra Caetano (2014, p. 322), a existência de estabelecimentos credenciados depende da "iniciativa política, organizacional e operacional dos gestores estaduais da saúde e, principalmente, dos gestores municipais, bem como de recursos profissionais e infraestrutura". A compreensão de gênero desses atores também vai influir na organização contraceptiva, podendo priorizar o credenciamento de um dos tipos de esterilização ou realizar ao mesmo tempo a habilitação para a laqueadura e vasectomia (CONNELL, PEARSE, 2015).

De maneira geral, todos esses dados chamam para refletir sobre como foi estruturado a oferta das tecnologias contraceptivas ao longo dos anos, quais discursos foram produzidos e para quais sujeitos foram sendo direcionados para os serviços de planejamento reprodutivo. Considerando a maior politização dos direitos sexuais e reprodutivos bem como a despadronização da feminilidade/masculinidade, ocorreram mudanças na corporeidade da esterilização reprodutiva no Brasil. Ainda predomina a realização desse controle de fecundidade por parte de mulheres, mas ampliou o número de homens que realizam a vasectomia e, em alguns locais, a esterilização é predominantemente masculina. O recorte regional da laqueadura deslocou-se do Nordeste para o Sudeste. Em relação à raça/etnia, existem pesquisas que demonstram a centralidade da laqueadura como escolha contraceptiva de mulheres negras (SOUZAS, 2004) e outros estudos cujos resultados dissociam este método com questões raciais/étnicas, bem como com o número de abortos (CARVALHO *et al*, 2004), apresentando assim tanto permanências como sinais de transformações nas relações de gênero. Cabe destacar ainda como o acesso aos direitos reprodutivos se apresenta junto aos serviços e profissionais de saúde.

Segundo Moreira e Araújo (2004, p.395), há limites na saúde reprodutiva diante da desarticulação "entre as atividades educativas e clínicas e as políticas de gênero". Isso colabora na reprodução dos arranjos tradicionais de gênero junto aos serviços de saúde, que por vezes ainda centralizam o cuidado reprodutivo nas mulheres e não problematizam como as relações de gênero influem no cuidado da saúde.

Além disso, existem críticas ao modo como profissionais de saúde vem apresentando os critérios legais da esterilização. Berquó e Cavenaghi (2003) pontuam sobre discursos contraditórios entre o texto legal e a prática da laqueadura, apontando algumas interpretações dúbias, como: combinar o critério da idade com o número de filhos, entendendo que o procedimento pode ser realizado apenas por mulheres a partir de 25 anos e dois filhos(as) vivos(as); aumentar a idade e o número de filhos(as) exigidos pela lei; inserir aspectos que não constam como critério, a exemplo da condição socioeconômica e a exigência de estar em relação conjugal, no momento da busca e realização do procedimento. Algumas dessas distorções são realizadas pela ponderação dos(as) profissionais no sentido de que as mulheres possam vir a se arrepender. No entanto, a taxa de arrependimento é ínfima e não deveria nortear as posturas dos(as) profissionais (BERQUÓ, CAVENAGHI, 2003; MARCOLINO, 2000). Em relação a esses aspectos, movimentos feministas também questionam a exigência da "autorização" do parceiro, sendo uma prática que fere o direito à privacidade da pessoa (CORRÊA, ÁVLIA, 2003 p.23).

Yamamoto (2011), em pesquisa com profissionais de saúde, concluiu que existem controvérsias em como tais condicionalidades são interpretadas e aplicadas. Para além dos critérios presentes na lei, este autor destaca que a tomada de decisão dos(as) médicos(as) sobre aceitar ou não realizar o procedimento em mulheres é influenciada por sua própria subjetividade e valores pessoais, distorcendo o conteúdo expresso com clareza na lei. Com isso, esses discursos remetem também a relações de saber-poder entre profissionais e usuárias, que, por sua vez, podem influenciar na escolha e no direito das mulheres e, assim, limitar sua autonomia e tomada de decisão.

> A relação profissional de saúde/paciente reproduz as relações de classe social, ou seja, uma relação de desigualdade. Os instrumentos de trabalho, o saber técnico, são dominados pelos profissionais de saúde, que ao negarem a autonomia da clientela, reafirmam a posição hegemônica do saber técnico e as relações desiguais se estabelecem em função desse saber. Os dois elementos não estão negociando igualmente. Sendo assim, como permitir que a mulher seja autônoma na sua decisão? (MARCOLINO, 2000 p.35)

Diante dessa relação complexa entre os critérios legais e os serviços de saúde, concordo com Berquó e Cavenaghi (2003) que as mudanças na prática da laqueadura ainda não satisfazem o anseio dos direitos reprodutivos e sexuais para mulheres e homens. Segundo estas autoras, homens e mulheres vivenciam obstáculos na busca pela esterilização voluntária, dentre elas a dificuldade no acesso para solicitar o procedimento, a burocracia do processo e longo tempo de espera, a interpretação errônea dos critérios da idade ou número de filhos(as) vivos(as), a presença de médicos do SUS que cobram um pagamento para realizar a cirurgia e, principalmente para as mulheres, a dificuldade no acesso por estarem solteiras.

Levando em consideração essas interpretações dos critérios legais e os obstáculos do acesso ao planejamento familiar, seria praticamente impossível que uma mulher solteira e sem filhos(as) conseguisse realizar a laqueadura, o que reafirma o discurso da maternidade compulsória. Atualmente, em alguns casos, mesmo com a normativa legal, prevalece a moralidade e o valor social estipulado pelos(as) profissionais da saúde sobre essas mulheres que buscam a laqueadura.

Como bem lembra Saffioti (1987, p.15), “estruturas de dominação não se transformam meramente através da legislação”. Concordo com essa autora quando afirma a importância das legislações, pois diante de injustiças se pode recorrer aos parâmetros legais. Porém, enquanto as relações de gênero permanecerem, majoritariamente, marcadas pelo patriarcado, muitos discursos sociais serão orientados pelas assimetrias e hierarquias entre os sexos, sendo constantemente colocados impedimentos, como alterações e adições nos critérios, prevalecendo a escolha de outros em detrimento das escolhas das mulheres (SAFFIOTI, 1987).

Em síntese, a adesão brasileira à esterilização transcorreu por contradições, que a faz ser compreendida no limiar entre uma conquista de direitos relacionados à reprodução e imposições sociais sobre a quem compete o controle de fecundidade. Esse processo histórico e social sobre a contracepção no Brasil é marcado por correlações de forças, interesses internacionais, diferentes posicionamentos do Estado e pela luta feminista em prol dos direitos das mulheres, estando a laqueadura situada entre práticas discursivas disciplinares sobre o corpo e regulatórias sobre a população feminina (FOUCAULT, 2010).

Ainda que tenha avanços com a regulamentação do planejamento reprodutivo, a sua efetivação refletiu em “interesses contraditórios que se confrontam numa luta entre as instâncias políticas, econômicas e ideológicas de poder” (COELHO, LUCENA,

SILVA, 2000, p.44). As dificuldades e lacunas no contexto brasileiro relacionam-se à "forma como, historicamente, vem se arquitetando a precária e ambígua cidadania reprodutiva" (MOREIRA, ARAÚJO, 2004, p.396). Ao passo que mulheres e homens buscam romper com a tradição de gênero no controle de fecundidade, com o estímulo cada vez maior à participação masculina junto aos serviços de saúde, também há dificuldades diante das dinâmicas institucionais, culturais e econômicas que precisam ser melhor problematizadas e superadas.

Diante desse contexto nacional diverso, é importante compreender também a realidade piauiense e teresinense sobre planejamento familiar, destacando a forma da organização do serviço e alguns dados quantitativos da abrangência da laqueadura e vasectomia.

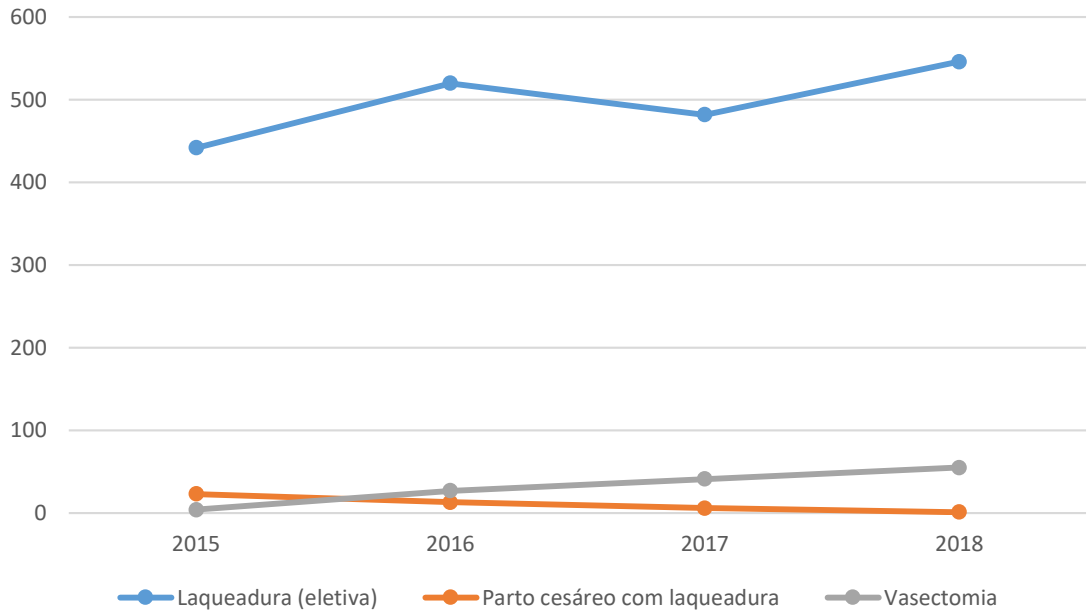
2.2. A laqueadura e a vasectomia em Teresina: fluxos e números

Antes de adentrar a realidade teresinense sobre planejamento familiar, considero interessante aprofundar alguns dados sobre o Piauí no cenário nacional. Recentemente, o Piauí foi considerado o primeiro estado brasileiro que reduzirá a sua população, com estimativa para ocorrer até o ano de 2032. Dentre os fatores elencados para este declínio populacional estão: o deslocamento migratório de parte da população piauiense, o aumento da expectativa de vida e a diminuição da taxa de fecundidade (IBGE, 2018a).

Para a população nacional, em sua totalidade, é estimado crescimento até 2047, caindo gradualmente até por volta da década de 2060. Em relação à taxa de fecundidade para este estado, enquanto em 2000 foi de 2,70 filhos(as) por piauiense, em 2030 é projetado que caia para 1,71, filhos(as) por mulher piauiense (IBGE, 2018a). Isso pode demonstrar mudanças nas trajetórias de vidas de mulheres piauienses, uma vez que a redução na fecundidade pode sofrer influências do maior acesso à contracepção e do acúmulo do trabalho remunerado com o trabalho doméstico (BIROLI, 2018).

Ao se considerar a realização de laqueadura e vasectomia entre 2015 e 2018 no estado piauiense – período em que há o registro dos dois procedimentos na base de dados do DATASUS (2018) -, foram realizadas 2.160 esterilizações voluntárias, distribuídas conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 3 – Número de internações por procedimento, Piauí (2015-2018)



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

Nesses quatro anos, predominou a realização de esterilização por mulheres (94% das internações foram para laqueadura e 6% para vasectomia). Entre a esterilização feminina, houve o predomínio da prática da laqueadura junto a uma cirurgia eletiva[11] (98%), que ocorre independente de gestação, e um declínio no registro de situações de partos cesáreos com a realização da laqueadura (2%). Também se observou certo crescimento no número de homens que optaram pela vasectomia, embora pouco expressiva. Ressalta-se também que a esterilização feminina segue o mesmo padrão regional de variação em seu quantitativo conforme o período eleitoral, corroborando para indicativos da troca de votos pelo acesso ao procedimento.

O cenário de Teresina não difere muito da realidade piauiense sobre a prática de vasectomia e laqueadura. Antes de detalhá-lo, é importante compreender como é a organização e funcionamento do planejamento reprodutivo junto aos serviços públicos de saúde. Para mulheres que podem realizar a laqueadura no momento do parto cesáreo, conforme os requisitos legais, apenas uma Maternidade Pública de Teresina possui o credenciamento junto ao Ministério da Saúde para realizar este procedimento. As situações de realização de laqueadura e vasectomia em cirurgia eletiva receberam

[11]Consiste em cirurgia que não é considerada urgência médica, pode ser programada e agendada conforme o fornecimento do serviço de saúde.

cobertura há poucos anos. Em 2014, após a parceria da Fundação Municipal de Saúde (FMS) com o Hospital da Polícia Militar do Piauí (HPMPI), foi implementado o serviço de planejamento reprodutivo de maneira integral, organizando fluxograma (ver anexo 1) e protocolos para o acesso aos procedimentos de esterilização (TERESINA, 2014).

Assim, o processo de planejamento reprodutivo se inicia junto as Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas quais a mulher ou o homem manifesta o desejo de realizar o procedimento. Esta pessoa é orientada individualmente ou em processos coletivos (roda de conversa, reunião ou palestra) sobre todos os métodos contraceptivos e critérios legais para a realização da esterilização cirúrgica. Caso a pessoa não preencha essas condições, é orientada a aderir outra tecnologia contraceptiva.

Quando a mulher ou o homem se insere nos requisitos legais, o(a) profissional de saúde da família preenche uma Ficha de pré-avaliação para laqueadura/vasectomia na qual consta informações de identificação pessoal, histórico de saúde e obstétrico, os métodos contraceptivos utilizados anteriormente e os motivos pelos quais opta por este procedimento. O(a) profissional de saúde requisita alguns exames pré-operatórios, fornece uma Declaração Profissional constando que a pessoa foi orientada sobre o procedimento e um encaminhamento para "planejamento familiar: vasectomia/laqueadura", cuja espera para sua marcação, conforme a lei, é de sessenta dias, no intuito de evitar arrependimentos. Também é necessário que a pessoa que deseja realizar o procedimento assine um Termo de Consentimento, autorizando o processo cirúrgico e, caso esteja em relação conjugal, o(a) parceiro(a) também assina. Depois de marcado o encaminhamento e transcorrido os sessenta dias de espera, a pessoa se dirige até o HPMPI para uma consulta e posterior internação para realizar a cirurgia.

Ainda, é importante atentar sobre como as orientações referentes aos procedimentos contraceptivos são fornecidas. O aconselhamento e documentos podem contribuir com o máximo de informações contraceptivas ou apenas cumprir com os protocolos e preenchimento dos documentos, podendo ocasionar dúvidas e arrependimentos posteriores.

> Apesar de o documento afirmar que foram oferecidas, pelo poder público, todas as informações necessárias para a tomada de decisão "consciente" pela cirurgia contraceptiva, como vimos, elas são precariamente apropriadas nos grupos. Assim, os termos do formulário podem ser até constrangedores, na medida em que os demandantes devem confirmar conhecimentos que, na prática, raramente se comprovam (MOREIRA, ARAÚJO, 2004, p.395).

Conforme as cirurgias eletivas vão ocorrendo no HPMPI, suas informações são computadas junto ao DATASUS e em uma base de dados própria desta instituição, o SOULMV. Através desse sistema, com a devida autorização institucional e o apoio de profissionais da instituição, foi possível ter um demonstrativo do perfil de teresinenses que realizaram o procedimento de esterilização voluntária no ano de 2017[12].

No ano em questão, 317 teresinenses realizaram tal procedimento, predominando significativamente a laqueadura (88%) em relação à vasectomia (12%). Realizando um comparativo interno entre as pessoas de cada sexo, a maioria tanto dos homens (55,26%) como das mulheres (89,61%) encontrava-se entre 26 a 39 anos de idade. Não houve registro em idades inferiores a 25 anos, isso indica a ausência de pessoas que realizaram o procedimento com base apenas no critério de número de filhos, predominando assim a concordância entre o critério legal da faixa etária e a realização do procedimento.

Tabela 2 – Perfil da esterilização voluntária em Teresina, 2017: faixa etária por sexo

CRITÉRIO	**MULHERES**		**HOMENS**	
Faixa Etária	**Frequência**	**%**	**Frequência**	**%**
Até 25 anos	4	1,43%	0	0,00%
Entre 26 e 39 anos	250	**89,61%**	21	**55,26%**
Entre 40 a 59 anos	24	8,60%	14	36,84%
De 60 anos ou mais	1	0,36%	3	7,89%
Total	**279**	**100%**	**38**	**100%**

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

No que tange à idade nas faixas etárias menores (até 25 anos), é interessante observar que, enquanto mulheres jovens buscaram a laqueadura, a vasectomia não foi realizada por homens jovens. Em contraposição, na população idosa, foi mais

[12] A pesquisa documental ocorreu no mês de fevereiro de 2018. Como o enfoque desse estudo não é quantitativo ou documental e diante do dispêndio de tempo que envolvia a busca e compilação dos dados, optei por trazer apenas o último ano, a título de conhecer melhor a realidade teresinense mais recente sobre esterilização. Para melhor sistematização das informações coletadas, contei com o apoio técnico de um estatístico na elaboração de algumas tabelas que considerei importantes de ilustrar. A forma de apresentação das tabelas possibilita dois comparativos: primeiro, entre os sexos (quantas pessoas fizeram laqueadura e vasectomia); segundo uma diferença interna no mesmo sexo (entre as mulheres que realizaram laqueadura e entre os homens que fizeram vasectomia).

significativo a vasectomia, o que lembra os resultados nacionais da Tabela 1 no que se refere ao envelhecimento da população masculina que opta pela vasectomia.

Tais informações levam a ponderar sobre a associação entre gênero, geração, sexualidade e contracepção. A vivência da descoberta da sexualidade interligada à gravidez na adolescência e, posteriormente, a presença de outras gestações imprevistas na juventude podem influenciar mulheres a desejarem findar a sua vida reprodutiva em faixas etárias mais novas. Em relação às mulheres idosas, o ciclo biológico já coopera para a finalização da vida reprodutiva com a menopausa, não tendo necessariamente de se submeter a procedimentos cirúrgicos para tal objetivo. Contudo, chama a atenção o fato de uma mulher idosa ter realizado a laqueadura, cujas motivações, aqui, são desconhecidas.

Já para alguns homens, o significado da esterilidade pode estar associado à impotência sexual e ameaça à sua virilidade (COSTA, 2001), não sendo uma prática de muita adesão, principalmente nas faixas etárias mais novas. Este pensamento pode sofrer mudanças conforme o avançar da idade, uma vez que também a fertilidade masculina não sofre as mesmas influencias biológicas que a feminina, podendo representar um risco para a vivência da sexualidade. Todavia, também pode se relacionar a outras dimensões de suas vivências.

No que se refere ao estado civil, a maioria dos(as) teresinenses esterilizados(as) em 2017 estavam vivenciando um relacionamento afetivo durante a escolha pelo método (39% entre as mulheres e 55% entre os homens).

Tabela 3 – Perfil da esterilização voluntária em Teresina, 2017: estado civil por sexo

CRITÉRIO	**MULHERES**		**HOMENS**	
Estado Civil	**Frequência**	**%**	**Frequência**	**%**
NC*	98	35%	9	24%
EM RELACIONAMENTO	109	**39**%	21	**55**%
SEM RELACIONAMENTO	72	26%	8	21%
Total	**279**	**100%**	**38**	**100%**

*NC: não consta
Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

Contudo, cabe ressaltar fragilidades nesses dados devido à expressiva ausência dessa informação em registros na base de dados do SOULMV, o que limita a veracidade dos dados e, assim, reflexões sobre a realidade, principalmente em relação às mulheres.

Levando em consideração a minha experiência profissional na saúde, penso que esta informação é importante para compreender como está o acesso das mulheres à laqueadura, independentemente da relação afetiva. Por vezes, alguns(as) profissionais de saúde associam a assinatura do "termo de consentimento" pela a mulher à obrigatoriedade também da assinatura de um cônjuge e, assim, a presença de um relacionamento. Habitualmente, mulheres relatam discursos de profissionais nos quais a condição de realizar a laqueadura era a "autorização" do marido, até quando a mesma já está separada/divorciada, mas está grávida do ex-parceiro, restringindo a autonomia feminina sobre os seus corpos. Mesmo não apontando aspectos qualitativos das motivações e itinerários dessas mulheres, a maior precisão nos dados indicaria de uma melhor forma a realização deste método e o estado civil.

Em relação à escolaridade, predomina o ensino médio (incompleto ou completo) entre as mulheres (65%) e entre os homens (52%), seguido do ensino fundamental (28% entre as mulheres e 32% entre os homens).

Tabela 4 – Perfil da esterilização voluntária em Teresina, 2017: escolaridade por sexo

CRITÉRIO			**HOMENS**	
MULHERES				
Escolaridade	**Frequência**	**%**	**Frequência**	**%**
NC	8	3%	-	-
SÓ ALFABETIZADA	2	1%	-	-
FUNDAMENTAL (INCOMPLETO A COMPLETO)	78	28%	12	32%
MEDIO (INCOMPLETO A COMPLETO)	182	**65%**	20	**52%**
SUPERIOR/PÓS-GRADUAÇÃO	9	3%	6	16%
Total	**279**	**100%**	**38**	**100%**

NC: Não consta
Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

Cabe realizar um destaque em relação ao ensino superior. O número de mulheres com essa escolaridade é superior ao número de homens que realizaram a vasectomia. No entanto, no comparativo interno, isto é, entre as pessoas do mesmo sexo, esses dados se alteram. Dentre os homens que realizaram a vasectomia, 16% deles possuíam ensino superior. Já entre as mulheres, apenas 3% delas tinha essa escolaridade. Com isso, pode-se considerar a influência da escolaridade na realização da vasectomia, tendo em vista que a melhora no acesso à informação pode contribuir para o fomento de outras

masculinidades e, assim, para a diminuição da crença de perda da virilidade com a esterilização.

Com isso, conclui-se que, mesmo o Piauí sendo o sétimo estado nordestino que mais realiza a laqueadura, há uma busca expressiva de mulheres pela esterilização voluntária tanto no estado quanto em sua capital. A realização de vasectomia ainda é pouco expressiva, mas vem apresentando um aumento ao longo dos anos. Concordo com Crizóstomo (2009) ao apontar que no cenário teresinense ocorre uma centralidade na prática da laqueadura como meio ideal de mulheres como método de regulação da fecundidade.

Em Teresina, houve similaridades no perfil da esterilização entre os sexos, no que se refere à idade, o estado civil e à escolaridade. Entre os homens, o aumento da escolaridade e o avançar da idade podem influenciar em mudanças no significado da virilidade para a constituição das masculinidades e, assim, corroborar na escolha por realizar a vasectomia. Entre as mulheres, a busca pela laqueadura em faixas etárias entre 25 a 30 anos de idade pode ter relação com a vivência da maternidade na adolescência, gestações imprevistas e/ou dificuldades com demais métodos contraceptivos. A organização do serviço de saúde em Teresina levantou questionamentos e relembrou a historicidade brasileira da laqueadura, no que diz respeito à demora na organização da assistência em saúde em planejamento reprodutivo, principalmente em relação à implantação da vasectomia, o que ocasiona na centralidade da prática da laqueadura nas mulheres.

Estes apontamentos são pressuposições diante das informações documentais e da minha experiência enquanto profissional de saúde, mas para melhor aprofundamento considero importante e válida a realização de pesquisas sobre a historicidade do planejamento reprodutivo em Teresina e a avaliação deste serviço de saúde enquanto parte integrante da política de saúde da mulher. A intenção em levantar estes aspectos é observar como a realidade do planejamento reprodutivo teresinense dialoga com os processos históricos e sociais dos métodos contraceptivos no Brasil.

Segundo os dados da pesquisa documental e do DATASUS, a disponibilidade de serviço credenciado para vasectomia, bem como a sua realização, consta enquanto procedimento realizado apenas no ano de 2015. Isso leva a pontuar que apenas em 2014 é que o serviço de planejamento reprodutivo passou a fornecer a esterilização para os dois sexos. Este contexto organizacional acaba remetendo à responsabilidade contraceptiva via esterilização para as mulheres, nos anos anteriores, e a arranjos

institucionais generificados, que possuem limites e dificuldades em (des)contruir as relações de gênero assimétricas e hierárquicas ainda presentes na sociedade. Minella (2005) mostra esta dificuldade que os serviços de saúde ainda possuem para atuar a partir de uma perspectiva de gênero, na medida em que muitos ainda vinculam a oferta do planejamento reprodutivo à imagem do padrão tradicional de feminilidades e masculinidades.

Com isso, considero fundamental compreender a busca e escolha pela esterilização voluntária através de uma perspectiva de gênero para que possamos problematizar as desigualdades sexuais presentes no uso de tecnologias contraceptivas e, assim, nos aproximarmos da noção de direitos reprodutivos e sexuais defendida e almejada há tempos pelo movimento feminista. É fundamental conhecer os fatores que influenciam na decisão de mulheres pela laqueadura e compreender como suas escolhas caminham para ampliação ou restrição de seus direitos a fim de melhorar estratégias de promoção da saúde reprodutiva e contraceptiva (MARCOLINO, 2000; NICOLAU *et al*, 2010).

2.3. Interfaces entre gênero e a escolha pela laqueadura

A escolha de mulheres pela laqueadura é resultado de um processo complexo de interesses e vontades, devendo ser levado em consideração suas histórias de vida (MINELLA, 2005). Envolve aspectos subjetivos e "condições materiais que ampliam ou restringem" as suas escolhas (MARCOLINO, 2000, p.36). Nesses trajetos, as relações de gênero influem direta ou indiretamente no modo como as mulheres e a sociedade compreendem as feminilidades e masculinidades, principalmente em relação à reprodução e responsabilidades contraceptivas.

De maneira geral, como se pode observar no tópico anterior, estão presentes representações distintas e desiguais entre os sexos sobre as responsabilidades na regulação da fecundidade. Segundo Cabral (2017), a predominância feminina no âmbito contraceptivo decorre de um duplo processo ocasionado pelo surgimento das tecnologias contraceptivas que, ao mesmo tempo em que ampliaram a sexualidade feminina, também corroboraram para a diminuição da participação masculina.

> O apelo em relação à maior eficácia teórica dos métodos femininos (sejam os hormonais, o DIU ou a esterilização) rapidamente desliza para a concepção de que a responsabilidade pelo controle da fecundidade e de seus fracassos

> são femininos. Os homens se tornaram espectadores passivos das decisões contraceptivas, pelos mesmos processos (sociais e tecnológicos) que tornaram as mulheres agentes por excelência do processo reprodutivo (CABRAL, 2017, p.1095).

Segundo outras pesquisas, alguns homens entendem o uso da camisinha como uma concessão feita às mulheres, colocando a sua responsabilidade contraceptiva em segundo plano, como uma ajuda. Com isso, podem não se reconhecerem enquanto protagonistas ou corresponsáveis pelas decisões sobre fecundidade e seu controle (GIFFIN, CAVALCANTI, 1999; CARVALHO, SCHOR, 2005; CARVALHO, PIROTTA, SCHOR, 2001). A participação masculina no âmbito contraceptivo, por vezes, relaciona-se com o fato de que, na maior parte do tempo, são eles que definem questões como o não uso do preservativo masculino, quando e quantos filhos(as) ter, imposições sexuais. Estes aspectos denotam assimetria das relações de gênero no ambiente familiar (THERBORN, 2015; MINELLA, 2005; NICOLAU *et al*, 2010).

O pensamento e atitude contraceptiva de certos homens centram-se no entendimento da feminilidade interligada à capacidade corporal. Assim, a responsabilidade da contracepção competiria às mulheres, por considerarem que é no corpo delas que ocorre a gestação, cabendo-lhes, portanto, a preocupação em evitar a gravidez e tomarem para si o controle da fecundidade. Caso não consigam fazê-lo, restam-lhes os cuidados com os filhos e, por extensão do espaço doméstico, os afazeres domésticos (CRIZÓSTOMO, SOBRA, NERY, 2004; OLIVEIRA, BILAC, MUSZKAT, 2011; SAFFIOTI, 1987; MINELLA, 2005; ALVES, 2017).

A resistência masculina à esterilização também pode ocasionar no direcionamento da laqueadura para as mulheres. Alguns homens consideram esse procedimento como uma "mutilação", "castração", entrando em cena o "fantasma" da impotência sexual e rejeitando tal possibilidade (OLIVEIRA, BILAC, MUSZKAT, 2011, p. 43). Contudo, como apontado nos gráficos anteriores, o número crescente de homens que optam pela vasectomia demonstra mudanças neste aspecto contraceptivo.

Já em relação às mulheres, Minella (2005, p.49) retrata que o ato de assumir a responsabilização contraceptiva pode remeter a dois caminhos: um processo de protagonismo contraceptivo diante da postura do parceiro ou ao fato de não querer "incomodá-lo" com tais questões, provavelmente porque corroboram com a ideia de que o controle sobre a fecundidade é uma atribuição que lhes dizem respeito. Essa maior proximidade com a contracepção leva também às mulheres a vivenciarem de maneira

diferente os cuidados com a saúde, ocasionando na medicalização de seus corpos por meio do controle reprodutivo (COSTA *et al*, 2006).

Scavone (2004, p.85) compreende que esse processo de disciplinamento do corpo, por meio do uso frequente de tecnologias contraceptivas, ocasiona um "corpo distanciado" que, por sua vez, produz um "ciclo das tecnologias reprodutivas: contracepção medicalizada, parto cirúrgico, esterilização e reprodução assistida". A autora alerta ainda, para a necessidade de problematizar como as mulheres podem ter plena autonomia em sociedades marcadas por desigualdades de gênero:

> [...] Estas tecnologias [contraceptivas] são direcionadas quase exclusivamente para as mulheres, embora a produção, a difusão e o controle estejam majoritariamente com os homens. Esta constatação evidencia que as relações de gênero, na vivência da sexualidade e reprodução, estão marcadas pela prática desigual das tecnologias reprodutivas: as mulheres continuam assumindo as questões reprodutivas, vivendo antigos conflitos na decisão da maternidade, apesar das numerosas técnicas oferecidas no mercado. A ampliação da oferta cria a ilusão de que é possível escolher, aumentando os conflitos e a responsabilidade das mulheres no que tange à reprodução. Além disso, esta livre oferta esbarra nas profundas desigualdades sociais existentes no Brasil, limitadoras da autonomia dos indivíduos (SCAVONE, 2004, p.88).

Nesse contexto desigual, algumas práticas nos serviços de saúde corroboram para isso, ao priorizar e direcionar ações de planejamento reprodutivo para as mulheres (FERNANDES, 2003; MINELLA, 2005). Os serviços de saúde e seus profissionais tem uma posição importante no fornecimento dos métodos contraceptivos e na tomada de decisão das mulheres pela laqueadura, podendo também trazer em seus discursos e práticas os arranjos de gênero (MARCOLINO, 2000 MOREIRA, ARAÚJO, 2004).

> Certas representações do que é ser masculino e feminino incorporam-se às práticas das instituições sociais, que podem ser consideradas "generificadas", em termos de formação, socialização e reconhecimento dos sujeitos (MOREIRA, ARAÚJO, 2004 p. 396, grifos dos autores).

Tal conjuntura, por vezes, leva a prática da laqueadura para um terreno do comum, naturalizando o controle reprodutivo e este procedimento para as mulheres. A prática da esterilização feminina passa a "ser prevista, planejada, desejada e esperada por mulheres", tornando-se não só uma prática corporificada em sua pele, mas que passa a fazer parte do ciclo biológico de muitas mulheres como um momento natural, moldando socialmente o seu ciclo da ordem de "menarca-concepção-gestação-parto" para "menarca-concepção-gestação-parto-esterilização" (CITELI, SOUZA, PORTELLA, 1998, p.74). Berquó (1993) parte de um posicionamento similar ao pontuar na sociedade brasileira a existência de uma "cultura da esterilização", tendo em

uma família mais de uma mulher que já realizou o procedimento (BERQUÓ, 1993, p.374).

Com isso, concordo com Scavone (2004) que a legalização da esterilização feminina, como forma de acesso a não maternidade em cenários de desigualdade social e sexual, pode transformar o seu *status* de direito em dever para algumas mulheres. Assim, diante das relações de forças presentes, a realização da laqueadura pode tanto representar um processo de acesso aos direitos reprodutivos das mulheres como também refletir práticas disciplinadoras sobre o seu corpo e sua sexualidade (MINELLA, 2005; SCAVONE, 2004; DALSGAARD, 2006; GUIMARÃES, 2007; ITABORAÍ, 2017). Considerando esse aspecto, a escolha pela laqueadura pode ter diversas motivações e significados, chegando-se à conclusão que:

> Percebe-se que a escolha por um método cirúrgico foi o desfecho de uma trajetória ginecológica e obstétrica diferenciada, marcada por questões de gênero no planejamento familiar, pouco esclarecimento e experiência dos meios de conduzir com autonomia sua vida sexual e reprodutiva (NICOLAU *et al*, 2010, p. 682).

Algumas mulheres consideram a laqueadura como um "método eficaz e seguro", compreendendo a cirurgia como uma solução e forma de não ter que se preocupar mais com contracepção, diante dos limites de outras tecnologias contraceptivas ou de dificuldade que algumas mulheres possuem com o seu corpo e sexualidade (MARCOLINO, 2000; CARVALHO, SCHOR, 2012). Dentre os métodos contraceptivos, Heilborn (2009) destaca a baixa utilização do Dispositivo Intrauterino (D.I.U.) devido dificuldades junto à organização dos serviços de saúde que fazem com que muitas mulheres desistam e optem pela laqueadura ou anticoncepcionais. A esterilização feminina também é vista como um bom recurso para evitar gestações imprevistas, assim como a prática de abortamento, principalmente devido à percepção negativa que esta última alternativa pode ocasionar (NICOLAU *et al*, 2010).

A busca pela laqueadura também pode significar agenciamento feminino, dando maior autonomia e possibilidades de as mulheres controlarem as suas vidas (QUADROS, SANTOS, 2017; MINELLA, 2005).

> É um recurso que as mulheres utilizam como reação às pressões exercidas sobre elas, como: dificuldades de acesso a métodos, falta de colaboração do companheiro, falta de conhecimento do corpo, dificuldades financeiras e necessidade de trabalhar fora do lar para complementar a renda familiar (MARCOLINO, 2000, p.36).

Esse ato de tomar para si o curso de suas vidas influi na relação entre contracepção e o significado da maternidade, sendo uma forma de conseguir um

reconhecimento enquanto “mãe responsável” ou “boa mãe” (SERRUYA,1992; ALVES,2017; DALSGAARD, 2006; QUADROS, SANTOS, 2017). Ademais, diante de dificuldades econômicas e de limites ou ausência de apoio social nos cuidados com os(as) filhos(as), a mulher pode se ver “entre duas necessidades: a de reprodução e a de prover meios de sobrevivência, considerando uma boa solução a ideia de ter menos filhos(as) para ‘criar melhor’ ” (CARVALHO, SCHOR, 2012, p. 97).

Assim, a realização da laqueadura pode significar uma forma de sentir-se agente na condução do seu projeto de maternidade (ALVES, 2017) ou uma forma de rebelar-se contra as condições em que a maternidade é vivenciada (ÁVILA, 1999 citado por SCAVONE, 2004), uma vez que existe uma valorização de sua vivência sem as devidas condições materiais para tal (SCAVONE, 2004). Também influi ao proporcionar um cuidado para si, diante do peso do tempo destinado à maternidade em detrimento do tempo para o autocuidado (ALVES, 2017), na medida em que ter menos filhos(as) pode significar uma “economia de tempo, liberando-as de se preocuparem com outros métodos” (MINELLA 2005 p 67).

A ideia de reduzir o número de filhos(as) também corrobora na diminuição do trabalho doméstico e incentiva a busca por trabalho remunerado, uma vez que não terá que se preocupar com novas gestações e mais cuidados infantis (SERRUYA, 1992).

> A necessidade de encerrar a vida reprodutiva, através da laqueadura, para enfrentar a vida produtiva, é um passo importante na vida das mulheres. Elas precisam desincumbir-se da tarefa da reprodução para entrar no mundo produtivo e assim contribuir para compor a renda familiar e melhorar a qualidade de vida da família. A necessidade de manter reduzido o número de filhos surge a partir da incompatibilidade entre criação e educação de filhos e trabalho fora do lar, associados às desigualdades sociais e de gênero, além das condições sociais e econômicas desfavoráveis ao ser humano (MARCOLINO, 2000, p.36).

Com isso, concordo com Dalsgaard (2006, p.39, grifos da autora) que “nesse mundo subjetivo, a esterilização revela apenas a ponta do *icerberg* da intenção, adquirindo seu sentido particular dentro de um contexto mais amplo”. Essas motivações e significados podem estar interligados a aspectos, muitas vezes, invisíveis aos olhos, que dizem respeito à vivência dessas mulheres em uma sociedade marcada pela desigualdade social e assimetrias de gênero. Assim, é importante compreender essa complexidade de relações, motivações e significados em meio à escolha pela laqueadura e, principalmente, como as relações de gênero permeiam tais trajetos, seja disciplinando os corpos e reforçando a estrutura de gênero tradicional hierárquica ou operando movimentos de deslocamentos, autonomia e cuidados de si.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Neste capítulo, busco apresentar os métodos e técnicas de coleta e análise das informações que deram suporte à realização deste estudo. Nesse sentido, articulo os estudos feministas com a leitura do mundo realizada a partir da vida das mulheres participantes dessa pesquisa, como uma forma importante de compreender as relações de gênero. Ademais, trago os critérios de escolha do local e das interlocutoras da pesquisa, bem como os aspectos éticos que a norteiam, junto às instituições e ao campo.

3.1. Diálogos entre epistemologia feminista e métodos biográficos

Tendo em vista a importância da subjetividade e dos sentidos produzidos por mulheres sobre suas experiências de vida, considerei a abordagem qualitativa adequada para este estudo, uma vez que possibilita um conhecimento mais aprofundado dos aspectos socioculturais, da compreensão das relações sociais e dos modos como os sujeitos "interpretam situações, concebem estratégias e mobilizam recursos" (GROULX, 2008, p.98). Também foi fundamental o enfoque da epistemologia feminista para problematizar a situação da mulher na sociedade (HARDING, 1993) e, particularmente, das interlocutoras dessa pesquisa.

Estudiosas feministas questionavam o fato da realidade ser observada, interpretada, escrita e ouvida sob o olhar predominantemente masculino, remetendo à ideia de um conceito universal de sujeito: homem, branco, heterossexual, burguês e ocidental (RAGO, 1998; BANDEIRA, 2008; CASTRO, EGGER, 2012). Enfatizar o cotidiano das mulheres, o âmbito familiar/doméstico e a sexualidade eram pertinentes enquanto problemática social para as mulheres e autoras feministas, porém esses fatores apareciam como secundários, de "menor importância diante de questões sociológicas e políticas abrangentes" (SCAVONE, 2008, p.173). Com isso, invisibilizavam a vivência de mulheres (RAGO, 1998; TERRAGNI, 2005), desconsiderando a multiplicidade da realidade de sujeitos sexuados como uma dimensão constitutiva da vida em sociedade e, assim, associando a forma da "política do conhecimento" a uma "política do gênero" (ARANGO, 2005, p. 4).

Contudo, esse contexto passou por modificações, influenciado por dois processos durante meados da década de 1950-1970. Havia uma discussão acadêmica sobre a produção do conhecimento científico, que criticava as premissas de neutralidade

e de um sujeito único e universal, em defesa da diversidade epistemológica e, assim, da reconstrução de outras versões da história (SANTOS 2005; 2008; ARANGO, 2005; SCAVONE, 2008). Interligado a isso, fortaleciam-se os movimentos sociais, dentre eles as lutas feministas, que produziam sua própria crítica e teoria, politizando e visibilizando o cenário social das relações de gênero (RAGO, 1998; ARANGO, 2005; SCAVONE 2008; PINTO, 2010). Com isso, o ponto de vista das mulheres trazido nos estudos feministas se fortaleceu e consolidou a sua proposta de contradiscurso ao conceito universal de homem e de mulher, permitindo a consolidação de outra linguagem e forma de fazer ciência: a epistemologia feminista.

> O feminismo propõe uma nova relação entre teoria e prática. Delineia-se um novo agente epistêmico, não isolado do mundo, mas inserido no coração dele, não isento e imparcial, mas subjetivo e afirmando sua particularidade. Ao contrário do desligamento do cientista em relação ao seu objeto de conhecimento, o que permitiria produzir um conhecimento neutro, livre de interferências subjetivas, clama-se pelo envolvimento do sujeito com seu objeto (RAGO, 1998, p. 11-12).

Nesse percurso acadêmico, existe uma diversidade de abordagens teóricas, mas que se aproximam diante do compromisso com a reflexão das assimetrias de poder nas relações de gênero (SCAVONE, 2008; LONGINO, 2008). Com isso, apresento algumas características consideradas importantes para os estudos feministas, que nortearam o desenvolvimento desta pesquisa, foram essas: a defesa de uma postura crítica que situe a realidade e os sujeitos em um contexto social e político; a reflexão sobre as relações de poder presentes na sociedade e nos discursos científicos, objetivando a prática de pesquisas mais igualitárias; a escolha pela subjetividade como base para a produção do conhecimento, questionando ideias postas como totalmente neutras e independentes de valores; o cuidado ético na pesquisa, assumindo relações não hierárquicas, horizontais e produzindo conhecimento de forma responsável e respeitosa para com as pessoas participantes da pesquisa; e a reflexão das relações de gênero por meio da voz e experiência das mulheres[13] (RAGO, 1998; TERRAGNI, 2005; NEVES, 2005; CHANTLER, BURNS, 2015).

[13] Nesse aspecto, Chantler e Burns (2015) destacam a Teoria do Ponto de Vista, produzida pela autora Sandra Harding, trazendo a importância de partir da experiência de sujeitos em situações marginais e situadas. Tal teoria atribui posição privilegiada na produção do conhecimento a tais vozes que, devido ao convívio direto com distintas formas de opressão, estariam mais bem-situados para relatar o cotidiano e contestar as vozes e relatos dominantes.

Este último aspecto é de destaque no surgimento e consolidação dos estudos feministas. Através da reconstrução da experiência de mulheres foi e é possível historicizar a diversidade de cenários que vivenciam, romper homogeneidades, redefinir conceitos e produzir outras categorias de análise social a partir de seus relatos de vida, tendo as relações de gênero como elemento central no processo reflexivo e analítico (BANDEIRA, 2008; SOIHET, 2014). Sendo assim, uma vez que não existe um sujeito universal e uma realidade fixa, as categorias de análise passam a ser compreendidas como contextuais, contestadas e contingentes, cabendo aceitar a sua instabilidade e situá-las em cada contexto (SCOTT, 1998; HARDING, 1993).

> Tornar visível a experiência de um grupo diferente expõe a existência de mecanismos repressivos, mas não sua lógica ou seu funcionamento interno; sabemos que a diferença existe, mas não a entendemos como constituída em relação mútua. Por isso precisamos nos referir a processos históricos que, através do discurso, posicionam sujeitos e apresentam suas experiências. Não são indivíduos que tem experiências, mas sim os sujeitos que são constituídos pela experiência. Experiência nesta definição torna-se, então, não a origem de nossa explanação, não a evidência legitimadora (porque vista ou sentida) que fundamenta o que é conhecido, mas sim o que procuramos explicar, sobre o que o conhecimento é apresentado. Pensar sobre a experiência desse modo é historicizá-la, bem como historicizar as identidades que ela produz (SCOTT, 1998, p. 304).

Nesse sentido, os estudos feministas possibilitaram o surgimento e a consolidação das histórias das mulheres, tendo destaque a utilização de métodos biográficos devido o aprofundamento do conteúdo das falas que esse possibilita e por centrar-se na experiência da vida cotidiana e em como as mulheres percebem suas vivências, captando as diversas subjetividades e percursos das trajetórias femininas (TERRAGNI, 2005; NARVAZ, KOLLER, 2006; SOIHET, 2014).

> A abordagem biográfica pode, enfim, ajudar a restituir a multiplicidade das experiências femininas, a multiplicidade de maneiras como vivem seus constrangimentos, a multiplicidade de caminhos que trilham para se afirmar como indivíduos plenos (SOIHET, 2014, p.77).

Assim, o método biográfico recorre ao relato da vida produzido pelo(a) narrador(a) no intuito de "compreender o mundo, não apenas como estrutura e representação, mas, primordialmente, como experiência narrativa e significação" (ABRAHÃO, PASSEGGI, 2012, p.20). O seu uso tornou-se frequente em estudos que visam contestar práticas sociais dominantes, relacionados a sujeitos historicamente silenciados, que reconheciam a subjetividade na compreensão da realidade e problematizavam assimetrias de poder, sendo de grande contribuição para os estudos feministas e de gênero (MORIÑA, 2017; FRASER, 2004).

Tendo em vista a relevância da articulação entre os estudos feministas e narrativas biográficas, esta abordagem mostrou-se basilar para os objetivos desta pesquisa devido os relatos de vida possibilitarem refletir sobre aspectos sociais, culturais, políticos, econômicos e as estruturas sociais que os perpassam a partir da vivência e percepção das mulheres.

> O actor poderá saber pouco sobre as determinantes sociais da sua conduta e do seu ser, mas sabe alguma coisa acerca da sua vida e da realidade com que lida todos os dias, traduzindo nas suas respostas e nas suas narrativas, simultaneamente, aquelas determinantes e este conhecimento. O trabalho do investigador passa pelo estabelecimento das ligações e das lógicas que o actor não vê – na verdade, não lhe compete ver – a partir da informação que este lhe transmite, situando-a no complexo das relações sociais que a enformam (BRANDÃO, 2007, p.9).

Dessa maneira, utilizei a modalidade de narrativa de vida[14] por essa possibilitar reconhecer a complexidade das relações sociais utilizando somente a experiência vivida como fonte de informação. Estes relatos de vida permitiram conectar as subjetividades das narradoras com os acontecimentos, apresentando a variedade dos significados relacionados às suas motivações, sentimentos, desejos ou planos (BOLÍVAR, 2012). Além disso, esta técnica possibilitou perceber como as mulheres incorporam, compreendem e (des)constroem representações de gênero (feminilidades, masculinidades) em seu cotidiano e como as relações de gênero transformam o campo de possibilidades de suas vidas, viabilizando a identificação de quais dimensões da experiência são mais afetadas, as continuidades e estratégias de mudanças das assimetrias de poder.

Diante dos objetivos dessa pesquisa, busquei narrativas de vida do tipo temática, isto é, que delimitavam a investigação com base em um assunto ou período particular da vida de uma pessoa (MORIÑA, 2017). No caso em questão, enfatizei aspectos relacionados às vivências reprodutivas e contraceptivas como uma forma de compreender as motivações que levaram as interlocutoras da pesquisa a decidirem pela laqueadura.

---

[14] Considero pertinente diferenciar entre história de vida e narrativa de vida (também denominado de narrativa autobiográfica ou relato de vida). As duas são métodos que se direcionam para a experiência, parcial ou total, vivida por uma pessoa, mas apresentam diferenças na sua operacionalização. A narrativa de vida foca-se na história relatada, obtendo apenas a narração biográfica realizada por uma pessoa, não necessitando de outros elementos para comprovar ou complementar as informações fornecidas. Já a história de vida, além do relato dos sujeitos da pesquisa, pode contar com o suporte de outras fontes, como documentos e entrevistas a outras pessoas. (GILL, GOODSON, 2015; BERTAUX, 2010; MORIÑA, 2017).

Ressalto o que Cortazzi (2001, p.389, tradução minha) destaca no que tange ao aprofundamento de certos aspectos do contexto de vida, sendo fundamental que as mulheres da pesquisa forneçam "um contexto suficientemente mínimo (no sentido de informações de fundo sobre os eventos) dentro da própria narrativa para permitir que seja entendido". O seu relato de vida pode não seguir uma ordem cronológica, mas apresenta uma organização interna que abrange:

> [...] três grandes categorias estruturais: uma estrutura de eventos, que informa acontecimentos; uma estrutura de descrição, que fornece informação de fundo no tempo, lugar, pessoas e o contexto necessário para entender a narrativa; e uma estrutura de avaliação, que mostra o ponto de contar a narrativa, apresentando a perspectiva ou julgamento do narrador sobre os acontecimentos, marcando a parte mais importante (CORTAZZI, 2001, p. 384-385, tradução minha).

Assim, a narrativa também permite conhecer uma realidade a partir da memória e vida da narradora. Como afirma Portelli (1996, p. 2), "recordar e contar já é interpretar", não há como separar a memória e narrativa da reflexão subjetiva que atribui significado à experiência. Nessa relação com a memória, revisitar as experiências do passado leva a narradora a processos de interpretação, organizando as ideias conforme considere relevantes no desenrolar dos acontecimentos e reavaliando os eventos conforme sua visão de mundo no presente.

> A narrativa como expressão da memória que imprime identidade e alteridade, constituída por falas e silêncios que significam é construção dinâmica e singular, ocorrendo por processos de interpretações ou transformações das lembranças, das memórias, reveladas pela linguagem e reguladas pelas emoções, pelos estados de ânimo, pelos contextos diversos no qual se evocam as memórias e pela relação com um outro diferenciado e diferenciador. Este caráter peculiar da narração não é somente limite, mas também possibilidade, ao permitir entender a consciência de si com trespassada por uma multiplicidade de elementos não fixos, proporcionando a compreensão da subjetividade e a produção do conhecimento (CUNHA, 2012, p.100).

No entanto, tal método pode ter sua veracidade questionada por focar em um relato que depende da memória e do grau de informações que uma pessoa resolve fornecer. Nesse aspecto, Portelli (1996) enfatiza a importância e valor textual do relato vivido:

> [...] Não temos, pois, a certeza do fato, mas apenas a certeza do *texto*: o que essas fontes dizem pode não haver sucedido verdadeiramente, mas está contado de modo verdadeiro. Não dispomos de fatos, mas dispomos de textos; e estes, a seu modo, são também fatos, ou o que é mesmo: dados de algum modo objetivos, que podem ser analisados e estudados com técnicas e procedimentos em alguma medida controláveis, elaborados por disciplinas precisas (PORTELLI 1996, p.4).

Além disso, a experiência relembrada, narrada e textualizada também reflete a relação dialógica estabelecida no momento da entrevista, que remete à dupla hermenêutica de Giddens (2013), isto é, ao duplo processo de tradução e produção de sentidos em que os atores orientam sua conduta. Essa relação entre as mulheres da pesquisa e a pesquisadora influiu tanto no desenvolvimento da entrevista como no conteúdo e sentidos explicitados, sendo cada entrevista uma interação complexa que não se resume a um monólogo ou a um gravador (FERRAROTTI, 2013).

> Trabalhar com narrativas não é simplesmente recolher objetos ou condutas diferentes, em contextos narrativos diversos, mas, sim, participar na elaboração de uma memória que quer transmitir-se a partir da demanda de um investigador. Por isso, o estudo autobiográfico é uma construção da qual participa o próprio investigador (ABRAHÃO, 2003, p.85).

Ademais, considero interessante relacionar tal método com as contribuições de Velho (2003) sobre projeto de vida, que se trata de um conjunto de intenções e planos que se tem para atingir finalidades específicas, no caso em questão o objetivo de controlar a fecundidade, ou mais que isso. No intuito de materializar as intenções de seu projeto, as pessoas realizam escolhas que as levam para distintos percursos, diferentes trajetórias de vida, que consistem em uma "[...] série de posições sucessivamente ocupadas por um mesmo agente (ou um mesmo grupo) num espaço que é ele próprio um devir, estando sujeito a incessantes transformações" (BOURDIEU, 1996, p.189). Assim, o conceito bourdieusiano de trajetória se faz útil por colaborar na compreensão das possibilidades e limites postos às mulheres em certos contextos sociais marcados por desigualdades de gênero (SANTOS, OLIVEIRA, SUSIN, 2014).

Para operacionalizar o acesso a essas narrativas, ressalto Fraser (2004), ao sugerir a realização de entrevistas que permitam uma relação mais dialógica e com certo nível de informalidade. Com isso, realizei entrevistas não-estruturadas devido elas possuírem um caráter aberto, que minimiza alguns cerceamentos presentes em perguntas fechadas e possibilita profundidade no relato ao permitir flexibilidade para as mulheres falarem sobre certos temas em "suas próprias estruturas de referência", isto é, baseados em expressões e significados que lhes são conhecidos e familiares (MAY, 2004, p. 149-150). Além disso, em respeito às narrativas das mulheres, conforme suas estruturas de referência, a condução das entrevistas foi apoiada em tópicos temáticos (apêndice A), que refletem algumas categorias iniciais conforme os objetivos da pesquisa e que servem como lembretes do assunto investigado (GASKELL, 2002; BRANDÃO, 2007).

Também utilizei a técnica da observação direta, seguindo o modelo da interação, na qual a relação construída no campo é despolarizada e a subjetividade não é vista como um obstáculo, mas como uma contribuição (JACCOUD, MAYER, 2008). A observação fez parte de todos os momentos da pesquisa de campo e, como lembra Oliveira (1996), é um olhar que se interliga com as categorias e significados teóricos para melhor compreender a realidade social:

> Seja qual for o seu objeto, ele não escapa de ser apreendido pelo esquema conceitual da disciplina formadora de nossa maneira de ver a realidade. Esse esquema conceitual, disciplinadamente apreendido durante o nosso itinerário acadêmico (daí o termo disciplina para as matérias que estudamos), funciona como uma espécie de prisma por meio do qual a realidade observada sofre um processo de refração – se me é permitida a imagem. É certo que isso não é exclusivo do Olhar, uma vez que está presente em todo o processo de conhecimento, envolvendo, portanto, todos aqueles atos cognitivos, que mencionei, em seu conjunto. Mas é certamente no Olhar que essa refração pode ser mais bem compreendida. (OLIVEIRA, 1996, p. 15-16).

Durante a realização das entrevistas, utilizei um gravador de voz para o registro das informações, mediante a autorização das mulheres da pesquisa, auxiliando na memória da pesquisadora e na análise do conteúdo investigado (BARBOT, 2015). Ressalto, ainda, o uso do diário e caderneta de campo (OLIVEIRA, 1996) durante todo o percurso da pesquisa. A caderneta ajudou no registro de pequenas notas durante a condução das entrevistas, de modo a não realizar interrupções durante a fala das mulheres e não perder alguns aspectos da narração que poderiam ser interessantes para aprofundamento e esclarecimento posterior (BARBOT, 2015). Já o diário de campo foi utilizado após o encerramento das entrevistas para registrar de maneira mais detalhada as informações sobre a vivência em campo, desde os contatos prévios até o cenário de realização das entrevistas, notas de primeiras reflexões e outras informações que corroboraram no processo analítico (HOLLY, ALTRICHTER, 2015).

A pesquisa de campo foi realizada entre os meses de abril a agosto de 2018, considerando-a como “uma vivência”, uma relação entre os sujeitos envolvidos que media a condução da pesquisa e a produção conhecimento (BRANDÃO, 2007, p.12).O contato e a aproximação com as mulheres da pesquisa ocorreram por meio de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em Teresina (Piauí), tendo em vista que o processo para a realização de laqueadura se inicia junto à Estratégia de Saúde da Família, através de atividades de planejamento reprodutivo. Este serviço de saúde funcionou como uma “agência de contato”, isto é, como uma instituição intermediária entre a pesquisadora e as mulheres no intuito de colaborar na localização de pessoas que

se incluem como sujeitos da pesquisa, mas que, por sua vez, "não estão previamente agrupados num mesmo lugar de trabalho ou moradia" (WEBER, 1996, p.8).

Escolhi uma Unidade Básica de Saúde situada na região norte de Teresina[15] devido já conhecer os(as) profissionais de saúde e a localidade, por experiências profissionais anteriores. Diante dos prazos de pesquisa, considerava que esta familiaridade poderia me ajudar nos primeiros momentos de sensibilização sobre o objeto de estudo e a busca pela colaboração. Antes dos trâmites éticos formais, entrei em contato com profissionais desta Unidade Básica de Saúde para saber se poderia contar com sua colaboração como agentes mediadores(as) do contato, explicando um pouco sobre a temática de investigação e o número estimado de mulheres da pesquisa.

Com a resposta favorável, surgiu formalmente um campo de pesquisa e, após as autorizações institucionais e dos Comitês de Ética em Pesquisa, iniciei a vivência em campo. Tive a colaboração dos(as) profissionais de saúde dessa Unidade Básica de Saúde no que diz respeito: ao apoio dos(as) profissionais de saúde (enfermagem, serviço social e agentes de saúde) para localizar mulheres que se enquadrassem nos critérios da pesquisa; à ajuda, principalmente dos(as) Agentes Comunitários de Saúde, no contato inicial com as mulheres, para verificação de aceitação ou não de sua participação; e à possível colaboração no tocante à disponibilidade de uma sala ou local reservado para a realização das entrevistas, caso alguma das mulheres optasse por realizar o encontro na própria UBS.

No entanto, o fato de tal localidade e o tema da laqueadura soar familiar diante das minhas experiências profissionais e do conhecimento teórico sobre o assunto, não significava que eu compreendia a amplitude do contexto social, a história e percepção dessas mulheres sobre tal temática.

> [...] em princípio, dispomos de um mapa que nos familiariza com os cenários e situações sociais de nosso cotidiano, dando nome, lugar e posição aos indivíduos. Isso, no entanto, não significa que conhecemos o ponto de vista e a visão de mundo dos diferentes atores em uma situação social nem as regras que estão por detrás dessas interações, dando continuidade ao sistema (VELHO, 1999, p.127).

[15] A título de garantir o sigilo da identidade das mulheres e dos(as) profissionais que colaboraram com esse estudo, optei por não situar a localização específica da equipe de saúde, uma vez que o objetivo da pesquisa não estava diretamente relacionado à sua identificação. É uma unidade de saúde vinculada à Gerência de Atenção Básica em Saúde, da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-Piauí. A mesma é composta por três Equipes de Saúde da Família e integra-se a um Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Comunidade (NASF).

Assim, há sempre algo a se conhecer, sendo importante compreender que o objeto de pesquisa não se encontra isolado, mas situado em um campo marcado por um conjunto de relações no qual se inserem sujeitos e instituições e que obedece a leis especificas (BOURDIEU, 2004). De modo a familiarizar o(a) leitor(a), contextualizo um pouco o local em que ocorreu a pesquisa, na região norte de Teresina-Piauí, especificamente entre os bairros Alto Alegre e Poti Velho.

De acordo com dados de 2010 da Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação (SEMPLAN, 2018), a população desses bairros diminuiu na última década, sendo essa diminuição maior no Poti Velho (11,4%) do que no bairro Alto Alegre (0,4%). Em relação ao sexo, em ambos, encontra-se mais a presença de mulheres (53%) do que homens (47%), sendo a faixa etária predominante entre 25 a 49 anos (Alto Alegre – 40%; Poti Velho – 39%). Nesse período de 2010, o valor do salário mínimo era de R$ 510 (quinhentos e dez reais), sendo o rendimento nominal mensal por domicílio nos referidos bairros, concentrado entre dois a cinco salários mínimos (R$ 1.020,00 a R$ 2.550,00) para 40% das residências no Poti Velho e 36% para as residências do Alto Alegre).

Em relação à escolha das mulheres da pesquisa e a quantidade, me apoiei em Michelat (1987), Beaud e Weber (2014) na perspectiva de que em uma pesquisa qualitativa com entrevistas aprofundadas, que não visam à quantificação, basta um pequeno número de pessoas, sendo importante que estas tenham características diversificadas em relação ao tema do estudo. Com isso, como critério de amostragem, me direcionei para a diversificação interna, que trata de um estudo em profundidade com um grupo específico com algumas variações internas (PIRES, 2008), tais como idade, composição familiar, número de filhos, nível de escolaridade, raça/etnia, renda familiar, dentre outras possibilidades. Assim, contou-se com a colaboração de cinco mulheres, que já haviam vivenciado a maternidade e realizado o procedimento de esterilização voluntária por meio da laqueadura em serviços públicos de saúde de Teresina, por considerar importante perceber a relação destas mulheres com o serviço público de saúde. Sobre o local das entrevistas, a maioria preferiu que fossem realizadas em seu próprio domicílio, apenas uma escolheu que fosse no serviço de saúde.

Ressalto que durante o andamento da pesquisa de campo, realizei revisões da literatura sobre o tema investigado, considerando a discussão histórica e social sobre as categorias de estudo, observando as ideias, enfoques, lacunas e como este estudo possa vir a contribuir com a discussão das relações de gênero e direitos reprodutivos

(KAMLER, THOMSON, 2015). Além disso, utilizei alguns documentos para compreender eventos e processos sociais que perpassam ou estão associados ao meu objeto de estudo (MAY, 2004). Com isso, para um melhor entendimento sobre a dimensão do planejamento reprodutivo em Teresina, obtive documentos que refletem a organização e o fluxo do atendimento, e realizei uma pesquisa documental sobre o quantitativo de atendimentos de cirurgia eletiva para laqueadura e vasectomia junto à base de dados do Hospital da Polícia Militar do Piauí (HPMPI).

3.2.Análise das informações em seus aportes teóricos

O processo analítico ocorreu por meio da técnica de análise de narrativas, devido a mesma permitir a compreensão dos sentidos que as pessoas produzem sobre si mesmas, suas vidas e sobre o contexto em que vivem (CORTAZZI, 2001). De acordo com Fraser (2004), esse tipo de análise não possui normas rígidas, mas sugestões de ideias que podem ser utilizadas como material de apoio para os(as) pesquisadores(as). Dessa maneira, tomo como norte analítico as sete etapas sugeridas por Fraser (2004), articulando com algumas contribuições similares de outros(as) autores(as).

A análise se inicia ao ouvir as entrevistas (FRASER, 2004), observando como as mulheres começam suas falas, os desdobramentos, as emoções e sentidos produzidos. Nesta primeira etapa, o "ouvir" está conectado ao "olhar" (OLIVEIRA, 1996, p.15), fazendo com que eu relembrasse o momento das entrevistas. Este momento, junto à leitura dos registros no diário de campo, possibilitou que refletisse também sobre o contexto da realização das entrevistas, revelando um pouco mais sobre a vida cotidiana dessas mulheres (KOFES, 1994). Beaud e Weber (2014) aconselham sobre a riqueza de detalhes e de informações que se pode obter na situação da entrevista enquanto contexto de observação e espaço relacional entre as mulheres da pesquisa e a pesquisadora:

> Observe sempre os diferentes fatos que acontecem no local da entrevista. A análise detalhada de contexto de uma entrevista – das dificuldades do contato inicial por telefone, o relato das diferentes fases do desenrolar da entrevista, passando pela observação das atitudes, mímicas, barulhos tanto no intercâmbio face a face quanto fora da cena mesma da entrevista (BEAUD, WEBER, 2014, p.123).

Essa conexão entre *olhar* e *ouvir* na dinâmica da pesquisa de campo me ajudou a entender mais sobre quem são as mulheres com as quais eu tive contato, como era a sua rotina e as possibilidades de participação em uma pesquisa. Também colaborou na

compreensão de possíveis desdobramentos subjetivos e objetivos de ser mulher, isto é, em como as relações de gênero se expressam em suas trajetórias de vida e, por conseguinte, como influem, direta ou indiretamente, nas motivações para realizar a laqueadura.

Em seguida, como segunda etapa, foram realizadas as transcrições das entrevistas, momento este aconselhado por alguns autores(as), que seja realizado pela própria pesquisadora e na íntegra (FRASER, 2004; MAY, 2004), o que é uma tarefa árdua, considerando que o tempo de duração das entrevistas variaram entre 01:10h à 02:15h. Contudo, o ato de transcrever se torna um processo enriquecedor, pois quando se faz as transcrições, rememora-se o contexto e pode trazer elementos gestuais, emoções e pausas que no áudio pode ser pouco percebido, assim como pode contribuir com uma familiaridade com as informações coletadas e possíveis caminhos de análise.

A terceira, quarta e quinta etapa tratam das análises individuais de cada entrevista, o que Michelat (1987) denomina de leitura vertical. Nesse momento, é possível identificar as especificidades, direções e destaques de cada entrevista (FRASER, 2004). Para tal, considero importante realizar o processo de "impregnação" trazido por Michelat (1987, p.204), consistindo em uma leitura intensa e repetida da entrevista a fim de proporcionar melhor compreensão dos elementos da narrativa.

Fraser (2004) elenca como um dos desafios desse momento a desagregação dos trechos das narrativas individuais em assuntos específicos ou segmentos da narrativa, uma vez que alguns relatos não seguem uma ordem cronológica ou alguma temática não se encontra toda em uma única sequência, podendo estar recortada em vários trechos, que devem ser aproximados para uma melhor compreensão. Tal processo é fundamental para realizar a agrupação conceitual, redução dos dados e categorização dos mesmos, sendo que estas categorias podem ter sido pré-determinadas diante do embasamento teórico como, também, surgir na própria entrevista (MORIÑA, 2017; FRASER, 2004).

Ainda sobre a análise individual da entrevista, Fraser (2004, p.191, tradução minha) aponta como quarta etapa observar e compreender como os "domínios de experiência" aparecem nas narrativas biográficas[16]. A autora destaca que tal etapa

[16]Bertaux (2010, p.53) traz uma ideia similar ao tratar sobre "domínios da existência", destacando as relações familiares e interpessoais, a trajetória escolar, a inserção profissional e o emprego como algumas dimensões, estando elas articuladas entre si e apresentando outros domínios específicos de cada vida. Nesse sentido e considerando os objetivos da pesquisa, inspiro-me nos conceitos de Fraser (2004) e de Lauretis (1994) sobre espaços gendrados/generificados, utilizo o termo domínio da experiência generificado para as vivências dessas mulheres em que as especificidades de gênero influíram no percurso

possui fins mais explicativos e, assim, colabora no entendimento das relações de gênero ao direcionar o olhar para a percepção das mulheres sobre si, sobre suas interações com demais sujeitos e instituições, atentando para aspectos culturais e estruturais. Esta análise e observação dos domínios permitiram observar que certas experiências do cotidiano das entrevistadas são mais relembradas do que outras, ao relatarem sobre a escolha que fizeram pela laqueadura. Também é útil, pois possibilita situar o contexto social em que se encontram e compreender como as normativas e formas de sociabilidades influenciam em suas vidas.

Isso leva ao quinto aspecto da análise, que consiste em "ligar o pessoal com o político" (FRASER, 2004, p.193, tradução minha), isto é, observar as correlações de forças presentes na realidade social vivenciada pelas mulheres dessa pesquisa. Já a sexta etapa remete a um processo de análise comparativa entre as narrativas, na qual observei as semelhanças e diferenças, destacando os principais sentidos produzidos em cada uma, os temas emergentes e como suas experiências são mediadas pela materialidade das condições sociais (FRASER,2004). Nesta leitura horizontal entre as entrevistas (MICHELAT,1987), considerei aspectos relacionadas à vivência da maternidade, experiências contraceptivas, motivações e processos de negociação para realizar a laqueadura e a divisão sexual do trabalho nas responsabilidades contraceptivas, no ambiente doméstico e nos cuidados com os(as) filhos(as). Por fim, Fraser (2004) pontua a organização da escrita e apresentação da análise como a última etapa, destacando o contínuo processo de aprimoramento da análise e da escrita.

3.3. Aspectos éticos da pesquisa: discutindo processualidades e validações

Moriña (2017, p.95) traz uma diferenciação relacionada aos espaços e formas de ética no campo de pesquisa, destacando a "ética processual", relacionada ao processo de validação da pesquisa em comitês de ética, e a "ética na prática", associada a questões éticas do dia a dia que surgem durante a pesquisa de campo. Aqui, destaco a ética processual. No tópico seguinte, apresento apontamentos sobre a ética na prática.

---

de suas trajetórias, seja pela presença de assimetrias entre os gêneros ou pelo exercício de poder por mulheres.

Este estudo pautou-se pela Resolução n° 466/2012 (BRASIL, 2012), que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e pela Resolução n° 510/2016 (BRASIL, 2016), que trata especificamente sobre as normas para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Tais resoluções, que norteiam os princípios éticos, balizaram essa pesquisa, incluindo a submissão e aprovação do projeto de pesquisa em comitês de ética e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), através do qual se formalizou o convite às mulheres para participarem da pesquisa, expondo os objetivos e metodologia, assim como respeitando o interesse, ou não, em participarem ou optarem pela desistência durante o seu transcurso.

O consentimento das mulheres sobre a participação nessa pesquisa ocorreu por meio de registro escrito do mencionado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B), assinado em duas vias, as quais uma ficou com a pesquisadora e outra com as mulheres da pesquisa. O TCLE foi preenchido depois de realizado os devidos esclarecimentos sobre o estudo, permanecendo a abertura para questionamentos e dúvidas durante o andamento das entrevistas e da pesquisa em si. Também foi garantido a privacidade e sigilo das informações coletadas, respeitando os princípios da confidencialidade e do anonimato (anexos 2 e 3). Ressalto que o anonimato é uma forma de proteger minimamente a privacidade e identidade dessas mulheres, e a confidencialidade se refere ao respeito à pessoa no que se refere às informações fornecidas, observando que alguns acontecimentos que são relatados não necessariamente precisam ser publicizados, se assim não desejar a(o) entrevistada(o) (MORIÑA, 2017).

Foram criados pseudônimos a fim de não identificar as interlocutoras da pesquisa, membros de suas famílias e mediadores(as) do contato. No sentido de minimizar formas de identificar essas mulheres, também optei por alterar a cidade de origem daquelas que não nasceram em Teresina, fato este que não altera o objeto de pesquisa, sendo apenas importante ressaltar a mudança de cidade e as suas motivações. Também escolhi não expor o nome da Unidade Básica de Saúde, uma vez que situar sua localização poderia comprometer a identidade das mulheres e dos(as) profissionais. Além disso, esta instituição se constituía em uma forma de mediação de contato com as mulheres e não como o objeto do estudo, não tendo necessidade de realizar a sua identificação por completo.

A escolha dos pseudônimos para os membros das famílias e demais pessoas mencionadas nas entrevistas ocorreu de maneira aleatória. Já para as mulheres da pesquisa implicou em maior zelo e dispêndio de tempo na busca de nomes que não se configurassem em um vazio subjetivo, mas que, de certa maneira, se conectassem com suas vivências. Na seleção dos nomes, procurei similaridades entre o conteúdo das entrevistas e de poesias. Como traz Elisa Lucinda, em seu poema *Penetração do poema das sete faces*, "o poema só existe quando pode ser do outro, quando cabe na vida do outro". Assim, trago como pseudônimos nomes de poetisas que em alguns trechos de suas escritas me lembrava as narrativas de vida dessas mulheres, de modo a minimamente interligar o assunto do poema com a subjetividade presente nos relatos das mulheres, sendo a escolha de cada nome explicada no próximo capítulo.

Esta pesquisa não pretendeu ocasionar danos de ordem física, psíquica, moral, intelectual, social e/ou cultural às participantes. Todavia, considerando os processos subjetivos ativados ao relembrar vivências, poderia indiretamente ter ocasionado certo mal-estar temporário. Ressalto que, caso houvesse a necessidade, as mulheres foram orientadas sobre a assistência junto aos serviços públicos de saúde e/ou unidades de serviço-escola. Contudo, nenhuma participante demonstrou interesse ou necessidade por essa assistência. Esta pesquisa também não apresentou benefício direto para as mulheres da pesquisa ou ao local do estudo, mas pode ter valia para o espaço acadêmico, os(as) profissionais de saúde e a comunidade teresinense, no intuito de ampliar a compreensão sobre o fenômeno da contracepção à luz dos estudos de gênero.

Essa pesquisa foi submetida ao parecer e autorizações institucionais do Hospital da Polícia Militar do Piauí (HPMPI) para a efetivação da pesquisa documental (anexo 4), e da Fundação Municipal de Saúde (FMS) para a realização da pesquisa de campo junto à mediação da Unidade Básica de Saúde (anexo 5). Destaco que para serem concedidas essas autorizações institucionais, foi necessária a tramitação do projeto de pesquisa em Comitês Internos de Pesquisa, e aguardo o processo institucional das devidas permissões e posterior efetivação da pesquisa de campo. No HPMPI, a resposta foi obtida em janeiro de 2018, e na FMS, o parecer favorável foi concedido em março de 2018. Após isso, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, via Plataforma Brasil, e recebeu parecer favorável em março de 2018, sob o número do parecer: 2.552.478.

3.4. Experienciando o campo e construindo diálogos

Neste tópico, apresento como ocorreu a minha imersão junto ao campo de estudo, considerando a dimensão da "ética na prática" (MORIÑA, 2017, p.95) e as possibilidades de construções de diálogos junto à Unidade de Saúde e às interlocutoras da pesquisa. Adentrar este local foi mais que um rito de passagem do ambiente acadêmico e teórico para um ambiente mais empírico na pesquisa, significou vivenciar de outra maneira aquela temática já familiarizada, dar uma localidade, corpos, nomes e rostos ao "objeto" de estudo, adentrar casas, ouvir e sentir histórias. O campo de pesquisa, ao tempo em que trouxe um amplo leque de possibilidades e resultados, também apresentou algumas dificuldades, tanto de ordem subjetiva como objetiva. Aqui trago algumas delas, que emergiram no processo de mediação do contato com os profissionais de saúde e/ou com as mulheres.

No dia 10 de abril de 2018, iniciei o diálogo junto aos(às) profissionais de saúde. A primeira dúvida foi junto a eles foi: como localizar as mulheres *ligadas/laqueadas* que atendiam ao perfil da pesquisa? Entre explanações em reuniões e encontros na sala de espera da UBS, observava algumas dificuldades para localizar as interlocutoras. Como mencionou uma profissional, existe o acompanhamento inicial na busca pela laqueadura, mas, ao final, dificilmente sabem quem realizou o procedimento, quem desistiu ou ainda está aguardando, não havendo um registro específico desse acompanhamento, sendo colocado pela profissional como ponto a revisarem e importante de se registrar. Nessa procura, uma agente de saúde me trouxe uma colocação interessante, ao confundir o perfil das mulheres, achando que eram gestantes, mencionando que *"ninguém chega e fala que tá ligada".*De fato, a gestação visualmente ajuda a localizar quem são as mulheres grávidas, mas a laqueadura não remete a algo visualmente delimitado. Nesse sentido, foi de fundamental importância a colaboração dos(as) Agentes Comunitários(as) de Saúde, que buscavam em suas memórias mulheres que tinham demonstrado interesse pela laqueadura, em seguida se dirigiam à residência das mesmas para confirmar e, em caso positivo, perguntavam se eu poderia visitá-las.

Este cenário gerou incertezas e aumentou a "ansiedade da busca" (TIMM, 2012, p.167), em relação às expectativas suscitadas no trabalho de campo. Entretanto, como diz o referido autor, o importante é construir conjuntamente esta busca, seja na

localização das interlocutoras com os(as) profissionais de saúde ou no desenrolar das entrevistas:

> [...] sair *em busca de algo* pode se dar em duas possibilidades: na primeira, vamos ao encontro de algo que já está lá e que só precisamos encontrar; na segunda, vamos construindo *esse algo* pelo caminho. Escrever histórias de vida pode ser fascinante na segunda possibilidade anotada. Há alguém a ser buscado, mas essa busca e esse alguém vão sendo construídos processualmente (TIMM, 2012, p. 185-186, grifos do autor).

Assim, o campo foi ganhando forma através da busca junto aos(as) profissionais de saúde sobre quem seriam os sujeitos da pesquisa, e junto às próprias mulheres com as quais tive contato no que se refere ao relato de suas trajetórias de vida. Nessa dinâmica do contato, eu realizava uma visita com o(a) Agente de Saúde para convidá-la a participar da pesquisa, marcando um segundo encontro sem a presença do profissional, caso tivessem aceitado participar.

Outros limites ocorridos no campo se relacionaram à quantidade de entrevistas a realizar. Ao todo, tive contato com doze mulheres, conseguindo realizar entrevistas apenas com seis. Desse quantitativo, seis mulheres não participaram da pesquisa pelos seguintes motivos: duas não se enquadravam no perfil por terem realizado a laqueadura pela rede privada de saúde; duas não possuíam disponibilidade de tempo devido os horários de trabalho remunerado; e outra mudou de cidade após o parto e realização da laqueadura. A última dessas seis mulheres, cuja entrevista não foi realizada, trata-se da primeira mulher com a qual eu tive contato e fiz o convite. Entre imprevistos, remarcações e ausências de respostas, surgiu a dúvida se o interesse não seria apenas uma resposta cortês para mim e para a equipe de saúde em meio ao receio de dizer não. Então, diante da incerteza e em respeito, considerei melhor não insistir.

Entre as seis entrevistas realizadas, apenas cinco foram finalizadas. Comecei a entrevista com uma mulher que pediu para remarcar a sua continuidade, porém, ela escolheu não continuar na pesquisa. Essas duas últimas situações me trouxeram o dilema de até que ponto se deve insistir em um contato já realizado. Não considero simples você expor sua vida para outra pessoa, depende de questões práticas como o tempo disponível para tal tarefa e permitir que uma desconhecida compartilhe a intimidade de sua vida e família. Por mais que se tenha a ansiedade da busca, é fundamental respeitar até aonde o outro permite você adentrar e entender que nem todas querem falar sobre determinadas questões de suas vivências.

> [...] muitas narrativas são, antes de tudo, geradoras em si mesmas de sofrimento, algumas pessoas sentem-se desconfortáveis, recusam-se ou,

> simplesmente, não sentem gosto por elas. Pois, *ter a capacidade de contar* não quer dizer *ter a obrigação*, nem *sentir a necessidade de fazê-lo*. Assim, não querer fazer a narrativa de sua vida não significa ter problemas em sua vida ou rejeitar sua representação a *posteriori* (LANI-BAYLE, 2012, p. 63, grifos do autor).

De maneira geral, os encontros necessários variavam entre dois a três: um primeiro para a aproximação e apresentação, e um ou dois para a entrevista em si. Apenas com uma mulher a apresentação e entrevista ocorreram no mesmo dia devido à dificuldade no contato por ela estar sem telefone. Esses encontros eram marcados por questionamentos de ordem prática: o que era necessário para elas, em seu cotidiano, para que a entrevista ocorresse?

Os contextos das entrevistas, nos momentos de negociação e na sua realização, oportunizaram ver alguns arranjos de gênero no ambiente familiar e observar também como a dinâmica da própria realização da entrevista é permeada por essa organização. Para a entrevista ocorrer de forma satisfatória, algumas condições eram importantes, como um ambiente com pouco movimento e ruídos e, principalmente, o dispêndio de tempo dessas mulheres, que ocasionava em mudanças nas suas rotinas, seja para uma pausa do cuidado com os filhos(as), do trabalho ou dos afazeres domésticos. Assim, a realização dependia de algumas circunstâncias relacionadas à(ao):

1. Organização cotidiana do tempo: não prejudicar o tempo destinado à organização do almoço, exames e consultas suas e de familiares (filhos/as, marido, mãe); a entrevista terminar antes do horário de pegar filhos(as) na creche, tendo uma margem de tempo para poder organizar a *saída*, uma vez que haviam outros(as) filhos(as) que se encontravam em casa;
2. Cuidado infantil: preferencialmente ser em horário em que as crianças estivessem fora de casa, em atividade escolar. Caso estivessem em casa, tinham que estar dormindo ou ter mais de uma pessoa no domicílio que auxiliasse no cuidado dos filhos(as) enquanto a entrevista ocorria (o que não significava que ela, a mãe, não seria acionada para o cuidado naquele momento);
3. Ambiente de trabalho remunerado: ser no contraturno do trabalho ou em momentos que não tinham agendado clientes (como no caso de uma cabeleireira).

Após essas negociações, apareciam-me outras preocupações relacionadas ao termo de consentimento. Explicá-lo é fundamental, contudo, a sua escrita, associada a uma

formalidade de termos e construções científicas somada às exigências de documentos de identificação pessoal, assinaturas e cópias impressas como registros, poderiam causar certo receio nessas mulheres. Diante desses dilemas, procurei não me ater diretamente ao texto escrito e sim aos seus elementos, guiando-me pela contribuição de Bourdieu (1997) no intuito de minimizar aspectos que podiam gerar uma violência simbólica na minha relação com elas, considerando que:

> Tentar saber o que se faz quando se inicia uma relação de entrevista é tentar conhecer os efeitos que se podem produzir sem o saber, esta espécie de *intrusão* sempre um pouco arbitrária que está no princípio da troca (especialmente pela maneira de se apresentar a pesquisa, pelos estímulos dados ou recusados, etc), é tentar estabelecer o sentido que o pesquisado se faz da situação, da relação na qual ela se estabelece, dos fins que ela busca e explicar as razões que o levam a aceitar participar da troca. É efetivamente sob a condição de medir a amplitude e a natureza da distância entre a finalidade da pesquisa tal como é percebida e interpretada pelo pesquisado, e a finalidade que o pesquisador tem em mente, que este pode tentar reduzir as distorções que dela resultam, ou, pelo menos, de compreender o que pode ser dito e o que não pode, as censuras que o impedem de dizer certas coisas e as incitações que encorajam a acentuar outras (BOURDIEU, 1997, p.695, grifos do autor).

Além disso, o conjunto de tópicos presentes no roteiro me remeteu ao "inconveniente" lembrado por Beaud e Weber (2014, p.135), que é ficar "prisioneira do roteiro". No lugar de me prender à ordem dos tópicos, passei a ver como as mulheres iniciavam suas falas e enlaçavam com os tópicos presentes do roteiro, conforme eles iam aparecendo. Isso gerou fluidez no processo de entrevistas, permitindo, da parte dessa pesquisadora, maior atenção ao que estava sendo dito, olho no olho, desprendendo-me, assim, do cumprimento sistemático do roteiro para fazê-lo à medida que se estabelecia a interação entre as pessoas envolvidas, onde o meu interesse era de ouvi-las atentamente e o delas de falar de si a vontade, como diz Kaufmann (2013).

> Felizmente, é frequente que o entrevistador não tenha mais que se esforçar no decorrer da entrevista: o informante tem vontade de falar por conta própria. Ele entrou em sua biografia, viaja guiado pelo entrevistador em torno de um tema; e tomou gosto pela viagem. Fala de si e nós o escutamos, desenvolve seus argumentos e suas opiniões tem relevâncias. Fala de si, e verifica sua capacidade em ser dotado de uma identidade claramente identificável e digna de interesse. Fala de si e, com a ajuda do entrevistador, interroga-se de forma inédita sobre sua própria vida [...]. Até o ponto em que o entrevistador e a situação da entrevista chegam a ser esquecidos, apesar de seu caráter pouco comum, apagados pela vontade de falar. De falar de si, para uma espécie de mundo anônimo, sem deixar de falar para si mesmo (KAUFMANN, 2013, p.102).

Entre dificuldades, possibilidades e resultados alcançados, na experiência em campo que ocorreu de abril a julho, tiveram aproximadamente 30 (trinta) imersões da pesquisa na região norte de Teresina. Nessa fase de operacionalização da pesquisa,

diante da dinamicidade das relações com os(as) profissionais de saúde e mulheres, e diante da organização da Unidade de Saúde e do cotidiano das interlocutoras da pesquisa, entendo que a vivência do campo não tinha como se constituir sobre um ritmo contínuo ou acelerado. Há de se reconhecer a presença de limites e de situação que não se consegue prever na operacionalização de uma pesquisa, que podem ir desde a localização das interlocutoras da pesquisa, negociação das entrevistas até a sua efetivação.

Assim, o campo de pesquisa foi uma construção do possível, de intermediação entre um conjunto de pessoas, instituições, campos sociais, dimensões subjetivas e objetivas das pessoas envolvidas direta ou indiretamente na construção desse estudo. E nessas interações, concordo com Timm (2012, p.169-170) ao dizer que trazer tais narrativas significa “olhar com o outro e não sobre o outro e muito menos pelo outro”. Na busca desse olhar, considero importante saber sobre as relações de gênero na vida destas mulheres, principalmente suas conexões com as escolhas contraceptivas, mas, em primeiro lugar, conhecer quem são elas e, assim, interligar narrativas com a escrita.

4. AS MULHERESE SUAS NARRATIVAS: CONSTRUÇÕES E OLHARES SOBRE SI

As narrativas seguiram as temáticas presentes no roteiro, que vão desde a identificação pessoal até as trajetórias de vivências cotidianas junto à contracepção, maternidade, afetividade, sexualidade e divisão sexual do trabalho. Todavia, mesmo apresentando estes tópicos como guia, os relatos das entrevistadas abrangiam mais aspectos, sendo mediados conforme a avaliação dessas mulheres sobre seus percursos, dando mais ênfase a um ou outro aspecto e elencando domínios de suas experiências ausentes desse roteiro. Diante dos diálogos, concordo com Bolívar (2012) ao trazer que as narrativas de vida, ao rememorar acontecimentos, possibilitam a construção de sentidos do projeto de vida, sendo o ato de "narrar a si mesmo ou a outros o que foi ou será o projeto pessoal de vida é uma estratégia para construir uma identidade" (BOLÍVAR, 2012, p. 34).

Nesse sentido, as narrativas não são apenas temáticas colocadas por uma pesquisadora, mas um conjunto de vivências e reflexões sobre si que vão demonstrando as suas subjetividades e olhar sobre feminilidades/masculinidades. Assim, para compreender como as relações de gênero atravessam suas escolhas pela laqueadura, considero fundamental observar melhor quem são essas interlocutoras, os seus anseios e como se percebem enquanto mulheres. Tendo em vista que algumas narrativas não dizem respeito diretamente aos objetivos da pesquisa, mas indiretamente são importantes para as percepções que essas mulheres produzem sobre seus percursos, apresento aqui um perfil mais descritivo sobre cada uma das interlocutoras. Ao final, apresento um quadro com o compilado de suas identificações pessoais, destacando similaridades e particularidades entre as mesmas.

4.1. Alzira: diálogos entre os cuidados e cochilo dos(as) filhos(as)

Sou negra ponto final
Devolvo-me a identidade
Rasgo a minha certidão
Sou negra
sem reticências
sem vírgulas
sem Ausências
[...]
Sou negra

ponto final
(Alzira Rufino, poema Resgate)

Alzira tem 42 anos e, ao se autodefinir, trouxe de maneira bem enfática a sua negritude. Por isso, tomei a licença de (re)nomeá-la com uma autora que também traz o mesmo reconhecimento em sua poesia. Esta não era a primeira vez que nossos caminhos se cruzavam, a conheci quando tive experiências profissionais junto à unidade de saúde, em 2013. Ela já estava casada com Cairo, de 43 anos, e realizava o pré-natal de seu primeiro filho, Felipe, agora com cinco anos. No momento do contato atual, o seu nome era-me familiar, vindo à tona a sua recordação quando abriu a porta de sua casa. Não sabia até que ponto o fato de nos conhecermos seria avaliado positivamente ou negativamente.

Agora, além de Felipe, tinha também Fabíola e Antônio, com dois anos e um ano de idade, respectivamente. Enquanto eu e o Agente de Saúde adentrávamos em sua casa, ela recolhia alguns brinquedos que estavam espalhados pela sala, segurando o filho Antônio no colo. Felipe encontrava-se na creche, e seu marido não estava em casa. Ela disse que normalmente seus filhos dormem à tarde, porém, justamente quando recebe visitas, as crianças ficaram acordadas.

Perguntou para mim se eu havia voltado para o posto de saúde. Respondi que era por pouco tempo, para realizar um estudo com mulheres que *ligaram*, e falei um pouco mais do que se tratava, perguntando se ela aceitava ou não participar. Ela sorriu sem jeito, "não sei se estou ligada". Sua menstruação estava atrasada, pairava por sua cabeça o medo do médico ter mentido, não ter feito a laqueadura e estar gestante novamente. Fiquei pensando sobre o quão inconveniente estava sendo a minha presença naquele momento, saber sobre laqueadura em meio ao receio de não estar *ligada*. Como ela poderia aceitar falar sobre algo que não sabia se vivenciava naquela situação? Como eu poderia pedir isso?

Ela perguntou como seria a sua participação, se envolveria "reunião" em outro lugar, colocando que, para ausentar-se de casa "é difícil", "envolve todo um planejamento" por ter que encontrar alguém que possa ficar com as crianças. A tranquilizei dizendo que não seria o caso, sendo uma entrevista no dia, horário e local que fosse melhor para ela, podendo ser em sua casa, se assim preferisse. Novamente, Alzira demonstrou uma preocupação no olhar e sorriu receosa, me dando a entender da dificuldade de seu tempo, trazendo a questão do cochilo de seus filhos. Observei que o

seu tempo para entrevista seria junto ao cochilo dos(as) filhos(as). Sugeri, caso ela aceitasse participar da pesquisa, um agendamento flexível: confirmaria na véspera do dia agendado e, antes de sair de casa, telefonaria no intuito de saber se as crianças estavam dormindo ou não.

Com isso, a entrevista com Alzira foi operacionalizada entre o cochilo de seus(as) filhos(as). No entanto, no dia combinado, o seu filho mais novo estava acordado, mesmo assim ela disse que eu poderia ir, pois a outra filha, Fabíola, estava dormindo. Quando cheguei, a primeira coisa que ela me falou foi do seu alívio diante do fato de não estar grávida, "graças a Deus". Enquanto conversávamos, a nossa atenção também estava no que o filho estava fazendo, ela interagia com ele conversando, colocando-o no colo ou amamentando. A entrevista teve algumas pausas devido ao cuidado com seu filho e se encerrou por precisar pegar o Felipe na creche. No dia seguinte, a mãe de Alzira também estava na casa. Não sei se a chamou por conta da entrevista, para que ela ajudasse com as crianças, caso alguma estivesse acordada, mas este dia foi tranquilo, Fabíola e Antônio dormiram durante toda a tarde e pude conhecer mais a Alzira.

Ela frequentava a igreja católica, mas desde os 26 anos participa da igreja evangélica e deseja que seus filhos sigam seu caminho religioso. Alzira valoriza a educação no ambiente familiar e escolar. Ela estudou até o Ensino Médio, mas gostaria de ter feito curso superior. Já trabalhou em "casa de família" e em uma loja. Após o casamento, não trabalhou mais porque tinha que "tomar conta de casa" e "dar conta" dos filhos, quando estes nasceram.

Atualmente, as fontes de renda familiar são instáveis. Seu marido está desempregado há alguns anos devido a problemas de saúde e, quando consegue trabalhar, realiza serviços de ajudante de pedreiro. No momento, ele recebe um auxílio doença junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) no valor de um salário mínimo. Ela recebia o benefício Bolsa Família, que se encontra atualmente bloqueado; soube do bloqueio no mesmo dia da entrevista. Perguntou-me se eu era assistente social, "como você é assistente social, quero desabafar a raiva que passei": descobriu que o benefício estava bloqueado quando foi realizar o saque, reclamou que deveriam informar antes, não avisam sobre o bloqueio e era um valor que ajudava nos gastos. Contudo, esse não foi a primeira vez que vivencia esse constrangimento, já passou por outros, considerando uma "luta" a busca frequente para que desbloquear.

Considerava-se “muito vaidosa antes de ter filhos. Jamais eu ia deixar um fio de cabelo branco. Jamais eu ia deixar meu cabelo nesse estado. Todo final de semana eu tinha que fazer”. Porém, entre cuidar de embelezar-se e cuidar dos(as) filhos(as), acabou deixando seu lado vaidoso em segundo plano em prol de destinar o dinheiro para os gastos familiares. Alzira mostra que esse movimento de falar de si não é algo simples, direcionando um olhar reflexivo para si mesma, o que leva a silenciamentos, indefinições de como se vê e se sente na vida cotidiana:

> Eu me vejo uma pessoa assim tão [risos], tão fraca, que sinceramente. Em muitos aspectos eu me acho forte, mas em outros [silêncio]. Eu não sei ainda te definir como, o porquê, mas eu gostaria de ser uma pessoa mais ativa, mais dinâmica, ágil, mais esperta, mas eu não consigo. Eu gostaria de ser mais forte em relação a muitas coisas no cotidiano [silêncio]. (Alzira)

Em meio aos silenciamentos e diálogos, um ponto de destaque em sua narrativa de si foi em relação ao significado da moradia, entre uma “casa alheia” e “uma casa própria”. Alzira veio para Teresina ainda com sete meses de vida, sua família considerava que assim seria melhor:

> Família era do interior e lá não tinha tantos recursos, nem estudos. Eles só trabalhavam de roça, né, antigamente a única coisa que o pessoal fazia era trabalhar de roça. Os que ainda saiam pra estudar era muito pouco. A minha tia me trouxe pra eu morar com ela até pra eu estudar aqui em Teresina, até pensando no meu futuro (Alzira).

Em Teresina, ela já morou na casa de sua avó e de outras duas tias. Por mais que fossem sua família e que morasse em Teresina desde criança, ela não se sentia confortável nas casas de outras pessoas e sem a sua mãe.

> [...] não foi um período tão bom pra mim, não foi fácil [silêncio]. A gente morar na casa alheia não é bom, de maneira nenhuma, é muito complicado. Às vezes você passa por muita dificuldade, você não tem um local próprio até mesmo pra você deitar na hora que quer, porque não é seu (Alzira).

Esse desconforto em relação à moradia “alheia”, e a experiência de vida de sua mãe, influenciaram na maneira de pensar sobre si e em seus planos de vida, principalmente em relação à dimensão afetiva-sexual e sobre maternidade, como veremos mais adiante. Ter uma casa também remete a uma memória simbólica e afetiva sobre como conheceu o seu marido. Ela tinha uma ideia fixa sobre relacionamentos: “vou me casar com um rapaz só, ele vai ser o meu esposo”, e assim ela fez. Aos 34 anos, em 2011, casou-se com Cairo, mas seus caminhos já haviam se cruzado bem antes.

Em 2006, quando Alzira morava com sua tia, a casa ao lado da sua estava para vender. Cairo morava em São Paulo, era “filho da irmã lá da Igreja”, “crente”, veio

neste ano apenas para comprar a casa ao lado da sua e a colocou para alugar. Nesse tempo não se conheceram, ela apenas soube um pouco de quem era a casa ao lado e disse para si, brincando, "quem vai morar nessa casa bem aí sou eu, porque eu vou me casar com esse rapaz bem aí". Anos se passaram e ela disse ter esquecido essa história. Em 2009, quando morava na casa de outra tia, em outro bairro, sua prima falou que ele estava morando em Teresina e, nos anos seguintes, seus caminhos se cruzaram.

> Ele começou a reformar essa casa, aí minha prima disse 'olha, o dono da casa agora tá reformando a casa', só que eu nem imaginei, nem me lembrei da história que eu tinha falado pra mim mesmo, eu não falei pra ninguém [risos] só em pensamento que eu ia casar com ele. Aí depois em 2010, foi que eu fui conhecê-lo mesmo, pelo mês de setembro aí a gente começou a namorar em setembro aí a gente noivou em fevereiro de 2011 e casamos no dia 15 de abril de 2011. Foi quase em sete meses por aí de namoro, noivado e casamento. Foi rápido demais. (Alzira).

E assim, a rua de sua casa demarcou alguns momentos de sua vida. "Nessa rua aqui eu cresci, casei e aqui mesmo eu fiquei", disse, delineando sua visão do mundo e planos, construindo um lar e uma família. É interessante como seus percursos mudam conforme a relação entre feminilidade e família. Enquanto solteira, detinha um tempo e olhar para si, em seu embelezamento e interesse por estudos e trabalho, além de segurança em suas escolhas afetivo-sexuais. A ideia sobre constituição familiar atrelada a um relacionamento e a uma casa, ocorreu conforme os seus planos. Porém, também os alterou, dada a maneira como se organizou o arranjo familiar. Essa nova dinâmica trouxe limites à vida fora de casa, para realizar uma entrevista e para outros afazeres. Também oportunizou em apreensões sobre sua autoimagem, em meio a forças e fraquezas, direcionando os seus anseios e olhar mais para os outros do que para si. Ademais, aqui já demonstrou como a contracepção se faz importante para o seu cotidiano, uma vez que a ideia de uma nova gestação se relacionou a um sentimento de medo, e a posterior certeza do funcionamento da laqueadura demonstrou um alívio, já indicando alguns significados positivos desse método para a sua vida.

4.2. Adélia: raízes familiares, trabalho e maternidade na construção de si

> Mulher é desdobrável. Eu sou
> (Adélia Prado, poema Com licença poética)

Adélia nasceu na cidade de Imperatriz, no Maranhão, mas já mora "nessa terra quente" de Teresina há dez anos. Frequenta uma igreja evangélica e, em relação à sua

cor/raça, tem dificuldades em se autodefinir: “eu me acho morena, mas morena em registro não é registrado morena. É pardo, branco ou preta. Não sei. Eu acho que sou morena, porque preta eu não sou.”

Não possui muitos familiares em Teresina, apenas um primo de sua mãe, sua família ainda reside no Maranhão, possuindo o total de sete irmãos(ãs). Foi em uma visita a este primo em Teresina que Adélia conheceu seu marido, em 2001.

> [...] depois que a gente se conheceu eu fui pra Maranhão, aí ele ficou indo lá, de vez em quando, aí eu vinha aqui, ele ia lá, até que ‘não, agora eu vou de vez, porque eu não aguento mais essas viagens, acabar com esse negócio’, aí eu vim. Quando eu vim já foi pra essa casa, pra morar junto. Ele já tinha feito a casa. Aí a gente só é junto, já era pra ter casado, mas é tanta coisa [risos]. Daí foi muito rápido, logo depois de dois meses que eu tava aqui, fiquei grávida, logo que foi rápido, vim pra cá em 2007. (Adélia)

Adélia e Gustavo tiveram três filhos: Mário, com dez anos de idade; Marcela, com seis; e Carolina de três anos, que, durante a entrevista, buscava a companhia de sua mãe, chamando-a para assistir vídeos, encontrar o seu material escolar ou passear na rua, ocasionando algumas pausas durante a realização da entrevista. Adélia possui o ensino médio completo e realizou cursos profissionalizantes de cabeleireira em 2016, mas já atuava na área há alguns anos. Para ela, o trabalho remunerado é considerado muito importante para sua autonomia, levando-a à estratégia de organizar um salão na sala de sua casa para que conseguisse trabalhar em meio aos cuidados com os(as) filhos(as). A entrevista foi realizada nesta sala-salão[17] e, para a entrevista ocorrer, optou que fosse durante a semana, tendo em vista a procura ser menor. Neste dia, não agendou clientes para que pudéssemos ter a entrevista.

> No Maranhão, eu não trabalhava como cabelereira, eu trabalhava sempre com a minha irmã, vendendo cosméticos com ela, eu já era cabeleireira, só que eu vendia os cosméticos por fora pra ela. Mudei mais pela questão da necessidade, não foi bem necessidade de fome, mas necessidade de ser independente, de não ficar dependendo de ninguém, de fazer uma compra e eu mesma pagar, assim, ter essa autonomia de se responsabilizar mais (Adélia).

Esse trabalho, que se traduz em independência, faz com que planeje com um espaço melhor. À frente de sua casa encontravam-se vários tijolos que, segundo ela, faz

[17] Trago essa denominação por ser um cenário no qual há o compartilhamento de vivências familiares e profissionais. O espaço possui um sofá e uma televisão que remete a utensílios comuns de uma sala de casa e de uso pela família. Quando cheguei para a entrevista, Adélia estava neste sofá com sua filha, assistindo vídeos no celular. Ao lado do sofá, tem uma porta que interliga com a cozinha e quartos, para aonde o seu marido foi quando chegou em casa. Essa sala mostra-se enquanto salão diante de detalhes colocados mais próximos à porta de entrada: um espelho com bancada, um carrinho organizador para colocar os aparelhos utilizados, uma cadeira acolchoada comum em salões, na frente do espelho, e um banco com três cadeiras, para as clientes em espera.

parte de seu plano em colocar um salão na frente ou alugar um ponto em um local mais movimentado. Sua rua é estreita, sem asfalto e, ao final, não possui uma saída. Sua casa é uma das últimas, mas ela diz que mesmo sendo "escondidinho, as meninas vêm, no final de semana aqui tá cheinho". Seu marido também trabalha em salão, como barbeiro, mas em outro local no bairro, em uma avenida de grande circulação de carros e pessoas. A renda de cada um equivale a aproximadamente um salário mínimo e a família recebe Bolsa Família, ficando a renda familiar mensal por volta de dois a três salários mínimos.

Adélia é uma mulher muito comunicativa e vaidosa, como ela mesma diz, "pra conversar comigo, se você tiver assunto, a gente conversa o dia inteiro", e foi isso que ocorreu na entrevista. Além disso, sua narrativa remete também a um simbolismo de gênero, destacando a capacidade das mulheres de realizarem atividades diversas a um só tempo, o que denominou como um jeito "desdobrável" específico das mulheres, ao conseguirem driblar o tempo realizando várias atividades diárias.

> Eu sei que a gente de certa forma consegue, eu não sei, eu acho que os homens não conseguem isso, mas a mulher ela tem isso de resolver muitas coisas ao mesmo, quando eu tô falando no telefone, eu tô vendo o que o menino tá fazendo, entendeu, eu tô sabendo que ele tá lá no quarto, eu vou ver se ele tá aprontando, então assim é dez coisas tudo na mente da gente, a gente consegue resolver muita coisa ao mesmo tempo. Olha eu consigo falar no telefone, eu consigo limpar a casa, limpar o banheiro e falando no celular e conversando e por aí, entendeu? Eu converso com a menina da cadeira e com as outras que tão aqui e mais uma que vai aparecendo na porta (Adélia).

Outro aspecto de destaque em sua narrativa é a lembrança familiar. Adélia enfatiza muito a sua raiz de família humilde, onde lhe ensinaram o valor da educação familiar e daquilo que se conquista "com o suor e muito trabalho", construindo a sua personalidade, o seu caráter e a base para educar seus(as) filhos(as).

> Digo que a minha personalidade veio lá da raiz, porque me construí com aquilo que eu aprendi antes e o que sou hoje. [...] Muita coisa mudou né, mas muita coisa que eu sou é o que minha mãe e meu pai me ensinaram a ser, não tudo, que as coisas mudam, mas em termos de caráter, de ética, de educação, essas coisas, acredito que veio de berço mesmo até hoje. A gente é o que a família da gente ensinou. (Adélia)

É assim que Adélia se apresenta, com a sua base familiar como um espelho moral e simbólico na sua constituição enquanto mulher (SARTI, 1996) e que influenciou em sua percepção sobre família e maternidade. Ser mãe foi um ponto forte presente em sua narrativa. Isso remete a um saber geracional e, também, a relações de gênero, como veremos adiante. Além disso, destaca a importância do trabalho remunerado para a sua independência e autoestima, chamando atenção por exercê-lo em casa como um modo facilitador e de conciliação com o outro trabalho que não é

remunerado, o doméstico. Considerando a estima para a família e o campo profissional, a escolha pela laqueadura foi importante de modo a possibilitar a articulação dessas dimensões e a construção de si.

4.3. Janaína: entre saudades, medos e insatisfações

Que saudade,
Da minha linda cidade.
"Que vontade de rever a minha terra,
[...]
Não há lugar no mundo como lá.
As belezas desse lugar, não dá pra comparar,
E toda vez que visito Soledade,
Choro pedindo pra ficar.
Pretendo morar lá outra vez,
Matar a saudade e curtir as
Maravilhas que Deus fez.
Assim que puder volto pra lá
E de lá só saio quando Deus mandar.
(Janaína Cassiele Nolio, poema Soledade)

Conheci Janaína na Unidade Básica de Saúde. Uma das profissionais lembrou-se dela como uma mulher que "insistiu" pela laqueadura e que rotineiramente encontrava-se no serviço de saúde para cuidados de saúde com seus filhos, principalmente sobre agendamento de consulta neurológica e cirurgia de hérnia do filho mais novo, Ricardo, de 04 anos. Fui à sua residência, porém estava apenas o seu marido que informou sobre a ausência da mesma e que estavam sem contato telefônico após um assalto. Tendo em vista esse motivo, o contato inicial com ela se deu pelo telefone da assistente social, ocasião em que combinamos um dia para conversarmos pessoalmente e ela preferiu que fosse na própria unidade de saúde.

Nesse dia, diante da dificuldade de contato, pensei em otimizar o tempo e, caso ela pudesse e quisesse, realizar a entrevista no mesmo dia da aproximação. Expliquei melhor sobre a pesquisa e o termo de consentimento. Janaína disse que o posto de saúde é como uma "segunda casa" e preferia que a entrevista fosse realizada lá, pois alguns vizinhos "falava alto, faz muito barulho e diz palavrões". Assim, a entrevista foi realizada na sala do laboratório de coleta de sangue, a única disponível naquele turno. A sala possui uma janela de vidro, com aberturas, mas como era ampla horizontalmente, ficamos mais ao fundo a título de ter menos ruídos e mais privacidade. Durante a entrevista, apareceram algumas pessoas na janela de vidro achando que os resultados

dos exames eram recebidos lá. Janaína, como conhecia aquele local bem melhor do que eu, prontamente respondia às pessoas, explicando também para mim o funcionamento e rotina do posto de saúde: “pessoal acha que aqui que faz e recebe também, mas não é. É lá no setor de marcação. Não aprendem”.

Janaína nasceu na Bahia, quando tinha 04 anos sua família se mudou para Piripiri, cidade piauiense, residindo em Teresina há aproximadamente cinco anos. Com 27 anos de idade, Janaína diz ser “vergonhosa, mas eu gosto muito de conversar”, o que pude perceber em nossa entrevista. Ela é bastante comunicativa verbal e gestualmente, enriquecendo a sua narrativa com entonações e sentimentos expressos também em gestos e expressões faciais.

No entanto, falar de si não é algo fácil e remete também a processos reflexivos. Ela é “desenrolada” para resolver os problemas do dia a dia, principalmente se envolver necessidades dos seus(as) filhos(as). Por mais que não conheça toda a cidade tão bem como conhecia Piripiri, ela se informa e consegue fazer o que é necessário. Todavia, diante das dificuldades cotidianas, principalmente econômicas, vê-se limitada e preocupada com o futuro. Por vezes, considera-se fraca, tendo uma imagem de si distinta daquela que os outros possuem, quando se reporta ao marido que diz “que eu sou muito forte, que eu sou guerreira, mas eu me acho mais ou menos” (Janaína).

Em relação à crença religiosa, antes frequentava a igreja evangélica e, ultimamente, “visita” a igreja adventista, “mas ainda não aceitei”. Janaína estudou até o primeiro ano do ensino médio e, quando morava em Piripiri (Piauí), trabalhou no setor de serviços, em uma loja. Em Teresina, “só trabalho em casa mesmo”. Recebia o benefício do Bolsa Família, mas, assim como Alzira, também vivencia dificuldades em relação ao seu acesso, devido a um erro no cadastro, sofrendo bloqueios repentinos do benefício, o que leva a frustrações de planos desfeitos e pagamentos pendentes.

> Eu não recebo Bolsa Família, porque erraram o nome da minha mãe. A minha mãe só recebe o dela, os filhos dela tão tudo de maior. Lá consta como se minha mãe recebesse pra mim. Quando eu fui, tava bloqueado, e eu ia fazer um bolin pra minha filha, eu fiquei muito triste. Aí eu fui lá e o homem não entendia, disse que o erro foi da moça. Aí já tá com oito meses, eu já fui lá hoje e ainda não foi liberado. Esse mês atrasou tudo, que eu tirei uma televisão contando com esse dinheiro, aí eu tô pra ficar doida. Recebia R$ 147, mas já me ajudava muito (Janaína).

Diante desses bloqueios, a renda familiar está situada no trabalho de seu marido, Luiz. Ele é pedreiro autônomo e por nem sempre ter um local de trabalho, às vezes não há dinheiro. Naquele dia da entrevista, por exemplo, Luiz estava trabalhando, mas no dia seguinte o serviço já acabava. Diante do trabalho incerto, Janaína não sabia

mensurar a renda mensal, visto que variava por dia ou semanalmente, podendo em um dia estar parado e no outro obter R$ 100,00 ou R$ 200,00.

Entretanto, este valor não fica somente para eles, pois Luiz possui duas filhas de um casamento anterior, dividindo o valor recebido: “quando é muito, ele divide pra mim e pras meninas, quando é pouco, ele não divide. Se for R$ 100, ele dar R$ 50 pra cada pra comprar as coisas, mas não é o suficiente”. Quando a situação econômica complica, recorrem às suas famílias, principalmente para a mãe dele, o que não lhe agrada.

Em meio a essas e outras dificuldades diárias, Janaína sempre menciona o apoio dos conselhos de sua mãe e irmã, a saudade de sua família, o que a levou a lembrar de como acabou vindo morar em Teresina. Luiz chegou a trabalhar um período em Piripiri e foi assim que se conheceram. “Namorava na porta de casa”, assim definiu para remeter ao respeito e tradição no âmbito familiar, sendo Luiz o seu primeiro namorado. Após um ano de relacionamento, viu-se diante de uma gravidez imprevista e, quando tinha 19 anos, nasceu a Mariana, agora com cinco anos de idade. Luiz teve que retornar para Teresina quando terminou o serviço em que se encontrava. Janaína veio morar com ele quando sua filha tinha três meses de idade.

Por mais que, em alguns pontos, Janaína goste de morar em Teresina, por outros, acha “ruim” e sente muita saudade de seu pai e de sua mãe. Aqui, ela tem um tio, mas não tem muito contato, tem algumas amizades, mas passa muito tempo do seu dia sozinha ou com as crianças. O fato de estar sem telefone, aumentava a sua preocupação com os seus pais, diante da distância e dificuldade na comunicação.

> Que tem dia que eu me preocupo tanto, penso tanto que eu sonho alto e eu sonhei que a minha mãe já tinha ido e ninguém tinha me avisado, ninguém me falou nada, eu fiquei gritando no sonho, que minha mãe adoeceu e eu botei isso na minha cabeça e, eu sem celular agora, tô pra ficar doida e ele [seu marido] não tem celular porque ele perdeu. Eu tô sem celular já tá com um mês, aí tendo esses sonhos (Janaína).

E assim o cotidiano de Janaína se faz em meio às saudades e preocupações com a família de origem e atual, bem como com insatisfações com algumas renúncias que teve que realizar com a gestação imprevista e a vinda para Teresina. Se eu fosse quantificar quantas vezes a palavra “medo” ou o sentimento de preocupação ou sofrimento apareceu em sua entrevista, creio que seria um dos itens mais presente. Fora os receios e saudades em relação à sua família de origem, tem o medo de engravidar novamente, mesmo depois de “ligada”, e a preocupação com a situação econômica da família e com os cuidados dos(as) filhos(as). Ainda assim, Janaína também tem muitas vontades e planos.

4.4. Cecília e as fases da vida afetiva e maternidade

Tenho fases, como a lua
Fases de andar escondida,
fases de vir para a rua
[...]
Tenho fases de ser tua,
tenho outras de ser sozinha
(Cecília Meireles, poema Lua adversa)

Cecília nasceu na capital piauiense e a sua família também reside aqui: sua mãe, duas irmãs e um irmão. Seu pai já faleceu, mas é lembrado com carinho e pelo seu zelo nos cuidados com os(as) netos(as). Em um primeiro momento, era a sua irmã que estava nos planos de visita e entrevista, porém isso não foi possível, pois ela realizou o procedimento da laqueadura na rede privada de saúde. Devido ao cancelamento no plano de saúde da família, Cecília teve o seu último parto em maternidade pública, local no qual realizou a laqueadura.

Cecília se vê como "uma pessoa bacana", não se acha vaidosa e traz o respeito como fundamental para as suas relações, pois, como ela diz, "respeito todo mundo pra todo mundo me respeitar. Tenho meus gostos. Respeito os gostos dos outros, pros outros respeitar também". Considera que católico é "aquele que vive dentro da igreja, né?". Assim, não acha que participa de alguma crença religiosa. Quando frequenta, é a igreja católica, mas apenas em ocasiões especiais, como batizados, então se considera "nem evangélica e nem católica".

Atualmente, aos 36 anos de idade, é empregada doméstica e trabalha em turno parcial, apenas pela manhã, o que fez com que nossa entrevista ocorresse na parte da tarde. Cecília "sempre trabalhou em casa de família". O trabalho é presente na sua vida desde a adolescência, uma vez que seu pai chamava as filhas para a responsabilidade: "vão estudar não? Pois vão trabalhar pra se calçar e se vestir. Não vou sustentar ninguém não, não querem estudar" [menção à fala de seu pai]. Ela tentou conciliar estudo e trabalhos, mas não conseguiu, estudou até a oitava série. O seu marido, Paulo, trabalha como pescador e "quando o mês tá bom, ele chega a ter um pouco mais de um salário". Assim, a renda familiar mensal, "deve tá uns mil e seiscentos, por aí assim".

A trajetória de vida de Cecília é marcada por distintos percursos afetivos e reprodutivos. Como traz no poema introdutório, a forma como vivenciava sua sexualidade e a relação com cada parceiro apresentou várias fases e dificuldades.

Cecília "perdeu a virgindade" ainda no início da adolescência, considerando que sua mãe não desconfiava, achando que "ela tinha umas moças dentro de casa". Teve três filhos. Em 2000, nasceu Ícaro, atualmente com 18 anos, "criado" com a ajuda dos pais de Cecília; Augusto possui 15 anos e foi adotado recém-nascido por uma família; e do seu atual relacionamento nasceu Raíssa, que já tem 12 anos de idade. Cada um possui um pai diferente, com distintas representações de paternidade, o que também influenciou a trajetória e as vivências de maternidade de Cecília. Tais fases na vida afetiva e maternidade também corroborou para a escolha pela laqueadura, principalmente diante da sobrecarga no cuidado para a família materna, o que a fazia refletir sobre não ter mais filhos(as).

4.5. Clarice: ser família e ser independente

Escuta: eu te deixo ser, deixa-me ser então
(Clarice Lispector)

Clarice desejava contar sobre como foi a realização da laqueadura não apenas para mim, mas também para outras pessoas, e o faz cotidianamente junto a outras mulheres que querem realizar a laqueadura. Sua vontade de falar se relacionava com o fato de ter engravidado há aproximadamente um ano depois de "ligada", algo que ela considerava impossível e que eu também desconhecia[18]. A vontade de Clarice em narrar sua trajetória de vida diante da situação inesperada após a laqueadura demonstrava uma oportunidade de socializar sua experiência de vida, avaliar o ocorrido, atribuir sentidos e fazer com que outras pessoas reflitam sobre a realização deste método contraceptivo (CUNHA, 2012).

Clarice nasceu em Teresina. Agora, com 32 anos, define-se como parda, "que foi o que colocaram no meu registro". Vem de família de base religiosa católica, mas não se considera praticante. Possui ensino médio completo, chegando a iniciar um curso superior, mas afastou-se logo no início, diante da descoberta de uma gravidez.

[18] Carvalho e Schor (2012) também relatam o caso de uma mulher que havia realizado a laqueadura e engravidou posteriormente. Adélia e Janaína também mencionaram conhecer situações similares. De acordo com a pesquisa de Simon (2005), a ocorrência da recanalização espontânea das tubas uterinas ocasiona na gravidez após a "ligação", sendo a principal falha no método, que pode ser ocasionada por vários fatores: a técnica utilizada na cirurgia, erro na avaliação pré-operatória, as extremidades cortadas da trompa podem ter se interligado novamente, a idade das mulheres (quanto mais jovens, mais propício para a recanalização espontânea).

A questão de uma moradia própria assumiu uma importância similar à de Alzira. Diferentemente desta, a instabilidade em relação ao domicílio apareceu apenas depois, devido a conflitos com a mãe ocasionados por opiniões divergentes sobre o primeiro namoro de Clarice. Isso ocasionou em sua expulsão da casa, indo morar por um período na casa do seu pai e, posteriormente, migrado para a residência de familiares do namorado (tio, avó) já com uma das filhas. O cenário mudou quando a sua mãe lhe deu o terreno no qual, aos poucos, foi erguendo sua morada, primeiro de taipa, até a organização atual de tijolos. Junto com a moradia própria, foi ampliando a sua autonomia e construindo a "vida que queria", com as suas filhas, que foi transformada e expandida com o novo relacionamento afetivo e organização familiar. Atualmente, está em uma união estável com Henrique, de 27 anos, e possui quatro filhos(as): Fernanda e Andreia, respectivamente com 15 e 13 anos, provenientes de outro relacionamento; Lucas, com quatro anos, e Daniel, de um ano de idade, do seu atual marido.

Atualmente, diante do cuidado com o filho mais novo, Clarice não possui trabalho remunerado. Já trabalhou como auxiliar de cozinha junto em um restaurante de sua mãe e em uma lanchonete. Mesmo não gostando de cozinhar e sem se considerar "boa" nesta função, ela se direcionava para esse ambiente dentro e fora de casa. No ambiente familiar, fazia a comida, colocando que "tem que ser eu, porque só eu mesmo que faço, ele [marido] não sabe". No ambiente de trabalho, realizava mais a função de auxílio nos cortes e preparos das comidas, mas não se sentia muito à vontade diante do fato de nunca ter trabalhado de "carteira assinada", colocando as experiências como "uns bicos".

O marido trabalha em uma empresa de gêneros alimentícios como vendedor. Recebe um salário mínimo e tickets de alimentação, "que é o que ajuda mais a gente também, e eu ganho também só um auxílio do pai das meninas, não é pensão, que é um dinheiro muito pouco, ele que dar por conta própria", variando entre R$ 50,00 a R$ 200,00 por semana. Ela também recebe R$ 240,00 do Bolsa Família que, assim como Alzira e Janaína, vivenciou bloqueio recentemente, mas já retornou a recebê-lo.

Ao falar sobre si, Clarice refletiu sobre como se percebe em suas relações cotidianas e como também gostaria de ser, pontos que parecem contraditórios, mas que estão interligados: ser família e ser independente.

> Eu acho que sou uma pessoa mais alegre, mais família, eu só tinha mesmo muita vontade de arrumar um emprego de carteira assinada, que também não gosto muito de ser assim, gosto mais de ser independente, mas aí pelo o que foi acontecendo, as coisas em relação a ter filho cedo, nova, me impossibilitou muito de ir pra frente com isso. [....] Eu acho que sou uma

> pessoa muito trabalhadora, gosto das coisas mais do meu jeito mesmo, que eu acho que é mais prático. [...] Eu sou mais firme no que eu quero e sou mais meus filhos também que, minha vida é mais aqui dentro de casa e relacionada mais aos meninos mesmo. Então eu me defino muito mais assim família, que gosta de tá perto deles mesmo (Clarice).

Esse cenário de limites em meio ao cotidiano familiar se fez presente no contexto de realização da entrevista. Neste momento, o marido e os(as) filhos(as) se encontravam em casa e, durante nossos diálogos, tivemos que realizar entre três a quatro pausas, a maioria das vezes devido aos seus filhos mais novos. As crianças buscavam sua mãe para afeto e auxílio no cuidado, seja para ter colo ou alimentar-se, como no caso de Daniel. Lucas também estava presente, na curiosidade, com a minha prancheta e gravador, em seus pedidos para Clarice "amarrar a linha na pipa", "comprar um picolé" do vendedor que passava na rua, "achar o seu copo para colocar o picolé" ou no pedido de "ajuda" para retirar a linha da pipa que estava enrolada em suas pernas, impossibilitando o seu movimento. Nesse contexto em que frequentemente ela era requisitada, Clarice descreveu aquele momento e o acordo familiar que antecedeu à minha visita, como uma condição familiar importante para a sua realização. Ela havia dialogado com o seu marido, ele ficaria com as crianças para que ela conseguisse realizar a entrevista. Todavia, não foi o que aconteceu.

> O menino tava dormindo aqui [na rede na sala] e eu tava aqui me balançando com ele. Na hora que eu saio, ele acorda. Aí ele [marido] tava assistindo [televisão]. Aí só foi você chegar, que ele [marido] foi dormir. O outro [Daniel], eu consegui colocar pra lá [quarto], que ele tava o tempo todo bagunçando. Ele [Lucas] queria assistir [televisão] mais cedo, mas ele [marido] não deixou porque também queria assistir, aí não deixou o menino assistir, aí ele [Lucas] foi pro meio da rua brincar. Eu nem gosto que ele vá, quando tá no tempo de pipa ele falta a ficar doido. Agora que eu precisei dele pra cuidar do menino, pra eu ficar aqui, que ele disse que ia me ajudar, que ia ficar com o menino, ele dormiu num instante, foi igual criança quando tá *bêba* de sono [silêncio] ajudar por iniciativa dele mesmo, ele já fala: 'ah, tuas filha, por que tuas meninas não ajudam?'. Aí eu peguei e tive que pedir a elas pra eu vir pra cá (Clarice).

Em meio a essa dinâmica familiar se apresentam as relações de gênero delineando as vivências de Clarice e suas reflexões sobre o que está no plano do passado e do desejo e o que é realidade, em outros termos, olhares de si que requisitam a um só tempo projetos individuais e coletivos. Nesse sentido, a escolha pela laqueadura apareceu como um ponto importante em sua narrativa, o que também refletiu no sentimento de frustação com o curto período de duração desse método.

4.6. Falas de si: quadro geral de identificação das mulheres

Diante das narrativas das mulheres, as identificações gerais assinalam que se tratam de mulheres adultas, situando entre 27 a 42 anos de idade e encontram-se em um relacionamento afetivo do tipo heterossexual. A maioria possui ensino médio, incompleto ou completo, com uma inserção em curso profissionalizante e outra em curso superior, porém encontra-se trancado, sem perspectivas de retorno.

Muitas mulheres tiveram dificuldades ao definir a sua cor/raça, não sabendo em qual "se enquadrava" e utilizando-se da informação que consta em seus registros de identidade para se designar, predominando a autodefinição de parda/negra. Como já apresentado anteriormente, no histórico da laqueadura no Brasil, este método teve sua prática relacionada com questões raciais, seja por escolha das mulheres ou por mecanismos coercitivos e eugênicos. No entanto, nas narrativas, direta ou indiretamente, não foi visível a associação por parte das mulheres entre trajetórias reprodutivas e questões raciais.

Para algumas mulheres, a religião é importante em suas vidas e contribui para a educação e formação moral dos(as) filhos(as). Para outras, apresenta-se esporadicamente e sem muita vinculação. As crenças religiosas não aparecem diretamente como influenciadora em suas decisões reprodutivas e contraceptivas. Todavia, podem influir indiretamente na medida em que "os elementos da autonomia de escolha e pertencimento religioso convivem, lado a lado, com os padrões mais gerais que informam a dinâmica dos gêneros na família e na sociedade" (COUTO, 2005, p.242).

O número de filhos(as) varia entre dois a quatro, predominando três filhos(as). Em relação à faixas etárias, são predominantemente crianças, o que influi no tempo familiar dessas mulheres junto ao cuidado infantil e espaço doméstico, atuando no campo de possibilidades de acessarem o trabalho remunerado fora de casa. Assim, situam-se substancialmente ocupadas com tarefas no ambiente doméstico. Quando realizam algum trabalho remunerado, estão em áreas do mercado preenchidos tradicionalmente por mulheres, como empregada doméstica e cabeleireira (KREIN, CASTRO, 2015).

A renda familiar configura-se um pouco inferior aos dados apresentados da SEMPLAM, de 2010, para os bairros situados na pesquisa, predominando rendimento mensal entre R$ 954,00 a R$ 1.908,00, proveniente principalmente do trabalho

masculino. A maioria dessas famílias tem condição econômica familiar precária, dependentes da disponibilidade de serviços públicos na área da saúde, transporte, educação, sistema previdenciário e socioassistencial. Fazem parte do programa de transferência de renda Bolsa Família, mas esse se apresenta como uma renda familiar incerta diante dos bloqueios frequentes e sem prévio aviso.

Quadro 1 – Identificação geral das mulheres da pesquisa

NOME	ALZIRA	ADÉLIA	JANAÍNA	CECÍLIA	CLARICE
IDADE	42 anos	32 anos	27 anos	36 anos	32 anos
COR/ RAÇA	Negra	Parda	Parda	Parda	Parda
ESTADO CIVIL	Casada	União Estável	Casada	União estável	União estável
NÚMERO DE FILHOS(AS)	3 (5 anos, 2 anos e 1 ano)	3 (10 anos, 6 anos e 3 anos)	2 (5 anos e 4 anos)	3 (18 anos, 15 anos e 12 anos)	4 (15 anos, 13 anos, 4 anos e 1 ano)
RELIGIÃO	Evangélica	Evangélica	Adventista	Sem definição	Católica não praticante
ESCOLARIDADE	Ensino médio completo	Ensino médio completo. Cursos profissionalizantes	Ensino médio incompleto	Ensino fundamental completo	Ensino médio completo
OCUPAÇÃO/ TRABALHO	Do lar	Cabeleireira	Do lar	Empregada doméstica	Do lar
RENDA FAMILIAR MENSAL[19]	1 salário mínimo	Entre 2 a 3 salários mínimos	Inferior a 1 salário mínimo	Entre 1 a 2 salários mínimos	Entre 1 a 2 salários mínimos

Essas mulheres trazem um conjunto de características sobre si e seus corpos que não são apenas descritivas, mas que estipulam certas formas de conhecimento, valores e sentidos que carregam intenções e marcam uma dimensão política (NICHOLSON, 2000) e, assim, refletem os arranjos de gênero em seu campo social. Considerando a

[19] Diante da instabilidade na renda familiar e dificuldade em definir o valor mensal de algumas famílias, aqui apresento uma aproximação, considerando também que o valor do salário mínimo em 2018, que era de R$ 954,00.

multiplicidade de representações da feminilidade, assemelham-se ao que Lipovetsky (2000, p.236) denomina de “terceira mulher”.

Elas refletem e interrogam sobre o seu cotidiano enquanto mulheres e ampliam as suas possibilidades de escolhas, mesmo que o contexto dificulte a viabilidade. Como traz Lipovetsky (2000, p.238), há a abertura de oportunidades levando a um “processo de mais igualação das condições dos dois gêneros”, mesmo que ainda persistam algumas desigualdades. As feminilidades dessas mulheres vão se delineando de acordo com a percepção sobre as normas de gênero e as possibilidades para trilharem a vida conforme suas escolhas, como apresentado adiante em suas trajetórias. Nesses percursos, o protagonismo pela laqueadura foi significativo para alterar o campo de possibilidades dessas mulheres.

5. RELAÇÕES DE GÊNERO E A LAQUEADURA NA VIDA DE MULHERES

A escolha de mulheres pela laqueadura como melhor forma para controlar a fecundidade revela um conjunto de interesses que estão em jogo (das mulheres, dos parceiros, dos serviços de saúde). Não é uma decisão simples ou imediata. Abrange também as suas condições materiais de vida e institucionais, marcadas pela dinâmica das relações de gênero na sociedade e no interior da família (BIROLI, 2018).

Neste capítulo, apresento a análise das narrativas de mulheres sobre aspectos de sua trajetória de vida até a realização da laqueadura. Inicialmente, demonstro como as interlocutoras desta pesquisa vivenciaram a reprodução e contracepção, dialogando com as relações de gênero no âmbito familiar e em outras dimensões de suas vidas. Em seguida, destaco algumas motivações que as levaram a optar pela *ligação* como forma de controle da fecundidade que, direta ou indiretamente, estão articuladas com particularidades dos arranjos de gênero. Após isso, pontuo sobre os seus percursos para a efetivação deste procedimento médico, destacando os significados atribuídos por elas à laqueadura.

Para entender como ocorreram as suas trajetórias até a escolha pela esterilização feminina é importante ponderar como o cenário social produz sentidos e exerce forças no curso de suas vidas, com destaque para a dinâmica de gênero nas relações familiares e a imagem destas mulheres – e homens - na sociabilidade local. No âmbito dessas relações familiares, práticas e valores construídos e repassados ao longo das gerações são importantes para a constituição de suas subjetividades e projetos individuais. Estes ensinamentos são interpretados e avaliados por cada pessoa, podendo repetir ou modificar os padrões das relações de gênero (REIS, RABINOVICH, 2006). Nesse sentido, os valores trazidos de *berço*, podem funcionar como um espelho moral (SARTI, 1996) ou uma herança simbólica para uma mudança ou uma continuidade de comportamentos (VITALE, 1995).

> O discurso social a seu respeito se reflete nas diferentes famílias como um espelho. Em cada caso, entretanto, há uma tradução desse discurso, e cada uma delas, por sua vez, devolverá ao mundo social *sua* imagem, filtrada pela singularidade das experiências vividas. Assim, cada uma constrói seus mitos segundo o ouve sobre si, do discurso externo internalizado, mas devolve um discurso sobre si mesma que inclui também sua elaboração, objetivando sua experiência subjetiva (SARTI, 2003, p.27, grifo da autora).

Estes arranjos familiares possuem particularidades conforme a classe social. Como observado na pesquisa de campo, as relações familiares nas camadas populares se expandem para além da unidade doméstica e consanguinidade. A centralidade não está em uma linha direta de parentesco, mas sim nas relações de confiança, constituindo "linhas de ajuda mútua", que prestam apoio tanto material como afetivo (FONSECA, 2005, p. 51; SARTI, 2003). Como veremos adiante, a forma como estas redes de apoio se apresenta no cotidiano dessas mulheres influi em suas vivências maternas e, assim, na vontade de não ter mais filhos(as).

Além das dinâmicas familiares serem importantes nas suas trajetórias, chamou a atenção como suas narrativas refletem o olhar dos outros sobre suas escolhas e subjetividades. Assim como na pesquisa de Fonseca (2004, p.9), a honra para pessoas de camadas populares é "um elemento simbólico chave que, ao mesmo tempo, regula o comportamento e define a identidade dos membros do grupo". As formas como as diversas dimensões de suas vidas são reconhecidas socialmente, enquanto mulheres que são filhas, esposas, mães, donas de casa e/ou trabalhadoras – bem como a imagem de seus parceiros enquanto homens, maridos e/ou provedores do lar – possuem uma importância social distinta, podendo compreender a ideia de honra sobre dois aspectos:

> [...] o primeiro sublinha o sentimento individual, o orgulho pessoal, ou seja, o esforço de enobrecer a própria imagem segundo as normas socialmente estabelecidas; o segundo refere-se a um "código de honra", um código social de interação, onde o prestígio pessoal é negociado como o bem simbólico fundamental de troca (FONSECA, 2004, p.10).

O discurso normativo social colabora na definição de quais as formas de socialização são aceitáveis/valorizadas ou estigmatizadas (SARTI, 2004; BIROLI, 2018). Ademais, tais normas também podem ocasionar na reprodução de relações hierárquicas e assimétricas no interior das relações familiares, ocasionando na diferenciação de graus de autoridade e poder entre os sexos e/ou gerações[20] (ROMANELLI, 1995).

Além desses processos subjetivos que corroboram na visão de mundo dessas mulheres, o trajeto de vida também se relaciona com processos objetivos, tais como o contexto urbano, a disponibilização e acesso a serviços públicos, a condição econômica, o mercado de trabalho, as desigualdades sociais e de gênero. Diante da articulação entre

[20] Romanelli (1995) diferencia tais expressões, considerando que a autoridade visa a preservação de posições hierárquicas já vivenciadas e estabelecidas, apresentando-se como uma posição tradicional na ordem interna. Já o poder é marcado por relações que podem confrontar o estabelecido, transformá-lo e deslocar a tradição da autoridade.

o seu contexto social e suas intenções, as vivências destas mulheres podem "desdobrar-se de várias maneiras: singularizar-se, resistir, reinventar o jogo, ou se conformar" (MINELLA, 2005, p. 96, grifos da autora).

Perante os desdobramentos subjetivos e objetivos, entende-se que as trajetórias de vida são "sacudidas por forças coletivas que reorientam seus percursos de maneira imprevista e geralmente incontrolável" (BERTAUX, 2010, p.49). Essas trajetórias não são compostas por uma "linha reta" ou "curva harmoniosa". A vida delineia-se por meio de "linhas quebradas". Não por serem descontínuas, mas porque fazem "ziguezagues" diante das forças presentes no campo e que, por conseguinte, conformam outros trajetos dessas mulheres em meio aos seus planos e intenções (BERTAUX, 2010, p.49).

> Uma pressão se exerce sobre cada membro de um pequeno grupo humano para que ele/ela adapte suas condutas às expectativas compartilhadas pelos outros membros. Não podemos compreender as ações de um sujeito, nem a própria produção dos sujeitos, se ignoramos tudo sobre os grupos dos quais ele/ela fez parte em algum momento de sua existência. Seu próprio projeto de vida, decidido em certo momento da existência, não foi elaborado *in abstrato* dentro de uma consciência isolada, mas foi falado, dialogado, construído, influenciado e negociado ao longo da vida em grupo (BERTAUX, 2010, p.53, grifos do autor).

Nesse sentido, esta pesquisa enfatiza como as relações de gênero podem "sacudir", "quebrar" as trajetórias femininas, seja direcionando para percursos normativos considerados tradicionais ou trilhando alternativas de agência feminina. Com isso, as narrativas dessas mulheres foram relevantes para compreender suas subjetividades, seus projetos (ideais) e trajetos (reais) de vida, principalmente relacionados à escolha de não ter mais filhos(as) através da realização da laqueadura. Assim, inserido nas particularidades de suas dinâmicas familiares, encontram-se os rumos de suas escolhas reprodutivas e contraceptivas.

5.1 Trajetórias reprodutivas e contraceptivas

Tendo em vista a necessidade de conhecer como vão se desenvolvendo as relações de gênero no campo da reprodução e contracepção, aqui apresento as vivências de gestações e as tecnologias contraceptivas já utilizadas por essas mulheres antes da laqueadura. Inicialmente, articulo os seus planos de constituir uma família com os acontecimentos em seu cotidiano, que fizeram com que algumas reavaliassem e modicassem suas ideias iniciais sobre os motivos de ter filhos(as), bem como quando e

quantos(as) ter. Após, pontuo sobre como a sexualidade e as escolhas contraceptivas foram apresentando diferentes contornos conforme as relações afetivo-sexuais.

5.1.1. Constituindo famílias: planos e curvas na vida afetiva e reprodutiva

Ter ou não ter filhos(as), quando ficar grávida e quantas gestações ter, fez parte das ideias iniciais sobre família de algumas dessas mulheres. Para outras, isso foi apenas algo que lhes ocorreu sem maior ponderação sobre as suas consequências, reinventando as suas experiências e percepções sobre a vida conforme os acontecimentos (DONATH, 2017). Nessas narrativas femininas, muitos momentos de suas trajetórias reprodutivas não partiram de um planejamento, sendo a descoberta das gestações marcada por sentimentos ambivalentes em meio a alegrias, tristezas e frustações. Diante de suas trajetórias, percebi que a reprodução ganhou sentidos diferentes conforme a interação entre três dimensões de suas vidas: seus projetos individuais, relacionamentos afetivo-sexuais e as dinâmicas familiares.

Considerando o projeto como "o instrumento básico de *negociação da realidade* com outros atores, indivíduos e coletivos" (VELHO, 2003, p.103, grifos do autor), as vivências dos contextos socioculturais influenciam a subjetividade e planos dessas mulheres, principalmente aspectos relacionados à socialização familiar e à comunidade local. Assim, contribuem para o que consideram importante para elas enquanto mulheres, na ideia sobre maternidade e em seu campo de possibilidades.

Antes de tornarem-se mães, Adélia, Alzira, Clarice, Cecília e Janaína seguiam caminhos em que se destacava o trabalho e o estudo como formas de autonomia e melhoria de vida. Ao refletirem sobre os seus planos de vida, elencavam um conjunto de eventos que consideravam importantes, a serem desencadeados em uma ordem ideal: estudar/trabalhar, ter uma moradia, casar e ter filhos(as). Assim, suas percepções enquanto mulheres direcionavam-se mais para uma externalidade do ambiente da casa e despadronização na história das mulheres (HEILBORN *et al*, 2002; BORGES, 2013). A maternidade não era vista como dimensão obrigatória, mas uma possibilidade para a qual algumas conquistas anteriores eram fundamentais, como a independência econômica, residência própria e/ou um relacionamento estável. No entanto, a vida nem sempre segue os planos. Há curvas em seus trajetos que fazem com que redirecionem e redefinem suas intenções e formas de feminilidades, como veremos adiante.

Além disso, a relação estabelecida com os seus companheiros e como cada homem encara a paternidade também ocasionaram em distintos caminhos reprodutivos para estas mulheres. É diante da conjugabilidade que se definem a importância ou não de ter filhos(as) em sua constituição, bem como a sua quantidade (THERBORN, 2015). É nesta família constituída que as intenções individuais das mulheres e de seus parceiros se confrontam ou concordam com o plano coletivo pensado em prol da família. Nessa dinâmica familiar, "a imagem do nosso mundo é constantemente negociada, arrumada, deslocada, questionada e reafirmada", podendo alterar a percepção de mulheres sobre a reprodução (BECK-GERNSHEIM, 2017, p.67). Ademais, o nascimento de uma criança e a vivência do casamento afeta de maneira diferente a trajetória de mulheres e homens, comprometendo mais o grau de autonomia das mulheres diante das negociações e escolhas a serem tomadas (ITABORAÍ, 2017; BECK, 2017).

Com isso, o caminho percorrido pelas mulheres em cada gestação sofreu mudanças significativas conforme avaliavam seus interesses pessoais e o desenvolvimento das relações familiares e afetivo-sexuais. Tal articulação ocorre principalmente no momento da primeira gravidez, entrando em cena o seu período ideal e real. Para essas mulheres, o momento de engravidar abrange desde um tempo biológico, na preocupação com o corpo fértil, às normativas sociais sobre ser mulher na sociedade contemporânea e os significados da gravidez na adolescência. Algumas delas fazem uma reflexão sobre as suas vivências nas famílias de origem, carregando um simbolismo na escolha de quando ter um(a) filho(a).

Há uma associação entre relações de gênero e geração no que se refere às ponderações sobre a idade ideal para mulheres engravidarem. Nos últimos anos, a taxa de fecundidade é maior entre 20 e 24 anos de idade, seguida de 25 a 29 anos (RIPSA, 2012). A gravidez na adolescência, que ocorre entre as faixas etárias 10 e 20 anos, já foi considerada a ideal para ter filhos(as) (HEILBORN *et al*, 2002). Isso mudou com a ampliação do campo de possibilidades para atuação das mulheres e a maior inserção no mercado de trabalho, que colaborou no adiamento da reprodução e o desejo da maternidade envolvendo, desse modo, uma escolha mais consciente (PARADA, TONETE, 2009).

Além disso, as expectativas sociais depositadas para a adolescência relacionadas à escolaridade, profissionalização e projetos de vida contribuíram para sentidos da sexualidade desvinculada da reprodução. Nesse sentido, a gravidez na adolescência

passou a ser vista socialmente de maneira negativa, como uma perda de oportunidades conquistadas por mulheres (HEILBORN *et al*, 2002).

> Em suma, é como se as mães adolescentes, além de desmerecerem as supostas novas chances oferecidas aos jovens em geral, se encontrassem em uma dupla contramão: na das mudanças demográficas e na da emancipação feminina, aumentando, assim, a visibilidade e tamém a indignação dirigida à gravidez na adolescência (HEILBORN *et al*, 2002, p. 18).

Essas concepções sociais influenciaram na reflexão sobre quando ter filho(a) e como a gestação afetou a trajetórias das mulheres, principalmente no caso da primeira gravidez. Para Adélia e Alzira, ter primeiro uma casa própria e uma relação conjugal estável foram pontos fundamentais para iniciar a vida reprodutiva. Cecília e Janaína ficaram grávidas na adolescência, sentiram o peso do olhar valorativo dos outros, alteraram os seus planos e vivenciaram diferentes posturas da parte de seus respectivos parceiros. Já Clarice, mudou seus pensamentos sobre maternidade na adolescência conforme o desenvolvimento da relação familiar e afetiva.

Após um ano em que residia em Teresina com o parceiro, Adélia ficou grávida. Em parte, queria ter evitado para conseguir um trabalho, mas "aí não aparecia nada, os cursos estavam caros pro meu bolso, aí eu fui deixando de tomar [anticoncepcional] certo período, que foi quando eu fiquei grávida" (Adélia). Por outro lado, a realização da vida conjugal e a percepção sobre a sua idade também influenciou na mudança de postura: "depois que eu me casei, eu quis logo engravidar, eu achava que eu tava velha, com 22 anos" (Adélia).

Dentre as suas irmãs, a "mais velha" e a "mais nova" já eram mães. Contudo, mesmo ainda sendo jovem, considerava que estava atrasada para vivenciar a maternidade. Adélia ainda não tinha filhos(as) e por mais que amasse os sobrinhos, "amor de mãe é diferente de amor de tia", desejando também ter os seus filhos, sendo a maternidade uma parte importante para a sua definição de feminilidade. Essa avaliação sobre a sua idade e gravidez apresenta-se associado à vivência de gênero de outras mulheres de sua família, tendo a maternidade um valor social e simbólico. O momento de ser mãe foi demarcado pelo terreno comum das faixas etárias em que se situava as demais gestações de sua família, funcionando como idades norteadoras para experienciar a maternidade (VITALE, 1995).

Mesmo que em um momento Adélia preferisse ter adiado mais a maternidade, a gestação já fazia parte dos seus planos. O momento da gravidez relaciona-se com a sua visão de mundo e também com o seu curso de vida. A articulação entre ter uma moradia

e um relacionamento estável levou a um movimento progressivo para a vida com filhos como uma “rota tangível e natural em um mapa” (SARTI, 1996; DONATH, 2017, p. 38).

Alzira também trouxe em seus planos e realização de maternidade a articulação entre casa e casamento. Contudo, com outra percepção sobre sua idade e a influência da história familiar. Como mencionado em sua narrativa, a migração ainda nova para a capital fomentava outra perspectiva de vida, com mais oportunidades de escolarização e qualidade de vida que as demais mulheres da família. Nesse sentido, Alzira tinha no foco de seus planos o estudo. Casar e engravidar apenas “depois dos meus 30 anos”. Essa ideia de ter filhos em idade avançada estava vinculava a um amadurecimento pessoal, uma escolha consciente sobre a maternidade e a consolidação de uma relação conjugal, situação similar a outras mulheres que optaram pela gravidez após os 35 anos (PARADA, TONETE, 2009).

Assim, suas intenções reprodutivas interligavam uma maturidade conquistada com a idade, a presença de um relacionamento afetivo estável e a consolidação de uma unidade familiar, mediada pelo casamento. Ao casar com 34 anos, a escolha da idade para engravidar não estava relacionada à comparação com as mulheres de sua família, como Adélia. Alzira passou a se preocupar com a idade por se considerar “velha” diante do relógio biológico do corpo fértil feminino. Com isso, após o casamento já desejava ter filho, pelo receio de esperar um longo período e não conseguir engravidar, terminando por ficar gestante aos 36 anos. Contudo, sua reflexão sobre maternidade sofreu influências não só em relação à idade, mas com a questão de instabilidade na moradia e com a história de sua mãe.

Diante do fato de ter migrado para Teresina, não possuía uma residência fixa, coabitando com outros familiares e mudando algumas vezes de casa. Essa relação com moradia foi marcada pelo sentimento de não pertencimento e ausência de privacidade. Mesmo sendo residências de familiares, eram alheias a ela, fazendo-a refletir sobre sua condição de vida e as possibilidades reprodutivas para aquele momento: “pra quê que eu ia querer filho se eu não tinha nem aonde dormir? Não tinha nem um quarto pra mim por que eu ia querer um filho pra me dar trabalho? De jeito nenhum!” (Alzira). Assim, para aquele momento instável de sua vida, ter um filho(a) significaria mais um problema do que uma realização pessoal, à medida que a gravidez a distanciava dos seus planos.

Além disso, suas decisões envolvendo a sexualidade e a reprodução tiveram forte influência da sua vivência enquanto filha e o seu ideal enquanto mãe, delimitada pelo fantasma da repetição da história materna (REIS, RABINOVICH, 2006). Assim, diferente de Adélia, a vivência de gênero em sua herança familiar é avaliada negativamente, não devendo ser utilizada como espelho para o seu projeto familiar.

> [...] era justamente por olhar a vida da minha mãe que eu sempre dizia: eu não quero repetir o mesmo erro que ela repetiu, de não ter tido alguém na vida dela realmente que ajudasse a ela, de não ter tido um marido, de não ter me dado de fato um pai que cuidasse de mim. Então eu, nesse aspecto eu sempre pensava "eu não vou ter menino, se eu não me casar, eu não vou ter filho", porque eu não quero ter o que eu passei, não queria que meus filhos passassem também [silêncio, olhar reflexivo] (Alzira).

Em sua narrativa, há dois aspectos em destaque. De um lado, existe a sua avaliação enquanto mulher, que reconhece as dificuldades enfrentadas por sua mãe na maternidade em relação à rede de apoio no cuidado com os filhos, o discurso normativo e estigmatizador que a mesma deve ter vivenciado ao ser mãe solteira (MATTAR, DINIZ, 2012). Esse olhar refletido sobre a sua mãe, faz com queira vivenciar a maternidade e a conjugabilidade de outra maneira. Além disso, há a sua percepção enquanto filha, da dor de não ter tido um pai próximo ao seu crescimento, também considerando fundamental para o seu desejo de mãe que encontrasse um homem comprometido com uma relação estável e com a paternidade.

Este fantasma da repetição da história materna também influi no modo como a sexualidade e afetividade são vivenciadas (REIS, RABINOVICH, 2006). Mesmo que a contracepção tenha contribuído para desvincular a sexualidade da reprodução (GIDDENS, 1993), o risco de uma gestação indesejada ainda existia. O seu medo de ser mãe solteira e de ter um filho(a) que crescesse separado(a) do pai, atrelado à sua condição econômica e material de moradia, fez com que escolhesse vivenciar uma sexualidade tardia como uma forma de cuidar de si diante de suas condições de vida.

> Antes de eu ser crente, antes dos meus 16 anos, eu sempre tinha na minha mente desde adolescente que eu só ia me entregar pra o homem que eu me casasse [...] Eu nunca, nem em relação a namoro, eu deixava sempre bem claro "se não vamos casar, pois em mim você também não vai tocar de jeito nenhum"[...], porque eu não queria de jeito nenhum, porque eu pensava em mim. Ora, se pra mim era difícil, imagine só se eu tivesse um filho comigo? Eu achei o melhor a fazer assim, não me arrependo disso, de jeito nenhum [silêncio] (Alzira).

Considero que o pensar em si de Alzira direcionou-se como uma forma de cuidado de si, uma maneira de comportar e viver que a desvia da história materna e traz a ela outras possibilidades enquanto mulher (FOUCAULT, 1985). A preocupação

consigo resulta na escolha pela articulação entre sexualidade, reprodução e casamento. Assim, ser mãe para Alzira não era visto como um desejo universal, mas uma possibilidade após a realização de outras conquistas pessoais, como estabilidade afetiva e de moradia. A trajetória familiar feminina de sua mãe e a condição de vida urbana foi um fator decisivo para a sua constituição enquanto mulher e para a sua referência de projeto familiar, fazendo com que os acontecimentos ocorressem na ordem desejada: casa, casamento e filhos(as).

Diferentemente de Alzira e Adélia, a primeira gestação para Clarice, Cecília e Janaína veio em um momento inesperado: durante a adolescência. Contudo, por mais que tenham desviado do caminho programado, não significou que a experiência de ser mãe fosse indesejada, uma vez que já fazia parte de suas intenções sobre constituir uma família (NUNES, 2012). A gravidez na adolescência (GA) pode ocasionar diversos desdobramentos sobre conjugabilidades, responsabilidades e dinâmicas familiares/domiciliares, corroborando para o significado e o peso dessa experiência para a trajetória feminina.

> A GA pode ser tida como inesperada ou ser fruto de uma programação; pode resultar em vínculo, com separação posterior; em relações mais estáveis e duradouras; ou, ainda, não resultar em vínculo (quando o rapaz nega a paternidade). Ela pode redundar na parentalidade irresponsável, ou, ao contrário, configurar-se como um antídoto contra a anomia para os adolescentes. Mesmo quando assumida pelo parceiro, a gravidez e a parentalidade podem desembocar em arranjos domiciliares distintos: não-coabitação, coabitação parcial ou dupla moradia. Sobressaem, ainda, avaliações díspares e ambivalentes acerca da experiência (HEILBORN *et al*, 2002, p.20).

As narrativas da primeira gestação de Cecília e Janaína retratam essas diversas possibilidades junto ao parceiro e como isso afeta suas vivências maternas e trajetórias. A gravidez na adolescência também ocasionou em alguns "constrangimentos de gênero" para essas mulheres em relação às famílias de origem e/ou comunidade local, diante da exposição de sua sexualidade ativa e mudanças no que se refere à vivência da juventude (HEILBORN *et al*, 2002, p.23).

A descoberta da sexualidade possui um significado social distinto para homens e mulheres. O discurso masculino sobre a primeira vivência sexual costuma ser verbalizado e exaltado como "uma adição, um ganho" a sua masculinidade (GIDDENS, 1993, p.61). Já para as mulheres, a virgindade é considerada como uma "entrega" (GIDDENS, 1993, p.61), algo que pode ser negativo para a imagem de jovens solteiras.

A sexualidade feminina precoce e/ou fora de um casamento pode fazer com que sejam vistas como uma mulher perdida (DEL PRIORI, 2013).

A virgindade carrega um valor simbólico de honra feminina, principalmente em mulheres de camadas populares, em que pode ser considerada como um sinal de dignidade e a "moeda mais valiosa" na conquista de um companheiro honrado e realização de um casamento (FONSECA, 2004, p.73). Assim, diferentemente do que ocorria com os rapazes, a sexualidade para mulheres poderia representar perdas, uma experiência que teria de ser ocultada para garantir a liberdade da jovem e a harmonia familiar. Algo que não se revela com exaltação ou facilmente para a família, sendo enunciado apenas diante de uma gravidez imprevista.

Decidir contar para a família que estava grávida na adolescência, ainda mais de um homem casado com outra mulher, não foi algo simples para Cecília. Aos 13 anos "tinha perdido a virgindade, mas aí só engravidei com 16 anos". A família desconhecia sua vida sexual, tendo a ideia de ter "moças dentro de casa". Contudo, diante do compartilhamento de vivências femininas relacionadas à menstruação, sua mãe desconfiou do que realmente ocorria.

> [...] a gente era assim: minha mãe menstruava, aí era eu e depois a minha irmã. Aí a mãe menstruou, eu não menstruei, minha irmã menstruou. Aí minha mãe veio: 'nesse mês tu não menstruou?'. 'Menstruei sim, a senhora que não lembra' [resposta de Cecília]. Aí foi levando, foi levando, quando já tava com quatro meses, ela foi e disse 'tu não menstruou, fala a verdade'. Eu com aquela vergonha, com medo, vão me jogar pra fora de casa, vão me jogar na rua. Eu disse que tava com quatro meses sem menstruar. Aí fomos pra clínica, pra hospital bater exame. Aí nas minhas contas, eu tava com quatro meses. Quando chegou lá que a doutora bateu, eu já tava era com seis meses de grávida. Os outros dois meses, eu tinha menstruado normal, aí foi um choque lá em casa (Cecília).

A gestação representava tanto um deslocamento em seu trajeto como também uma mudança na imagem familiar sobre Cecília, de uma filha *donzela*, assexuada, para uma mulher com responsabilidades. Mesmo acontecendo conflitos diante da revelação da gravidez na adolescência, sua família apoiou, o que foi fundamental para Cecília, principalmente diante da postura do pai da criança. O seu parceiro procurou resolver a situação mediando uma forma de acesso à prática abortiva. Assim, no lugar de assumir uma paternidade responsável, colocou no corpo de Cecília o peso da reprodução e da escolha pelo aborto.

> Quando eu falei pra ele, ele mandou foi eu tomar remédio pra perder. Eu disse que tava grávida e ele "ah, pois tu toma remédio. Eu conheço uma pessoa, que ele vende, se tu quiser". Aí eu disse pra ele que não e outra coisa eu sempre morria de medo de tomar remédio e morrer, porque eu sempre via minhas colegas tomar remédio, remédio caseiro e só parava no hospital e eu

> pensava que se eu tomasse algo eu ia morrer, ia nem conseguir chegar no hospital. Aí eu disse pra ele que não ia tomar (Cecília).

A associação entre aborto e morte é recorrente, uma vez que a sua criminalização pelo Código Penal brasileiro (2017) leva mulheres a recorrerem a métodos informais com maior risco de complicações e a ficarem expostas a atendimento valorativo e desumano de certos(as) profissionais de saúde, o que dificulta o acesso à assistência em saúde após o abortamento induzido (SCAVONE, 2004). Além do risco de morte temido por Cecília, sua narrativa demonstrou como a escolha reprodutiva, seja por manter ou interromper uma gravidez, afeta de maneira diferente os gêneros, recaindo mais para as mulheres as sequelas sociais, morais, físicas e psicológicas da decisão tomada (BIROLI, 2018).

Assim como o abortamento acarretaria em consequências maiores para Cecília, a decisão por continuar com a gravidez também ocasionou em implicações distintas para ela e o seu parceiro: a responsabilidade materna na adolescência e o abandono paterno afetivo e financeiro no cuidado infantil, prestando assistência apenas quando a criança já estava com 07 (sete) anos de idade.

Vale ressaltar a diferença entre o valor social atribuído ao aborto ou abandono materno e a responsabilidade paterna. Mulheres sofrem com a criminalização do aborto e desvalorização social quando negam a maternidade. Já os homens não são afetados da mesma forma, tanto nas situações de abortamento como no abandono parental[21]. Esta diferença na responsabilização materna e paterna contribui para a manutenção das desigualdades de gênero (SCAVONE 2004).

> Quando é a mãe que abandona, a intensidade da rejeição social a esse ato é enorme, visto que abandonar os filhos não faz parte das definições de uma mãe. Quando é o pai quem abandona, também existe rejeição social desse ato, mas nem de longe se compara com a reação ao abandono por parte da mãe. Quando o pai abandona, espera-se que a mãe dê um jeito na situação. (STREY, 2015, p 281)

A ausência paterna deslocou a responsabilidade pelo filho para Cecília e seus pais, reorganizando a dinâmica familiar. Diante de sua situação enquanto adolescente, mãe e solteira, ela permaneceu coabitando com a sua família, que incorporou o seu filho na unidade doméstica, cenário comum entre famílias de camadas populares (SARTI, 1996; SCOTT, 2001; HEILBORN *et al*, 2002).

---

[21]Sob este aspecto, tem-se utilizado o termo "aborto masculino" para chamar a atenção para o crescente número de homens que abdicam dos filhos, deixando a responsabilidade para as mulheres e suas famílias (BRANDALISE, 2018, p.2).

Para Janaína, a gravidez na adolescência significou inicialmente um problema a ser enfrentado em meio à vergonha do olhar dos outros e contramão do percurso de autonomia almejada. Aos 19 anos, Janaína seguia uma rotina mediada pelos planos para o seu futuro: “de manhã eu ia pra loja trabalhar, à tarde eu ia pro colégio e à noite eu ia pro curso”. O enfoque no aprimoramento pessoal através da educação e acesso ao mercado de trabalho é apresentado como de suma importância para a melhoria de sua situação de vida. Contudo, a descoberta de gestar uma criança que, como diz Janaína, “é pro resto da minha vida”, deslocou o seu trajeto e mudou o ordenamento das suas intenções (estudar, casar e ter filhos).

Como já mencionado, a maternidade na adolescência é carregada de especificidades de gênero diferentes para mulheres e homens, introduzindo outros encaminhamentos para trajetórias escolares e profissionais (HEILBORN *et al*, 2002). Além disso, o confronto entre os planos e o percurso realizado, associado às perspectivas sociais sobre juventude e mulher ocasiona em níveis diferentes de pertencimento e reconhecimento de si nessa nova fase da vida. No caso de Janaína, a primeira vivência reprodutiva ocasionou em “constrangimentos de gênero” em relação à visibilidade da gravidez em espaços públicos (HEILBORN *et al*, 2002, p.23).

> Aí eu desisti dos estudos por causa da gravidez, tinha vergonha de ir pra escola grávida, aí parei no primeiro ano. [...] Eu tinha vergonha, que eu só tinha uma colega, aí eu até me afastei dela. Depois que eu descobri, eu ainda fui por uns dois meses, quando eu vi que já tava crescendo eu não fui mais, aí minha mãe “não, minha filha, vá”. Tem muitas grávidas que vão sem farda, elas vão, ele [marido] também me apoiava e eu não...porque também eu não aceitava a minha gravidez, porque eu era, assim, eu não tinha curtido a minha vida. Assim, eu gostava dela [silêncio], eu amava ela na minha barriga, mas ela, né, ela veio assim num momento que eu não esperava (Janaína).

A vergonha da gestação se relaciona às normativas sociais sobre “sexo aceitável e a maternidade respeitável” (BIROLI, 2018, p.136). Sobre os olhares e valores sociais, o crescimento da barriga chama a atenção para a gravidez, que revela sua sexualidade ativa e a ausência contraceptiva. Além disso, há a reflexão sobre o percurso desejado e o vivenciado, sobre a vida interrompida na transição de uma jovem estudiosa e trabalhadora para uma futura mãe, solteira. Tais ponderações acabaram ocasionando na evasão escolar e no isolamento dessa mulher.

Sua narrativa exprime a complexidade existente entre a afeição por um(a) filho(a) e o reconhecimento da gravidez. Pode-se amar a criança e não o fato de tornar-se mãe (DONATH, 2017). Como traz Scavone (2004, p.169), ao mesmo tempo que a maternidade pode ser sinônimo de algo considerado belo, também pode ocasionar em

restrições às mulheres. Diante do seu contexto social e das relações de gênero vivenciadas, Janaína reflete sobre como se configura o campo de possibilidades para a autonomia feminina diante do discurso social e simbólico sobre a postura de uma "mãe responsável", aspecto melhor detalhado no capítulo seguinte.

Além do olhar para si, a percepção dos outros também influiu nas escolhas tomadas. Como, tradicionalmente, a responsabilidade reprodutiva é centralizada nas mulheres, coube à Janaína redefinir suas prioridades, o vínculo com o parceiro e o seu local de moradia, vindo para Teresina, mesmo sem querer, quando a sua filha tinha três meses de vida.

> - Você queria vir? [Pesquisadora]
> - Não [silêncio]. Era o medo de ficar lá com a minha filha e ele aqui, aí gastava dinheiro porque eu não trabalhava né, e eu, 'não, tenho que ir, é o pai da minha filha' aí eu fui [...] Eu planejava tanta coisa, tanta coisa [silêncio] eu vim pra cá tipo obrigada [risos], eu digo é muito pra ele, que eu nem gostava tanto assim dele, não amava ele como eu amo ele agora, eu gostava, só que eu curti, queria conhecer um pouco melhor e acabei foi fazendo uma família e tá aí até hoje (Janaína).

Assim, a descoberta da sexualidade, atrelada a uma gravidez imprevista, acabou deslocando o que era apenas uma experiência afetiva para a constituição de uma família. O comprometimento de seu namorado com a paternidade e com a relação amorosa, além da importância dada em preservar o vínculo paterno, fez com que Janaína modificasse sua ideia, colocando o projeto coletivo de família na frente de suas aspirações individuais (SARTI, 1996).

Vale destacar a postura da família de Janaína diante das consequências da gravidez imprevista. Mesmo colocando para si algumas escolhas diante de constrangimentos de gênero, o julgamento familiar não se direcionou a ela, mas à postura do namorado em relação à sexualidade, virgindade e honra.

> Aí meu pai também [risos], pai da gente né, ficou falando um monte de coisa que ele era irresponsável, porque eu estudava, eu tinha serviço, que ele acabou com a minha vida. Meu pai até hoje fala que ele acabou com a minha vida. Eles se falam, mas ele diz é muito (Janaína).

Nesse sentido, Fonseca (2004) destaca como as relações de gênero perpassam a ideia de honra familiar entre os homens de camadas populares. Conforme essa autora, enquanto homem protetor da família, a postura paterna é de rivalidade com os pretendentes da filha e a favor da mesma no que tange à sexualidade. Com isso, partindo do "princípio de não poder ceder passivamente sua filha a um outro homem" (Fonseca, 2004, p 17), o pai de Janaína busca proteger a honra e inocência de sua filha através da afirmação de que "ele tem experiência" [menção de Janaína à fala do seu

pai]. Assim, sob a perspectiva masculina paterna de defesa da honra familiar, o ônus da gestação indesejada é atribuído à irresponsabilidade masculina, uma vez que este também já tinha vivências sexuais e conjugais anteriores. Caberia então ao namorado de Janaína o cuidado contraceptivo e reprodutivo, não competindo à Janaína ter feito restrições à sua vida, como sair da escola, casar e residir em outra cidade.

Essa vivência "muito cedo" da maternidade, sem ter "curtido" a juventude, demonstra como a reprodução influi nos ciclos geracionais femininos, encurtando a adolescência e antecipando a vida adulta (HEILBORN *et al*, 2002). Parry Scott (2001) destaca este aspecto, apresentando o nascimento de uma criança como um dos ritos de passagem importante, composto por "um período de separação da identidade social anterior, um período de transição entre identidades sociais, e, finalmente, um período de integração na nova identidade social" (SCOTT, 2001, p.69).

A transição de jovens para quase adultas, ocasionada pela maternidade na adolescência, antecipou a maturidade, levando a cobranças por maior responsabilidade e outros trajetos. Essa mudança na identidade social é perceptível, principalmente, na narrativa de Janaína através de seus medos, anseios, planos interrompidos com a gestação e de sua nova vida enquanto mãe, esposa, teresinense e dona de casa.

A maternidade também representou um rito de passagem para Clarice, sendo, em determinado momento, uma mudança em parte desejada, em outra nem tanto, haja vista a relação conflituosa com a mãe diante do namoro e sexualidade. Inicialmente, a sua mãe aceitou que namorasse aos 13 (treze) anos de idade. Contudo, a reputação do namorado enquanto homem comprometido com o futuro é importante para a manutenção da imagem pública e do namoro (FONSECA, 2004), algo que a mãe dela não percebia no namorado da filha.

> Ela começava a falar que ela deixou, mas se arrependeu, que ele não era homem pra mim. No caso, era só um pequeno namoro, mas aí como ela começou a falar, a proibir, ela começou a dizer que não queria mais e não falava o porquê e dizia que eu tinha que obedecer ela porque eu era filha dela e se eu não obedecesse eu tinha que ir embora. Aí eu acabei teimando, ela disse que na porta dela, ela não queria ele. [...] Aí ela dizia que ele não queria estudar, só queria saber de ficar dentro de casa, aí ela foi criando uma cisma dele [...] aí eu teimava com ela, ficava escondida, não ia pra escola até que ela descobria, me batia, até que me pegou e me expulsou de casa. (Clarice)

A relação conflituosa entre mãe e filha corroborou para que a paixão juvenil ganhasse uma proporção maior, desencadeando em uma coabitação, romantização do parceiro e no desejo pela maternidade. Através da narrativa de Clarice, percebi uma transição afetiva de um amor apaixonado para um amor romântico, como apresentado

por Giddens (1993). Segundo este autor, o amor apaixonado é marcado pela urgência, uma necessidade de aproximação que faz com que se rompa com obrigações, tais como o estudo, e com outras normativas sociais, que aqui se destaca a relação de respeito e obediência de uma filha à mãe.

No cenário de coabitação entre Clarice e seu primeiro namorado, ocorreu uma maior aproximação e apoio afetivo, gerando uma idealização do outro, compartilhamento de projetos para um futuro e ideia de um relacionamento duradouro. Junto ao aprofundamento da intimidade do casal e à ideia de amor romântico, também coexiste a ideia de constituição de um lar e de maternidade (GIDDENS, 1993), visível em sua narrativa sobre o momento e escolha da primeira gestação.

> [...] a gente queria, só que a gente não tinha condição pra ter filho, né, mas eu queria já e ele também, aí também não foi aquele *baque* todo. Foi mais pelo choque de tá grávida por que como é que a gente ia cuidar? Porque ele trabalhava, eu não. [...] aquela coisa de criança, de adolescente, a gente tava tudo feliz que vai engravidar de seu amor, da pessoa que você ama, de quem a gente pensa que vai durar pra sempre aquele amor todo da infância, só que não foi assim, mas no começo, a gente ficou feliz, não foi aquela coisa que ninguém queria. Tão tal que eu engravidei porque eu deixei de tomar meu remédio, né. Então eu sabia que um dia ou outro eu ia engravidar [...]. A gente deixou acontecer, eu parei de tomar e ficou esperando. O dia que vir, é bom. Se vir, é bom. Se não vir, também é. Até que engravidei. (Clarice)

A maternidade na adolescência também tinha um significado importante para a sexualidade e feminilidade de Clarice. A convivência junto ao namorado em moradias de outros familiares não alterou a vigilância sobre a sua vida sexual, visto que era ainda uma adolescente, apenas mudou a pessoa responsável pelo cerceamento. Sob este aspecto restritivo, como a maternidade funciona como um rito de passagem, a gravidez seria uma forma de "saída desta liminaridade (não mais criança, ainda não adulta) e um ingresso numa fase de jovem adulta" (SCOTT, 2001, p.70).

Com isso, a primeira gravidez aparecia como uma escolha e uma nova etapa da vida. Contudo, a sua vivência é complexa. Como o ato de narrar a si também é um processo interpretativo e avaliativo (PORTELLI, 1996; CORTAZZI, 2001), o conflito entre mãe e filha ressurge e o peso da expulsão da casa materna aparece como um episódio que "quebrou" a linha de sua vida e a direcionou para outro curso.

> [...] quando eu era mais nova, eu pensava de um jeito, que eu ia casar, trabalhar e depois ter filho. Não foi como eu pensava, porque minha mãe me botou pra fora de casa, acabou me empurrando pra essa vida, porque eu tava no meio da rua, acabei tendo que me juntar com ele porque eu não tinha casa. Eu não tinha aonde morar e acabei indo morar na casa dele com ele e tentei até um certo tempo pra mim não engravidar, que também eu era muito nova, a minha primeira menina foi com 17 anos. Aí também lutei muito com isso, mas aí como fui viver aquela vida de casada cedo, eu fui pegando aquela

> vontade de querer ser sem poder, porque eu realmente tive sem poder, porque eu não tinha casa, morava na casa alheia. (Clarice)

Considero que a primeira gestação de Clarice chama a refletir como a sexualidade e o namoro na adolescência é compreendido no interior de uma família. As relações de gênero influem em distintas vivências sobre a descoberta da sexualidade para os(as) jovens e em diferentes consequências junto às dinâmicas familiares, sendo mais difícil e limitante para as adolescentes mulheres.

Além disso, tais reflexões de Clarice sobre o momento da primeira gravidez e a "vida de casada" lembrou o que Donath (2017, p. 34) traz sobre "tornar-se mãe deixando-se levar pela corrente". Em partes, a transição para a maternidade é escolha dela, mas essa decisão foi influenciada por fatores externos, "quando a gravidez e o parto representam o arquétipo da normalidade e da jornada da vida" (DONATH, 2017, p.34). A simbologia da "vida de casada" é permeada pelo amor romântico que apresenta a ideia de lar e filho(a) como um curso natural do vínculo afetivo, como algo importante para a vida conjugal e o desenvolvimento de uma sexualidade livre da censura de terceiros.

O fato de já serem mães e seguirem em relacionamentos estáveis não significa necessariamente que as demais gestações partiram de um planejamento prévio. Em decisão de quantos(as) filhos(as) ter, Janaína e Adélia apresentam um equilíbrio entre o ideal e o real de duas e três crianças, respectivamente. Contudo, o momento em que Janaína ficou gestante pela segunda vez e Adélia pela terceira alterou os seus planos individuais e, junto à sobrecarga de trabalho (doméstico e/ou remunerado), contribuiu para o surgimento de problemas de saúde.

> (...) Eu queria fazer esse curso antes de engravidar, que eu não tava nem pensando de ficar grávida, aí eu fiquei grávida e tinha o curso que eu queria fazer, já tinha até feito a inscrição e tive que cancelar lá por um tempo, aí eu vim e já fiquei com esse negócio, com essa ansiedade, por que eu não fui fazer o curso? Por que que eu fui ficar grávida? (Adélia).

> A Mariana tem cinco anos, o Ricardo tem quatro, quando eu engravidei do Ricardo, a Mariana engatinhava, aí ela chorava pra vir pro colo, aí eu ficava chorando porque eu tava grávida, botava ela em cima de mim, ficava machucando meu *fi*. Aí os médico diz que o problema da minha coluna foi por causa disso aí, que eu tava grávida e ela queria ir pro colo também. (Janaína)

Assim, o momento inesperado de uma gestação surge como algo problemático, seja para o aprimoramento profissional e melhoria na condição econômica da família ou para o melhor desenvolvimento do cuidado materno junto aos(às) outros(as) filhos(as). Uma gestação associa-se a mudanças biológicas, psicológicas e sociais, ocasionando em

uma reestruturação do cotidiano (PICCININI *et al,* 2008). Uma gravidez exige outra dinâmica do tempo e ordenamento econômico, entre idas à pré-natal, preocupação com enxoval e limite em certos esforços físicos com o avançar dos meses.

> Nos primeiros meses, a gravidez parece transcorrer em tempo 'normal', ou seja, semelhante ao cotidiano anterior; já nos últimos meses, é vivida de modo mais lento, 'não passa nunca'. No período que antecede o parto, há maior cansaço, a barriga torna-se mais pesada, mas nem por isso há afastamento completo das tarefas (PAIM, 1998, p.37-38).

Certamente que o desenvolvimento de uma gestação não é posto como um impedimento para a realização de algumas atividades cotidianas, uma vez que é considerado como um evento natural, mas o fato de estarem gestantes interfere no gerenciamento do tempo e na atenção direcionada para outros aspectos de suas vidas. O que ocasionou em uma pausa necessária, mas difícil de ser realizada diante da rotina e das aspirações.

Para mulheres com trabalho remunerado como Adélia, o direcionamento para a família é conflitante com o interesse de progresso profissional (ROCHA-COUTINHO, 1994). O fato de Adélia ter que adiar seus planos de aperfeiçoamento, ter que acompanhar a gestação, gerenciar um salão e uma casa gerou uma sobrecarga física e mental, inviabilizando a permanência do mesmo ritmo de trabalho e ocasionando em mais cobranças internas pela gravidez imprevista. Já para Janaína, resultava em limites junto ao acompanhamento de sua filha, emergindo a culpa por não estar plenamente presente para cuidar. Nesse dilema entre seguir o ritmo da gestação ou suas aspirações, ficavam as dores físicas e psicológicas. Esses sentimentos e pausas em projetos individuais influíram na escolha pela laqueadura como controle da fecundidade, a ser melhor destacado no próximo capítulo.

Relacionado a essa estabilidade da reprodução, foi presente na fala dessas duas mulheres a importância do sexo da criança para a definição do número de filhos(as), operando aí um ideal sobre ter um de cada sexo, ao dizer que “todo casal quer ter um casal de filhos, nem que seja quatro, dois meninos e duas meninas, mas quer ter um menino e uma menina, maioria dos casais” (Adélia). Isso revela uma expectativa familiar acerca das representações de gênero da futura criança, exercendo influência sobre a quantidade de filhos a ter e as intenções desejadas para o âmbito reprodutivo, presente também na narrativa de Alzira.

> Na verdade, eu só queria um, porque se a primeira tivesse sido mulher, mas como veio um homem, ai eu pensei assim “não, pode ser que se eu tiver outro, venha uma menina, ai quando vier a menina, eu vou fazer de tudo pra não ter filho, até conseguir alguém que me ligue”, mas não aconteceu. [...] Se

> eu tivesse uma menina primeiro, eu não queria ter outro filho de jeito nenhum, porque sempre foi meu sonho de ter uma menina. (Alzira)

Já para Cecília, o ideal seria ter tido menos filhos(as). Como em sua primeira gestação, nas demais experiências reprodutivas apresentaram um significado distinto conforme a postura do parceiro e da família materna. Em sua segunda gravidez, destacou-se a relação difícil com a sogra, diante da vigilância e controle sobre o seu comportamento, ausências no espaço domiciliar, além de atitude racista:

> Eu morava na casa da mãe dele, a gente não se dava muito bem, porque as vezes eu vinha pra casa da minha mãe aí ela [sogra] dizia que quando a mulher tem um marido...negócio que eu morava na casa dela e vinha dormir na casa da minha mãe, era porque eu queria ficar no mundo, aquele negócio. [...] ela dizia que eu já tinha meu menino mais velho, aí ela dizia que eu tava com ele porque eu queria que ele assumisse meu menino mais velho. Se meu filho sempre morou foi com meus pais? Eu dizia que eu não tava com ele pra ele criar meu filho, meu filho vivia muito bem [...] ela dizia que eu era muito ignorante, que eu não sabia ficar calada, ficava respondendo os outros, aí ela [sogra] falou assim "tu é uma *nega legítima*", desse jeito. Só que eu não entendi e falei pra vermos quem é mais nega, "olha a minha cor pra a sua". (Cecília)

Diante do conflito entre Cecília e sua sogra, a sua reputação enquanto mulher respeitável era questionada, e tais atritos tanto restringiam a sua feminilidade quanto ocasionava em tensões conjugais, optando por retornar a residir na casa de sua família. No tempo em que descobriu que estava gestante, ela já havia se separado do pai da criança que "disse que o filho não era dele" colocando, assim como na situação anterior, a responsabilidade para ela e sua família. Porém, diante da situação econômica, o pai de Cecília forneceu apenas uma possibilidade: "se tu ficar dentro de casa, tu dar ele [criança]".

> [...] eu ia pra aonde com essa criança? Eu não queria morar mais o pai dele. Eu não vou viver com essa criança por causa desse homem. Eu vou dar. Se for dele tá comigo ou num prestar mais pra frente, eu vou dar pra uma família que vai cuidar dele, que goste dele (Cecília).

Em contextos de dificuldades econômicas e da vivência materna sozinha, o posicionamento da família a respeito da criança é o que define a permanência, ou não, do vínculo entre mãe e bebê (MENEZES, DIAS, 2011). Colocar o filho em uma família adotiva acaba sendo uma alternativa aceitável dentro da moralidade social (SARTI, 1996). No caso de Cecília, o processo ocorreu no modo da "adoção à brasileira" (FONSECA, 2006, p.27), em que se busca na rede de conhecidos alguém com interesse em adotar. A mãe adotiva a acompanhou na maternidade e, logo após a alta hospitalar, Cecília deu a criança, mas depois dessa completar seis anos de idade passaram a ter contato:

> Comecei a chorar e a mulher pra quem eu ia dar perguntou se eu tava arrependida, [...] aí eu disse que não era isso, aí a médica 'você tá de alta'. Aí eu peguei a minha bolsa e eu dei ele, mas ele sempre vinha [em sua casa] quando dava pra ele, me reconhecia como mãe, porque ela disse que se ele me procurasse, pra eu não rejeitar ele e assim a gente foi levando todo tempo. (Cecília)

Esse histórico reprodutivo de Cecília, marcado pela ausência do partilhamento de responsabilidade com os respectivos parceiros e ambiente familiar que restringia sua vivência enquanto mãe solteira gerou um receio de uma nova gestação. No momento em que se viu gestante pela terceira vez do atual parceiro, segundo ela, ficou "com aquele medo de falar que eu tava grávida, que eu pensava que na hora que eu dissesse, ele não ia mais me querer e aquela coisa".

Quando conseguiu romper os receios e falou para o seu parceiro sobre a gravidez, outra experiência se constituiu para Cecília quando ele disse "não se preocupe não, que eu vou lhe assumir". Assim, considero que o fato de os parceiros anteriores não assumirem a responsabilidade paterna e, por conseguinte, terminarem o relacionamento com Cecília, fez com que associasse a descoberta de uma gestação com a fragilidade dos vínculos afetivos, interiorizando como sua culpa a rejeição amorosa diante da ausência do cuidado contraceptivo. Todavia, esse percurso não se repetiu com a última gestação, ocorrendo o compartilhamento de planos e anseios a respeito da vida que estava a caminho.

> Aí ele ficava, eu querendo um menino homem e ele querendo uma menina mulher, aí depois ele disse que queria era um menino homem e eu queria agora era uma mulher, que eu já tive dois filhos homens. Previsões pra muito nome, a gente planejava e aquela coisa toda. Aí de lá pra cá, todo tempo a gente indo, eu ia nas consultas, às vezes ele ia comigo e aquelas coisas toda (Cecília).

Clarice também mudou a percepção sobre maternidade e número de filhos(as) a ter diante de uma nova relação conjugal. No entanto, essa não foi uma decisão simples. O novo relacionamento afetivo deslocou a "vida perfeita" de independência econômica e externalidade da casa para uma nova vivência reprodutiva.

> Eu tava começando a ver a vida de outro jeito. Já tava lá trabalhando, ganhando meu dinheiro e comprando minhas coisas pra dentro de casa e só tinha eu e elas, só tinha elas duas e eu queria que aquilo ali durasse muito tempo. Acabou indo pro outro lado, que eu conheci ele, fui colocando aqui pra dentro de casa, a gente começou se envolvendo, se envolvendo, quando foi ver, ele já morava era aqui comigo [...] No começo, só queria ter dois filhos, mas como eu tive outra relação, então eu acabei entendendo que eu tinha que ter mais um, que era no caso eu tinha que ter esse dele, porque ele não tinha nenhum filho. Então se eu quisesse ter um relacionamento com ele prolongado, então eu tinha que dar um filho pra ele e como eu não tava ligada, ele me conheceu sem eu tá ligada, então eu vou ter esse outro (Clarice).

Conforme Beck (2017), o momento de ter uma criança apresenta obstáculos distintos para homens e mulheres. No caso de Clarice, o quadro de autonomia feminina poderia ficar comprometido com a presença de uma nova gestação. Por outro lado, ter mais outro filho apresentou-se como um valor moral e simbólico não só em prol da construção coletiva de uma família, mas como um elo que prolongasse a conjugabilidade, firmada através do desejo de "dar um filho pra ele".

Essa ideia assemelha-se ao que Costa (2001, p.112) traz em sua pesquisa, considerando que "o casamento pressupõe filhos", e algumas mulheres tem medo de serem abandonadas por não conseguir "dar filhos" aos parceiros. Contudo, nesse ato existem pressões simbólicas generificadas sobre a importância e consequências de uma criança na nova dinâmica familiar, podendo ocultar ou silenciar o desejo inicial da mulher em findar a reprodução em prol da conjugabilidade (BECK, 2017).

A vivência de uma nova gestação atrelada ainda a uma condição de trabalho precária influenciou para que Clarice reavaliasse sua situação trabalhista e chamasse a responsabilidade econômica para o seu parceiro.

> [...] era muito puxado, porque também tinha uma bancada que a gente tinha que ficar passando por debaixo toda hora, eu vendia lanche [...] aí eu falava que não valia a pena eu ficar naquele esforço todo sendo que eu tava grávida e não era nem carteira assinada [...] Ela tinha que me dar férias e não me deu, aí ela já tava também ficando devendo a gente, aí eu também já tava grávida e não vale a pena eu ficar. De qualquer forma eu já ia sair mesmo porque eu tava grávida. Eu ia ter que sair aí eu não ia me matar por um serviço que não ia compensar pra mim. [...] Como era dele o menino, então ele ia arcar as responsabilidades [...] eu não ia me matar trabalhando num emprego que eu não ia ganhar nada, porque ela não ia pagar, quando eu saísse de lá, minha licença maternidade (Clarice)

Por mais que Clarice desejasse sua autonomia econômica, o trabalho com baixa remuneração, grande esforço físico e ausência dos direitos trabalhistas representava mais um ônus durante a gravidez do que benefícios. Contudo, a sua saída do mercado de trabalho a levou para o ambiente doméstico e dependência do marido. A restrição de sua liberdade de decidir sobre gastos e ter uma renda própria levaram-na a uma situação de vulnerabilidade e fragilidade, sendo um "período que eu não tava muito bem, não gostava daquilo que eu tava vivendo" (Clarice).

Assim, a forma que foram se construindo as relações entre o casal após "dar um filho" ao marido, marcada pela hierarquia de gênero, alterou o olhar sobre si de uma maneira negativa, avaliando que "acabou indo tudo errado do jeito que eu queria" (Clarice). Essas mudanças em suas vidas, ocasionadas pela gravidez, não alteraram da

mesma forma a vida de seu parceiro. Pelo contrário, nesses arranjos de constituição familiar e trajetórias reprodutivas, os dilemas objetivos e subjetivos de uma gestação são mais custosos para as mulheres.

A descoberta de uma gestação após realizar a laqueadura foi um "baque" e mudou novamente os planos de Clarice, que já se encontrava matriculada em um curso superior.

> Eu tava na faculdade de administração aí eu desisti porque eu engravidei desse meu mais novo aí não quis mais voltar porque foi o tempo que eu passei por esse aperreio da gravidez, que eu não aceitava, aí eu não fui mais pra escola, não queria estudar, não quis saber mais de nada, aí eu não quis mais, até porque como eu não tinha ninguém pra ficar com ele pra poder ir, aí tinha tudo esses transtorno aí resolvi deixar de mão, não fui adiante com a faculdade. Eu tava no comecinho, tava no primeiro período aí ia pro segundo, ainda fui pro segundo, mas eu desisti (Clarice)

A gravidez imprevista retornou os seus pensamentos para o cuidado dos(as) filhos(as) e o adiamento de seus planos, o que reverberou em uma série de sentimentos. "Eu tava só triste, desiludida", "chorava muito", "fiquei com medo de ter depressão", relatou Clarice. Foi algo que lhe era inimaginável e que desconhecia ser possível. Contudo, segundo a médica que lhe atendeu em consulta do pré-natal, Clarice não era "a primeira e nem será a última a engravidar ligada, é o que mais acontece [...] você apenas recanalizou as suas trompas", disse a profissional a ela. Essa explicação não era capaz de anular o sofrimento e arrependimento com a gestação após ter se submetido a um procedimento cirúrgico para não engravidar. "Não queria o menino, queria era perder". Todavia, diante das prerrogativas legais e morais sobre a prática de aborto, o que fazer?

Nesse campo de sentimentos ambivalentes, de normatividades e limites à autonomia reprodutiva, algumas ações/omissões, consciente ou inconscientes, acabam se materializando como uma forma de resistência cotidiana[22] à ordem social e possibilidades dentro do que é aceitável, como o aborto espontâneo.

> [...] tinha dado descolamento de placenta, só sei que tinha o risco de aborto, que o médico, quando fiz a ultrassom, disse que eu tinha que ir logo fazer o

[22]Inspiro-me no que James Scott (2002; 2011) conceitua como formas de resistências cotidianas ou micro-resistências. Este autor elabora tal conceito apoiado na realidade camponesa e em sua relação com outras classes consideradas superiores (proprietários de terra, empresários). Uma vez que as relações de gênero são tradicionalmente marcadas por hierarquias e assimetrias entre homens e mulheres, considero esse conceito importante para compreender as estratégias sutis de confronto das mulheres, assemelhando-se à sua ideia de uma luta que não se constitui em um confronto direto às normas e autoridade, mas por atos informais e que se direcionam para uma autoajuda individual, podendo se manifestar na forma de "mitigar ou negar obrigações" (SCOTT, 2002, p.24), "falsa submissão, simulação de ignorância, sabotagem e assim por diante" (SCOTT, 2011, p.219). Assim, considero que a postergação da obrigação de Clarice junto ao pré-natal diante do risco de abortamento espontâneo permeia uma micro-resistência à sua não aceitação da gravidez e à criminalização do aborto.

> pré-natal, mas quando ele disse isso [risco de aborto], eu fiquei meio encostada, não fui atrás logo pra resolver isso [pré-natal], que "eu não quero mesmo, é bom que eu perco". Só que não precisei tomar remédio, quando eu fiz a segunda ultrassom nem tinha mais, já sarei sozinha, aí eu até falava que era pra eu ter mesmo, porque não tem nada [silêncio]. Aí eu sofria muito, eu chorava, passava muita raiva, tava nem aí. Acho que quando fui fazer o pré-natal já tava com três, quatro meses e eu descobri eu tava com oito semanas. Aí eu só achava que ia perder por causa desse descolamento da placenta (Clarice).

Diante da continuidade da gravidez e da insatisfação materna, o parceiro de Clarice procurava fazê-la aceitar o seu estado através do discurso que reforça a visão tradicional sobre maternidade. Entra em cena o valor simbólico da gestação como uma incumbência religiosa a ser recebida com abnegação e aceitação da vontade divina de gerir uma vida (BADINTER, 1985): "ele falava que não, que se veio é porque Deus quis e eu já tava *ligada*, então já que veio... tá aí o menino hoje" (Clarice). Restava-lhe seguir a norma e assumir a responsabilidade social do corpo que gesta e pari, pois "eu não vou pegar também e jogar fora, vou dar pra alguém. Não é meu? Foi eu que tive? Então eu vou ter que arcar com a minha responsabilidade doe a quem doer" (Clarice).

Assim, diante do novo relacionamento e da gravidez após a *ligação*, a ampliação das experiências reprodutivas de Clarice alterou os seus planos de vida. Além disso, sua narrativa destacou a contradição dos discursos sociais e pressões sobre o âmbito reprodutivo para as mulheres. A vivência de Clarice durante a quarta gestação foi cercada por olhares e discursos valorativos no âmbito local. Seus vizinhos e outras pessoas com as quais mantinha contato tinham um discurso estigmatizador, marcado por ironias, piadas e o questionamento sobre sua condição social de mulher e mãe com muitos filhos(as) e sem trabalho remunerado, pressionando-a para *ligar* (novamente) e limitar o quantitativo de filhos(as) que os incomodavam.

Tais discursos sociais que defendem a experiência de gestações ao mesmo tempo em que a limita assemelha-se a um tipo de "liberdade condicional" (DONATH, 2017, p.31). Quando mulheres tomam a decisão de acordo com a vontade social e o padrão hegemônico de feminilidade, ganham o "*status* social de indivíduos livres, independentes e autônomos" (DONATH, 2017, p.31, grifos da autora). No entanto, quando há um desequilíbrio entre suas escolhas e as expectativas sociais, suas ações são vistas como um problema e condenadas socialmente, cabendo à mulher suportar as consequências. Assim, a normatividade social limita o caminho a ser trilhado como escolha apropriada: "que sempre é ter filhos e sempre na quantidade 'correta'(DONATH, 2017, p.31, grifos da autora).

Diante desses olhares disciplinadores da reprodução e escolha feminina, as narrativas revelam como a mulher é vista enquanto mãe solteira (medo de Alzira e realidade de Cecília), que engravida na adolescência (Clarice, Janaína, Cecília) ou tardiamente (Alzira), que resolve dar a criança para adoção (Cecília), que pensa em abortar (Clarice), e que acaba tendo outras gestações mesmo quando não mais queria (Clarice).

A coabitação com os familiares do cônjuge revelou um ambiente difícil para as mulheres, seja pelas restrições e censuras sobre sexualidade para a mulher (Clarice) ou acusações contra a moral feminina e racismo (Cecília). Sendo assim, gestar uma vida e garantir uma autonomia é algo complexo que dificilmente é vivenciado por homens. O processo biológico da gestação interliga-se às relações de gênero, sendo difícil conseguir autodeterminar-se quando se está à mercê de condições precárias de trabalho ou dependência econômica de um homem (caso de Clarice) e quando não há uma rede de apoio para auxiliar no cuidado com outros filhos (caso de Janaína). A gravidez também influiu de diferentes formas junto à decisão de iniciar ou continuar com estudos/cursos, uma vez que terá que ser interrompido pela gestação (caso de Adélia), onde a gravidez gera um medo de constrangimento no ambiente de estudo (caso de Janaína) ou remete a uma tristeza e frustação diante da alteração na rota da vida (caso de Clarice).

Ter filhos(as) é considerado mais como uma decisão afetiva e normativa (pelas pressões sociais e familiares) do que por uma escolha racional em que se pondere os benefícios e desvantagens de ter uma criança (BADINTER, 2011). As trajetórias de vida dessas mulheres mudaram de curso conforme o momento em que ocorriam suas gestações, principalmente diante da interação entre suas percepções sobre cada gravidez, a atitude do parceiro, o grau de apoio familiar e as normativas sociais sobre a maternidade. É fundamental observar que as escolhas reprodutivas não dependem apenas da decisão da mulher, mas de como o seu campo social atribui valores às práticas reprodutivas e como as relações de gênero permeiam tais definições, recaindo a responsabilidade pelas gestações, majoritariamente, sobre o corpo das mulheres e sobre as famílias maternas.

Como já observado nesse tópico, a trajetória reprodutiva relaciona-se a como a sexualidade é vivenciada e como decorrem as negociações contraceptivas com os parceiros, aspectos detalhados a seguir.

5.1.2. Gênero, sexualidade e contracepção: entre afetividades e cuidados de saúde

A título de melhor compreensão de como os dispositivos da sexualidade corroboram para vivências distintas para mulheres e homens, é importante ter em mente a indissociabilidade entre gênero, sexualidade e contracepção (CABRAL, 2017). A instituição familiar influencia na produção e incorporação de normativas, intervindo no sentido que se estipula para a virgindade e o prazer sexual. No caso das interlocutoras dessa pesquisa, observou-se um conjunto de estratégias de interdição da parte de suas famílias de origem, seja pelo silenciamento de orientações sobre sexualidade e enaltecimento da manutenção da virgindade até o casamento ou através da definição de limites espaciais e temporais na circulação das filhas e no momento de namoro. Com isso, concordo com Foucault (2015, p.92) na medida em que o poder exercido sobre o sexo seguiu a "lógica paradoxal de uma lei que poderia ser enunciada como injunção da inexistência, de não manifestação e de mutismo".

Em suas narrativas, foi frequente a presença de disciplinamento no que diz respeito aos locais que poderiam frequentar ou namorar e como deveriam se comportar. O "namoro na porta", de Janaína e Clarice, demonstrava o respeito que o pretendente tinha com a honra das jovens permanecendo, assim, em local público, visível aos olhos familiares. "Nada de namorar na praça, nada de namorar na rua, fora de casa, ela queria que ele fosse um estranho para mim", relembrou Clarice sobre as restrições maternas que condicionavam o espaço do romance e a postura do namorado em relação a elas.

Essas limitações continuaram quando Clarice coabitou com o parceiro na casa de um primo dele. Na ausência de familiar de Clarice, o disciplinamento de seu corpo foi deslocado da figura de sua mãe para o familiar do seu parceiro. Contudo, conforme percepção de Clarice, o primo do namorado não tinha poder para lhe impor impedimentos, visto que ele não era o seu pai. Assim, não caberia a um homem não pertencente à sua família a competência de controlar sua sexualidade enquanto uma figura masculina paterna (FONSECA, 2004). Além dela, Adélia e suas irmãs também tinham restrições espaciais diante de uma rígida rotina de deslocamento "da escola, para casa e para igreja", e temporais, quando conseguiam ir a uma festa, tendo que retornar no horário combinado mesmo contra a vontade, como comenta Adélia ao dizer "- ah pai, mas a festa só fica boa depois de meia noite"; ao que o pai retrucava: "- pois tu vai vir antes da festa ficar boa" (Adélia).

Assim, espera-se das filhas “obediência sem limites, recato e pureza e, para tanto, uma certa reclusão era necessária a fim de que ela não ficasse mal falada” (ROCHA-COUTINHO, 1994). Suas famílias de origem produzem relações afetivas e normativas de modo a basilar sua visão de mundo, assumindo uma postura mais conservadora e silenciosa sobre a sexualidade e biologia feminina (LYRA *et al*, 2007; HEILBORN *et al*, 2002). Enquanto que nas vivências reprodutivas e na descoberta da gravidez, muitas vezes, a figura materna estava ao lado para orientar as mulheres e acompanhá-las nessa nova etapa; a descoberta da sexualidade não era dialogada, permanecendo como objeto desfocado, ou seja: está presente no contexto familiar, mas não se consegue definir, sendo mais fácil ocultar a sua existência.

Tal postura e vivência familiar influenciaram de diferentes maneiras. Para umas, o silêncio e disciplinamento nos locais de rotina e/ou de namoro não impediu a descoberta da sexualidade na juventude para Cecília, Janaína e Adélia, apenas a irmã mais velha de Adélia casou-se virgem, conforme a vontade da família. Independente da normativa familiar, Alzira limitou sua sexualidade diante de suas aspirações e ideia sobre reprodução, como já apresentado. Clarice confrontou sua mãe e os familiares do namorado para conseguir vivenciar a sexualidade. O único compartilhamento familiar observado estava relacionado à remediação de possíveis consequências da vivência sexual das filhas, através do fornecimento de anticoncepcional por parte da mãe, após a descoberta da perda da virgindade, mas o diálogo da ainda é colocado como um tabu.

> Ela só me deu [o anticoncepcional] pra mim não engravidar, era só o que ela falava. Ela não era muito de conversa, porque também ela é daquele tempo antigo que ninguém toca nesse assunto com o filho. No caso, eu aprendi mesmo porque o mundo vai ensinando do jeito que for, que ela não era muito de falar. Até hoje, ela não aceita uma criança, ela crítica, porque falam na escola sobre isso, ela diz que não é certo falar sobre isso [sexo], mas ela só me deu mesmo porque eu já fazia, já tinha relação e ela me deu mesmo pra eu não engravidar (Clarice).

Se o reconhecimento de sua sexualidade era invisibilizado, a descoberta ocorria mediada pela vivência. Como diz Cecília: “tinha que levar as coisas na cabeça e tudo”, compreendendo conforme a interação com o parceiro e a troca de informações com amigas. Assim, sexualidade e contracepção vão conformando “roteiros sexuais aprendidos”, colaborando na construção de seus pensamentos sobre necessidades e impulsos sexuais de homens e mulheres, bem como sobre a responsabilidade contraceptiva (CABRAL, 2017, p.1095).

Decisões sobre o uso de tecnologias contraceptivas podem ser compreendidas considerando a avaliação que as pessoas desenvolvem sobre o nível das experiências

afetivas quanto a sua duração (curta ou longa), a aceitação social e moral dessa relação sexual (segura ou de risco) e o grau de responsabilidade que compete às pessoas envolvidas (compartilhada pelo casal ou por um dos membros). Tais aspectos, em nossa sociedade majoritariamente patriarcal, por vezes, se interligam com discursos de uma sexualidade masculina pulsante e impulsiva que precisa ser vivenciada em sua plena liberdade. Esse pensamento torna incompatível o planejamento ou formas de controle exercidas pelos homens, restando para as mulheres a racionalidade e a operacionalização contraceptiva mediante possíveis riscos reprodutivos, uma vez que tais enunciados também colocam limites e depreciações à sexualidade ativa de mulheres, entendendo ser a reprodução – e as formas de limitá-la – como um assunto feminino, já que são em seus corpos que tais processos se materializam (GIDDENS, 1993; RAMIREZ, 2002; DALSGAARD, 2006; SALEM, 2004).

Com isso, para o desenvolvimento da sexualidade, as tecnologias contraceptivas foram fundamentais ao ampliarem as suas vivências, tornando a sexualidade mais "maleável", ao diminuir o risco de gestações e doenças sexualmente transmissíveis (GIDDENS,1993, p.37). Desse modo, suas práticas contraceptivas podem ser compreendidas conforme a influência de alguns elementos:

> (1) fatores macroestruturais, tais como diferenças de classe social, normas de gênero e de sexualidade que caracterizam determinada cultura local, diferenças étnico-raciais, estruturas de serviços de saúde, políticas públicas etc.; (2) dimensões relacionais, que enquadram as lógicas de funcionamento e organização das parcerias afetivo-sexuais; e ainda, (3) elementos da trajetória individual (como contexto parental; preferências sexuais; intenções e/ou ambivalências em relação à reprodução etc.) (CABRAL, 2017, p.1096)

Esses elementos permeiam as experiências de controle de fecundidade vivenciadas pelas mulheres dessa pesquisa, refletindo o cenário da corporificação social e da materialidade que as vivências reprodutivas conferem a elas. Assim, as motivações na escolha por algum método contraceptivo também estão relacionadas "aos valores e modos de vida da população, ao domínio precário de informações para operá-los, bem como à provisão dos recursos pelo sistema municipal de saúde" (MOREIRA, ARAÚJO, 2004, p. 394).

Diante dos elementos individuais, relacionais e macroestruturais, a "negociação" contraceptiva dessas mulheres resultou em processos de silenciamentos, tomada da decisão para si, ou em tensões e confrontos nos relacionamentos afetivos, que geraram deslocamentos nas relações de gênero ou reafirmaram a centralidade contraceptiva no corpo feminino. Antes de realizarem a laqueadura, essas mulheres já haviam utilizado

algumas tecnologias contraceptivas como a tabela, o preservativo masculino e os anticoncepcionais hormonais (orais ou injetáveis). As suas relações com essas formas contraceptivas, o modo de funcionamento e atendimento do serviço de saúde e o comportamento do parceiro sexual corroboraram para a tomada de decisão pela esterilização feminina como forma de controle de fecundidade.

Em suas trajetórias, é percebível a mudança na prática contraceptiva conforme o nível da relação afetiva (CABRAL, 2017). A narrativa de Adélia exprime bem esse aspecto, vinculando discursos generificados sobre padrão contraceptivo, conjugabilidade e fidelidade.

> Já tinha me relacionado com um homem só, mas, era, como foi num período muito curto, que logo eu me casei com ele [atual parceiro], a gente usava só preservativo, não tinha necessidade de medicação. Da minha parte foi extremamente decisiva, era só camisinha, e ele não era diferente da minha opinião também, ele queria mesmo a camisinha, porque era mais seguro [...] Depois, quando me casei, comecei a ter relação sem camisinha com o meu marido, porque a gente era casado mesmo [...] É que, com o tempo, usar só preservativo com o próprio marido? Né. Que tem mulher que transa com um e com outro, usa camisinha porque anda com um e com outro pra acolá. Com o marido da gente, a gente sempre procura uma forma de tomar o remédio, se adaptar mesmo a transar sem camisinha. (Adélia)

Interligando a narrativa de Adélia com as contribuições de Gune (2008) e Cabral (2017), observa-se que as dinâmicas das relações afetivas e sexuais influíram em suas escolhas contraceptivas. Em um relacionamento curto e incerto, a camisinha se mostra como segura em nível de prevenção de doenças e gestação. A ideia de utilizar uma medicação cotidiana com um parceiro em que ainda não há estimativas para um futuro juntos e cujo ato sexual pode ser esporádico, pode estar associado a um dispêndio físico e financeiro desnecessários diante da possibilidade de outros métodos.

Já no relacionamento que foi construído aos poucos e firmado ao longo do tempo, mediante o casamento, vivenciar a sexualidade sem o uso do preservativo representa uma prova da fidelidade de Adélia e confirmação da relação de confiança (GUNE, 2008). Para não gerar questionamentos sobre o terreno de lealdade e segurança do relacionamento, cabe a ela *"se adaptar"* e optar por outras formas contraceptivas. Assim, isso vai ao encontro desse autor quando ele diz que:

> [...] mais do que um discurso da prática do «sexo seguro», são as normas sociais que regulam o uso ou não do preservativo, um uso que é dinâmico e que alterna entre o uso e o não uso ao longo do tempo com o mesmo ou com diferentes parceiros (GUNE, 2008, p.311, grifos do autor).

Com isso, destacando os elementos da dinâmica afetivo-sexual e de preferências individuais, as trajetórias contraceptivas coadunam com pesquisas anteriores sobre

vivências femininas em que a definição contraceptiva tem como preferência um método que tenha o mínimo de entraves e restrições para o prazer, de boa eficácia, inofensivo à saúde, de fácil manuseio e que seja aceito pelo parceiro (CARVALHO, SCHOR, 2005; CABRAL, 2017). Como veremos a seguir, ao longo das conjugabilidades dessas mulheres, esses aspectos foram fundamentais para entender o trajeto e motivações que levaram até a escolha pela laqueadura.

Vale ressaltar também que a delimitação da forma de controle de fecundidade estabelece quem assume a responsabilidade contraceptiva (CABRAL, 2017). Diante da forma generificadas do mercado contraceptivo, as opções masculinas são mais limitadas em comparação às femininas. Contudo, quando o agenciamento contraceptivo é realizado pela mulher, os homens podem corroborar com o controle de fecundidade indiretamente ou atuar passivamente, por escolha da mulher ou contra a sua vontade (CARVALHO, PIRROTA, SCHOR, 2001). Para alguns homens, o controle da fecundidade compete às mulheres, denotando assimetrias na responsabilidade entre os sexos como algo natural.

> [...] poucos homens se acham tão responsáveis quanto às mulheres na preocupação e na prática contraceptiva. Muitos acham que são responsáveis em teoria, mas a prática cabe à mulher. Outros dizem que existe *a parte do homem e a parte da mulher*, mas a mulher deve estar sempre preocupada e praticando a contracepção (QUADROS, 2011, p.75, grifos da autora).

Dialogando a pesquisa dessas autoras com as narrativas das mulheres sobre a negociação contraceptiva, observo os seguintes itinerários: ausência de participação do parceiro por ela não ver necessidade (Clarice) e por recusa do parceiro (Alzira), impondo a responsabilidade para ela; a utilização do preservativo masculino de maneira eventual ou da prática do coito interrompido a pedido da mulher (Janaína); apoio na compra de contraceptivo (Cecília); e colaboração e concordância na escolha das mulheres pela laqueadura. Ao contrário do estudo de Carvalho, Pirrota e Schor (2001), a interrupção do uso de anticoncepcionais femininos não ocasionou deslocamento da responsabilidade contraceptiva para o parceiro de Clarice, Cecília e Alzira, interligando a vivência sexual nesses períodos com a possibilidade de uma gravidez imprevista.

Cecília diferencia-se nos dilemas junto à negociação contraceptiva, pois, ao contrário das demais, a dificuldade no diálogo permeava a restrição dela com o uso do preservativo masculino, independentemente do tipo de relacionamento.

> Eu tentei usar camisinha, mas deu problema, às vezes ele queria com camisinha e eu dizia que tinha alergia, que não dava, aí ele num sei o que, botava umas dificuldade toda aí eu falava “olha eu não vou fazer pra te satisfazer e me adoecer, então umbora fazer assim, me dar o dinheiro, eu

> compro uns comprimidos e vou tomar, aí depois a gente sai", aí às vezes queria e outras não. [...] e eu digo "sim, mas eu não vou fazer relação com você com camisinha pra eu adoecer", aí ele ficava resmungando, mas falava que tava bom (Cecília).

Esse ato de negociar a compra do contraceptivo pelo parceiro remete à pesquisa de Salem (2004, p.38), isso funcionaria como uma espécie de acordo para que ocorra a relação sexual, "uma contra dádiva material", sendo que o "homem reatesta a admissão do risco que ele próprio incorre no caso de uma gravidez inesperada, sendo o problema não só delas", chamando-o também para se responsabilizar com a reprodução e contracepção.

Já a utilização do preservativo masculino em contextos de conjugabilidades diminuiu tanto pelo protagonismo feminino quanto pela difícil aceitação masculina em continuar utilizando a camisinha. Para Clarice, o uso desse método no casamento não seria motivo para "a gente entrar em confusão", uma vez que a responsabilidade contraceptiva já fazia parte do seu cotidiano desde a adolescência. Ademais, o direcionamento do controle reprodutivo para si estava relacionado à sua preocupação com gravidez indesejada.

Assim, o exercício de poder sobre o seu próprio corpo ocorre devido a especificidade de gênero em suas vivências, nas consequências desiguais de uma gestação para homens e mulheres, e do que o encargo de gestar, parir e cuidar ocasionaria para a sua vida, como observado no tópico anterior. Ao passo que o agenciamento feminino exprime uma atitude diante da desigualdade de gênero, no comprometimento do parceiro com a contracepção e reprodução, a ausência de diálogo sobre métodos contraceptivos e a responsabilização da mulher pode também significar uma "armadilha de gênero", denotando um protagonismo feminino que exime novamente o homem de sua participação contraceptiva e familiar (CARVALHO, PIRROTA, SCHOR, 2001, p.30).

Ter a presença masculina na contracepção não é algo fácil junto às correlações de força na esfera familiar. O fato do parceiro de Alzira e Adélia "não gostar" de utilizar o preservativo masculino já coloca um obstáculo no diálogo sobre o seu uso. A menção às falas do marido de Adélia demonstrou como a camisinha é representada como algo negativo, que prende a potência sexual masculina e limita as sensações, colocando que a "camisinha é ruim", "camisinha é chupar bombom com casca, com papel". De certa forma, concorda com a alteração nas relações sexuais provocada pelo preservativo masculino, ao reclamar sobre "o tempo todo encapado com aquele negócio" (Adélia).

Sendo assim, as relações de gênero permeiam os argumentos e justificativas pela não adesão de um método contraceptivo. A dificuldade na negociação contraceptiva revela as normas presentes na dinâmica familiar, que orienta a moralidade e assimetrias de poder entre os seus membros (THERBORN, 2015). Em famílias de camadas populares, enquanto o homem é considerado chefe da família e detém uma autoridade maior sobre definições do seu ordenamento, muitas vezes cabe à mulher manter a coesão família, procurando "manter grande parte das tensões e conflitos encobertos", com uma atuação de poder mais indireta (ROMANELLI, 1995, p. 84).

A assimetria de poder entre o casal e a ideia de zelo da mulher pela harmonia familiar e respeito ao marido pode levar ao não prolongamento da negociação contraceptiva na qual a enunciação de que "não gosta", da parte do marido, pode ser suficiente. Assim, algumas mulheres preferem "usar algum método feminino, mesmo sofrendo efeitos colaterais, do que argumentar com seu parceiro sobre o uso do condom" (CARVALHO, SCHOR, 2005, p.791).

Contudo, em momentos críticos e cujo risco contraceptivo é maior, como no período mais fértil do ciclo menstrual, a mulher pode confrontar a autoridade do parceiro, como narrado por Alzira. Para tal, ela utiliza de estratégias de convencimento, direta e indiretamente, de modo a driblar e alterar a postura do marido, a exemplo da cobrança do comprometimento do mesmo para realizar algo a pedido de quem faz tudo por ele, além de uma chantagem emocional diante da possibilidade de uma gestação imprevista (ROCHA-COUTINHO, 1994).

> [...] quando tava no período assim mais próximo da minha menstruação, eu dizia pra ele:
> - Cairo, é melhor tu te prevenir.
> - Ah, porque tu não vai tomar, não vai no posto pega uns comprimidos [menção à fala do marido].
> E eu: – mão, porque aqueles comprimidos me deixam é, me deixa assim, sei lá, meu estomago enjoado
> Que eu tentei tomar uma vez e me senti ruim, por isso é que eu nunca mais tomei, não tomei mais de jeito nenhum.
> E aí eu: - não, pois quem vai é você, que vai usar camisinha, sim
> E ele: - eu mermu que não vou usar, que aquele negócio é muito é ruim.
> Eu disse: - pois tu é quem sabe, criar mais outro aí, que quando a gente tá mais próximo de menstruar é que é mais perigoso.
> Pois é, porque sempre o homem que querem que as mulheres é que sempre que se virem com isso. Aí assim, 'Te vira, eu não tô nem aí, tu te vira', a maioria dos homem pensa assim, que as mulheres é que tem que se prevenir, acham que só porque são homem, as mulheres que tem que se prevenir em tudo. Eu até uma vez eu até questionei pra ele, que tudo que ele queria, eu faço. Ele nunca quer fazer nada por mim, que nem é só por mim. É por ele também, mas aí como ele não aceitou, num, nunca aceitava usar camisinha, acho que as que tem aqui até envelheceu, passou até do tempo [risos] (Alzira).

Essa tentativa de diálogo sobre o método contraceptivo com o companheiro reitera as desigualdades presentes nas relações de gênero e reafirma a crença masculina de que a responsabilidade pela contracepção é de quem pari (SALEM 2004; OLIVEIRA, BILAC, MUSZKAT, 2011). A negociação contraceptiva foi marcada por tensões e confrontos que, diante da ausência de apoio do parceiro no uso de preservativo masculino, remonta a centralidade feminina no controle contraceptivo para a garantia do prazer masculino. Alzira tentou, mas não conseguiu deslocar a divisão sexual de responsabilidades, tendo que "se virar*"* para não engravidar.

Assim, a pouca diversidade de contracepção masculina e a não aceitação do parceiro deixou a decisão ao encargo das mulheres: "ou se lança mão dos métodos existentes ou se entrega a tarefa ao acaso" (SCAVONE, 2004, p.156). Lamentavelmente, cabe a elas "se adaptar" para garantir o prazer deles e para não levantar suspeitas de infidelidade. No entanto, como fica a sexualidade para essas mulheres que não conseguiram "se adaptar" à contracepção feminina? Alzira e Adélia tiveram a vivência sexual afetada diante de dificuldades contraceptivas. Os efeitos colaterais dos anticoncepcionais também dificultaram a adesão das mulheres aos mesmos. Isso, por sua vez, fez com que o medo de uma gestação imprevista limitasse o prazer, fazendo com que o sexo não fosse vivenciado plenamente.

> Antes eu não era laqueada, né, aí eu tinha um pouquinho de medo. Antes que sempre eu, num tava tomando o remedinho [anticoncepcional], né, aí ficava com medo de fazer relação porque eu tinha medo de ficar grávida (Adélia).

> Antes [da laqueadura] eu tinha muita preocupação com isso, antes de fazer, né. Eu ficava todo tempo naquela agonia. Meu deus do céu, tomara que eu não engravide [...]. [Quando a menstruação atrasou] fiquei quase em pânico, mas graças a Deus, quando foi de noite, ela bateu as portas. Senti um alívio tão grande! Respirei tão profundamente! É tão complicado. Menina, eu fiquei tão feliz naquela noite, que eu quase não durmo de tanta felicidade, sabendo que mais uma vez ela estava ali, me atormentando [risos] (Alzira).

A adequação feminina para o uso de métodos contraceptivos que apresentasse menos obstáculo à sexualidade, muitas vezes apenas masculina, trazia dificuldades para o prazer dessas mulheres. Adélia e Alzira aceitaram a ausência do preservativo masculino para não "encapar" e restringir o impulso masculino. Contudo, é direcionada a elas a incumbência contraceptiva que, visualmente, não as "encapam", mas normativamente condicionam o seu organismo a uma rotina disciplinar trazida pela medicalização, que trata de relembrar cotidianamente a sua responsabilidade de evitar ter filhos(as), não permitindo espaços para esquecimentos. Se não conseguirem

disciplinar o seu corpo ou não “se cuidarem”, vem à tona o sentimento de culpa por não se lembrar de usar a proteção, além do medo pela possibilidade de gestação.

> O anticoncepcional, eu me dava bem, não sentia nada, meu problema é só que eu esquecia, mas num sentia dor de cabeça, nunca tive essas coisas não, não tomei porque eu esquecia, aí ficava grávida [risos] [...] Eu não me acostumava com tomar aquele comprimido todo dia, tinha dia que eu esquecia (Adélia).

> Fala sério, o intervalo foi muito curto, até hoje eu fico "meu deus do céu, o que é que eu fiz?" Assim, em cinco anos, por que eu não me cuidei? (Alzira).

Cuidar da contracepção significa medicalizar os seus corpos e utilizar anticoncepcionais orais ou injetáveis. O esquecimento da medicação representa uma baixa interiorização de sua regularidade (Heilborn *et al*, 2009). Este aspecto pode ser compreendido por profissionais de saúde e membros da comunidade como uma atitude irresponsável, mas um esquecimento simboliza bem mais do que aparenta. Esse ato pode ser compreendido como uma estratégia diante das possibilidades contraceptivas nocivas para as mulheres, que emerge o conflito entre “não querer interromper o uso da pílula, por medo de engravidar e, ao mesmo tempo, não poder mais tolerar seus efeitos colaterais” (CARVALHO, SCHOR, 2005, p.791).

A medicalização da saúde feminina resulta da longa relação estabelecida entre serviços de saúde e as relações de gênero. Mesmo admitindo certas mudanças nas práticas generificadas junto às políticas setoriais de saúde, a construção discursiva cotidiana, por vezes, direciona a maior preocupação das mulheres com a sua saúde e a dos familiares, relacionando-a a práticas de cuidado e ao serviço de saúde. Já os homens, na maioria das vezes, são socializados a assumir posturas de riscos e demais aspectos da masculinidade tradicional, sendo o cuidado de saúde contrário à ideia de independência e força (BOTTON, CÚNICO, STREY, 2017).

Esse distanciamento dos homens em relação ao cuidado de saúde é relatado por Adélia, que realiza algumas estratégias de convencimento como forma de garantir que o companheiro realize acompanhamentos de sua saúde, trazendo para si também o cuidado com ele.

> Isso daí ‘ah esse negócio de levar no médico, é bom que você vá mesmo’ [menção à fala de marido], que ele trava. Até ele mesmo pra ir ao médico, eu tenho que levar ele, não quer fazer exame nenhum, quer nada. Agora mesmo, tá com uns exames pra entregar na doutora [...] ele vai entregar os exames, mas é empurrado e é só um hemograma completo mesmo. Eu vou marcar, vou empurrando, tão tal que eu marco a consulta pro mesmo dia que eu vou, porque ele tá vendo que eu vou aí ele vai junto, né (Adélia).

Esse relato relembra como o discurso médico sobre saúde foi constituindo sociabilidades distintas para homens e mulheres, trazendo as idas e vindas para os serviços de saúde como um percurso familiar para as mulheres, principalmente em relação à vida reprodutiva, como mencionado anteriormente por ROHDEN (2001, 2002). Diante do constructo social do cuidado em relação à saúde como inserido na normalidade feminina, e para os homens, restrito ao adoecimento (ROHDEN, 2001), essas mulheres acabam tendo uma relação de maior proximidade e menos estranhamento junto a estes serviços. Assim, para Janaína, era mais habitual as idas à Unidade Básica de Saúde, considerada como uma segunda casa, e menos desconfortável para Adélia do que para o seu parceiro.

Essas posturas estão relacionadas a processos socializadores de gênero e ao próprio desenvolvimento da assistência em saúde. Segundo Barata (2009), mulheres realizam mais consultas de prevenção e exames de rotina do que homens que, na maioria das vezes, procuram os estabelecimentos de saúde quando já existe manifestação de adoecimento. O acompanhamento da saúde reprodutiva é, muitas vezes, posto como uma rotina dos cuidados das mulheres com sua saúde, diferentemente do contexto masculino. Esse fato já levanta a reflexão da maior utilização e presença de mulheres nos serviços de saúde diante do enfoque dado à reprodução, seja nos cuidados ginecológicos, na gestação ou no puerpério (BARATA, 2009). Nesse sentido, a especialidade ginecológica ocupa uma função importante na medicalização do corpo feminino, no disciplinamento e na socialização de padrões de comportamentos sexuais e/ou reprodutivos (COSTA *et al*, 2006).

> Eu sempre ia na ginecologista, sempre, até porque eu tinha muito medo do que as pessoas fala sempre, que a gente tinha que se organizar, de ver problema de saúde, eu tinha medo tremendo de adoecer, de dar trabalho as pessoas e eu sempre ia, sempre frequentava os médicos, fazia exame ginecológico (Alzira).

> Eu e minha irmã a gente saia e a gente se consultava no posto, pegava remédio, camisinha e era assim, mas ela [sua mãe] nunca explicou nada não. A gente sempre ia no médico só mesmo, com uns doze anos (Cecília).

Esses regimes de gênero presentes nas formas de acesso aos serviços e informações sobre cuidados à saúde reprodutiva e sexual colabora para o controle de fecundidade através de métodos nocivos à saúde das mulheres. De acordo com Cabral (2011), os anticoncepcionais, para mulheres brasileiras de camadas populares, apresentam limites em suas trajetórias contraceptivas diante dos efeitos colaterais que ocasionam em custos biológicos, físicos e sociais. Esse impacto negativo faz com que

os rejeitem e influencie na escolha pela laqueadura (CARVALHO, SCHOR, 2005). No caso de Clarice, a continuidade e prolongamento do uso da medicação durante anos também motivou para a realização da laqueadura.

Para Alzira e Cecília, os prejuízos à condição de saúde e qualidade de vida com o uso dos anticoncepcionais fizeram com que elas não tivessem muitas alternativas contraceptivas. Isso denotou um terreno conflituoso ao prazer sexual em meio aos limites e riscos: à sua saúde, diante do uso da contracepção; na reprodução, em vista da possibilidade de gestação não planejada; e medo de despertar a desconfiança do parceiro sobre a fidelidade, se passar a sugerir o uso da camisinha.

> Ai já no meu segundo marido, a gente fazia mesmo sem coisa, mas aí foi no tempo que eu fui tentar a injeção [...] Aí quando tava com dois meses eu fui falar com ela [médica] e ela disse que não era normal e que a injeção não devia fazer bem. Eu também falei da camisinha e ela disse que eu devia ter alergia e ela disse que eu tinha que tomar anticoncepcional. Eu comecei a tomar, mas sentia aquele enjoo, comecei a engordar e tudo e eu ficava naquilo, de não tomar mais nada não e deixar do jeito que tá. Sempre minha mãe falava que eu ia acabar engravidando porque eu não queria usar nada e eu: 'mermã, eu não posso usar nada'. Daí eles [parceiros] se zangavam, que homem mesmo nunca gosta, né, sempre tem isso (Cecília).

> Aqueles comprimidos me deixam é, me deixa assim, sei lá, meu estômago enjoado, que eu tentei tomar uma vez e me senti ruim, por isso é que eu nunca mais tomei, não tomei mais de jeito nenhum (Alzira).

Diante desses limites na medicalização dos corpos e negociação com os parceiros, elas passaram a observar e compreender mais sobre os seus corpos e sobre o período fértil, tendo como base contraceptiva a atenção em sua menstruação e o registro mensal por meio da tabela.

> Aí eu tava naquela, naquela tabela, aí era cinco dias antes e cinco dias depois [da menstruação]. Eu ia mais pela tabela, porque a camisinha me dava alergia, me cortava muito, eu não gostava e assim (...) e o anticoncepcional é porque sempre me dava aquele enjoo, aquela gastura e eu não suportava (Cecília).

> A tabela que eu tinha só era todo mês observar minha menstruação, 'eita, esse mês veio dia tal'. Justamente eu lembro que a última vez que eu menstruei foi no dia 19 de maio de 2012, aí por isso que quando foi em junho, eu fiquei logo assim meu Deus, a minha menstruação faltou, 'humm, deve ser minino! Com certeza!' Quando eu fiz o exame, foi dito e feito. Por isso que todas as três vezes que ela falou eu sabia exatamente que era menino e as três vezes que ela faltou, olha aí o resultado [risos] (Alzira).

Concordo com Cabral (2017) ao tratar sobre a relatividade da ideia de eficácia de uma tecnologia contraceptiva, ao incluir tanto o conhecimento científico que delimita sua probabilidade de sucesso e fracasso, como também o conhecimento prático vivenciado pelas mulheres. Nesse caso, "É possível optar pelo uso de um método contraceptivo estatisticamente pouco eficaz, que se revela muito satisfatório na

trajetória contraceptiva pessoal" (CABRAL, 2017, p.1096). Partindo dessa ideia, para Alzira, o indicativo mais confiável e facilmente perceptível era a regularidade do ciclo menstrual. O mesmo ocorria com Cecília, que sistematizava essa observação, delimitando aproximadamente os dias férteis e o período de menor risco gestacional (CARVALHO, SCHOR, 2005). Assim, o protagonismo contraceptivo ocorria mediado pela apropriação do conhecimento sobre o seu corpo.

Considerando que a escolha contraceptiva também se relaciona com a estrutura dos serviços de saúde (CABRAL, 2017), a forma de acesso aos anticoncepcionais pode ter restrições diante do cotidiano da mulher mãe e trabalhadora, como relatou Clarice. Inicialmente, o acesso contraceptivo era facilitado pela intermediação de outras mulheres da família (CABRAL, 2011). Quando adolescente, a mãe de Clarice lhe fornecia os contraceptivos, passando depois a recebê-los por sua sogra, quando estava em seu primeiro relacionamento.

Todavia, quando adulta, passou ela mesma a providenciar a medicação. Como trabalhava, havia a dificuldade em acessar a unidade de saúde para pegar o remédio por conta do horário de trabalho e funcionamento do posto de saúde coincidirem. Outra dificuldade era lembrar em comprar a medicação no período adequado. Em ambas situações, Clarice não inclui o marido como corresponsável pela busca do remédio na unidade de saúde ou mesmo comprar na farmácia, talvez também nem tenha refletido sobre essa possibilidade já que, como apresentado anteriormente, coloca para si a responsabilidade contraceptiva:

> Ficava ruim pra mim pegar [anticoncepcional] por causa do tempo. Eu trabalhava e o posto fechava 17:00 horas, aí era difícil eu conseguir pegar, aí eu tava mais comprando, por isso eu acabei engravidando. Passou do dia pra eu comprar. Acabou que eu chegava tarde e o posto já tava fechado. 'Tenho que comprar, tenho que comprar'. Aí o tempo era corrido, eu saia muito cedo e chegava muito tarde. Eu só queria saber de chegar e descansar. O tempo passou do dia de eu tomar, aí fiquei naquela de esperar pro outro mês, aí no outro mês eu já tava era grávida (Clarice).

Assim, o desgaste físico e mental, aliado à organização do serviço de saúde, dificultava o seu agenciamento contraceptivo. Além disso, com Clarice e outras interlocutoras da pesquisa, foi observado um desconhecimento sobre o uso correto dos contraceptivos orais e como eles atuavam em seus corpos (SERRYUA, 1992; FERREIRA, COSTA, MELO, 2014). Esse fato também era resultado do modo como as informações eram repassadas pelos(as) profissionais de saúde e compreendidas pelas

mulheres em seu cotidiano, gerando estranhamentos e dúvidas sobre a forma de utilizar a contracepção:

> Eu sei assim, que tem o período fértil, que quando eu tomava anticoncepcional, a doutora explicou assim: no primeiro dia da sua menstruação, você vai tomar. No primeiro dia, eu tomava. No segundo dia, no terceiro dia, no quarto dia, aí no quinto dia, que acabava menstruação eu tomava. Quando a medicação acabava, aí eu menstruava de novo, aí eu já tomava de novo. Aí eu nunca entendia, tem mulher que dizia 'não, eu só tomo remédio no meu quinto dia de menstruada', nan, pois a doutora passou pra mim diferente. Aí eu, eu nunca procurei ter essa compreensão de medicação (Adélia).

Associados a essa dificuldade, também há restrições no conhecimento delas sobre a variedade de tecnologias contraceptivas, sendo que estes limites no acesso aos métodos influem no campo de possibilidades para a trajetória de suas vidas, uma vez que a ampliação das formas contraceptivas poderia contribuir para mudar os cursos da vida e trajetos de seus planos.

> Eu era mal informada em relação a esses métodos, tipo o D.I.U. [Dispositivo Intrauterino], por exemplo, eu fiquei 'poxa!'. A moça [profissional de saúde em reunião sobre planejamento familiar] falava lá que era um ano, dois anos. (...) Eu sabia que existia outras formas, mas eu nunca tinha a informação sobre o D.I.U, sobre o que era realmente, o que é isso, vai funcionar como, vai ficar quanto tempo. Eu acredito assim que, da minha primeira gravidez, se, por exemplo, nessa época eu já queria estudar, fazer faculdade, que, se eu soubesse, se eu tivesse mais informação, eu não teria engravidado, porque eu teria colocado o D.I.U., certamente eu teria tido filho agora, né, depois de formação e tudo (Adélia).

As restrições no conhecimento de seus corpos, do uso e acesso à contracepção hormonal e da variedade de tecnologias contraceptivas podem direcionar algumas mulheres a contextos de "risco contraceptivo": uma vez que vivenciam tais dificuldades, podem atribuir um baixo valor ou restrita probabilidade de ocorrência à gravidez (CABRAL, 2011, p.33). É o que ocorreu com Clarice, ao compreender que a anticoncepção, outrora tomada, poderia ter um efeito cumulativo, avaliando como pequeno o risco de engravidar posteriormente, sem o uso da medicação.

> Eu achava que do terceiro [filho] também ia ser assim, que eu fiquei oito anos tomando o remédio, não achei que era por causa de um mês que eu ia engravidar, mas aí já foi diferente. Eu engravidei rápido, por causa que eu vacilei, não comprei o remédio, porque a gente tem o período de tomar, na menstruação, aí na minha correria do trabalho, acabei que eu não fui pegar no posto e não comprei (Clarice).

Outro aspecto relacionado ao nível de informações dessas mulheres junto aos serviços de saúde se refere à própria terminologia utilizada para os cuidados contraceptivos no âmbito familiar. Alzira, após ter realizado a laqueadura, ficou encantada com uma palestra promovida pela igreja da qual participa, primeira vez que

ouviu falar em "planejamento familiar", terminologia que demarca uma experiência-distante[23], dos aparatos legais e das políticas de saúde, considerando que "se ela [médica que ministrou palestra] tivesse vindo há três anos, eu tinha pensado melhor nesse planejamento familiar"(Alzira). Todavia, mesmo sem conhecer tal expressão e parecendo-lhe algo distante, Alzira já realizava quando optava por uma ou outra forma de regular a fecundidade e negociar com o parceiro o uso da camisinha, fazendo parte de sua experiência-próxima[24]*a* "tabela", "camisinha", "remédio", "injeção", "ligação", que ao final constituía os meios para materializar o planejamento familiar.

É interessante o fato de Alzira ter tido este conhecimento junto à instituição religiosa e não nos serviços de saúde. De maneira geral, apenas duas mulheres mencionaram terem participado de espaços promotores de orientações sobre a saúde reprodutiva e sexual. Essa ampliação do conteúdo ocorreu de maneira restrita, apenas no momento em que decidiram e buscaram pela laqueadura.

Através de suas falas, observo que, junto aos serviços de saúde, não é presente e frequente a realização de rodas de conversas que promovam tal conhecimento, não sendo amplo nem no momento da consulta individual, considerando o desconhecimento do D.I.U. relatado por algumas mulheres. Como Adélia mostra em seu relato, apenas no momento em que decidiu e buscou os procedimentos para realizar a laqueadura foi que tomou conhecimento sobre a amplitude de formas de controlar a fecundidade, sendo a única das mulheres entrevistadas que, antes de realizar o procedimento, sabia da possibilidade de reversão natural da ligadura de trompas.

> O conteúdo da reunião foi falando sobre todas as formas de evitar gravidez, né. D.I.U., comprimido, injeção, lá tem muitas das coisas que você pode, preservativo, até eles me apresentaram o preservativo feminino. [..] Aí me apresentou comprimidos, nomes de marcas e tudo mais e também preservativo e D.I.U., quando ela falou em D.I.U. eu fiquei naquela, 'se eu tiver bebê normal, eu vou colocar o D.I.U.'. [...] Daí teve uma coisa lá na reunião que ela falou, que eu levei mesmo pra minha vida, que ela disse que nenhum método é 100% seguro, vai fazer a laqueadura e você vai nunca mais ter o bebê, algumas mulheres engravidam mesmo depois de laqueadas. [...] Até ela explicou lá, ela disse que nosso organismo, que eles cortam né, faz a laqueadura, eles cortam as trompas aí diz que o nosso organismo ele cola de novo as pontinhas, aí acontece a fecundação de novo (Adélia).

[23] Conceito de Heinz Konut, citado por Geertz (1997) para se referir a uma terminologia que é alheia ou desconhecida da pessoa por ser proveniente de outro campo de saber, no caso o conhecimento científico da saúde e das normativas da política da saúde.

[24] Conceito para as expressões e termos que são utilizados pelas pessoas, fazendo parte de seu campo de saber e de fácil compreensão (*idem*, *ibidem*).

Além do limite no conhecimento das informações para apenas o momento em que buscam pela laqueadura, algumas mulheres também relataram sobre a dificuldade de acesso a esta "reunião". Ao procurar os serviços de saúde, as informações fornecidas para Clarice e Alzira sobre a "reunião" eram fragmentadas e incertas, de modo que, buscavam os profissionais de saúde, mas sem êxito, pois as informações não pareciam estar ao seu alcance, tendo que esperar o momento que os profissionais consideravam certo para compartilhar as informações contraceptivas e aguardar uma reunião que nunca chegava, vindo, antes dela, uma gestação.

> Depois que ela [segunda filha] nasceu, eu pensei muito, até como eu já te falei, eu fui atrás, conversei com a enfermeira e ela disse que era pra eu esperar uma reunião que ia ter, que sempre tinha lá. [...] Ela só me falava assim "não se preocupe, que a gente vai mandar o agente de saúde passar na sua casa, quando tiver a reunião, pra você entrar no programa". Mas também nunca, nem pela enfermeira também nunca teve não [...] Nunca me falaram em reunião nenhuma. Não tocaram em assunto nenhum [...] até hoje. No dia que eu fui procurar ela [enfermeira] de novo, foi pra dizer pra ela que eu já tava gestante de novo (Alzira).

Durante a vivência no campo de pesquisa, tive a oportunidade de ir para uma reunião, a convite da equipe. Pude perceber como a preocupação com a informação e decisões reprodutivas e contraceptivas se centralizavam nas mulheres, a começar pela participação mínima de homens, havia apenas um homem em uma sala lotada de mulheres, que tinha o interesse em saber mais sobre os métodos e talvez realizar a vasectomia. Esta realidade também foi observada na pesquisa de Moreira e Araújo (2004), ressaltando que a maior presença de mulheres nem sempre significa que possuem plena autonomia, visto que os parceiros podem influir e limitar as suas escolhas contraceptivas.

Além disso, o uso de certas terminologias por parte dos profissionais de saúde remetia a discursos institucionais generificados. Enquanto alguns se apoiavam no termo "planejamento familiar" para destacar a importância do cuidado reprodutivo, envolvendo tanto mulheres como homens, outros profissionais utilizavam a expressão "reunião da ligação" tanto para convidar usuários que se encontravam na sala de espera, como durante a sua atividade. Mesmo que o uso desta expressão seja para remeter ao terreno da experiência-próxima dos(as) usuários(as) do serviço de saúde, apresenta-se enquanto uma prática discursiva que direciona o sujeito para o qual aquele encontro era destinado. O que um homem iria fazer em uma reunião sobre "ligação"?

Isso pode reproduzir e reiterar os cuidados com a saúde reprodutiva e sexual para as mulheres, ocultando a importância da participação masculina e, também,

invisibilizando o conhecimento sobre a vasectomia. “Reunião da ligação” denota, de forma simbólica e normativa, a demarcação de um espaço para falar sobre a contracepção feminina. Assim, não transparece a imagem de um local que acolhe a presença masculina, podendo ocasionar em um estranhamento à participação em tais espaços. Minella (2005), também retrata serviços generificados no planejamento reprodutivo que, mesmo não excluindo os homens, o saber sobre o controle de fecundidade era interpretado como discursos direcionados sobre e para as mulheres.

Osis (2006, p.486) destaca isso em sua pesquisa, ao apresentar que as pessoas entrevistadas avaliavam a mínima presença de homens em atividades de planejamento familiar devido a aspectos culturais que os faziam interligar o cuidado contraceptivo como “coisa de mulher”. Essa autora ainda coloca que, quando os homens participavam das reuniões, não era necessariamente por interesse em realizar a vasectomia, mas por estarem acompanhando suas parceiras. Também destaca dificuldades por parte dos profissionais em compreender as ações de planejamento reprodutivo como parte da Atenção Básica de Saúde, constituindo-se apenas de atividades isoladas, ressaltando que a assistência em saúde junto ao planejamento reprodutivo é marcada pela indisponibilidade de tecnologias contraceptivas.

Além disso, muitos serviços de saúde sistematizam a sua organização, privilegiando a gestação e puerpério, ficando as ações contraceptivas e preventivas em segundo plano (OSIS, 2006; HEILBORN *et al*, 2009). Isso me fez lembrar o fato de a agente de saúde ter confundido os sujeitos da minha pesquisa, considerando serem gestantes e da dificuldade de localizarem as mulheres que fossem mães e que haviam realizado a laqueadura, uma vez que a frequência maior de acompanhamento é junto a gestantes e não em relação ao controle de fecundidade.

À vista disso, Carvalho e Schor (2005) discorrem sobre a insuficiência da assistência à saúde reprodutiva, tanto na garantia de informação e acesso à variedade de métodos contraceptivos, como também na percepção das relações de gênero que tecem a constituição da sexualidade e das vivências contraceptivas distintas para mulheres e homens. Essas suas trajetórias contraceptivas corroboraram para a escolha em estabilizar a reprodução e no agenciamento feminino para a realização da laqueadura. Além disso, essas escolhas relacionaram-se também com experiências marcadas por especificidades de gênero, que carregam um peso físico, psicológico e social no cotidiano dessas mulheres, como veremos no próximo tópico.

5.2.“Não quero ter mais filhos”: domínios da experiência na escolha pela laqueadura

A escolha das mulheres em não terem mais filhos(as) é um campo marcado por correlações de forças e por condições materiais e institucionais (BIROLI, 2018). A definição pela laqueadura não ocorreu abruptamente, resultou de um longo processo de racionalização sobre os seus percursos reprodutivos e contraceptivos e sobre a experiência social cotidiana enquanto mulheres, tomando a decisão conforme a acessibilidade à tecnologia contraceptiva e a ponderação dos seus interesses e vontades (CARVALHO; SCHOR, 2012; MINELLA, 2005).

As suas motivações permeiam um cenário de desigualdade social, econômica e de gênero. O fato de se situarem em camadas populares pode intensificar alguns limites em suas vidas, mas aqui quero enfatizar como as relações de gênero colaboram em suas escolhas, observando as influências nos processos de negociação e tomada de decisão pela esterilização. A narrativa de “não querer ter mais filhos” foi usualmente utilizada por essas mulheres e está presente em outras pesquisas como uma justificativa para a laqueadura (CARVALHO, SCHOR, 2005). Cabe refletir sobre os sentidos que esta frase carrega, como certas dimensões de suas vidas que foram movimentadas, intensificadas, reduzidas ou anuladas com a presença e o número de filhos(as).

Assim, neste tópico destaco as narrativas sobre os domínios da experiência generificados conforme as contribuições de Fraser (2004) e Bertaux (2010). Considerando que a incorporação e ruptura de padrões de gênero sobre feminilidade e masculinidade perpassam as formas de sociabilidades, algumas vivências dessas mulheres são carregadas de significados e sentimentos que refletem as relações hierárquicas e assimétricas de gênero e as direcionam para o desejo em findar/estabilizar o campo reprodutivo. Nesse sentido, apresento alguns de seus relatos sobre a assistência em saúde no momento do parto, a dinâmica familiar de divisão sexual do trabalho e os sentidos da maternidade e maternagem para as suas trajetórias de vida e autonomia.

5.2.1 “Aquilo não é normal”: a medicalização do parto e suas dores

Enquanto um “ritual de iniciação à maternidade” (SCAVONE, 2004, p.167), a experiência de parir manifesta sentimentos e reflexões sobre o itinerário hospitalar, que contribuem na decisão de ter ou não mais filhos(as). Ao longo dos anos, o modo de

partejar transformou-se conforme a relação entre os atores envolvidos, o entendimento sobre cuidado em saúde e as tecnologias presentes. Esses elementos ocasionam em distintas produções de sentidos sobre a dor e a alegria do nascimento de uma criança, sendo fundamental apreender este momento através das narrativas das mulheres.

Contudo, antes de adentrar as vivências das interlocutoras dessa pesquisa, é importante compreender as mudanças na assistência ao parto para melhor observar as correlações de forças presentes nas Maternidades. Esses diversos momentos da história denotam diferenças na relação profissional-usuária conforme as vozes dessas mulheres são ouvidas ou ocultadas e, assim, contribuem para apreender as relações de gênero nesses espaços institucionais. Aqui apresento o desenvolvimento de três formas de partejar enquanto: prática domiciliar e predominante entre mulheres; medicalização da vida e a figura masculina dos médicos; experiência subjetiva e familiar com enfoque na mulher e nas diversas possibilidades de parir. A existência de um desses discursos e prática não significa a impossibilidade de outra, podendo ainda estar presente na sociedade, mesmo que não seja mais o modelo predominante.

Em meados do século XIX, o modelo de assistência ao parto tinha apoio de igrejas católicas e entidades filantrópicas, corroborando no entendimento sobre a dor do parto como um castigo divino pelo pecado original de Eva, cabendo às mulheres vivenciar este sofrimento como forma de conseguir perdão (DINIZ, 2005). Ainda existia uma diferenciação do *status* social atribuído às mulheres de acordo com o local do parto. O domicílio representava um ambiente mais acolhedor e seguro diante das precárias condições higiênicas das enfermarias e "casas de maternidade", nas quais o sofrimento sentido pelas mulheres fazia com que não quisessem voltar a parir nas enfermarias. O nascimento de uma criança fora da residência era considerado como uma situação anormal, indicado apenas para casos extremos e para mulheres consideradas socialmente desclassificadas (pobres, solteiras ou prostitutas). Além disso, era uma experiência compartilhada entre mulheres, sendo os partos realizados preferencialmente por parteiras. A presença masculina e médica ocorriam apenas em casos complicados e que levassem a cesarianas (MOTT, 2002, p.99).

Já no século XX, o discurso sobre a internação passou a transparecer a hospitalização como algo positivo para todas as mulheres com a justificativa desses locais possuírem um aparato de procedimentos que só podiam ocorrer em uma maternidade e que seriam vantajosos para a vida das mães e dos recém-nascidos.

> Aconselhava-se que as operações fossem realizadas em maternidades (ou em hospitais) e não mais nas residências, pelo fato de esses estabelecimentos serem construídos de acordo com as regras higiênicas, possuírem o aparato considerado necessário, como sala de operação, mesa cirúrgica, enfermagem especializada, instrumentos esterilizados, a possibilidade de se ter um maior controle sobre a paciente e o recém-nascido, bem como uma menor interferência da família (MOTT, 2002, p 203-204).

Assim, o avanço tecnológico junto ao nascimento trouxe a ideia do risco à saúde materna e do recém-nascido, configurando as instituições hospitalares como o local seguro e com equipamentos adequados, enquanto o parto domiciliar passou a ser visto como mais custoso e arriscado. A preocupação nesta época voltava-se mais para a redução das taxas de mortalidade infantil do que um enfoque na proteção das mulheres. A medicina passou a transformar um evento fisiológico em patológico. A percepção sobre a mulher também se deslocou, de culpada e merecedora da dor do parto, para vítima dos riscos de sua biologia. Enquanto um evento perigoso à saúde, a obstetrícia, na figura masculina dos médicos, se sobressai enquanto responsável pelo conhecimento e realização do parto, suprimindo o ofício feminino das parteiras e diminuindo o protagonismo das gestantes no parto, por meio do uso de sedativos, de medicamentos para induzir o parto normal, do aumento no número de cesarianas, dentre outras tecnologias médicas (MOTT, 2002; DINIZ, 2005; BRASIL, 2001).

Com isso, essa transição do nascimento do ambiente privado e familiar para uma instituição rodeada de outros sujeitos resultou em outras percepções sobre o parto, a medicalização da vida e a autonomia feminina.

> A assistência à mulher no momento do parto é objeto de grande medicalização. Apesar da hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, tornando-se desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde. [...] É preciso levar em conta um fator muito debatido: quem é o protagonista da cena do parto? A mulher parturiente está cada vez mais distante desta condição: totalmente insegura, submete-se a todas as ordens orientações, sem entender como combinar o poder contido nas atitudes e palavras que ouve e percebe, com o fato inexorável de que é ela quem está com dor e quem vai parir. A perda da autonomia da mulher no parto está relacionada, principalmente, com a intensa medicalização que o corpo feminino sofreu nas últimas décadas (BRASIL, 2001, p.18-19).

Essa medicalização do parto foi problematizada principalmente no final do século XX e início do XXI, tomando como base as discussões realizadas pelo movimento da Medicina Baseada em Evidências (BEM). Diante dessa iniciativa, em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou uma síntese desse levantamento, conhecido como *Boas práticas de atenção ao parto e nascimento*, de

modo a orientar o exercício de profissionais durante o parto e nascimento, conforme últimas pesquisas científicas, trazendo práticas consideradas úteis e que devem ser estimuladas, atividades prejudiciais e que devem ser eliminadas e outras que são frequentemente utilizadas, mas de maneira inadequada (OMS, 1996).

Essas mudanças de posturas profissionais também colaboraram na problematização de mulheres sobre suas sensações e dores no parto, diferenciando entre aquelas inerentes ao processo fisiológico do sofrimento ocasionado pela lógica institucional. Nesse sentido, o termo violência obstétrica vem se destacando na América Latina para enfatizar a violação dos direitos de mulheres durante o momento da gestação, trabalho de parto e pós-parto, realizada por profissionais e trabalhadores da saúde. Não há uma definição única sobre a violência obstétrica, mas pode ser compreendida como um conjunto de intervenções no parto consideradas desnecessárias, invasivas, desagradáveis e sem embasamento em evidências científicas, podendo se expressar como uma violência física, moral ou psicológica. A violência obstétrica também é discutida sob a ótica das relações de gênero, diante da invisibilidade da subjetividade das mulheres e de suas escolhas sobre o seu corpo e a forma de parir (ZANARDO *et al*, 2017; DINIZ, 2005)[25].

Em contraposição a essas vivências dolorosas e em consonância às mudanças de atitudes preconizadas pela OMS, surgiram um conjunto de iniciativas públicas e da sociedade civil em vista de estimular mudanças de posturas dos(as) profissionais de saúde. Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, a fim de proporcionar uma assistência obstétrica integral e fortalecer os direitos das mulheres na assistência em saúde. Esta outra postura profissional também é reforçada com a construção da rede de serviços de saúde materno-infantil, denominada Rede Cegonha, que ainda traz como princípios o direcionamento de uma perspectiva de gênero e a garantia de direitos sexuais e

[25] Cabe destacar distintos enunciados e posicionamentos sobre o uso dessa terminologia. Recentemente, o Ministério da Saúde orientou sobre a abolição do termo violência obstétrica, visto este ter uma "conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério" (BRASIL, 2019a, p.1). Em resposta, o Ministério Público Federal afirmou a consagração da nomenclatura no âmbito científico e recomendou que, no lugar da abolição de termo violência obstétrica, busque-se realizar ações que coíbam maus tratos e desrespeito durante o parto, independente da intencionalidade ou não dos(as) profissionais (BRASIL, 2019b). Essa discussão ressalta a importância deste conceito de modo colaborar na visibilidade e reconhecimento de certas posturas institucionais/profissionais como violência e que, também possa permitir a criação de documentos legais que deem suporte à sua criminalização e à autonomia e protagonismo das mulheres no parto Assim, considero que é fundamental demarcar o que se entende como violência obstétrica para se pensar em formas de humanizar o parto e o nascimento (ZANARDO *et al*, 2017).

reprodutivos à mulher, garantindo um atendimento mais humanizado e respeitoso (BRASIL, 2011).

Assim, a humanização dessa assistência em saúde expressa outra compreensão sobre o parto, em prol da escuta e do respeito à escolha das mulheres na condução do parto enquanto protagonistas, retomando a ideia do parto como um momento familiar (DINIZ, 2005; BRASIL, 2014). Reconhece-se a subjetividade do parto e formas diferentes de expressar suas dores, passando "a inspirar uma nova estética", na qual gemidos, emoções, secreções, contato corporal e presença de familiares são tolerados e vistos como parte natural e importante do desenvolvimento do parto (DINIZ, 2005, p.630).

Contudo, enfatizar a subjetividade feminina nos serviços hospitalares não é algo simples, envolve tanto o desenvolvimento da relação entre profissionais e usuárias como as compreensões sobre gênero em um espaço institucional. As vivências de parto narradas pelas mulheres da pesquisa permitiram compreender tais aspectos. Algumas delas resgataram sentimentos que, por vezes, foram desconsiderados ou minimizados diante das técnicas e rotinas hospitalares, comuns para a equipe, mas estranhas e invasivas para elas. Assim, é fundamental considerar as suas experiências e reflexões.

> Os relatos agregam a dimensão da experiência vivida e comunicam sentimentos, sensações e reflexões variados. Por privilegiarem o aspecto subjetivo da experiência do parto, os relatos se apresentam como veículo potente de divulgação de um tipo específico de dor, convidando à construção de uma consciência coletiva sobre a dor que comumente é invisibilizada pelo ideário hegemônico da medicalização da vida. (TEMPESTA, CARNEIRO, 2018, p.57).

Conforme os relatos de Alzira, Cecília, Clarice e Adélia, as percepções sobre a dor e a assistência em saúde afetaram negativamente na avaliação sobre ter mais filhos(as). Em suas formas de sistematizar e organizar as experiências destacaram-se a utilização metáforas e sinônimos para definir o que seria uma vivência "normal" (Clarice) de uma "anormal" (Alzira), para pontuar o atendimento que a objetifica como uma "máquina de parir" (Clarice) e para relacionar o tipo de parto à morte (Cecília) ou à cortes (Adélia).

O entendimento das mulheres sobre o espaço hospitalar não se baseia necessariamente na garantia de uma lista de técnicas, sequências de protocolos ou em um ambiente estéril e silencioso, como pode ser para a equipe de saúde. A preocupação com o seu bem-estar e com o da criança pode resgatar elementos dessa ótica disciplinar e processual, mas suas vivências destacam a avaliação da assistência em saúde mediada

pela produção de sentidos sobre a dor. Essa compreensão sobre sofrimento, dor suportável ou não está associada a aspectos sociais, psicológicos e culturais (HELMAN, 1994).

Inserido nas narrativas sobre partos normais, a dor vivenciada por Clarice no nascimento de suas duas filhas, não foi algo que lhe causou estranheza. “Já sabia que doía porque dói mesmo, mas não foi aquele espanto todo como me falavam que era” (Clarice). O desconforto é visto como parte da biologia e fisiologia do trabalho de parto, sendo algo tolerável e momentâneo. Contudo, essa “dor boa”, *dor que vem de dentro*, da fisiologia das contrações e movimentos uterinos, produz sentidos diferentes da “dor má”, *dor que vem defora*, posta pelos(as) profissionais e relação institucional (BADINTER, 2011, p.55)[26]. Essa outra dimensão é expressa por Alzira e está presente nos outros partos de Clarice.

> Mas o problema em si é o parto, mulher. Aquilo ali é muito complicado, muito assim, sei lá. Quer logo assim o momento que a criança nasça, porque é muito complicado mesmo. Aí a gente vai depender dos médicos, é outra complicação, porque vem um, vem outro, dar aquele toque, é pior ainda [silêncio] A gente vai, acha que tem aquela segurança maior, porque tá lá os médicos, só que meu deus do céu, aí toda hora vem aquele toque, que é pior que a dor, a gente já tá naquela agonia, ainda vem um médico não sei da onde, outro acolá, outro acolá. Aí eu “não, eu só vou quando eu tiver realmente certeza que ela tá mesmo nascendo” (Alzira).

Para Alzira, a experiência de parir “não é normal não, aquilo ali é anormal”. A representação da Maternidade como local ideal por sua segurança e tecnologias (MOTT, 2002) é deslocada para a de um ambiente indesejado, mas necessário. A dor privada torna-se pública quando considerada atípica (HELMAN, 1994), sendo neste caso resultado do itinerário institucional que diminuiu a privacidade e autonomia de Alzira. Um parto que não envolve apenas um trabalho corporal, mas “depende” da disponibilidade dos(as) profissionais de saúde. Uma mulher que se vê cercada de diferentes profissionais – homens - a lhe tocar “a toda hora”, sem o seu controle ou escolha, o que causa desconforto físico e emocional.

Esse aspecto negativo em torno do toque vaginal também foi mencionado na pesquisa de Santos e Souza (2009, p.8), tendo relação com “sentimento de dor, medo, desinformação, vergonha, constrangimento, desrespeito, violência”. A repetida

[26] Durante atividades de trabalho na saúde, em rodas de conversa com Doulas, gestantes e familiares utilizamos termos como “dor que vem de dentro” e “dor que vem de fora” para diferenciar o que é comum sentirem durante o trabalho de parto e o que pode ocasionado pela relação com a equipe de saúde enquanto violência obstétrica, respectivamente.

realização de exames vaginais por vários profissionais é uma situação frequente nas Maternidades, mas é inadequada, pois poderia ser realizada apenas por um(a) profissional e ter uma frequência menor (OMS, 1996; MAIA, 2010). Demonstra também limites no diálogo e relações assimétricas junto à equipe de saúde, na percepção desta sobre a subjetividade das mulheres e o compartilhamento e consentimento dessas com os procedimentos considerados rotinas hospitalares (SENA, 2016).

A estratégia encontrada por Alzira para atenuar essas vivências foi observar mais o seu corpo em trabalho de parto e dirigir-se para a Maternidade apenas quando considerava serem as últimas horas para o nascimento, quando as contrações já estavam em um intervalo menor, indicando que o(a) bebê estaria mais perto de nascer. Com isso, ficaria menos tempo internada e exposta a procedimentos obstétricos. Ademais, outro modo de evitar essas experiências complicadas e anormais do parto em longo prazo foi através da *ligação*, dando-lhe um sentimento de alívio em não ter que passar novamente por esse percurso hospitalar.

Ao contrário das vivências anteriores de Clarice, para quem a dor pareceu tolerável, o terceiro e quarto parto foram diferentes, tanto na dor física como na avaliação do tratamento recebido, sendo estes sinônimos de sofrimento e influenciando em sua decisão por não mais engravidar. Essas suas narrativas abaixo destacam dois aspectos: como a expectativa em relação ao atendimento e o cuidado recebido atuam sobre a gestação e tipo de parto; e como a medicalização do parto ainda é presente, contribuindo para um ritmo institucional do parto e para uma percepção de dor que objetifica e invisibiliza algumas mulheres.

Clarice vivenciou quatro partos do tipo normal. Contudo, em sua avaliação sobre os níveis de dor e a assistência recebida, o procedimento nas duas últimas gestações deveria ser diferente. Para ela, o sofrimento físico e institucional nos partos dos filhos foi mais intenso do que nos partos das filhas. Durante a internação hospitalar, a compreensão sobre dor tolerável em um parto normal e sobre a indicação de cesariana apresentou-se diferente para Clarice e para a equipe de saúde:

> [experiência no terceiro parto]
> Dele já eu passei muitos dias com dor, ele não saia, não descia, eu não dilatava e por eu já ter tido parto normal, eles [profissionais] queriam que eu tivesse normal de novo e aí eu sofri muito. (Clarice)

> [experiência quarto parto]
> Por mais que eu tenha ficado muito tempo, que eles me deram remédio pra eu poder ter , que ele não queria sair, porque era muito grande, não queria sair. Aí eles fizeram a mesma coisa, de como eu tenho parto normal, tinha que ter ele normal. Aí me deram remédio, me deram injeção de força [...] Eu acho até

> também por eu ter tido justamente três filhos normais que eu sei que não vou ter esse, mas como era no mesmo caso daquele eu coloquei na cabeça "ou é isso, ou eu vou morrer"[...] a gente acaba tendo sozin e com Deus que é quem ajuda mesmo a gente pra parir um filho normal é Deus. (Clarice)

O anseio de Clarice sobre o desenvolvimento de seu trabalho de parto não foi acolhido e a equipe de saúde que a acompanhava também não forneceu argumentos que justificassem a necessidade do sofrimento prolongado para parir normal, enquanto poderia ter feito uma cesariana. Seguindo a sua avaliação sobre a perspectiva dos(as) profissionais, caberia a ela suportar sozinha a dor de ter mais partos normais, não importando a sua compreensão subjetiva. Nesse sentido, o ambiente externo intensifica a dor física e leva a relacioná-la à possibilidade de morrer, caso ela mesma não tome as rédeas da situação. Nessa ausência do acolhimento institucional, é comum a busca por ajuda espiritual ou sobrenatural (MCCALLUN, REIS, 2006) bem como a avaliação de que o sofrimento seria atenuado em um serviço de saúde particular, no qual o pagamento direto sobre o procedimento faria com que a sua escolha por uma cesariana fosse ouvida e efetivada (DINIZ, 2005).

Assim, a vivência de parto é qualificada conforme a dinâmica relacional entre a mulher e a equipe. "Todos atuam numa realidade social, tecendo a trama das relações que fazem da dor uma experiência com um significado a ser buscado" (SARTI, 2001, p.11). A ideia de Clarice sobre a competência dos profissionais de saúde interliga-se a uma compreensão de prática sensível à situação de saúde do outro e que se dedica à "arte de curar" (PINHEIRO, 2006, p 89). Contudo, essas suas vivências foram para um caminho oposto de suas expectativas diante do sofrimento percebido:

> [experiência no terceiro parto]
> [...] Eu achei que não cuidaram de mim direito, que foram, elas foram ignorantes, grosseiras. Aí deixaram eu sofrer muito. Fizeram muita pergunta, mas na hora de ajudar mesmo a gente, não fazia nada [...] Na hora desse parto, o meu filho quebrou a clavícula e ninguém sabia me dizer como, que eu só vim a saber mesmo depois de quinze dias [...] E aí eu fiquei mais assim porque, poxa, eu tava na maternidade, aí eles fazem procedimento danado quando a criança nasce, vão ver se a criança tem isso ou aquilo e não vão ver que a criança tava com a clavícula quebrada? Que quebrou foi lá. Aí eu já fiquei assim mais revoltada com isso, mais um motivo que eu disse que não queria ter filho mais, porque eu não queria mais passar por aquilo ali, sofrer o que eu sofri. [...] Aí eu dizia que não queria ficar só e elas "não, a gente tá bem aqui numa sala, qualquer coisa a gente vem" [fala das profissionais]. "eu fico chamando e ninguém aparece" [resposta dela para as profissionais de saúde], [...] Tinha vezes que eles nem iam lá, só perguntavam o que eu tava sentindo e anotava. Eles sabiam a hora de voltar lá de novo. Às vezes iam lá na frente e metiam só a cara pra ver se o soro tinha acabado, mas não pra ver se eu tava com dor, se eu tava perdendo alguma coisa (Clarice).
>
> [experiência no quarto parto]

> [...] Eu achava que eles deveriam tratar a gente melhor, porque a gente já tá com dor, aí eles acham que a gente é uma máquina de parir, aí tem que parir e pronto, né, porque dói. Eles [profissionais] lá como tem filho, sabe que dói. [...] Não gosto de médico, não sou muito fã de ir pra médico, não confio muito neles. Aí eu já tinha isso, já pensava assim. Aí quando eu fiz a laqueadura, que não funcionou, eu já tive mais certeza que eles só trabalham por dinheiro. Que nem todo mundo eles consideram, fazem as coisas certas, não trabalham com ética (Clarice).

Observa-se que essas narrativas destacam a avaliação sobre o conhecimento técnico-científico e (des)humanização dos profissionais. O sentimento de ausência de cuidado e comprometimento ético para com ela e seu filho, a ênfase no cumprimento de protocolos, questionamentos e horários estipulados, sem um olhar para a mulher que pari. Está imersa nessa lógica institucional como um objeto manipulado para atingir a meta: o nascimento de mais uma criança, o salário pelo trabalho.

No entanto, também teve alguns profissionais com os quais se sentiu acolhida e apoiada durante o trabalho de parto: "A gente sempre acha algumas que trata a gente bem e outras que não trata a gente bem [...],ficou conversando comigo, que foi bem legalzinha" (Clarice). Tanto a postura gentil ou a atitude desrespeitosa, normalmente são atribuídas ao "caráter de cada profissional, e nunca à estrutura de poder desigual que regula as relações do processo de parto" (MCCALLUM, REIS,2006, p.1487).

Como lembra Sarti (2001, p.6), "a forma de manifestação da dor precisa fazer sentido para o outro". Os profissionais com os quais Clarice teve contato não se aproximam da perspectiva de humanização na saúde, na qual o olhar se direciona para a percepção e escolha da mulher. Seus relatos são permeados pela organização de serviços de saúde focados na medicalização do parto e em um modelo de assistência tecnocrático. Sob essa ótica, o corpo das mulheres é, por vezes, percebido apenas em sua fisiologia, ocultando a subjetividade e sentimentos das mulheres (MARTIN, 2006). A este(a) profissional o olhar se volta para o trabalho disciplinar e mecânico na condução de exames, avaliações e registros no prontuário e realizações de algumas intervenções invasivas para atingir resultados em curto prazo (MAIA, 2010).

Nesse contexto tecnocrático, no qual a mulher é vista como um corpo-máquina, a autoridade compete ao profissional de saúde (MAIA, 2010). A divergência feminina diante do posicionamento da equipe de saúde faz com que seja reafirmada a relação hierárquica e a posição institucional de cada um, seja direta e verbalmente, nas "grosserias", ou sutilmente e simbolicamente, ao deixar a mulher sozinha e não atender suas necessidades.

Como Helman (1994, p.172) destaca: “as pessoas com dor obterão o máximo de atenção e solidariedade se seu comportamento corresponder à visão social de como fazê-lo, se extravasando suas emoções ou modificando sutilmente sua conduta”. Para Clarice, tornar pública a dor e seus sentimentos influíram no tipo de assistência recebida, visto que o comedimento e postura resiliente frente à dor era qualificado por certos profissionais como um comportamento adequado para as mulheres no momento do parto.

Essa lógica tecnocrática da assistência em saúde recebida corrobora para o sentimento de estar sozinha, a avaliação negativa do parto normal e o desejo por diminuir essa vivência por meio de uma cesariana. A esse sentimento de solidão e objetificação enquanto uma “máquina de parir”, Sena (2016) considera uma violência obstétrica marcada pelo abandono emocional:

> O medo intrínseco de uma situação de vulnerabilidade como é o nascimento de um filho, por si só não representou desamparo emocional a essas mulheres. O que, isso sim, representou abandono foi a falta de acolhimento, orientação, esclarecimentos, amparo ou, pelo menos, escuta proveniente da equipe de saúde [...] Uma forma de anulação mencionada repetidas vezes, como se não fossem dignas de receberem tal acolhimento num momento tão importante e delicado (SENA, 2016, p.105)

Esse abandono institucional poderia ser atenuado com a garantia da presença de um(a) acompanhante escolhido(a) pela mulher, conforme é seu direito durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (BRASIL, 2005). Esse acompanhamento representa um apoio emocional e uma forma de contato familiar em um espaço que lhe é estranho, possibilitando formas de atenuar o medo e ansiedade (BRASIL, 2001). Contudo, mesmo sendo uma conquista das mulheres desde 2005, nem sempre é efetivada. No parto do terceiro filho de Clarice, em 2014, foi permitido que sua irmã a acompanhasse apenas na recepção; “Fiquei sozinha. Lá dentro aonde eu tava esperando pra ter o neném ela não podia.” (Clarice). Apenas em seu quarto parto foi permitido a presença de seu parceiro como acompanhante.

Assim, além da dor inerente ao parto, Clarice também vivenciou um sofrimento adicional pela postura profissional que desrespeitava a sua subjetividade e direitos. Dessa forma, a dor e o medo são intensificados e contribuem para não querer ter mais filhos(as). Além do abandono institucional e a ausência de acompanhante, Clarice relatou algumas práticas de violências verbais, psicológicas e simbólicas (ZANARDO *et al*, 2017), tais como: controlar suas ações e comportamento, constrangimentos, não

considerar as suas necessidades e pedidos, culpabilizar quando gritava e não conseguia fazer força:

> [experiências na terceira gestação]
> - Falaram que eu já tinha tido partos normais, que eu tava sendo mole, que 'tu já sabia como é que era, então' [menção à fala de profissional];
> - 'Só chorava com muita suada. Aí eles falavam que ao invés de eu tá chorando, pra mim botar força, pra mim parar. Elas falavam assim: Para de gritar porque não vai adiantar, tu vai é perder tuas forças, que é pra colocar ele pra fora' [menção à fala de profissional];
> - Aí elas começavam a sorrir, dizendo que não, que eu não ia morrer não. Aí eu 'é, que vocês não tão me ajudando'. Aí elas diziam que quem tinha que me ajudar era eu mesma, parando de chorar e botar só força quando viesse pra mim ter (Clarice).

Essas vivências no momento do parto retratam a contradição presente em nossa sociedade: de um lado, discursos que valorizam e dignificam o fato da mulher gestar uma vida; do outro, práticas que acarretam em sofrimento e objetificação da mulher, remetendo à frase popular "parirás com dor". A quarta gestação de Clarice, que ocorreu depois de realizar a laqueadura, foi uma situação que a afetou emocionalmente. Por realizar acompanhamento psicológico na maternidade em que ocorreu o parto e ter no seu prontuário detalhes da situação ocorrida, acreditava que o atendimento seria melhor. Porém, não foi o que ocorreu, passando por mais julgamentos e violência verbal diante de não querer estar gestante: "elas falavam as coisas por causa que eu não aceitava [...] Umas falavam que era 'dengue' e ficavam irritadas quando ficava só chamando elas"(Clarice).

Como lembra Scavone (2004, p.162), "as mulheres não são ouvidas a propósito do que elas sentem e quando são ouvidas não são levadas a sério". O fato de Clarice não aceitar a gestação inesperada e o seu arrependimento diante da quarta gestação era secundarizada por profissionais de saúde, que reiteravam a capacidade reprodutiva dela e procuravam reiterar a maternidade e o amor materno como algo natural e obrigatório à mulher, não dando espaço para ouvir, compreender e respeitar o sentimento materno (DONATH, 2017).

> Como sabiam que eu não aceitava, aí por isso mesmo que me julgavam, só que nunca falavam da minha laqueadura que não funcionou. Só queriam me criticar por eu não aceitar [...] [alguns profissionais] diziam que não, que mãe tem que gostar de um filho, independentemente do que seja [...] aí eles falam que filho é um pedaço da gente, que depois eu ia começar a entender isso. Eu falava que eu entendia, só que não é a questão, porque filho é pra sempre, é pra toda a vida e eu não tava podendo ter outro filho (Clarice).

O trabalho de parto também está associado às percepções sobre o comportamento da mulher relacionado enquanto uma "boa mãe". A insatisfação com

uma gravidez apresenta sentimentos que destoam de um padrão de feminilidade que considera o amor materno como inerente às mulheres, sendo algo difícil de ser explicitado publicamente pela mulher e, também, de ter aceitação social e empatia por parte de algumas pessoas (HEILBORN *et al*, 2009). Sob essa ótica profissional, não há espaço para o arrependimento, considerado como uma "violação flagrante das normas afetivas maternais" (DONATH, 2017, p.128). Cabe à mulher então guardar para si esses sentimentos e pensamentos para não ter o seu sofrimento intensificado, uma vez que não é compreendido.

É o que discorre Maia (2010, p.37) ao destacar que "no modelo tecnocrático de assistência ao parto, só há duas alternativas para a parturiente: um parto vaginal traumático, pelo excesso de intervenções desnecessárias, ou uma cesárea". Diante da própria medicalização do parto e da lógica institucional que proporciona mais dor e sofrimento às mulheres, a segurança do parto normal é por vezes questionada diante do procedimento cirúrgico, considerado mais rápido, científico (BRASIL, 2001).

Para Cecília, era mais comum relatos de mortes de quem pariu normal do que em situações de cesáreas, o que aumentou o seu medo diante da gestação:"Eu ouvia o povo falar que quem não aguenta, morre. Aí eu sempre ficava com aquele pânico, sentia a dor" (Cecília). Para atenuar as preocupações, recorria a reza e religião (MCCALLUM, REIS, 2006), assim como Clarice fez quando se sentiu sozinha no parto.

> [...] eu sempre me apeguei com São Francisco, me falaram que quando a gente vai, sempre se apega com um santo, uma coisa, aí eu ficava pedindo que nada de ruim acontecesse, que eu tivesse um parto bom. Aí a médica veio, disse que eu não tinha espaço pra ter um parto normal, que eu ia ter uma cesariana e eu sempre rezando, me apegando com os santos, mas aí foi normal né. Graças a Deus nunca ocorreu nada. (Cecília)

Diferente das demais, todos os partos de Adélia foram cesarianas. Mesmo que denotasse a ideia de ser mais "seguro", desgastava-a física e emocionalmente, diante dos procedimentos cirúrgicos. Toda gestação era sinônimo de cortes nos partos. Entretanto, isso também lhe trouxe um aspecto positivo, dentro da organização institucional para realizar a laqueadura, pois poderia ser feita no momento do parto, animando-se com a possibilidade de fazer uma última cesariana, pois com a "ligação":

> [...] aí não iam mais me cortar, que a minha é cesariana, né, e toda vez tem que me cortar...porque eu achava tão ruim aquele negócio de cortar, tão ruim. Pra mim, eu juro pra você, o pior da cesariana foi a anestesia, dói muito, anestesia é bem grande, a agulha é bem grande (Adélia).

Assim, a vivência dessas mulheres foi marcada pela medicalização do parto e postura tecnicista de alguns profissionais. Neste modelo de assistência em saúde, a

subjetividade feminina é ofuscada pelo conhecimento técnico-cientifico, delineando relações institucionais predominantemente assimétricas e hierárquicas. Além disso, a compreensão social e cultural sobre feminilidades destes(as) profissionais também influíram no cuidado com a saúde, principalmente em relação à tolerância de dor das mulheres e os sentimentos maternos. O conjunto de violências obstétricas relaciona-se com a medicalização do parto e com as relações de gênero, uma vez que o parto é uma experiência específica feminina, mas a forma de entendimento sobre a dor da mulher passa por significados sociais e culturais. Conforme as narrativas, o sofrimento intensificado pela hospitalização derivou também de como estes(as) profissionais percebem as mulheres, ponderando que podem ser vistas como culpadas e/ou vítimas pela sua biologia, tendo que assumirem postura de aceitação e resiliência em relação às dores. Além disso, a compreensão de alguns(as) profissionais sobre o amor materno como natural e inerente a todas as mulheres vai de encontro ao arrependimento pela gestação, ocultando os seus sentimentos e reiterando a normativa social de mãe incondicionalmente amável e responsável.

Para Clarice, Cecília, Alzira e Adélia, por vezes, o ato de parir foi "dominado pelo medo, solidão e dor, em instituições que deslegitimam a sexualidade e a reprodução de mulheres consideradas subalternas" (MATTAR, DINIZ, 2012, p.112). Neste cenário apresentado de violências simbólicas e físicas, qual mulher desejaria experienciar novamente o momento do parto? Considerando o fato de já serem mães, tais momentos desagradáveis do parto contribuíram nas intenções de não querer passar por aquela situação novamente, de não querer ter mais filhos(as), motivando-as, assim, a realizarem a laqueadura.

Mesmo com parâmetros legais e normativas institucionais direcionadas para uma assistência mais respeitosa e baseada no protagonismo da mulher, a realidade de alguns serviços de saúde em Teresina, na experiência dessas mulheres, ainda remeteu a limites na efetivação de princípios que norteiam a organização da rede de saúde materno-infantil, um olhar direcionado para as relações de gênero. O fornecimento de uma atenção à saúde adequada às necessidades das mulheres é fundamental, cabendo, desse modo, a ampliação da mudança de posturas em prol da humanização no parto, em respeito aos diversos sentidos produzidos no nascimento (BRASIL, 2001).

5.2.2 “Tudo sou eu, tudo tem que ser eu”: divisão sexual do trabalho no âmbito familiar

A forma como se desenvolvem as dinâmicas familiares foram e são importantes para os campos de possibilidades femininas e, direta ou indiretamente, essas vivências colaboraram para o caminho de suas escolhas reprodutivas. O cotidiano delas enquanto mulher, esposa, mãe, trabalhadora oscilam em consonância ou em atrito com a postura masculina de seus parceiros enquanto homens, maridos, pais e trabalhadores, como em um microcosmo que interage com as expectativas sociais para cada um deles. Essas relações de gênero no ambiente domiciliar refletiram em distintas formas e graus da divisão sexual do trabalho, expressando perspectivas de feminilidades e masculinidades marcadas pelos processos socializadores de gênero e pela inclinação dessas pessoas para mudanças e/ou permanências nas (im)posições de gênero junto à reprodução social em suas famílias.

De maneira geral, as narrativas apresentaram similaridades ao contexto brasileiro e nordestino sobre os arranjos de gênero na unidade domiciliar. Conforme resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), aumentou a taxa de realização de afazeres domésticos de maneira geral, contudo, ainda predomina uma assimetria na divisão sexual do trabalho. Em 2017, 91,7% das mulheres se direcionavam para os afazeres domésticos, enquanto 76 % dos homens o fizeram. Em relação à esfera do *care*, a distinção também se apresenta: 92,6% entre as mulheres e 78,8% entre os homens. Quando se observa o comparativo regional entre os sexos nesses dois aspectos, a maior discrepância entre homens e mulheres foi no Nordeste (27,7%) e o menor na região Sul (11,8%) (IBGE, 2018b). Essas distribuições dos afazeres domésticos e dos cuidados com outras pessoas são importantes por demonstrar algumas características da estrutura de gênero na sociedade brasileira e especificidades regionais, que coadunam com a experiência cotidiana relatada pelas interlocutoras da pesquisa (SOUSA, GUEDES, 2016).

Além disso, outra semelhança das narrativas com as estatísticas nacionais é que a maioria dos tipos de afazeres domésticos fica a encargo das mulheres, principalmente aqueles que são realizados com maior frequência e que ocupam mais tempo, a exemplo da preparação de alimentos, limpeza de roupas, louça e da casa, onde mulheres se destacam como as principais executoras. O único item em que predomina a presença masculina é a realização de pequenos reparos na casa ou em objetos domiciliares,

executado por 63,1% dos homens e por 34% das mulheres que participam dos afazeres domésticos (IBGE, 2018b).

Considerando as formas de divisão sexual do trabalho descritas por Hirata (2015), foi possível observar nas narrativas a predominância de dinâmicas domiciliares tradicionais no cotidiano de Alzira, Janaína e Clarice, e de conciliação, para Cecília e Adélia. De maneira geral, esses dois modelos de divisão sexual do trabalho são marcados pela hierarquia e assimetria entre os sexos em diversos níveis. O nível de partilhamento das atividades domiciliares com os seus parceiros variou, mas essas mulheres se destacavam como as principais mediadoras dos afazeres domésticos e do *care*, mesmo quando também se encontravam inseridas no mercado de trabalho. Em episódios isolados, por algumas horas, semanas ou meses, essas relações de gênero na organização familiar de algumas se deslocaram, assemelhando-se ao modelo da delegação de certas responsabilidades femininas para o marido e/ou outras mulheres.

De acordo com os relatos, acredito que essas dinâmicas familiares influenciaram direta ou indiretamente na escolha dessas mulheres pela laqueadura, principalmente para aquelas que se encontravam em um contexto de relações mais tradicionais ou de conciliação entre casa e trabalho atrelado ao cuidado infantil, que é a situação de Adélia. Para essas mulheres, o cuidado com a casa e/ou com as crianças demanda um tempo que compromete os seus projetos individuais e autonomia, como veremos a seguir e no próximo tópico[27].

Essas divisões sexuais do trabalho, principalmente nos contextos mais tradicionais, suscitaram em diferenças nos domínios de autoridade e estratégias de poder estabelecido por essas mulheres e seus parceiros. “Muitas das estratégias utilizadas por homens e mulheres para controlar as pessoas à sua volta emergem de suas posições estruturadas de desigualdade social” (ROCHA-COUTINHO, 1994, p.137), visto o que é considerado legítimo para cada gênero enquanto comportamento e espaços de autoridade.

Isso também remete às contribuições de Sarti (2003) sobre os aspectos simbólicos na divisão de espaços e autoridades em famílias de camadas populares.

> A casa é identificada com a mulher, e a família com o homem. Casa e família, como mulher e homem, constituem um par complementar, mas hierárquico. Em consonância com a precedência do homem sobre a mulher e

[27]Considerando que nas narrativas, a realização ou a busca por trabalho remunerado apresentaram uma relação direta com o anseio pela autonomia e pela externalidade à casa e a arena do cuidado, destaco mais sobre este aspecto no tópico seguinte.

> da família sobre a casa, o homem é considerado o *chefe da família* e a mulher, a *chefe da casa.* O homem corporifica a ideia de autoridade, como uma mediação da família com o mundo externo. Ele é a autoridade moral, responsável pela respeitabilidade familiar. À mulher cabe outra importante dimensão da autoridade: manter a unidade do grupo. Ela é quem cuida de todos e zela para que tudo esteja em seu lugar. (SARTI, 2003, p.28, grifos da autora)

Isso foi possível observar nos relatos de Janaína, Alzira, Clarice e Adélia. Nesse sentido, a autoridade e a presença masculina compreendem o amplo leque de decisões e sociabilidades. Enquanto principal responsável pelo provimento econômico, cabe ao homem definir prioridades dos gastos. Como mediador da família com a sociedade, o seu posicionamento define certa moralidade e poder sobre os rumos da família, principalmente no que se refere à mulher e aos(às) filhos(as). Nesses contextos em que apenas o homem trabalha ou é a principal fonte econômica, a internalização das mulheres junto à casa e aos cuidados diversos supre lacunas dos serviços públicos e políticas sociais, denotando tradicionais convenções de gênero que privilegiam a ligação da mulher com o equilíbrio da casa (FONTOURA *et al*, 2010).

O ambiente doméstico foi apresentado como a principal forma de mediação social na vida das mulheres, seja diante do tempo consumido com os afazeres neste espaço ou mediante a sua articulação enquanto espaço para o trabalho remunerado, como no caso de Adélia (ARAÚJO, SCALON, 2006). Além disso, mesmo que o parceiro defina normas à família, as mulheres desenvolvem estratégias sutis e indiretas de poder de modo a influenciar e gerir suas vidas e de outros(as) no interior da casa (ROCHA-COUTINHO, 1994)[28]

A casa também retratou o aspecto de honra feminina trazida por Fonseca (2004), no que se refere à eficiência e zelo delas com o lar, a preocupação com a imagem da casa e sua autoimagem. No momento da entrevista, Adélia trazia o seu zelo com a casa e salão, explicando a "bagunça" temporária pelos planos de reforma. Janaína estava constrangida que eu fosse à sua casa diante da "gritaria" de seus vizinhos e do ambiente pequeno. Alzira também demonstrou preocupação com a aparência da casa, à medida que entrava, recolhia os brinquedos dos filhos(as) e apontava para as paredes riscadas de coleção com certo humor e frustação, pois mesmo que não gostasse, se as pintasse agora, as crianças riscariam novamente, sendo melhor aguardar até que cresçam mais. Também mostrou um "quintal", "bagunçado" pelas "sucatas" do trabalho do seu

[28] Essas estratégias de poder das mulheres nem sempre são conscientes, na maioria das vezes não são percebidas e são construídas conforme as normas e relações sociais (ROCHA-COUTINHO, 1994).

marido, demonstrando uma casa que ela quer primar por uma melhor aparência, mas que não depende apenas de seu querer.

Com isso, retomo Scavone (2001) ao dizer que o gerenciamento do lar ainda é maior sobre as mulheres, reiterando as lógicas dominantes na ordem de gênero. Existem deslocamentos e conquistas, mas as mulheres continuam sendo e considerando-se as principais responsáveis pelo ambiente doméstico, ficando as atividades domésticas executadas por homens como uma "ajuda" (CARVALHO, SCHOR, 2005; SCAVONE, 2004; HIRATA, KERGOAT, 2007). Esse plano secundário também é remetido ao trabalho remunerado das mulheres, que figura como uma "ajuda" ao marido (SAFFIOTI, 1987).

Nessa colaboração masculina, mesmo que alguns homens considerem como necessário o partilhamento das tarefas domésticas, quando assumem atribuições antes realizadas por suas esposas, a "participação na vida doméstica é vivida com um conveniente estranhamento" (SUTTER, BUCHER-MALUSCHKE, 2008, p.81). Essa "incapacidade" e "inferioridade masculina" em relação a afazeres domésticos, faz com que eles se abstenham de certas funções, ficando para o encargo feminino, o que pode lhes dar poder enquanto figura indispensável para o ordenamento doméstico. Contudo, em um contexto de desvalorização do trabalho doméstico, muitas vezes, a dificuldade em partilhar tarefas e a sobrecarga de trabalho realizado pelas mulheres geram mais limites em seus projetos individuais do que um reconhecimento enquanto espaço de poder (ROCHA-COUTINHO, 1994). É o que ocorre com Clarice, que se vê fazendo algo que não gosta diante da inaptidão e estranheza de seu parceiro:

> Eu mesma cozinhar? Não gosto não. Eu num dou pra fazer assim nem tanto pros outros, eu faço aqui pra dentro de casa, mas não sou boa em cozinha, não sou. Aqui só é eu mesma que faço, tem que ser eu, porque só eu mesmo que faço, ele [marido] não sabe ainda não (Clarice).

Nessas dinâmicas das relações de gênero, chama atenção a narrativa de Alzira ao dizer que "tudo sou eu, tudo tem que ser eu". A casa é ao mesmo tempo espaço de seu controle e imposição. O domínio sobre a casa e seus afazeres denota certa importância e poder, sua presença "põe ordem" na casa e na educação dos(as) filhos(as), sendo importante para a ordem familiar. Contudo, a ausência de colaboração do parceiro e a desvalorização desse trabalho intermitente levam a uma sobrecarga física e emocional, em que tudo parece recair sobre ela. Todavia, nem sempre foi assim. A reflexão de Alzira sobre o marido em relação ao compartilhamento das tarefas domésticas mostra alteração de postura desse ao dizer que, quando não tinham filho, o marido ajudava nas

tarefas de casa, observando a relação entre o seu trajeto de tornar-se mãe e a mudança de atitude do marido no que se refere a divisão sexual do trabalho:

> [...] antes, quando eu não tinha filho, ele fazia. Hoje, eu até me admiro. Muitas vezes eu questiono [ênfase] ele, por que que antes ele fazia e antes eu nem precisava que ele fizesse. Ele fazia comida, dia de domingo, que era só nós dois, eu ia pra escola dominical e ele não ia, ele ficava em casa ai ele fazia o almoço, ele limpava a casa, ele botava a roupa na máquina e lavava, e hoje em dia ele não faz mais isso, ele não me ajuda mais em nada, de jeito nenhum (Alzira)

Essa avaliação feita por Alzira lembra o que Saffioti (1987) diz sobre a naturalização de processos sociais de gênero, marcados pela socialização de discursos e práticas que interligam o espaço doméstico à vivência da maternidade. Assim, o fato de Alzira tornar-se mãe, ter que passar mais tempo em casa com cuidados dos filhos(as) também a deixa próxima aos afazeres domésticos

> [...] a atribuição do espaço doméstico à mulher decorre de sua capacidade de ser mãe. De acordo com esse pensamento, é natural que a mulher se dedique aos afazeres domésticos, aí compreendida a socialização dos filhos, como é natural sua capacidade de dar à luz (SAFFIOTI, 1987, p.9, grifos da autora).

Todavia, esse deslocamento na postura de seu marido e na divisão sexual do trabalho não é aceito facilmente por Alzira. Por vezes, ela confronta o seu marido, questionando-o sobre a sua omissão junto aos cuidados domésticos e acompanhamento dos(as) filhos(as), principalmente diante da sobrecarga do seu dia a dia. Aqui, utiliza-se de certas estratégias de poder, ao cobrar compartilhamento de atividades e cuidados junto a ele (ROCHA-COUTINHO, 1994). Porém, o seu parceiro reitera a posição de chefe da família.

> [...] Aí às vezes eu até questiono ele, aí ele 'não, mas é porque eu também tenho os meu serviço, não sei o que'. Segundo ele, agora ele tem muita ocupação, das coisas dele de ajeitar, aí eu digo: 'E eu também, não tenho a minha? Eu tenho é três [ênfase] ocupação e preocupação, que depende de mim.' Aí ele só sorri, 'Não, é tu mermo que tem que ajeitar, te vira aí' [menção a fala do marido]. (Alzira)

Aqui, é perceptível a diferenciação no "valor" atribuído ao trabalho de Alzira e ao de Cairo. Muitas vezes, o trabalho considerado produtivo passa a ser visto como mais importante que o reprodutivo, ou seja, o trabalho masculino "vale" mais que o trabalho feminino, diferenciação esta que conduz a uma hierarquização das relações, difícil de ser deslocada ou revertida (HIRATA, KERGOAT, 2003, p.113). Essa reclamação verbalizada por Alzira diante da postura de seu parceiro pode ser considerada como forma de resistir à sobrecarga diária. Exprime uma queixa tanto à indiferença da posição de masculinidade assumida por seu parceiro quanto à ideia social

que oculta o esforço dos afazeres domésticos, refletindo que “às vezes as pessoas dizem: *ah, não trabalha, não trabalha, não trabalha*. Ninguém reconhece como trabalho o de uma dona de casa. A gente é que luta” (Alzira). Contudo, essa luta cotidiana tem seus motivos para ser invisibilizada e desvalorizada, uma vez que a manutenção desse contexto desigual e divisões sexuais do trabalho tradicionais ainda são vistas como indispensáveis para a reprodução social e econômica do nosso modelo de sociedade (FONTOURA et *al*, 2010).

A narrativa de Alzira também remeteu à diferenciação do que cada um toma como prioridade no projeto coletivo familiar. Segundo Romanelli (1995, p.76) algumas vontades individuais podem colidir com o que é considerado como projeto coletivo, sendo que “os focos de tensão e de atrito resultam de inevitáveis divergências entre o que é estabelecido como objetivo grupal e os desejos individuais”.

> É que ele [marido] queria muito colocar uma sucata eletrônica, aí ele passa o tempo todinho que ele tá em casa ajeitando, olhando o som antigo, computador velho que ele ganha, as televisões, aí monta e desmonta de novo, aí fica aquela coisa toda. [...] Eu queria que ele [marido] fosse mais atento com os filhos [silêncio] gostaria muito, que ele tivesse mais assim próximo deles, mais ligado a eles, que eu vejo assim que ele não é tão ligado a eles, os meninos são muito assim quando ele chega é aquela alegria toda, porque as vezes ele passa três dias lá no terreno onde eles tão trabalhando. (Alzira)

Assim, enquanto o marido se direciona para o provimento econômico e projetos profissionais, Alzira preocupa-se com os vínculos familiares, o cuidado com os(as) filhos(as) e o envolvimento do parceiro com a paternidade. Compreendo que essa inquietação também pode remeter à sua herança simbólica enquanto filha, que não teve muito contato com o seu pai, e à sua ideia inicial de constituição de família, de ter “filhos apenas com marido” para ter o apoio e presença do mesmo enquanto pai. Entretanto, o compartilhamento de cuidados com o seu parceiro difere do seu querer. Diante do posicionamento de Cairo, que atribui a ela a responsabilização dos afazeres domésticos, Alzira resolveu trilhar o que lhe é possível e tomar as rédeas do cuidado domiciliar. Dessa forma, tanto em Alzira quanto em outras mulheres dessa pesquisa, na maioria das vezes, predominou no arranjo familiar os projetos e intenções do marido, ficando as vontades e objetivos delas em plano secundário.

Por vezes, o arranjo de gênero no interior da família pode se deslocar por curtos períodos, quando a mulher está impossibilitada, por algum motivo, de realizar suas atividades cotidianas. Contudo, ainda atuam aliadas à presença de outra figura feminina, a mãe ou irmã. Foi o que ocorreu quando Alzira permaneceu doze dias internada após o seu último parto, situação em que sua mãe residiu em sua casa para ajudar o marido.

A responsabilidade feminina também inclui "pôr ordem" no ambiente familiar, isto é, ser uma pessoa capaz de organizar a esfera doméstica, atribuir valores e relações de respeito e conseguir que os(as) filhos(as) façam o que foi solicitado. Essa relação se constitui em um cenário de autoridade feminina, que se vincula à condição de mãe (ROMANELLI, 1995; SARTI, 1996). Na ausência de Alzira, essa função de "pôr ordem" ficou a cargo de seu marido e sua mãe. Contudo, a sua ausência por um curto período do ambiente familiar instaurou um caos e a não obediência dos(as) filhos(as) às pessoas que estavam responsáveis pelos cuidados:

> Passei doze dias de tormento por mim, porque aqui em casa ficou um verdadeiro furacão. Meu Deus, eu tava tão desesperada naquela Maternidade lá, que eu tava pra ficar, tava pra pedir pra sair mermo, pra me deixarem vir embora, com esse menino. Porque a mamãe ficou aqui com ele aqui, com eles dois [filhos], e eles faziam o que queriam. Quando eu cheguei essa casa tava mermo, tava mermo parecendo um ninho de porco. Porque simplesmente eles faziam o que eles queriam e ela não botava ordem neles. O pai deles tinha que sair pra trabalhar, não ficava diretamente aqui. Aí eles aprontaram demais (Alzira).

Janaína também vivenciou esta mudança, durante a recuperação da cirurgia da laqueadura, em que a sua irmã veio para Teresina para cuidar de sua recuperação e de seus afazeres. Assim, mesmo que algumas ações sejam delegadas temporariamente para seus parceiros, havia a imprescindível colaboração de outra mulher, similar ao apresentado por Sarti (2003) no cumprimento da divisão sexual na dinâmica domiciliar. Nos termos dessa autora, "os papéis femininos, na impossibilidade de serem exercidos pela *mãe-esposa-dona de casa,* são igualmente transferidos para outras mulheres (irmã, mãe), de fora ou de dentro da unidade doméstica" (SARTI, 2003, p.30, grifos da autora). Dessa maneira, os maridos são admitidos no âmbito doméstico como ajuda parcial.

Diante dessas alterações, Janaína enfatizava como a vida de seu marido "foi corrida" enquanto ela estava impossibilitada. Nesse cotidiano atípico do seu companheiro, o relato das atividades agora desempenhadas pelo mesmo e por sua irmã é acompanhado tanto de argumentos que justificam o deslocamento de certas tarefas como também a ênfase na eventualidade desse ordenamento familiar. Evidenciando, assim, a força dos processos socializadores de gênero, que retoma a interligação entre feminilidade e afazeres domésticos:

> Quando eu tava operada, ele dividia as tarefa com minha irmã. Ele se acordava cedo, fazia café, fazia logo o almoço, que a mãe disse que eu não podia ficar no fogo, por causa da quentura. Aí ele deixava o almoço feito. Aí ele chegava ia almoçar, levava no colégio, que meio dia o sol era quente, aí eu não podia, não tinha como eu levar por causa do sol. Aí ele fazia tudo isso.

> Aí ele chegava 17 horas pra ir pegar eles. Aí quando eu tava mais esperta, com quatro mês, eu fui fazer minhas coisas (Janaína).

Com a sua recuperação, a divisão sexual do trabalho retornou para o cenário original: ela para as "suas coisas" e para o seu cotidiano "corrido, muito corrido". Nesse contexto, Janaína desenvolveu estratégias na organização diária do ambiente doméstico para conseguir conciliar casa e filhos(as):

> É corrido, porque eu vou deixar e vou buscar. Aí eu tenho que cuidar das coisas de casa. Eu vou deixar ele sete. [...] Eu deixo ela dormindo e vou deixar ele aí quando eu chego eu acordo ela [filha] ou nem acordo, é o tempo que eu tomo café, passo só a vassoura na casa, lavo a louça que já tá suja, porque eu não deixo louça suja, eu já lavo tudo à noite, aí eu vou cuidar da roupa, aí o almoço, eu só faço quando eu trago ele, né, aí eu vou cuidar do almoço porque 09:40h já tenho que tá lá pra buscar, né. Aí eu deixo Mariana dormir até umas 09 horas aí às vezes eu nem acordo ela, dar tempo de eu buscar ele aí depois acordo ela, mas o pai dela disse que não dar certo não, que tem que acordar porque ela tem que tomar o café dela na hora certa pra ela ter uma hora livre, pra brincar e depois ela banhar pra ir pra escola, pra ela ter um tempinho pra ela brinca, pra não ficar pesado [...]. Ele vem almoçar daí ele volta pra trabalhar. Quando ele tá trabalhando aqui perto ele vem almoçar, quando não, ela já não vem. Aí só chega seis horas. Aí eu tenho que deixar e buscar. Aí hoje, ele tá trabalhando lá perto, mas eu tenho que deixar e buscar. [...] Corrido, muito corrido, principalmente de manhã até meio dia. Quando é uma hora, duas horas, já é calmo, aí quando eles chegam 17 hora aí começa tudo de novo. (Janaína).

O tempo dedicado aos afazeres domésticos e o tempo para si é mediado entre o sono da filha e a presença do filho na creche. Essa organização é criticada pelo parceiro, induzindo mudanças em sua conduta de mãe e no trabalho doméstico. Todavia, indiretamente, Janaína também chama atenção para os afazeres do marido, que poderia pegar o filho na creche já que estava trabalhando pelas proximidades. Isso traz questionamentos sobre a dinâmica das (im)posições de gênero. Como algumas ações que já foram realizadas pelos parceiros de Janaína e Alzira foram deslocadas para o espaço feminino e não para a permanência de uma corresponsabilidade? Alguns afazeres não são vistos enquanto um compartilhamento de funções que mediam a relação entre a casa e a sociedade, mas sim como uma divisão entre os sexos.

Questões envolvendo as crianças e a esfera do cuidado (acompanhar no deslocamento, preparar comida, arrumar a casa) parecem ser vistas pelos parceiros como pertencentes às mulheres. Sob essa perspectiva, para os seus maridos compete uma "boa vontade" em ajudá-las quando fosse possível, uma vez que o enfoque em sua posição de gênero são seus projetos profissionais e função de provimento econômico (OLIVEIRA, 2003, p.19); quando não lhes causar estranheza de realizar os afazeres domésticos costumeiramente executados por elas ou quando forem obrigados a fazerem

diante da impossibilidade dessas mulheres e/ou de outras na família. Já para elas, resta driblar o tempo e sentimentos, externalizar as queixas do cotidiano "corrido" (Janaína) em que "tudo sou eu, tudo tem que ser eu" (Alzira) nos afazeres domésticos e na esfera do cuidado.

Esta mesma figura masculina de "apoio" e "ajuda" no âmbito domiciliar também foi relatado por Adélia. A sua inserção no trabalho remunerado não acarretou necessariamente em mudanças no ambiente familiar. Na verdade, significou uma adição à sua vida. No anseio por autonomia econômica, coube à Adélia a conciliar o trabalho remunerado com os afazeres domésticos. Para tal, utilizou-se da estratégia de adaptar a sala de sua residência em um salão de cabeleireira, de modo a somar o cuidado familiar com a independência pessoal. Ou, como ela mesmo diz, "trabalho em casa pra mim poder trabalhar" (Adélia).

Nesse cotidiano, há o reconhecimento da presença e esforço masculino junto ao projeto familiar, mas também a reflexão sobre a diferença nas responsabilidades, principalmente diante do fato do seu trabalho ser em seu ambiente domiciliar. Isso faz com que não consiga distanciar-se plenamente das suas atribuições enquanto cabelereira do contexto daquela de mãe e dona-de-casa, deixando o seu cotidiano mais atribulado, como visível na narrativa abaixo:

> O dia a dia mesmo é eu e eles [filhos], que meu marido chega pra almoçar esse horário né [era por volta de 14:30h], então a refeição do meio dia já não faz com a gente. Na janta também, chega depois do horário da janta dos meninos, que é 18:30h. Já chega de oito horas pra lá. Então assim, eu sempre sinto que da parte dele não é proporcional. Ele trabalha muito e a responsabilidade mesmo fica por minha parte, mas também ele tem a parte dele. Quando a gente precisa de uma pessoa a mais, ele sempre tá aqui, né. Quando a gente precisa ir ao médico, ele tá. A gente vai passear, ele tá junto. Eu nunca fui passear com meus filhos sozinha. Sempre ele tá junto. Ele faz um esforço. [...] Eu também trabalho. Aí eu trabalho, eu trabalho no dia a dia da minha casa e eu trabalho também pra mim trabalhar, eu trabalho pra mim poder trabalhar. (Adélia)

Desse modo, o seu relato assemelha-se aos dados apresentados pelo IBGE (2018b), nos quais a participação masculina remeteu a aspectos pontuais, enquanto as mulheres lidam mais diretamente com o cuidado domiciliar e com os(as) filhos(as). Tanto na vivência de Alzira, Janaína e Adélia, a posição de "ajuda" de seus parceiros disfarça relações de poder e revela a responsabilidade como sendo do outro. Enquanto as atribuições não forem partilhadas igualmente entre homens e mulheres em qualquer campo de atividades, o eixo que desequilibra e hierarquiza as relações de gênero permanece (SAFFIOTI, 1987). Nesse sentido se tem uma "igualdade capenga", na qual

a esfera doméstica ainda é predominantemente ocupada e gerenciada pelas mulheres, cabendo-lhes conciliar casa e trabalho remunerado, arcando com as suas consequências (OLIVEIRA, 2003, p.21).

Essa organização generificada do ambiente familiar apresentou "dificuldades cotidianas que vão conformando trajetórias, possibilidades diferenciadas na vida de mulheres e homens" (BIROLI, 2018, p.21). De acordo com Sarti (2003), um empecilho para as mulheres está no fato de ter a sua relação com a sociedade muitas vezes mediada pelo homem, diante de sua internalidade à casa. Este aspecto de obrigações domiciliares limita o desenvolvimento profissional, podendo ocasionar em descontinuidades nas carreiras, baixos salários e empregos mais precarizados (SOUSA, GUEDES, 2016). Essas interrupções no contexto profissional foram relatadas durante as vivências de parto dessas mulheres. Contudo, a permanência dos cuidados infantis somada à responsabilidade pelos afazeres domésticos corrobora para oscilar o campo de possibilidades de suas trajetórias de vida.

Esses afazeres da vida doméstica relacionados à casa e aos(às) filhos(as) implicam em "envolvimento, tempo e energia de quem realiza" (BIROLI, 2018, p.69). Esse tempo e esforço físico e emocional são das mulheres (OLIVEIRA, 2003), como se observou nos relatos de Alzira, Janaína e Adélia, ao detalharem seus cotidianos e os usos do tempo feito por elas e seus parceiros. Essa análise sobre como o tempo é compreendido e utilizado se faz importante para compreender as desigualdades de gênero, a "estruturação da vida social, nas rotinas diárias e nas trajetórias pessoais e familiares" (ITABORAÍ, 2017, p.383).

Essa assimetria no tempo dos afazeres domésticos relatada por essas mulheres também corresponde ao contexto nacional. Em 2017, em relação ao número médio de horas semanais ao cuidado domiciliar e/ou de moradores(as), os homens ocuparam 10,8 horas do seu dia, enquanto as mulheres ocupavam 20,9 horas durante a semana nessas atividades. A região Nordeste teve destaque, apresentando a maior intensidade de horas semanais, com 17,3 horas entre os homens e 21,8 horas entre as mulheres (IBGE, 2018b).

Considerando este tempo como algo que limita as atividades ao longo de cada turno, dia e semana, o direcionamento de horas em certas atividades faz com que as mulheres tenham que abdicar de outras ou driblar o ponteiro para conseguir executar tudo (SOUSA, GUEDES, 2016). A própria possibilidade de participar dessa pesquisa dependeu de estratégias de conciliação realizada pelas mulheres, da pausa cotidiana de

algo que lhes é fundamental, como o tempo para cuidar dos(as) filhos(as), da casa, de outros(as) e de seus trabalhos. Assim como foi oportunizada certas estratégias para realizar o contato, elas também elaboram rotinas para cumprir todos os afazeres cotidianos, mesmo que essa organização seja a contragosto de seus parceiros, como mencionado por Janaína.

Isso ocasiona em uma "regulação social do tempo" e no desenvolvimento de uma autodisciplina (ELIAS, 1998, p.22).

> O tempo exerce de fora para dentro sob a forma de relógios, calendários e outras tabelas de horários uma coerção que se presta eminentemente para suscitar o desenvolvimento de uma autodisciplina nos indivíduos. Ela exerce uma pressão relativamente discreta, comedida, uniforme e desprovida de violência, mas que nem por isso se faz menos onipresente, e à qual é impossível escapar (ELIAS, 1998, p.22).

Essa coerção invisível do tempo diferenciou-se para essas mulheres e seus parceiros. Mesmo que algumas mulheres não estivessem inseridas no mercado de trabalho ou que trabalhassem em tempo parcial, a pouca presença masculina nos afazeres domésticos aumentava o seu tempo total de trabalho (ITABORAÍ, 2017, p.385). Como Oliveira (2003, p.22) resume, "o dia das mulheres não cabe dentro de um dia". Esse tempo é gerenciado não por suas vontades, mas toma como medida o cuidado com outros (filhos, marido, casa). Cecília e Adélia trabalham em tempo parcial para conseguir conciliar a atividade domiciliar com a remunerada. Janaína, Alzira e Clarice aproveitam o tempo em que os(as) filhos(as) estão estudando ou dormindo para realizar cuidados de saúde (da família ou seus), fazer compras, cozinhar e outras questões relativas ao lar.

Essa regulação social do tempo e autodisciplina é vivenciada e compreendida de diferentes formas. Para Adélia, essa vida cheia de atividades é um desdobramento quase natural de ser mulher. Enquanto mulher, ela considera que essa capacidade social de realizar duplas ou até mesmo triplas jornadas de trabalho pode fazer parte de sua essência biológica. Nesse sentido, os homens não teriam essa habilidade.

> Isso daí que, só mulher mesmo que aguenta esse rojão, que trabalhar em casa, cuidar dos filhos, deixar na escola, buscar na escola, a partir de uma hora da tarde aí que você vai trabalhar, né. Então às vezes a gente tá sobrecarregada, às vezes fica um pouco, porque são três filhos [...] não sei se é por ser mulher, mas a gente de certa forma, eu sei que a gente de certa forma consegue, eu não sei, eu acho que os homens não conseguem isso, mas a mulher ela tem isso de resolver muitas coisas ao mesmo tempo (Adélia).

Assim, Adélia remete a um simbolismo de gênero corporificado nos processos sociais, de que ela, enquanto mulher, é "desdobrável", assim como a poesia de Adélia

Prado. Essa ideia, na forma como posta por ela, pode vislumbrar também um exercício de múltiplas funções como um modo de encarar as adversidades das desigualdades de gênero. Sendo, então, preferível adicionar atribuições a limitar mais ainda a sua autonomia. Exercitar múltiplas funções no cotidiano, como um dos modos de vivenciar as desigualdades de gênero se torna, por vezes, uma situação paradoxal, visto que indiretamente acaba produzindo nessas mulheres certas habilidades multifuncionais que vão ser aproveitadas em determinadas atividades/funções no mercado de trabalho, a exemplo das fábricas de automóveis, especialmente no acabamento das linhas de montagens pela agilidade e atenção adquirida nos detalhes e minúcias. Todavia, a requisição de mulheres para exercer certas atividades no mercado de trabalho não muda o quadro de desigualdades entre os sexos, mesmo nessas funções as mulheres continuam ganhando menos que os homens.

Já para Alzira, essa coerção do tempo e, de certo modo, de seu parceiro, proporcionou a ela uma gama de sentimentos que vão da frustração à raiva. Reclamar, externalizar sentimentos pode ser uma forma de resistir, a não devotar o tempo só para os outros, faltando tempo para si, em um ambiente de não reconhecimento de seu esforço e importância. Nesse sentido, para que tenha mínimo de tempo para si e também reconhecimento, tenta quebrar a sua rotina, mas a ordem de gênero, sobretudo relativa ao cuidado, lhe é maior, já que, como diz Alzira, "tudo sou eu, tudo tem que ser eu".

> A minha preocupação foi no meu dia a dia, sempre limpando a casa, fazendo a comida, limpando eles [crianças], que meu dia é muito mais pra eles, que mesmo pra casa. Até o Cairo às vezes reclama muito comigo, porque às vezes a casa tá bagunçada, às vezes a casa tá suja, tem muita louça pra lavar, tem muita roupa suja, aí eu fico naquela fadiga, aí às vezes eu me zango. 'Quer saber de uma coisa? Hoje eu não vou fazer nada', fica aí tudo jogado...mas aí depois no mesmo instante eu me levanto e vou fazer. [risos] eu não...se é eu que tenho que fazer, então... (Alzira)

Aqui é importante considerar as relações afetivas. Como lembra Hirata (2015, p.16), a devoção e amor da mulher aos membros da família estão muitas vezes na "base da reprodução da servidão doméstica". Entretanto, a dona de casa não recebe elogios nem o mesmo tratamento que uma pessoa com trabalho assalariado; benefícios, férias e descanso, o que a deixa em situação vulnerável social e emocionalmente.

> O trabalho doméstico isola as mulheres no âmbito da unidade familiar, onde realizam sua tarefa de forma individual, sem organização cooperativa alguma e quase sem integração com seus pares adultos, afastando-as, assim, cada vez mais do mundo público e inibindo processos de realização pessoa. Elas passam a ser e a viver para os outros e não para si mesmas (ROCHA-COUTINHO, 1994, p.33).

E nesse dia a dia dedicado aos outros permanece um “despertar e ocultar de sentimentos” (ROCHA-COUTINHO, 1994, p.110). É um cansaço e raiva expressos indireta ou diretamente quando ela se nega a seguir o ritmo habitual, na vontade de deixar “tudo jogado” (Alzira). Contudo, esse sentimento não é compreendido pelo parceiro, assim como não há possibilidade de mudanças na dinâmica domiciliar, restando ocultá-lo e seguir as tarefas cotidianas, como se estivesse tudo bem. Ao falar de si, Alzira mencionou seu temperamento forte “eu sou muito zangada, qualquer coisa, eu me seguro, senão eu explodo”. Esse seu estado teria relação com a sua sobrecarga cotidiana na divisão sexual do trabalho? De acordo com Rocha-Coutinho (1994), caberia essa correlação, na medida em que algumas mulheres acabam descarregando inconscientemente uma raiva em si mesmas, no marido e/ou filhos(as) diante dos sentimentos de insatisfação com a dinâmica domiciliar que, na maioria das vezes, a sobrecarrega e desvaloriza, sobretudo quando se trata de mulheres das camadas populares.

Esses sentimentos de esgotamento físico e emocional demonstram o quanto são importantes as mudanças nas relações de gênero no ambiente domiciliar, aspecto que ainda permanece de difícil permeabilidade (ARAÚJO, SCALON, 2006). De modo a ir contra a continuação da “igualdade capenga” é importante reconhecer o espaço da casa como produtivo e fundamental para a sociedade, e repensar uma organização do tempo não determinada por (im)posições de gênero, mas por estimativas de trajetórias conforme planos pessoais e profissionais (OLIVEIRA, 2003, p.21; FONTOURA *et al*, 2010)

5.2.3 “Você deixa de viver sua vida”: amor materno, cuidado dos(as) filhos(as) e autonomia feminina

Junto à divisão sexual do trabalho, o cotidiano dessas mulheres também foi afetado pela maneira como vivenciaram a maternidade, sendo esse aspecto importante na reflexão de não ter mais filhos(as). Nesse domínio da experiência, evidenciou-se principalmente a dimensão da *catexia* na estrutura das relações de gênero. A maternidade e paternidade envolvem o campo da afetividade com o outro, como cada parte apreende, reconhece e exprime o cuidar (CONNELL, PEARSE, 2015). Essas

diferenciações entre os gêneros trouxeram implicações objetivas e subjetivas, sobretudo para as possibilidades de autonomia feminina.

Considerando que a dimensão relacional do gênero, a maneira como a maternidade se constituiu interliga-se às normativas sociais e à postura masculina na paternidade. Os discursos sociais refletem um padrão de feminilidade no que tange à afeição materna, direcionando certo comportamento das mulheres perante seus(suas) filhos(as).

> Mais precisamente, os defensores do amor materno "imutável quanto ao fundo" são evidentemente os que postulam a existência de uma natureza humana que só se modifica na "superfície". A cultura não passa de um epifenômeno. Aos seus olhos, a maternidade e o amor que a acompanha estariam inscritos desde toda a eternidade na natureza feminina. Desse ponto de vista, uma mulher é feita para ser mãe, e mais, uma boa mãe. Toda exceção à norma será necessariamente analisada em termos de exceções patológicas. A mãe indiferente é um desafio lançado à natureza, a anormal por excelência. (BADINTER, 1985, p14, grifos da autora).

Dessa forma, muitas vezes, as suas ações foram ponderadas dentro de uma perspectiva social binária sobre a maternidade, que permeia entre o seu reconhecimento enquanto uma "boa mãe" ou como uma mulher irresponsável, desnaturada, que não vivencia o amor materno como inerente à sua corporeidade. Contudo, como essa mesma autora destaca, este amor materno não é uma norma, mas uma construção, cabendo considerar a existência da "multiplicidade de experiências femininas" junto à maternidade (BADINTER, 1985, p.15). Essa organização social, que naturaliza uma forma de sentir, oculta as experiências de arrependimento, silencia as emoções negativas (DONATH, 2017). Isso ocasiona uma reverberação de sentimentos por vezes contraditórios, mas que denotam a complexidade da vivência materna, entre a afeição e a insatisfação, como veremos adiante.

Além disso, a maneira como o cuidado com filhos(as) se apresentou em seus cotidianos está relacionada à postura masculina frente ao exercício da paternidade, que revela diferentes graus de comprometimento conforme as masculinidades assumidas por seus parceiros. Cabe aqui destacar como os processos socializadores influem nessas percepções sobre o cuidado realizado pelas mulheres e homens.

> A maternagem é algo lentamente construído e aprendido mediante o processo socializador que incute nas mulheres a necessidade de aprenderem a cuidar de crianças. Sinuosa e complexa, tal aprendizagem está inscrita não apenas na socialização familiar, mas impregna as atividades lúdicas de meninas e o manuseio de brinquedos diversos e é transmitida através de outras agências socializadoras, como escola, igrejas de variadas denominações e pelos meios de comunicação. [...] Enquanto a maternagem é lenta e gradativamente assimilada e incorporada em práticas familiares, respaldadas pelo conjunto de representações que a cercam, a paternagem não passa por esse processo. Ao

> contrário, paternagem e socialização dos filhos deve ser aprendida pelos homens na dureza de práticas cotidianas para as quais eles não foram habilitados nem qualificados (ABADE, ROMANELLI, 2018, p.11).

O olhar e o relato das interlocutoras dessa pesquisa se assemelham a essa ideia, aproximando o envolvimento emocional a elas e um cuidado masculino com certo distanciamento afetivo e direcionado para questões mais pragmáticas. A paternagem apresentou certa correspondência com a divisão sexual nos afazeres domésticos, na medida em que o homem figura como uma colaboração, apoio em determinadas atividades juntos às crianças, mais comprometido com o suporte econômico e físico das necessidades no que se refere à alimentação, saúde e lazer.

Assim, apresentam fortes traços da masculinidade tradicional, na qual o cuidado expressa-se mais através do seu esforço produtivo e no sustento da família do que no desenvolvimento de maior intimidade, carinho e cuidados diários junto aos(as) filhos(as), denotando ainda um autocontrole no que se refere as emoções (SUTTER, BUCHER-MALUSCHKE, 2008; ABADE, ROMANELLI, 2018). De acordo com as narrativas, foi possível perceber três níveis de participação paterna: divisão parcial de algumas tarefas, com centralidade nas mulheres; envolvimento parcial, mediado pela solicitação da mulher; e cuidados mínimos ou ausentes em relação aos(às) filhos(as).

Janaína e Adélia realizam um compartilhamento do cuidado com os parceiros de maneiras diferentes, mas ambas reconhecem que estão mais presentes no dia a dia junto às crianças.

> As tarefinhas, a gente dividiu, ele ensina a Mariana e eu ensino o Ricardo. Se o Ricardo cair, se machucar, os dois que tiver lá perto corre. Na saúde [marcações e consultas, é só eu. (Janaína)

> Quando a gente precisa de uma pessoa a mais, ele sempre tá aqui, né. Quando a gente precisa ir ao médico, ele tá. A gente vai passear, ele tá junto. Eu nunca fui passear com meus filhos sozinha. Sempre ele tá junto. Ele faz um esforço. [...] Não é essa coisa do dia a dia, que é diferente, né. [...] eu vejo a responsabilidade maior em mim, dos meus filhos, principalmente a educação, é minha. Eu que vou nas reuniões (escolares), eu faço até parte do conselho da escola [risos], sempre tô presente na escola. Já tem uma reunião na semana que vem. Eu não falto a nenhuma reunião [risos]. (Adélia)

O parceiro de Janaína chega a acompanhar o cotidiano escolar e alguns cuidados emergenciais de adoecimento, ficando o cuidado contínuo da saúde, alimentação, higiene, visível na rotina da divisão sexual do trabalho. Adélia também traz a paternagem como um apoio. A figura paterna ganha destaque quando a mesma não consegue realizar sozinha, e em momentos específicos, como em idas a procedimentos médicos ou de lazer. Já Clarice, enfrentou alguns limites, tendo que solicitar a presença

masculina junto ao cuidado infantil: “só quando eu peço, mas ajudar assim, ele não ajuda não, só se eu pedir”. Porém, por vezes, esse pedido nem sempre provocou uma resposta positiva e mudança de postura da parte de seu marido, situação ocorrida durante a realização da entrevista e relatada no capítulo anterior.

Cecília trouxe vivências diferentes na responsabilidade paterna, sendo esse um fator importante para a sua escolha por não ter mais filhos(as), transitando entre a ausência do reconhecimento da paternidade e de uma divisão interna do cuidado similar ao de Adélia. No caso de Alzira, ela considerou a “participação do Cairo como pai, fraca demais”, chamando a atenção para a necessidade de uma maior proximidade emocional:

> O Antônio às vezes vai pro portão e fica ‘papai, papai’. Às vezes, eu vejo ele [Cairo] assim, é muito afastado, deles. Eu gostaria que ele fosse mais atento a eles, gostaria muito, que ele olhasse mais pra esse lado, e vê que criança não precisa somente de um teto, não é só aquela coisa, não tem comida, não tem lugar pra dormir. Não. É ser humano, precisa da atenção, do amor, do carinho. [...] Ele nunca foi uma pessoa assim de pegar os filhos e passear. Nunca, nunca fez isso. ‘Ah, vou pegar os meninos e levar numa sorveteria, num parque’, não, ele nunca fez isso, eu fico sempre observando isso [silêncio], mas deixa pra lá, eu não vou cobrar não, pode ser que um dia ele vá se tocar (Alzira).

Essa distinção na avaliação e participação entre os gêneros no cuidado diário envolvem processos socializadores, na maneira como as emoções são apreendidas e podem ser externalizadas diante da expectativa social para a sua posição enquanto homem macho (LE BRETON, 2009). A reflexão de Alzira sobre o distanciamento emocional de seu parceiro demonstrou a presença ainda de traços do padrão de masculinidade tradicional, em que o cuidado masculino direciona-se mais para o provimento de recursos à família, sofrendo influência das normas afetivas postas para a sustentação da imagem de um homem viril e produtivo, afastado da esfera do *care* (SUTTER, BUCHER-MALUSCHKE, 2008). Contudo, assim como o amor materno é construído, o envolvimento paterno também é constructo social e pode ser alterado. Do mesmo modo que os homens são socializados a não cuidarem de si e dos outros, eles podem reverter este cenário, seja com uma paternidade mais presente, como também um melhor partilhamento do trabalho doméstico (LYRA *et al*, 2007).

Essa ausência de envolvimento paterno acaba centralizando o cuidado para Alzira. A articulação entre o trabalho doméstico, o cuidado infantil e o distanciamento de seu parceiro faz com que ela reflita sobre a postura do parceiro e, novamente, retome para as desigualdades de gênero no âmbito familiar, em que tudo depende de sua responsabilidade e esforço físico e emocional, mostrando o quão é forte a introjeção

desses valores e práticas tradicionais e desiguais de gênero nas relações entre os sexos, onde mulheres, apesar das reclamações, assim como os homens fortalecem e corroboram para sua continuidade.

> É chato, é muito chato, porque a gente espera que a pessoa ajude, a gente espera que a pessoa tenha pelo menos outra atitude, que vê que a gente tá aperreado, tá cuidando de menino, porque cuidar de criança requer muito tempo da gente, quando é bebezinho tem que amamentar, é o tempo que você tem que ter, porque não come outra coisa. Não se sustenta de nada além do peito. E aí você tem que ter aquele tempo, ai já imaginou dois meninos aperreando, com outro mamando e as coisa tudo pra fazer, mas mermo assim a gente tem que respirar profundo e fazer de conta que não tá acontecendo nada. [...] Tudo sou eu. Tudo sou eu [pausado e com ênfase]. Ainda bem que Felipe, ele já tá aprendendo a se vestir, porque dependendo do pai dele, ele não coloca nem o chinelo no pé, tudo sou eu (Alzira).

Essas narrativas assemelham-se ao cenário nacional em que as mulheres são as principais responsáveis pelo *care*. Mesmo tendo a participação masculina, elas ainda se destacam em todos os aspectos analisados pela PNAD, principalmente no que se refere aos cuidados pessoais (86,0% frente a 65,5% para os homens) e nas atividades educacionais (73,0% frente a 61,0% para os homens). Nas demais dimensões, há uma maior presença masculina no que se refere a atividades lúdicas (ler, jogar ou brincar), acompanhar/monitorar quando está dentro do domicilio, e levar para acompanhamento médico ou junto ao lazer (IBGE, 2018b). Isso lembra a divisão de tarefas mencionadas por Janaína e Adélia, com pequenas diferenças no que se refere à educação, tendo em vista o acompanhamento diário realizado pelo parceiro de Janaína.

Essas diferenciações fazem com que as mulheres estejam mais envolvidas física e emocionalmente. Enquanto que o envolvimento dos pais figura mais como um apoio, ajuda, um aditivo, algo que pode ou não ocorrer, para as mulheres, a normativa social é diferente.

> [...] na época atual, as mães são as pessoas de quem se espera determinado tipo de amor pelos filhos a fim de serem consideradas cuidadoras respeitosas e seres humanos morais. Ao passo que o amor dos pais certamente é valorizado e desejável, ele tende a ser encarado como um bônus a sua característica primordial: responsável pelo sustento da família. Essa divisão emocional segundo o gênero tende a colocar uma pressão enorme sobre as mães. (DONATH, 2017, p.127)

Essa centralidade na responsabilização das mulheres junto aos(as) filhos(as), e também da casa como mencionado anteriormente, ocasiona em sobrecarga no cuidado e em peso no valor social acerca do "ser mãe". A ação ou omissão do marido desloca o cuidado para as mulheres da família em escala geracional (as mães, avós, filhas), e influi também em como elas percebem a maternidade e, assim, decidem por ter ou não mais filhos(as). Nesse sentido, chamou-me a atenção algumas diferenciações presentes

em suas narrativas ao referirem a aspectos da relação com os(as) filhos(as), mencionando-a conforme dois aspectos: o significado atribuído para "ser mãe"e a materialidade do cuidado. Assim, para melhor expor a complexidade desse cenário, organizo os seus relatos conforme o discurso dos sentidos sobre a maternidade, algumas vivências do cuidado diário e como as normativas sociais sobre a condução da maternidade influenciam em suas experiências maternas e na avaliação sobre a regulação da fecundidade.

Verbalizar e esmiuçar o que significa "ser mãe", para algumas, pareceu algo difícil de expressar em palavras, ante a profundidade do sentimento que nutrem. Enquanto Alzira, Adélia e Clarice detalham em longos relatos, Janaína e Cecília exprimem em poucas palavras a imensidão da maternidade em suas vidas. De maneira geral, ser mãe, para elas, faz parte do seu reconhecimento enquanto mulher. Orgulham-se da maternidade, sendo uma dimensão importante em suas vidas, similar à percepção de outras mulheres de camadas populares (FONSECA, 2004). A maioria dos relatos também reflete as normativas afetivas e o modelo ideal de maternidade, marcado por discursos que enaltecem o amor materno e naturalizam esse sentimento como inerente à feminilidade (BADINTER, 1985; BADINTER, 2011).

Para Cecília, ser mãe relaciona-se ao convívio e cuidado com os(as) filhos(as), sendo uma afeição construída diariamente, não se resume à biologia. Por não ter "criado" o seu segundo filho, não percebe a afeição por ele da mesma maneira que sente por seus(as) outros(as) filhos(as). Diferente desse sentimento construído, Alzira compreende a maternidade como parte de uma natureza divina da mulher, à beleza de poderem gerar uma vida, de serem chamadas e reconhecidas enquanto mãe (BADINTER, 1985; COLLING, 2014).

> Eu acho que é algo tão profundo. É algo tão grande, tão valioso, meu Deus. Você ser mãe é muito lindo. Você ver que alguém saiu de dentro de você. Você ter uma criaturinha ali nos seus braços que lá tava dentro da sua barriga, se mexendo todo, se espriguiçando todo. Quase lhe rasgando. Não tem dinheiro que pague isso [silêncio, se emociona]. É muito grande. Não existe palavra, não existe profundidade, não existe altura, não existe nada disso pra comparar o que é ser mãe. Parece que eu não sei o que é ser mãe, porque é muito valioso essa palavra "mãe, mãe". Quando o Artur me chama "mãe, mãe", dá vontade de pegar assim e "me chama de novo, chama". Porque é lindo demais, é muito lindo [emocionada] Ser mãe é algo muito lindo, muito assim, sem preço. Não, é porque eu acho lindo demais, o jeito que ele me chama "mãe, mãe", o meu deus, [risos], eu acho bonito demais, parece assim que ele tá pedindo "mãe, mãe olha pra mim, mãe me socorre, mãe me atende, mãe eu tô aqui". Acho muito lindo o jeito dele (Alzira).

Esse sentimento difícil de ser verbalizado diante de sua imensidão, algo incomparável, impagável, imensurável, ganha forma no contato e no chamado dos(as) filhos(as), na devolutiva do afeto e na importância de sua presença. O valor simbólico e emocional do reconhecimento presente na verbalização dos filhos(as) da palavra "mãe" também foi presente no relato de Adélia. Sua fala foi marcada pela exaltação do amor materno, colocando algo que deveria ser vivenciado por todas as pessoas, enquanto um sentimento pleno de amor (BADINTER, 1985).

> O amor de mãe é um amor que você não explica, você só ama. É aquele amor que só você pensar que seu filho possa não estar bem, tudo já mudou pra você, o clima fechou, então assim, eu acho um amor inexplicável. Tudo que eu queria, aconteceu, coisa boa de ser mãe, o bebê falar "mamãe", nossa, o coração da gente desmaia, chora [...] O meu amor de mãe é isso que eu tô falando pra você, essa intensidade, esses milhões de coraçãozinho batendo, parece que bate cem [100] corações dentro da gente quando a gente é mãe. É maravilhoso. É uma coisa que tem dentro de você, não é só ser mãe. [...] Eu queria que o mundo tivesse esse amor que eu tenho, não que todos vão ser mãe, mas que tivessem esse tiquinho de amor de mãe, nem que fosse diferente, mas que fosse amor, é muito bom esse sentimento. [...] Ser mãe, pra mim, me tornou uma pessoa melhor, de ser mais coração aberto, de entender melhor. Só mesmo uma pessoa mãe entende isso que eu tô falando. Assim, tipo assim, pra você entender mesmo, tipo assim, houve mais compreensão, eu vejo as coisas diferentes. Ver com amor. Isso que mudou em mim (Adélia).

Esse amor pelos(as) filhos(as) que se amplia o(a) outro(a), na mudança de postura e olhar sobre as demais pessoas é marcado pela afetividade e também pela ideia de responsabilidade, presente nos ensinamentos da mãe de Adélia sobre o que é "ser mãe". A compreensão sobre a maternidade recebeu influências do processo de socialização em sua família de origem, resgatando um legado geracional do amor de sua mãe para com elas, agora refletido no afeto de Adélia por seus(as) filhos(as).

Conforme a narrativa de Adélia sobre esse legado familiar, ser mãe relaciona-se à ideia de realizar sacrifícios pelo bem da família, ao dizer: "é o que minha mãe falava sempre pra mim, 'minha filha, olhe, vou dizer uma coisa aqui pra você, das necessidades', ela deixava de comprar pra ela, pra comprar pra gente" (Adélia). Assim, apresenta uma herança simbólica recebida e transmitida por sua mãe, através dos "legados de ordem", que remete a assumir responsabilidades, e dos "legados de solidariedade", ressaltando os sentimentos de amor e relação de colaboração e respeito para com os(as) outros(as)(VITALE, 1995, p.93). Isso refletiu em sua experiência enquanto mãe, apresentando o sofrimento e preocupação constante não de modo negativo, mas como uma expressão do seu amor materno.

> Sofrimento, pra mim, quando eu tive o primeiro filho, foi aquelas vacinas [pra criança], que tem que tomar, nossa aquilo doeu demais, a perninha ficou

> inchada, aí eu chorei, nossa, ser mãe é isso, é chorar com o filho, é sofrer mesmo. [...] Quando você for mãe, que você precisar deixar seu filho com a mãe, com uma pessoa que confia, mas fica sempre uma coisinha lá dentro de você que vai ficar se perguntando "será que meu filho tá bem?", você vai ficar tipo despreocupada? Você não vai ficar, porque a partir do momento que você é mãe, que você vai ter essa responsabilidade de mãe, você vai saber que nunca mais você vai ter aquelapaz que você tem com o seu sobrinho quando ele tá dormindo, quando se é solteira, você vai sempre se preocupar se seu filho. Se seu filho dorme muito, você se preocupa. Se ele acorda muito cedo, você se preocupa. Se seu filho der febre a noite, você não vai dormir. Eu não consigo dormir. Se essa febre for pra 38 graus e eu não ver? Aí você fica lá com o olho seco olhando o menino, pegando, mexendo, "mamãe, para de me acordar, cê tá me mexendo" [menção a fala de filho/a]. Entendeu? É essa a preocupação, esse amor. (Adélia)

Essa ideia de sofrimento como parte da maternidade assemelha-se à construção da "ideologia do devotamento e do sacrifício" como fazendo parte da natureza feminina e fonte de felicidade (BADINTER,1985; p.266). Como também traz Donath (2017, p.137), "a consciência da maternidade está sempre presente, 24 horas por dia, sete dias na semana", mesmo quando os(as) filhos(as) não estão em sua companhia, permeia a preocupação com o seu bem-estar. Nesse sentido, cabe a elas o desafio de lidar físico e mentalmente com essa constante preocupação e responsabilidade considerada como intrínseca da vivência materna.

O relato de Clarice sobre maternidade também expressou a grandiosidade dessa dimensão de sua vida, mas também as abdicações realizadas. Considerando as exigências e expectativas sociais acerca do cuidado com os(as) filhos(as), compete à família adiar "suas próprias necessidades, direitos, interesses e renunciar a muitas coisas. Essa renúncia aplica-se, em primeiro lugar, à pessoa que é o principal responsável pela criança – na maioria dos casos, a mãe" (BECK-GERNSHEIM, 2017, p.153). É sobre esse "abrir mão" que Clarice se refere sobre o sentido de "ser mãe".

> Mulher, é uma coisa muito grande assim, porque você deixar de viver sua vida, de fazer o que você quer, o que você tem vontade pelos filhos. [...] Eu até falo pra elas, que quando a gente vai ter um filho, a gente vai querer dar tudo pro filho, a gente vai viver a vida pro filho, aí a gente vai esquecendo da vida da gente até porque a gente não vai podendo ter mesmo, o que a gente pega, vai dar pro filho, vai fazendo tudo praqueles filhos. Aí, no caso, depois veio a outra, aí eu já comecei a fazer tudo pelas duas. [...] a minha vida não foi o que eu quis por causa delas, por um lado ruim de dizer, mas porque eu tive que abrir mão de muitas coisas pra ficar com elas, pra cuidar delas [...] De certa forma, a gente vive por causa dos filhos. A gente deixa de viver por causa deles. Não por dizer assim que eu sou obrigada, 'ah, porque é o jeito'. Não porque eu acho que tá mesmo no sangue da gente, de uma mãe fazer isso. Ela deixa de fazer as coisas que ia agradar ela pra agradar os filhos, que agora não é mais a minha felicidade que tá em jogo, é mais as delas. Então, a gente tem que fazer de tudo que elas não passem o que a gente passou e se a gente tem que mostrar e ficar lá perto tendo aquela coisa toda, eu prefiro fazer assim. (Clarice).

Abdicar de seus planos pessoais em prol dos(as) filhos(as) relaciona-se a uma doação pessoal e uma forma de amor materno visto em prol do futuro de outras pessoas. Assim, ser mãe aparece associado a uma natureza feminina de abdicação, em um terreno de sofrimentos e sacrifícios, como uma "vocação altruísta" (BADINTER, 1985, p.266). Nessas percepções sobre maternidade, recai sobre as mulheres um "custo social e cultural" na vida familiar, principalmente quando nascem os(as) filhos(as) (BADINTER, 2011, p.25-26). Essas apreensões sobre maternidade refletem uma moralidade social que relaciona um sentimento belo e feliz de "ser mãe" com dores e sofrimentos, que serão futuramente recompensados, assemelhando-se a uma tarefa divina: "há algo de Cristo nessas mulheres. Nascida para sofrer e para carregar toda a dor do mundo" (BADINTER, 1985 p.249).

Dessa maneira, os relatos sobre "ser mãe" exaltam o amor e a sua dedicação, por vezes integral, aos(as) filhos(as). Um sofrimento material, emocional e físico visto como positivo, mesmo que tenham que abdicar de seus projetos individuais. Diante da divisão sexual do trabalho e do distanciamento paterno, a norma afetiva sobre a maternidade é intensificada. Contudo, suas narrativas apresentaram uma complexidade na experiência materna, trazendo uma diferenciação nos sentimentos quando se referem ao sentir-se mãe (amor materno) e ao cuidar dos(as) filhos(as).

Janaína condensou em uma frase o significado de "ser mãe", que exprimiu a amplitude da maternidade em sua vida: "a melhor coisa que existe". Essa beleza e grandeza do amor materno apresentam nuances diferentes quando se relata sobre as condições em que vivencia o cuidado infantil, marcado pela solidão e sobrecarga física e mental.

> Eu passo o dia todo é sozinha. [...] A Mariana tem cinco anos, o Ricardo tem quatro. Quando eu engravidei do Ricardo, a Mariana engatinhava, aí ela chorava pra vir pro colo, aí eu ficava chorando porque eu tava grávida, botava ela em cima de mim, ficava machucando meu fí. Aí os médico diz que o problema da minha coluna foi por causa disso aí, que eu tava grávida e ela queria ir pro colo também, por causa disso aí. [...] A minha vida era muito corrida [quando estava na segunda gestação]. Mariana pequenininha. Meu Deus, era ruim demais e eu ficava chorando, chorando porque eu ficava "meu Deus, minha filha pequenininha". Ele [outro filho] tudo bem que tava na barriga e ela? Ela ficava chorando e eu tinha que cuidar dela. Ele [marido] diz até hoje "por isso que tu, na hora que tu escutou a conversa [sobre a realização da laqueadura], tu foi logo resolver", porque ele viu que eu sofri (Janaína).

Ao contrário do sofrimento anteriormente exposto por Adélia, como interligado ao amor materno de maneira positiva, aqui, a materialidade de o cotidiano solitário no

cuidar dos(as) filhos(as) refletiu em outra apreensão, colocando-o como um sentimento que não se quer ter mais. O sofrer junto aos(as) filhos(as) apresenta limites quando isso envolve a qualidade do cuidado destinado a eles, influindo na escolha pela laqueadura de modo a estabilizar o *care* e esse sofrimento.

Alzira também reflete sobre o esforço relacionado ao cuidado com as crianças, associando-o a um trabalho intermitente que "é dar conta deles, que não é fácil [silêncio] é um emprego que não tem remuneração, não tem férias [risos], descanso, é praticamente quase 24 horas com eles". Essa sua narrativa sobre o cotidiano junto aos(as) filhos(as) difere-se da percepção apresentada sobre ser mãe. Lembra o que Beck-Gernsheim comenta (2017, p.152) sobre a importância social atribuída ao amor materno, como algo fundamental, "um trabalho necessário, mas por outro lado não deve ser concebido como um trabalho". Em seu relato, o lado trabalhoso da maternidade não é verbalizado quando expressa seus sentimentos enquanto mãe, mas relacionado à experiência do cuidado.

A narrativa e trajetória de vida de Alzira também remetem ao que Biroli (2018) aponta como especificidades do cuidado enquanto um trabalho, que deve ser valorizado como outras formas laborais, visto que:

> 1) cuidar exige tempo e energia, retirados do exercício de outros tipos de trabalho, assim como do descanso e do lazer; 2) a grade de valorização (simbólica e material) das ocupações é determinante na precarização do trabalho de quem cuida e na vulnerabilidade de quem precisa de cuidado; e 3) os padrões de organização e (des)regulação das relações de trabalho incidem diretamente sobre as relações de cuidado, podendo favorecer ou dificultar a tarefa de cuidarmos uma/umas dos/as outros/as" (BIROLI, 2018, p.57).

E nesse dispêndio de energia e o não reconhecimento social do cuidado infantil como trabalhoso, Alzira compreende a maternagem como algo difícil e caro, economicamente, materialmente e simbolicamente:

> É muito complicado você ter um bebezinho. Filho é algo assim muito caro, muito caro mesmo. Então, em todos os aspectos filho é muito caro, e muito complicado de criar. Não é uma tarefa fácil. É a tarefa mais difícil que eu já vi na minha vida, criar gente. Às vezes as pessoas dizem "Ah, não trabalha, não trabalha, não trabalha", ninguém reconhece como um trabalho de uma dona de casa, a gente que luta, porque sabe o trabalho que é de educar [silêncio]. É complicado [silêncio] é muito complicado. É muito complicado criar o ser humano. Eu acho que se eu tivesse que ter outro filho, eu nem acho o que seria de mim. É a tarefa mais difícil que eu já vi na minha vida (Alzira).

Na ausência desse reconhecimento, fica o peso social da "maternidade exigente" na qual há um cansaço físico e mental de ter o seu tempo mediado pelas necessidades de outros (DONATH, 2017, p.140). Adélia também se sente

"sobrecarregada, às vezes eu sinto, que às vezes fica bem puxado, principalmente quando eu tenho que trabalhar". Assim, em meio aos excessos da acumulação do trabalho doméstico com os cuidados dos(as) filhos(as) – tem também o trabalho remunerado, para algumas –, a maternidade é vivenciada entre a exaltação de um amor materno e o sofrimento causado pela materialidade de suas condições de vida. Com isso, a maternidade é perpassada por sentimentos que denotam uma ambivalência. Contudo, essa ambiguidade reflete a complexidade presente entre o discurso social positivo sobre maternidade e a vivência do cuidado em meio a dificuldades e emoções negativas, que não podem ser externalizadas como parte da sua percepção sobre "ser mãe" (BADINTER, 1985; DONATH, 2017).

Algumas mulheres entrevistadas apresentavam esses sentimentos de ambivalência principalmente diante do que familiares e outras pessoas de seu convívio local esperavam dela como "boa mãe". Enquanto Alzira era reconhecida em seu esforço diário, Janaína era questionada sobre o cuidado dos filhos(as) quando pensava em retornar aos estudos ou trabalhar. Já Clarice ouvia comentários valorativos sobre o número de filhos(as) e sua condição de vida enquanto uma mulher desempregada, que colocavam em questão a sua responsabilidade materna, sua sexualidade e forma de controle contraceptivo.

> As pessoas ficavam falando "ah, quatro minino. Ah, tu não tem emprego" e isso já falavam do terceiro. Quando eu engravidei do terceiro já tinha essas piadas, aí do quarto, até na rua mesmo o pessoal ficava falando "eita, que tu gostou. Ah maria, minha filha, você só é pequenininha, mas já tem quatros meninos!". Aí a pessoa pensa que eu peguei porque eu quis, aí falam "tu vai ligar? Tu vai ligar agora dessa vez, né? Tu vai ligar?" aí também tu ficar dando satisfação pra todo mundo que fala, é chato. (Clarice)

Nesse sentido, a maternidade não é apenas uma vivência das mulheres, mas da sociedade como um todo, ficando à mercê dos "ditames sociais sobre *como* deveriam conduzir a relação com seus filhos" (DONATH, 2017, p.53, grifos da autora).

> Ao mesmo tempo em que elas são sacralizadas, são também fiscalizadas para tomarem atitudes compatíveis com o que se entende por uma 'boa mãe'. Essas mulheres têm seus corpos tomados como públicos, e assim, são orientadas, repreendidas, aconselhadas, tocadas e faladas por praticamente todos que as cercam, especialmente outras mulheres. (VIEIRA, ÁVILA, 2018, p.27)

Ademais, essa vivência da maternidade em cenários marcados pelas desigualdades de gênero demonstrou a complexidade dessa experiência. O sentimento de amor e o esgotamento que, por vezes, podem ser percebidos como contraditórios e que duelam entre si diz respeito a como as normas afetivas definem os comportamentos

considerados adequados no exercício da maternidade (BADINTER, 1985; LE BRETON, 2009). Conforme os seus relatos, é possível observar que as relações sociais estabelecem as normativas para as mulheres conforme um "modelo ideal de maternidade", o qual "pode-se aceitá-lo ou contorná-lo, negociá-lo ou rejeitá-lo, mas é sempre em relação a ele que, em última instância se é determinado" (BADINTER, 2011, p.144).

Esse padrão de maternagem posto pelas mulheres enfatiza a exaltação do amor como algo natural e, por vezes, quase divino, marcado por uma abdicação de seus planos e tempo em prol dos(as) filhos(as). Expressar a ideia de "ser mãe" relacionada ao amor materno, devoção e responsabilidade alinha-se à normativa social, enquanto que externalizar frustações e arrependimentos não são valorizados e pode associar essas mulheres à imagem negativa de maternidade.

> A imagem socialmente estabelecida da "maternidade ruim", que se estende para além da identidade e das ações das mães, investe também contra seu mundo emocional. Aquelas que se sentem e expressam dificuldade, raiva, desapontamento e frustação tendem a ser vistas como "mulheres com problemas", que não são capazes de estar à altura de seu "verdadeiro destino". [...] há apenas uma resposta que a sociedade aceita delas: "eu amo a maternidade" (DONATH, 2017 p.61, grifos da autora).

Com isso, para essas mulheres terem ou manterem o reconhecimento social enquanto "boa mãe" pode parecer mais adequado relacionar estes aspectos à parte trabalhosa do cuidado e não aos significados de ser mãe, procurando sempre associar a vivência da maternidade a sentimentos positivos. Como Velho (1999) destaca, há sentidos e sensações que não são bem aceitos socialmente, principalmente quando as relações de gênero possuem arranjos mais tradicionais, sendo difícil viabilizar a maternidade quando se afirma constantemente o seu peso social.

> Há sentimentos e emoções valorizados, tolerados ou condenados dentro de um grupo, de uma sociedade. Há, portanto, maiores ou menores possibilidades de viabilizá-los, efetivá-los. Desejos "pecaminosos", emoções "inconvenientes", sentimentos "impróprios" são limitados e balizados pelas sanções e normas vigentes ou dominantes. Os padrões de normalidade legitimarão ou não dentro de uma situação particular as condutas e ações individuais. Um código ético-moral definirá o errado, inadequado, incestuoso, impróprio, sujo, poluído, perigoso que possa haver nos corações e mentes dos homens e nas suas condutas e interações (VELHO, 1999, p.28, grifos do autor).

Esses sentimentos que geram ambiguidades poderiam coexistir sem ocasionar tantos confrontos subjetivos para as mulheres se a sociedade compreendesse a maternidade e as vivências femininas mais em sua diversidade relacional do que sob um enclausuramento de um tipo ideal (BADINTER, 1985; DONATH, 2017). Todavia, na

ausência desse olhar amplo para a vivência materna e no direcionamento de um padrão para a maternidade, afirmar que "ser mãe" é trabalhoso, difícil e sofrível se desvia de um valor social, da construção da exaltação do amor materno.

Uma estratégia para falar sobre o lado pesado da maternidade foi enfatizar tais aspectos em seu exercício, no cuidado desigual entre elas e seus parceiros, e não no amor à maternidade e às crianças. Como Donath (2017, p.130) traz, a alternativa para serem vistas como mulheres respeitosas e boas mães é "tirar os filhos da equação, reforçando a centralidade do amor por eles". Isso significa desvincular os sentimentos de amor materno daqueles provenientes da materialidade do cuidado diário. Assim, estas emoções do *care* podem ser externalizadas e serem relacionadas a possíveis desgastes e arrependimentos junto à maternidade e ao anseio de não querer ter mais filhos(as), como trouxe Janaína, Alzira e Clarice.

Nesse sentido, considerando o modelo ideal de maternidade, essas mulheres interiorizaram as normas afetivas e passaram a vigiar a si na conduta da boa mãe de modo a não ter o seu amor pelos filhos(as) questionado/julgado. Sobre a questão da normativa social sobre a maternidade, ressalto o que Foucault (2014) enuncia sobre conduta, que denota especificidades nas relações de poder, produzida não pela força ou violência, mas pela socialização de discursos e práticas que agregam valor e reconhecimento social, sendo, então, ações e posturas que devem ser incentivadas e mantidas, mesmo que isso produza contradições:

> A conduta é, ao mesmo tempo, o ato de "conduzir" os outros (segundo mecanismos de coerção mais ou menos estritos) e a maneira de se comportar em um campo mais ou menos aberto de possibilidades. O exercício do poder consiste em "conduzir condutas" e em arranjar a probabilidade. O poder, no fundo, é menos da ordem do enfrentamento entre dois adversários, ou do engajamento de um em relação ao outro, do que da ordem do "governo". [...] Governar, nesse sentido, é estruturar o campo de ação eventual dos outros (FOUCAULT 2014, p.133-134, grifos do autor)

Diante das narrativas dessas mulheres, apresento alguns comportamentos que parecem nortear as suas condutas enquanto "boas mães". Estes também servem de conselho para outras mulheres e contribuem para suas escolhas reprodutivas, no que se refere ao número de filhos(as). Interiorizando certos aspectos do padrão de maternidade, trazem a conduta de uma boa maternidade marcada pela incumbência de realizarem sacrifícios em prol dos(as) filhos(as), responsabilizar-se, educar e acompanhá-los no decorrer da vida.

A ideia de sacrificar tempo e energia física e mental já foi mencionada nos relatos de Adélia e Clarice, mas essa abdicação também se relaciona à responsabilidade

materna. Como Sarti (1996, p.52) diz, “filhos significam responsabilidade, uma categoria moral que se opõe à vaidade”, incluindo-se aqui deixar de lado projetos individuais. Clarice e Adélia trazem isso para si, compreendendo que quem pari é responsável por aquela nova vida, não podendo se abster disso. Adélia ainda apresenta a responsabilidade que uma mãe carrega como algo que lhe é transmitido como um ensinamento materno, e incorporado como um “legado de ordem” (VITALE, 1995, p.93).

> [...] mãe foi sempre clara com isso, que ser mãe é ter responsabilidades, ela nos criou com esse entendimento, de ser responsável, de um dia ser mãe [...] porque a partir do momento que você é mãe, que você vai ter essa responsabilidade de mãe, você vai saber que nunca mais você vai ter aquela paz que você tem com o seu sobrinho quando ele tá dormindo, quando se é solteira, você vai sempre se preocupar se seu filho [...] Se você não tem responsabilidade, então você não vai fazer aquilo. Tem que se comprometer, que se você engravidar, você vai ter que cuidar do seu filho. Ah, vai jogar nas costas de ninguém não, é você que tem que cuidar, em algum momento na sua vida, a criança pode já tá adulto, mas em algum momento a responsabilidade vai ser sua. Então assim, se você não tem [responsabilidade], vai procurar outros métodos pra não engravidar (Adélia).

Janaína interliga a responsabilidade e cuidado com os(as) filhos(as) com o controle reprodutivo. Ter menos filhos(as) seria uma forma de responsabilidade materna e amor aos já existentes (BECK-GERNSHEIM, 2017). Além de seguir essa ideia, ela aconselha que mulheres limitem o número de gestações para poder desenvolver um cuidado melhor junto às crianças, inclusive indicando a laqueadura para outras mulheres em que percebe a sobrecarga de filhos(as).

> Hoje eu vejo essas mulher assim, tudo um em cima do outro, um pequeninin aqui no braço, o outro aqui e o outro segurando aqui e eu “meu deus...essas mulher tem que ir atrás, tem que resolver, tem que dar um ponto”. Todas que conversam comigo sobre isso eu falo “mulher já tá bom, já tem três, já chega. Dar só dor de cabeça, você não tem tempo nem pra cuidar (Janaína).

A conduta da boa mãe inclui também a preocupação em educar os(as) filhos(as), assumindo uma “ação socializadora, que deve preparar adequadamente a prole para alcançar os objetivos esperados pelos pais” (ROMANELLI, 1995, p.84). Badinter (1985, p.255) também destaca a conduta de “mãe educadora”, cabendo a ela o trabalho de bem educar, considerando-a como a “transmissão de valores morais”, diferentemente do trabalho de instrução, que se direciona para o fomento intelectual, e que seria obtido junto ao ambiente escolar. É partindo de uma perspectiva similar a essa que Alzira valoriza e preocupa-se com a educação dos(as) filhos(as), que deve ocorrer em casa, sendo uma de suas atribuições.

> E aí eu sempre tive medo assim de ter muitos filhos, justamente por isso também de não poder dar uma boa educação pra ele. Uma boa educação pra

> eles, no meu modo de ver não é aquela coisa meus filhos tem que estudar nos bom colégio, nos mais caros. A boa educação que eu vejo é que eu é que tenho que ensiná-los a serem pessoas melhores e educadas, porque lá na escola eles vão conquistar apenas o material, eles tem que aprender aqui dentro de casa, aqui dentro de casas eles tem que aprender a viver, eles tem que aprender a ser forte, eles tem que aprender a ser pessoas melhores, a respeitar as pessoas, lá na escola eles vão ter apenas um complemento. Eu sempre pensei assim (Alzira).

A responsabilidade de quem pari e a preocupação de ensinar a base moral para os(as) filhos(as) soma-se à atenção em acompanhar o seu desenvolvimento ao longo da vida. Acompanhar, para Janaína, significa tanto estar presente e participar adequadamente de cada etapa e descoberta de seus filhos(as) como também uma estratégia para tentar garantir que sejam socializados dentro da moralidade da boa educação, para que não se desvirtuem e não lhe "dê trabalho" mais adiante. Realizar esse acompanhamento da melhor forma também significa estabilizar a fecundidade.

> [...] Nan, eu vou ter que ligar, eu quero só a minha filha e o meu filho pra eu poder acompanhar todas as coisas dele, porque ela tem cinco, ele tem quatro, aí dar pra mim acompanhar os dois, mas, se eu tivesse mais um? Não acompanhava nem ela e nem ele [...] Porque eu escolhi essa [a laqueadura], né, pra mim agora acompanhar meus filhos no crescimento porque eu vejo que da Mariana eu cuidei dela, mas não prestava muito atenção, com o Ricardo chorando, eu tinha que prestar mais atenção pro Ricardo [...] Eu quero acompanhar eles no crescimento pra ver que quando eles crescer, não me dão muito trabalho porque eu vejo que alguns quando crescem dão trabalho porque não foram bem acompanhado antes (Janaína).

Contudo, essa presença das mães enquanto primeira educadora dos filhos e responsável pelo seu desenvolvimento apresenta uma "dupla implicação" para o seu cotidiano. Ao mesmo tempo em que confere à mulher uma autoridade no ambiente doméstico junto ao futuro das crianças, também pode converter em pressões para que se mantenham no espaço da casa, para desempenhar o acompanhamento, em detrimento de outros planos, tais como estudos ou trabalho (ROCHA-COUTINHO, 1994, p.37).

Nesses trajetos marcados pela sobrecarga das mulheres, dificuldades contraceptivas e as imposições para ser uma "boa mãe", algumas mulheres veem a laqueadura como uma opção para atingir tal intento. No entanto, se a maternidade fosse compreendida de maneira relacional, aceitando a complexidade das relações mãe-filho(a), mulher-mãe, e mãe-sociedade sem a prerrogativa de ideais de conduta, talvez tais sentimentos não seriam postos como ambíguos e contraditórios, mas como uma expressão da maternidade (TUCKER *apud* DONATH, 2017).

Isso permitiria maior espaço para o respeito diante da exposição dos sentimentos dessas mulheres, do sofrimento, trabalho e peso como parte também do que é "ser mãe",

a exemplo de Clarice, que sentiu arrependimentos em relação à quarta gestação. Isso não significa que essas mulheres não gostem dos seus filhos, como a própria Clarice relata, apenas sentem na sua pele a sobrecarga da divisão sexual do trabalho, alertando para o fato de que também são mulheres, que possuem planos, muitas vezes estagnados pela forma como vivenciam a maternidade.

Badinter (2011, p.164) enfatiza o valor socialmente atribuído aos deveres maternos e a queda de fecundidade em alguns países, destacando dois fatores que influem na escolha de mulheres em ter ou não filhos(as): "o primeiro, talvez o mais importante, é a pregnância social do modelo da boa mãe. O segundo, decorrente do primeiro, é a ausência de uma política familiar decididamente cooperante para as mulheres". Articulo aqui um terceiro aspecto, relacionado a divisão sexual do trabalho atrelado à normativa tradicional presentes nas relações de gênero, que confere às mulheres a esfera do cuidado com os filhos(as) e com o ambiente doméstico, sobrecarregando-as e, por conseguinte, limitando o seu campo de possibilidades junto a outros aspectos da sua vida para além da maternidade.

Como destaca Biroli (2018, p.55), "mulheres cuidam e são afetadas em suas trajetórias por estarem posicionadas como cuidadoras". Como retrata a autora, a divisão sexual do trabalho pode ampliar ou limitar alternativas de participação feminina. Na maioria das vezes, opera nesse segundo sentido. É o que ocorre com as mulheres da pesquisa em relação à sua inserção junto ao mercado de trabalho remunerado e/ou realização de cursos, cujas possibilidades são construídas de maneira flexível e fragmentadas de acordo com as suas possibilidades diante das vivências da maternidade.

Levando em conta as relações desiguais de gênero e os relatos das mulheres sobre "ser mãe" e o cuidado, considero também que a complexidade presente nos sentimentos maternos é ocasionada pelo atrito entre modelo ideal de maternidade e outras formas de feminilidades. Entre as mulheres da pesquisa, a maternidade tem valor em suas vidas, mas também buscam trilhar outros caminhos para além do espaço da casa e do cuidado com os filhos(as). Assim, ser mãe não contempla por completo as suas subjetividades, visto que há também o interesse por autonomia e tempo para si. Contudo, a continuidade da reprodução pode representar um obstáculo para alguns desses planos, sendo preferível *ligar* a abdicar novamente de si (BADINTER, 2011; DONATH, 2017).

Quando essas mulheres relatam a materialidade do *care*, as narrativas carregam o peso que sentem no cotidiano, descrevendo e avaliando o cuidado com os(as)

filhos(as) como: difícil, trabalhoso, solitário, que envolve sofrimento, renúncias e dificuldades de tempo para si. Essas vivências ocasionam em limites à sua autonomia, principalmente durante o cuidado infantil, sendo reconfortante pensar na diminuição do cuidado conforme o crescimento e independência dos(as) filhos(as), realidade já vivenciada por Cecília e almejada pelas demais. Outros aspectos que deslocam as possibilidades de autonomia foram as vivências da maternidade durante a adolescência e a forma como se configuraram as relações conjugais.

A vivência materna durante a adolescência restringiu as possibilidades junto ao aprimoramento educacional e profissional. Enquanto anteriormente Janaína e Cecília encontravam-se em jornadas externas à casa, as gestações deslocaram-nas para o ambiente doméstico, tendo dificuldades para retornar aos estudos diante dos cuidados infantis, em contexto de desigualdades de gênero na maternagem/paternagem (MENEZES *et al*, 2012; HEILBORN *et al*, 2002). Essas trajetórias reprodutivas apresentaram limites à autonomia feminina na medida em que dificultaram as suas escolhas diante da normativa social de suas posturas enquanto futuras mães, assim como também levou a permanecerem em uma realidade (im)posta de cuidados domiciliar e infantil (SANTOS, DINIZ, 2018).

Esse novo cotidiano acaba fazendo com que se tornem e permaneçam *donas de casa*. A continuidade ou saída desse cenário depende da negociação junto ao ambiente familiar, mais especificamente com seus parceiros, sobre as possibilidades de autonomia junto à vivência materna.

> A pergunta é: Quem deve *abrir mão* da autonomia e da segurança financeiras, ou seja, daquilo que é a condição óbvia para a vida na nossa sociedade? Pois quem decide acompanhar o outro precisa (geralmente) arcar com consideráveis prejuízos (BECK, 2017, p.51, grifos do autor).

Esse "abrir mão" foi muito mencionado por Clarice em sua vivência materna. Contudo, tal escolha não deve ser compreendida apenas como uma abdicação ocasionada pelo amor materno. Insere-se em processos de negociação familiar marcado por assimetrias e hierarquias entre ela e seu parceiro, que dificultam o seu intento em "ser família e ser independente". A sua autodefinição, exposta em seu perfil, enquanto uma mulher que preza pela família e por sua autonomia, relaciona-se com as suas avaliações sobre a sua trajetória, dos momentos em que se considerou em uma "vida perfeita" e em que estava em uma "situação que eu não queria".

Esse primeiro momento ocorreu quando estava solteira, em trabalho remunerado e com suas filhas dependendo menos do seu cuidado. Aqui, a "vida perfeita" é marcada

pelo seu distanciamento junto da casa e do *care*, e pela autonomia econômica e sobre os rumos de sua vida.

> Eu era mais independente. Era a vida que eu queria mesmo, que eu levasse pra toda a vida, porque eu tava tendo meu emprego, tava ganhando o meu dinheiro e eu conseguia manter a minha casa, com as minhas filhas, comprando as coisas da gente sem precisar de ninguém, que era o que eu mais tinha vontade, mais desejava era isso assim de não depender de ninguém. Eu tinha meu dinheiro, as meninas já tavam grande, não tinha nenhuma dor de cabeça, preocupação em deixar elas, se elas iam comer. Então era a vida perfeita que eu queria, só trabalhar e cuidar delas, que naquele tempo tava dando tudo certo. A mais velha já tinha 7 anos e a outra tinha 5. Quando eu trabalhava, eu pagava uma minina pra olhar elas. Era até a tia delas, aí eu pagava ela. Ela ficava, levava elas pra escola. Por isso tava tudo mesmo, não tinha nada pra me atrapalhar em nada. Eu tava...num tinha mais nenhuma que mamasse, aquela preocupação que a gente tem com criança menor. Já comiam só, banhavam, aí não davam trabalho. É a vida que eu queria [ênfase]. Durou muito, mas também não durou pra sempre. Acabou que também logo eu tive o outro. (Clarice)

A curta duração dessa vivência foi ocasionada pela segunda vivência, na qual se encontrava em um novo relacionamento afetivo, desempregada, com as duas filhas e um filho recém-nascido, isolada no ambiente doméstico e dependendo economicamente do marido. Isso ocasionou em desgaste e insatisfação com sua vida, principalmente diante da postura de seu parceiro:

> Ficou tudo ruim, porque eu já não tinha dinheiro pra mim. O dinheiro já era dele e ele dava quando quisesse, ficava frescando, só dependia mais dele mesmo, porque assim, ele já não queria dar quando eu pedia, nem era muito que pedia, porque eu não gostava de pedir, mas aí eu falava: "olha, tem que comprar isso", "tá, depois eu compro" [menção à fala do marido]; "olha, tu vai dar dinheiro pra comprar as coisas?" "não, depois nós vê isso aí" [menção à fala do marido]; mas aí, se eu tivesse dinheiro, eu comprava. Seu eu tivesse dinheiro, eu mesma ia atrás. Ele ficava botando mais dificuldade, queria que fosse mais do jeito dele e não do meu [...] Como quando eu tava trabalhando, era do meu jeito, ele queria fazer assim também, "agora vai ser do meu jeito" [menção à fala/postura do marido]. Foi no tempo que eu me vi mais numa situação que eu não queria, dependendo dos outros, com menino pequeno, mas isso aí até que eu me recuperei logo, porque só foi meu menino crescer. (Clarice)

Este relato demonstra a assimetria de gênero na relação conjugal, na qual se reafirma a figura da autoridade masculina enquanto *chefe da família*, detentor do provimento econômico e responsável por definir quando e quanto gastar. A dependência financeira de Clarice restringia o seu poder no contexto da família e as possibilidades de deslocar a sua rotina de inserção no ambiente doméstico, ficando à mercê da boa vontade do parceiro e tendo que "abrir mão" temporariamente de sua autonomia, em casa e fora da mesma. Essas amarras simbólicas direcionavam o seu cotidiano cada vez mais para o *care* sem suporte físico e emocional, deixando-a em uma condição mais vulnerável diante do comportamento "ruim" de seu companheiro.

> Porque mais ele também já ficou mais, ficou mais ruim assim, porque já bebia demais, já saia e eu ficava em casa, cuidando de menino e eu até falava, meu deus, que aquilo nem era aquilo [ênfase] tudo que eu queria, ficar em casa cuidando de menino, aquilo tudo. Aí, dali eu fui vendo "não, é só uma fase, vai passar" e aí eu vou me levantar de novo... mas aí, quando eu tive a laqueadura...por isso que o baque foi maior porque eu dizia que ia acabar fazendo tudo de novo que aconteceu do outro, eu ficando mais sozinha, ele não se importando. (Clarice)

Enquanto Clarice teve sua trajetória modificada com a vivência materna, o cenário de responsabilidade masculina não foi alterado, cabendo a ela lidar com seus sentimentos de insatisfação e solidão. Isso demonstra o quanto a autonomia econômica para uma mulher é importante e como o trabalho continua se chocando com o lado afetivo e maternidade. A "vida perfeita" e a "situação que eu não queria" diferencia-se pela sua externalização ao ambiente doméstico, mediada pela diminuição do cuidado com os(as) filhos(as) e pela inserção no mercado de trabalho, e também pela configuração da vida afetiva.

Para Clarice, ser uma mulher independente é fundamental, mas isso não impede que também queira constituir uma família. Contudo, a forma como se estruturou as relações de gênero na conjugabilidade dificultou "ser família e ser independente". Uma estratégia encontrada para isso corresponde na diminuição do cuidado infantil, de modo gradual com o crescimento dos(as) filhos(as) ou de uma maneira mais pontual e considerada "definitiva", com controle da fecundidade através da laqueadura.

Esse percurso que oscila entre uma "vida própria" e um "existir para os outros" (BECK, 2017, p.36) demonstra como se apresenta a dimensão temporal em seu cotidiano. Esse tempo é muitas vezes medido pelas necessidades dos(as) filhos(as) ou da casa, resultando em limitações, inclusive para a participação na pesquisa, como relatado no capítulo anterior. Tempo que é fundamental para a reprodução social e organização familiar (FONTOURA *et al*, 2010), mas que lhes sobrecarrega, restringe o seu lazer e outras dimensões de sua vida, inclusive para um melhor cuidado de si (FOUCAULT, 1985).

> [...] um tempo só pra mim?! Ah, como eu gostaria de ter! Tem dia que eu fico "ai! Como eu queria um tempinho pra mim!", mas assim um tempo mesmo que eu gostaria só pra mim mesmo, eu acho que não vou ter tão cedo [risos], esse tempo aí vai ser difícil [...] Assim, eu nunca mais na minha vida tive lazer pra mim, só com eles. Só saio com eles. Se vou a algum lugar é com eles, pra igreja é com eles, eles assim são tão ligado a mim que é difícil. [...] Sempre. Todo lugar que eu vou eles vão comigo. Então, essa palavra lazer na minha vida, pra mim mesmo, no pessoal, não existe mais, passou a vez. Meu lazer é só com eles mesmo (Alzira).

> Hoje, no meu dia a dia de hoje, dizer assim que eu tenho tempo pra mim, não [...] nem uma horinha. Só a hora que ele tá dormindo que eu, nem vou ter

> tempo pra mim, eu vou fazer alguma coisa, ajeitar uma comida, varrer a casa, lavar louça. [...] Até pra ir aí banheiro, quando ele tá chato assim, aí ele quase não deixa eu banhar, fica me chamando no banheiro, aí eu até me zango e digo assim "Ave Maria, eu não tenho tempo nem de ir ao banheiro". Tenho que banhar rápido porque o menino já fica chorando. (Clarice)

Ter um momento sozinha, seja para descansar ou realizar cuidados consigo, fica comprometido diante da dependência da presença materna junto ao cuidado infantil. Esse contexto assemelha-se às reflexões de Badinter (2011, p.22) em que as prioridades de uma mulher são alteradas com a maternidade, podendo ocasionar em uma supressão de suas necessidades e vontades, um "esquecimento de si", pelo bem dos(as) filhos(as). Assim, esse tempo para outros afetou a autonomia e privacidade de Clarice e possibilidade de descanso para Alzira. Modificou as suas *saídas*, restringindo a vivência religiosa de Alzira, bem como a forma como se percebe enquanto uma mulher, que diminuiu a sua vaidade e idas ao salão diante da primazia do acompanhamento afetivo e financeiro aos filhos(as), mencionado em seu perfil. Adélia também retratou dificuldades de ter um momento plenamente seu diante da preocupação e cuidados com filhos(as).

> [...] Eu tento achar um tempo pra mim e pro meu esposo, mas é bem difícil, a gente tem três filhos, é difícil arrumar um tempinho assim, "ah, vou ficar duas horas desligada de tudo", não, tem isso não faz tempo. Meu tempo sempre é pra eles [filhos/as] e pro trabalho [risos]. Olha, quando eu tô de folga do trabalho, eu tô cuidando deles [risos]. [...]. Eles ficam brincando ali e eu vou assistir [televisão]? Lógico que eu não vou desligar deles, sempre eu vou lá, mas isso de ser 100%, eu não sou mais 100% pra cuidar de mim mais (Adélia).

Janaína também tem limites de tempo e cuidado de si. Ir a uma consulta se torna uma tarefa difícil, já que tem que permanecer com as crianças durante o atendimento caso ocorra pela manhã, ou seja, no contraturno da creche. Esse dilema foi vivenciado quando teve que deslocar-se ao dentista na Unidade Básica de Saúde, cuja preocupação de mãe não concordava com os conselhos da equipe, em deixar as crianças em espaço no corredor da Unidade de Saúde destinado a uma brinquedoteca. "Eu não vou deixar eles brincando ali não e fica aqui dentro. Ela *coisando* a minha boca e os meus filhos lá? Aí eu: *não doutora, tem como não*" (Janaína). A solução foi reagendar para ter atendimento durante a tarde. Similar à Alzira, Janaína preferiria ir à igreja sem a presença dos filhos(as), pois, segundo ela, "não tem como eu me distrair porque eles tão ali e eu corro, vou atrás, não...". Nesses casos, pode contar com a colaboração de seu parceiro em dias que prefere ir sozinha.

Essas possibilidades de tempo para si que se faz entre os cochilos dos(as) filhos(as) ou quando eles estão na escola vai ganhando outra forma diante do crescimento das crianças e diminuição do cuidado infantil. Ao contrário das demais, Cecília consegue mais brechas para o lazer e sociabilidades devido à idade e autonomia de sua filha. Janaína e Clarice também já perceberam mudanças em seu cotidiano com o avançar dos últimos anos:

> Consigo sim, sempre que dá, eu consigo. Final de semana às vezes eu saio, vou passar o dia na casa da comadre, brinco com as colegas, às vezes fico aqui no final de semana, saio, as colegas chamam pra ir tomar uma, uma cervejinha, sempre eu tenho um tempo. (Cecília)

> Quando o terceiro já tava um pouco grandinho que deixou de mamar, com quase dois anos, aí eu já passei a sair só, às vezes ia na casa da minha irmã, um sábado, um domingo. Aí como ele já tava ficando na casa da avó dele, a gente acabava saindo, comecei a ter esse tempo pra mim. (Clarice)

> A Mariana tem 5 anos, o Ricardo tem 4, eu tenho mais tempo pra mim, eu tenho mais tempo, que de primeiro eu não tinha, não tinha de jeito nenhum. Ele até fala também "meu deus, agora ela come", que eu não tinha, não tinha tempo nem pra eu comer! eu colocava pra eles e depois que eu ia comer [...] Depois assim que eles caminha, aí eu tive [tempo], que quando eles eram de colo, eu não tinha, não tinha tempo pra dormi, não tinha tempo pra comer. (Janaína)

Assim, essa organização temporal das mulheres destinada ao cuidado infantil e à casa, em arranjos desiguais de gênero, influencia muito na autonomia delas. Não ter mais filhos(as) é uma forma de evitar vivenciar novamente este cuidado e seguir outros caminhos junto ao crescimento de seus filhos(as), realinhando o ritmo dos ponteiros do relógio e de sua vida. Ademais, nesse tempo e cuidado comprometido com os outros, emergem diversas emoções no contexto diário, que podem minimizar o reconhecimento do seu valor social bem como comprometer a sua saúde mental.

A restrição ao ambiente domiciliar e ao *care* resultou na sensação de solidão, insatisfação, raiva e tristeza em Alzira, Janaína e Clarice. A internalização junto à casa, o contato focado nos(as) filhos(as) e o distanciamento de possibilidades de autonomia e outras formas de socialização influi negativamente para a saúde mental dessas mulheres (SANTOS, DINIZ, 2018).

> As condições de eu-aprisionado ficam refletidas na solidão, no isolamento, na falta de diálogo, de visibilidade, de autonomia, assim como no contato muitas vezes interrompido com as demais pessoas e os ambientes externos ao espaço doméstico. A presença na própria casa se dá pela ausência de si mesmas como sujeitos da própria vida. (SANTOS, DINIZ, 2018, p.54)

Os sentimentos presentes com as expectativas sociais vinculadas à imagem de boa mãe, a sobrecarga de trabalho proporcionada pelo cuidado aos(às) filhos(as) e a

relação assimétrica com o parceiro no âmbito familiar faz com que, por vezes, sintam o reconhecimento pelo seu esforço e não percebam o seu poder dentro da família. Como Rocha-Coutinho (1994, p.144) discorre, a autoridade feminina se expressa de maneira distinta, "o fato de o poder feminino ser muitas vezes indireto faz com que não desenvolva muito a autoimagem positiva e confiança em si mesma". Isso foi presente na percepção que Janaina e Alzira fizeram de suas características pessoais, apresentada em seus perfis. Enquanto mulheres, as duas destacaram uma imagem que alterna entre ser "forte" e "fraca", ou "mais ou menos".

Diante das narrativas e das conversas entre as gravações, pondero que esse olhar quase indefinido para si se relaciona com aspectos de suas vidas que não ocorreram conforme os seus planos ou que o desenrolar não dependeu apenas da decisão delas. Nesses caminhos em que se sentem "fracas" e vulneráveis em sua vivência, fica o lamento pelo o que não aconteceu se tivessem sido "fortes" e tomado as rédeas da situação. Essas reflexões sobre si também se apresentam quando Janaína decide pela laqueadura, mas com outros sentidos, quando avalia que não é mais a mesma pessoa, de maneira positiva, aspecto detalhado no próximo item.

Esses sentimentos, por vezes, ocasionam problemas maiores para a saúde mental, necessitando de acompanhamento psicossocial. Nos dois casos mencionados, ambos se associam com a descoberta de uma gestação imprevista. Na situação de Clarice, o cuidado com a saúde mental foi necessário após a descoberta da quarta gestação, quando imaginava que não poderia mais engravidar, apresentando comportamentos depressivos diante da insatisfação com a gravidez e a interrupção de seus planos. Já para a Adélia, o momento imprevisto da gravidez, quando queria ampliar a sua profissionalização, repercutiu em ansiedade pela interrupção dos planos e por querer seguir o mesmo ritmo e responsabilidades, articulando os cuidados com a casa, filhos, trabalho e gestação, levando-a a uma sobrecarga física e emocional.

Concordo com Santos e Diniz (2018, p. 54) sobre a importância de desvelar esses sentimentos presentes no cotidiano de mulheres, que carregam um sentido de "vidas interrompidas". No caso dessa pesquisa em particular, considero que essas interrupções ou deslocamentos de suas trajetórias perpassam as desigualdades de gênero, as suas vivências enquanto donas de casa e mães. Ao mesmo tempo em que ser mãe traz algo belo quase inexplicável em palavras, essa experiência é pesada e sofrível, visto que suas feminilidades conflitam com a visão tradicional de mulher direcionada apenas para a casa.

Essas mulheres querem gerir suas vidas e buscam, a seu modo, estratégias cotidianas para atenuar e deslocar as assimetrias de gênero. Considerando que antes de realizarem a laqueadura elas encontravam-se nesse contexto de cuidado domiciliar e infantil, considero que algumas maneiras para diminuir tais esferas e ter mais autonomia se fizeram por meio da inserção no mercado de trabalho, da presença de rede de apoio, do acesso a serviços públicos escolares e de transferência de renda. Entretanto, as dificuldades junto a esses aspectos fomentaram outra estratégia: a negociação com o parceiro por um método contraceptivo mais eficaz e a tomada de decisão pela laqueadura.

A inserção no trabalho apresenta significados distintos entre homens e mulheres. Segundo Barata (2009), a presença feminina no mercado formal é um aspecto benéfico para a saúde mental, ocorrendo maior risco para transtornos mentais em mulheres desempregadas ou que exercem trabalhos informais e donas de casa. Pode-se relacionar tal aspecto aos sentidos diferentes produzidos pelo trabalho dentro e fora de casa, para a autonomia feminina, visto que essa intensificação das suas presenças no cuidado doméstico e infantil restringe outros campos de possibilidades na vida delas.

> [...] o trabalho fora de casa possui uma importância emocional, já que contribuem para que as mesmas se sintam ativas e produtivas. O trabalho remunerado fora do lar é visto como algo que valoriza a mulher, que amplia seu conhecimento e melhora seu estado emocional. [...] Por outro lado, o trabalho doméstico é associado ao isolamento da mulher dentro de casa, à estagnação e à doença para quem o realiza exclusivamente. (FIORIN, OLIVEIRA, DIAS, 2014, p.29)

O fato de Janaína já ter trabalhado antes das gestações faz com que considere isso importante, tanto para a família como para si. A possibilidade de poder contribuir economicamente com a família, não ter que ficar dependendo da colaboração financeira de familiares e poder diminuir o tempo no ambiente doméstico faz com que queira realizar a laqueadura, para não ter o risco de engravidar e poder trabalhar.

> [...] aí também por causa dos empregos, que às vezes ele não tá trabalhando. Aí já pensou, eu vou ligar [silêncio] que às vezes, é complicado, quando não tem nada lá em casa, ele corre pra mãe dele. Ele, desempregado, e ele dizia assim “eu vou lá na mamãe, tem que comprar o leite dela” [filha], aí eu “meu deus do céu, não aguento isso não”. Eu não quero mais ter filho, não vou [...] eu não quero mais filho, eu quero é ajudar meu marido (Janaína).

Tal intento de Janaína relaciona-se a um projeto coletivo em prol da família, uma vez que “projetos em que a ideia de melhorar de vida está sempre presente, são formulados como projetos familiares. Melhorar de vida é ver a família progredir”, sendo o trabalho uma forma de concretizar este plano (SARTI, 1996, p. 62). A autora ainda

destaca sobre a "disposição da mulher" para o trabalho, mediada pelo pensamento de que algo está faltando para o conforto no convívio familiar, fortalecendo a sua busca por trabalho (SARTI, 1996, p.78).

Contudo, para Janaína, o trabalho também significa um projeto individual, aumentando não só a autonomia financeira, mas também uma maior liberdade por adentrar em outros espaços externos ao muro de sua casa e da esfera do cuidado.

> [...] eu quero tanto trabalhar e não dar, porque tem eles [filhos] e meu marido tem que trabalhar, mas eu falo é muito pra ele [marido]: eu tenho que trabalhar, eu não vou ficar só em casa cuidando de menino, eu vou ficar louca, que dar trabalho (Janaína).

Assim, um emprego não significa apenas melhoria na fonte de renda, mas também emerge como fator importante para a sua saúde mental, ampliando a sua autonomia e autoestima mediante outras formas de socialização e relação com outros espaços sociais, "sentir-se menos insegura na vida. Uma atividade ocupacional constitui, portanto, uma fonte de equilíbrio". (SAFFIOTI, 2013, p. 96; FIORIN, OLIVEIRA, DIAS, 2015).

Diferentemente de Janaína, Clarice trabalhou durante as gestações e entre os seus intervalos. No ano em que aconteceu a entrevista não se encontrava trabalhando, mas pretende retornar ao mercado de trabalho como forma de ser independente, com uma condição: ser um trabalho com carteira assinada, que garanta seus direitos trabalhistas. Isso se deve às suas experiências anteriores de trabalho, precarizado, sem direitos, sendo compreendido por ela como *"bicos"*.

> A primeira vez que eu sai foi quando engravidei, porque não valia a pena e também ela não me deu minhas férias. Ela tinha que me dar férias e não me deu, aí ela já tava também ficando devendo a gente, aí eu também já tava grávida e não vale a pena eu ficar, de qualquer forma eu já ia sair mesmo porque eu tava grávida eu ia ter que sair aí eu não ia me matar por um serviço que não ia compensar pra mim (Clarice).

Esse trabalho vivenciado por Clarice também retrata a condição da mulher na sociedade, marcado pela "ordem natural" e "ordem social". A ordem natural refere-se à influência de aspectos biológicos e capacidades corporais da mulher no acesso ao mercado de trabalho, que apresenta limites diante da dimensão reprodutiva. Já a ordem social compreende as ausências no trabalho, contexto que acaba sendo mais frequente para as mulheres diante do fato de quando seus(as) filhos(as) ou companheiros adoecerem, ela se afastará para acompanhar e cuidar dos mesmos (SAFFIOTI, 2013, p.85). Esse segundo aspecto é mencionado na experiência de emprego de Clarice, sendo mais uma motivação para se afastar e preferir outras condições de trabalho:

> Depois que eu saísse, não ia voltar mais, que também ela [chefe] era muito chata com negócio de filho, né, a gente faltar em serviço porque o menino tá doente, aí ela ficava reclamando, que no tempo ela não tinha filho. Ela dizia até que ia procurar funcionária que não tivesse filho, porque chegava tarde por causa de menino, faltava por causa de menino (Clarice).

Desse modo, a maternidade, em certas ocasiões, é um fator que restringe a autonomia de mulheres e ocasiona em tensões junto ao trabalho remunerado, aspecto que não tem o mesmo peso para os homens (BIROLI, 2018). As consequências por uma gestação e pelo *care* não deveriam influir no processo de trabalho de mulheres, visto que o mesmo não ocorre com os homens, isso só demonstra como o trabalho feminino fora de casa ainda apresenta dificuldades em sua legitimidade social diante das relações de gênero com enfoques predominantemente tradicionais. Nessas condições de trabalho, o seu caráter de promover independência fica comprometido. O fato de Clarice receber o benefício Bolsa Família pôde contribuir para "reduzir a sujeição feminina a relações de exploração no mercado de trabalho e, neste sentido, ampliar o leque de escolhas para as mulheres" (BARTHOLO, PASSOS, FONTOURA, 2017, p.19).

Ao mesmo tempo em que esse trabalho fora de casa exprime processos de autonomia, também apresenta restrições pelo ordenamento social. Clarice teve dificuldades diante da postura de sua empregadora. Já Adélia, para conseguir trabalhar, tinha que garantir a manutenção do equilíbrio familiar. Nesse sentido, ela opera cotidianamente estratégias para ter a autonomia tão desejada junto à viabilidade do trabalho remunerado.

Conforme Saffioti (2013) traz, uma das formas encontradas pelas mulheres para conciliar a esfera familiar e doméstica com a inserção no mercado de trabalho foi mediante o trabalho em domicílio, como fez Adélia, que afirma frequentemente essa sua condição: "trabalho em casa para poder trabalhar". Todavia, torna-se uma "tarefa complexa": equilibrar a casa e o trabalho assumindo, por vezes, um cenário de incompatibilidade e de difícil conciliação (SAFFIOTI, 2013, p. 96; BORGES, 2007). Assim, uma dessas dimensões acaba ficando em plano secundário e, ocasionalmente, os planos relacionados ao trabalho remunerado são adiados ou o tempo dedicado ao mesmo é alterado diante dos cuidados com os(as) filhos(as) e do trabalho doméstico em prol de uma integração plena no projeto familiar (ROMANELLI, 1995; SAFFIOTI, 2013).

Com isso, para elas, o trabalho e independência econômica são importantes, mas em primeiro lugar vem seus(as) filhos(as). Também compreendem que, quando os

maridos também trabalham, o trabalho remunerado realizado por eles tem uma importância social e familiar maior, assim, a ocupação realizada por elas se apresenta como secundária para a sustentabilidade familiar. Dessa forma, seu trabalho enquanto contribuição para a renda familiar figura como um suporte, considerando-o mais como uma necessidade de "ter autonomia" do que "necessidade de fome" (Adélia). O fato do interesse em trabalhar relacionar-se mais com uma progressão pessoal, fazendo com que "abrir mão" dele seja difícil e ocasione em tensões quando o ambiente doméstico direciona-a mais para o *care*. A descoberta da gestação quando queria profissionalizar-se ocasionou em conflitos e ansiedade, uma vez que a ampliação do envolvimento familiar influi em sua produtividade e sucesso profissional (ROCHA-COUTINHO, 1994).

Ademais, o trabalho em casa e em meio período aparece como uma forma de driblar minimamente as relações de gênero, mas expressa também um reflexo das desigualdades entre os sexos no mercado de trabalho.

> O acúmulo da dupla jornada, determinado pelo papel de gênero, cria uma dinâmica em que as formas de flexibilização são justificadas como facilidade de inserção das mulheres no mercado de trabalho, pois permitiriam a combinação da vida profissional com os cuidados da casa e da família. Na prática, no entanto, elas se constituem como uma situação de reafirmação da insegurança e da precariedade das mulheres no mercado de trabalho. (KREIN, CASTRO, 2015, p 6)

Outra estratégia das mulheres diante da centralidade delas no cuidado infantil e doméstico está relacionada às redes de apoio entre a família ou vizinhança. Contudo, a fragilidade dessas relações, bem como a sobrecarga das mesmas, influi para que acabem optando por não ter mais filhos(as) e, assim, não depender do suporte de outras pessoas. Conforme Costa e Fonseca (2002) apresentam, antes mesmo do direcionamento de políticas de proteção social, as famílias de camadas populares apoiam-se diante das adversidades diárias, criando "linhas de ajuda mútua" (FONSECA, 2002, p.53), principalmente quando mulheres precisam se ausentar e não tem com quem deixar as crianças.

Essas redes de apoio são formadas tanto por familiares como por outras pessoas, sendo aspecto principal em suas definições e relações a confiança e o "compromisso negociado" (SARTI, 1996; GIDDENS, 1993, p.109). Segundo Sarti (1996, p.63), a rede familiar é definida pelo princípio de "obrigação moral", caracterizado pela troca de favores e retribuições, sendo a demonstração de falta de interesse uma postura individualista, fragilizando a relação de confiança. Já Giddens (1993, p.110) entende

que a rede de apoio se operacionaliza por uma ética particular que envolve uma "série de compromissos", que definem o que é considerado como comportamento adequado a se ter em relação aos demais membros da família: prestar assistência/apoio ou não. Na relação entre as mulheres, o principal mobilizador da rede é "em função da criança, de sua guarda ou de sua sobrevivência. Mas a circulação das crianças também serve para estreitar laços entre indivíduos da rede" (FONSECA, 2006, p.20).

No caso das mulheres da pesquisa, nesse cuidado compartilhado das crianças, a busca pela rede de apoio é composta majoritariamente por outras mulheres da família materna, em escala geracional (mãe, tia, outras filhas) ou mulheres de confiança das proximidades da casa (ITABORAÍ, 2017; BIROLI, 2018; CHODOROW 2002). Essas relações ficam difíceis e com pequenas possibilidades para Adélia e Janaína, uma vez que não possuem familiares maternos em Teresina.

No caso de Adélia, ela conta com a colaboração de uma vizinha, "comadre, madrinha" dos seus filhos(as). Janaína possui dificuldades ao tecer as relações dessa rede de apoio para lhe auxiliar com aos cuidados com os(as) filhos(as), quando necessita. A única pessoa – mulher – que pode chamar para isso é a sua sogra. Porém, a condição de saúde da mesma já limita o cenário em que Janaína pode pedir o seu apoio. Aliado a possíveis atritos com sua sogra fazem Janaína ponderar que, o pouco interesse por parte de sua sogra não gera uma relação de confiança e de compromisso para que possa se sentir segura e confortável em tê-la como suporte na rede de apoio. Assim, essa ausência de rede familiar que colabore nos cuidados com os(as) filhos(as), faz com que ela se sinta sozinha e sobrecarregada nesse aspecto, motivando-a a não ter mais filhos(as).

> Antes da Mariana eu nunca tinha tomado nada [para anticoncepção] aí depois do Ricardo, que eu vi que eu sofri, eles pequeno, trabalho pra eu poder cuidar sozinha, ele tinha que trabalhar aí eu "meu deus, eu não posso mais ter filho", que a minha mãe mora longe, meu pai, minhas irmãs, minha sogra é doente, eu não tenho cunhada, só tenho dois cunhado. [...] Aí eu ficava "eu não vou querer ter mais filho, não vou, meu Deus, tem como não eu engravidar, aqui sozinha sem pai, nem mãe, sem irmão", só parente do meu marido é ruim [...] Se eu morasse com a minha mãe, tinha minhas irmãs aqui pra me ajudar, aqui é complicado. Só depende dele ou da mãe dele e da mãe dele eu não posso nem contar muito não que não dar [...] Quem é que ia cuidar dos menino porque ela já é doente? Que ela ajuda, mas é complicado. (Janaína)

Além disso, para Janaína, confiar o cuidado dos(as) filhos(as) para uma pessoa que não pertence à rede familiar não era considerado adequado. Relaciono esse posicionamento com a preocupação enquanto mãe responsável. Conforme o modelo ideal de maternidade, transferir o cuidado do filho para outra pessoa, ainda mais para

um(a) desconhecido(a), pode resultar em avaliações sociais de uma postura materna ausente e, consequentemente, a sentimento de culpa (BADINTER, 2011). Assim, considera melhor centralizar o cuidado dos(as) filhos(as) nela, diante da ausência de outra mulher na rede familiar disposta a assumir compromisso junto aos seus filhos.

Já para Cecília, a rede familiar influenciou de maneira diferente na decisão pela laqueadura. Ao contrário de Janaína, ela podia contar com o apoio de sua mãe e pai para o cuidado de seu primeiro filho, principalmente diante da ausência paterna. Dessa maneira, tinha um compartilhamento e divisão de afazeres e cuidados, principalmente, junto à sua mãe:

> Como eu trabalhava, *calçar* e *vestir* era eu, mas a comida era sempre ela [mãe] que botava dentro de casa. Se eu tivesse trabalhando e não desse pra eu levar no hospital, ela levava. Se não desse, ela dizia, aí eu tinha que dar um jeito pra levar. Sempre foi assim. [...] aí a comida ela diz logo "comida aqui não falta pra ele, agora calçar e vestir você se vire" [menção à fala de sua mãe]. Quem me ajudava sempre era minha mãe. De manhã, antes de eu sair pro trabalho, eu já lavava as roupas dele, deixava tudo lavadinha, as mamadeira, coisa dele era tudo organizado no lugar. Eu deixava ali as coisas pra ela fazer, um mingau, uma sopinha se já comesse, tinha fruta, *danone*, uma coisinha sempre deles comer. Eu trabalhava de manhã, estourando duas horas eu tava em casa e quando eu chegava, ela me entregava 'tá aqui a sua encomenda'. Aí pronto, do restante a diante era minha (Cecília).

A essa dinâmica da rede de apoio em que se tem uma instabilidade familiar e econômica, na ausência paterna e na coabitação, a criança torna-se uma responsabilidade de todos os membros da família, ocorrendo a "circulação da criança" entre casas e responsáveis pelo cuidado (SARTI, 2003, p.31). Posteriormente, o filho de Cecília optou por permanecer residindo com os avós maternos, sendo uma rede em que mesmo com o distanciamento domiciliar, "mantem-se os vínculos de sangue, juntos aos de criação" **(**SARTI, 1996, p.57).

Todavia, o tempo excessivo de cuidado que recaia sobre a rede familiar, mais diretamente para a mãe de Cecília, também estipulou limites ao compromisso firmado e à trajetória reprodutiva de Cecília. Como em sua segunda gestação, novamente, não contava com o apoio paterno, o cuidado com o filho reincidia para a família materna. Nesse sentido, diante das ausências dos pais de seus(as) filhos(as) e da constante busca e sobrecarga da rede de apoio, Cecília decidiu realizar a laqueadura:

> Quando eu tive meu segundo menino, aí eu sempre naquilo "meu deus do céu, nan, esse negócio de ter menino, eu já tive um menino, meus pais é que criam ele" e assim, eu sempre trabalhei, em casa de família, aí meus pais que criavam o primeiro, eu já dei o segundo. Aí sempre naquilo, eu vou dar ele. "Eu? Eu não vou engravidar mais não, eu vou falar com a médica pra ela me ligar" (Cecília).

Outro aspecto presente em suas narrativas de maneira geral, e que considero importante para as possibilidades de autonomia e de tempo, é o acesso a políticas públicas, as quais destaco a presença dos(as) filhos(as) na rede educacional e a inserção da família no programa de transferência de renda do Bolsa Família. Contudo, tais políticas possuem suas fragilidades, principalmente em relação a este benefício.

Como evidenciado nas narrativas, há uma complexidade nos relatos sobre maternidade mediante a valorização social e a sobrecarga no cuidado. Isso se dá devido o pouco suporte social e governamental que possuem e que, por vezes, corrobora para a manutenção das relações tradicionais de gênero ao não fomentar programas que apoiem mudanças de práticas junto à paternidade e a relações de trabalho, por exemplo.

> O Estado de bem-estar social se organizou com base num arranjo familiar que conta com o trabalho feminino para suprir as lacunas dos serviços públicos e as políticas sociais, que, neste cenário, acabam sendo calcadas em grande medida num modelo tradicional de família e, com isso, em tradicionais convenções de gênero (FONTOURA *et al*, 2010, p. 12).

O desenvolvimento de algumas políticas públicas de cuidado já vem contribuindo para algumas mudanças nesse cenário, como a inserção da criança em creches, o que diminui o tempo de mulheres junto ao processo educacional e cuidado infantil, e também foi percebido nas narrativas das entrevistadas. Esse tempo dedicado à educação escolar permite que as mulheres dediquem-se a outras atividades (domiciliares, trabalho, acesso à saúde, etc.). Outra medida são os programas de transferência de renda, mas há controvérsias na literatura sobre a sua contribuição para a autonomia feminina ou para o reforço da sua presença junto ao cuidado (PASSOS, 2015).

Como mencionado em seus perfis, a maioria das mulheres são beneficiárias do Bolsa Família. Esse programa de transferência de renda tem uma função importante para algumas dessas mulheres por ser diretamente o único recurso financeiro que elas recebem e gerenciam. Porém, ao mesmo tempo em que garante certa autonomia econômica a elas, também remete a um terreno de inseguranças diante dos riscos de bloqueios. Assim, este benefício lhes confere uma autonomia financeira, porém a sua instabilidade ocasiona frustrações e a dificuldade em realizar planos maiores. Isso coloca às mulheres uma participação menor ou secundária em relação ao rendimento econômico familiar, ficando dependentes do trabalho e salário do marido.

Ressalto, ainda, que este benefício gera diferentes posicionamentos entre os(as) estudiosos(as) em relação à sua colaboração para a autonomia feminina, devido às

condicionalidades do programa que acabam sobrecarregando as mulheres e centralizando a responsabilidade feminina em dimensões tradicionalmente elencadas a elas (acompanhamento escolar e de saúde dos filhos e cuidados reprodutivos/contraceptivos). Todavia, também pode fornecer certa segurança financeira e diminuir a subordinação do parceiro (SOUZA, MARIANO, 2017; BARTHOLO, PASSOS e FONTOURA, 2017).

> De um lado, uma vertente da crítica feminista aponta o uso instrumental da mulher pelo Estado como forma de ampliar a eficácia da política pública e o reforço da naturalização do papel feminino de cuidado. De outro, argumenta-se que o acesso à renda pela titular pode ampliar seu poder de decisão e gerar mais autonomia, na medida em que permite à mulher participar da provisão financeira do lar, tarefa tradicionalmente masculina (BARTHOLO, PASSOS, FONTOURA, 2017, p.9).

Também destaco a relação desse benefício com a reprodução, uma vez que o seu valor amplia conforme o aumento do número de filhos(as). Contudo, isso não significa que mulheres queiram ter mais filhos no intuito de ingressar no programa ou ampliar o valor recebido (QUADROS, SANTOS, 2017; BARTHOLO, PASSOS e FONTOURA, 2017). Assim, contrariando uma ideia disseminada no senso popular de que mulheres buscariam ter mais filhos(as) devido o valor deste programa. Relaciono esse pensamento com as narrativas das mulheres entrevistadas, considerando que as suas intenções foram em limitar o número de filhos(as) e melhorar a renda familiar com a inserção/estabilização, sua ou de se parceiro, no mercado de trabalho. A carreira profissional contribui para a autonomia financeira e saúde mental das mulheres (FIORIN, OLIVEIRA, DIAS, 2015).

O fato de abdicarem seu tempo e energia em prol do cuidado dos filhos é algo valorizado, mas também não querem que seja permanente, seja para poderem trabalhar e ter seu próprio dinheiro, ou apenas para poderem descansar. Em dinâmicas familiares em que as assimetrias entre os gêneros destacam a autoridade masculina, elas buscam formas de atenuar essa centralidade do *care* apoiadas por outras mulheres ou sozinhas. Mesmo que carreguem percepções do modelo ideal de maternidade, não é apenas essa vivência que as define. Desse modo, buscam conciliar a exigência social com seus projetos individuais e outras formas de feminilidades. Nesse sentido, assumir o controle da fecundidade mostra-se como uma importante forma de mudar os seus caminhos.

5.2.4. “Hoje eu não sou aquela”: direcionamentos contraceptivos e protagonismo das mulheres

As narrativas dessas mulheres resgatam as suas reflexões e trazem tanto elementos que condicionam seus percursos como a sua compreensão das lógicas da estrutura social e, assim, as formas encontradas para trilhar espaços de existência/autonomia dentro das regulações sociais (BRANDÃO, 2007). Diante dos aspectos anteriormente expostos, as motivações pela laqueadura assemelham-se com pesquisas antecedentes em relação a uma gama de elementos que vão direcionando o campo de suas possibilidades de suas vidas e o planejamento reprodutivo. Esses elementos podem ocasionar um “efeito dominó”, em que cada vivência influi em suas escolhas reprodutivas, de maneira quase consecutiva, e interliga-se a outros campos de sua vida, de modo a posteriormente colaborar nas motivações e decisão em não ter mais filhos(as), através da realização da laqueadura.

Assim, conforme os relatos dessas mulheres, esse “efeito dominó” foi influenciado pela participação mínima ou ausente do parceiro na negociação contraceptiva (CARVALHO; SCHOR, 2012) que, ao considerar tal preocupação como “coisa de mulher”, faz com que elas assumam a responsabilidade na contracepção (CARVALHO, PIROTTA, SCHOR, 2001). Essa incumbência passa a ser vivenciada em meio às dificuldades tanto no acesso à informação e aos serviços de saúde como também na avaliação negativa dos métodos contraceptivos reversíveis, pelos efeitos ocasionados à sua saúde (CARVALHO, SCHOR, 2005). Assim, a escolha pela laqueadura também é reflexo da insatisfação com demais tecnologias contraceptivas (CARVALHO *el al*, 2004).

> Aí depois que já tinha os três meninos, que eu fui pra laqueadura que, pra mim, era a forma que eu ia, que eu achava que não ia mais engravidar de jeito nenhum e que também não ia me fazer mal porque era só uma coisa só, eu ia ligar e pronto. Não ia ficar botando nada dentro de mim e eu achava que ia ser, como eu já tinha meu marido, era a forma melhor de eu me prevenir, de criança, sabe, mas aí acabou que não deu certo [...] também eu já tava cansada de ficar tomando remédio e a camisinha também, eu não gostava muito, então a laqueadura era a minha única opção e assim eu fiz [...] é melhor você fechar a fábrica de vez que não vai ter perigo nenhum. Sempre a minha opção pra mulher não engravidar, de jeito nenhum, era a laqueadura. Eu só pensava que se você ligasse, você não ia ter mais. Eu só queria isso (Clarice).

Nesse sentido, acabam optando pelo método que consideram possuir uma maior eficácia e que não dependem da colaboração do parceiro, do serviço de saúde ou de um

maior conhecimento sobre o seu corpo e sexualidade (CARVALHO; SCHOR, 2012). Além de corroborar para a escolha da laqueadura, essas dificuldades contraceptivas junto aos serviços de saúde e/ou aos parceiros também podem resultar em gestações indesejáveis. Perante as vivências de violência obstétrica, gestar e parir uma vida remete à mais dor e sofrimento institucional.

Ademais, o contexto familiar de divisão sexual do trabalho, a sobrecarga feminina no cuidado com a casa e os filhos(as) e as expectativas sociais delas e dos outros sobre a maternidade restringem o seu tempo, sua autonomia e, assim, as possibilidades de vivenciar outras formas de feminilidades. Nessa busca por conciliar os afazeres domésticos com o trabalho remunerado, ter tempo para os outros e tempo para si, e assumir a perspectiva de "mãe responsável", podem insurgir-se à experiência cotidiana do cuidado infantil. Desse modo, a decisão pela estabilização da fecundidade apresenta-se como melhor escolha (DALSGAARD, 2006; SCAVONE, 2004;ALVES, 2017).

Como última tentativa de buscar a participação dos maridos na escolha contraceptiva, excetuando Clarice, essas mulheres dialogaram com os seus parceiros sobre a possibilidade deles realizarem a vasectomia, tendo em vista que, algumas delas consideravam o acesso à esterilização feminina mais "complicada" ou não queriam necessariamente fazê-la, mas compreendiam a necessidade do casal optar por alguma forma de controle de fecundidade de maior eficácia. Todavia, falar de vasectomia com os seus parceiros não era algo simples, principalmente considerando as relações de gênero tradicionais no ambiente familiar.

Fonseca (2004) destaca que um componente importante para o prestígio de homens pertencentes a camadas populares envolve a ideia de sua virilidade, sua capacidade procriativa reflete a sua força, sendo a paternidade uma reafirmação da sua fecundidade. A potência sexual faz parte das atitudes esperadas de um homem que seja homem, um homem viril, macho (SAFFIOTI, 1987; BOURDIEU, 2018). Assim, os diálogos das mulheres com os seus companheiros trazem o entendimento de que, para eles, um procedimento no órgão que simboliza essa virilidade representa uma ameaça à sua identidade masculina. Nesse sentido, emergiram em suas narrativas uma série de discursos e sentidos de modo a retratar o que esse procedimento acarretaria em suas vidas.

> [...] bem que o homem também poderia fazer, também, pra não dificultar o trabalho da gente, né, é tanta coisa, mulher, devia também fazer vasectomia, tem homem que faz, mas tem homem que não faz, porque diz que 'não é

> mais homem' depois que faz, é uma coisa popular, que as pessoas criaram, inventaram isso aí, aí os homens ficam pensando. Já ouvi muitos falando isso. Cheguei a perguntar se ele [marido] podia fazer, "Deus me livre, deus me livre" [ênfase, menção à resposta do marido], por quê? Porque é esse popular, tão inventando uma história, eu vou me submeter àquilo que tão falando? Aí não faz a vasectomia porque diz que depois que faz "não é mais homem pra mulher nenhuma", tu acha que uma conversa dessas tem rumo? Essa conversa foi quando eu tava grávida da outra, antes da laqueadura [segunda filha], que aí eu fiquei pensando "devia tu fazer, ne não? Que aí não iam mais me cortar", que a minha é cesariana, né, e toda vez tem que me cortar, "eu não vou fazer não, vou não, vou não" [menção à resposta do marido]. Essas coisas de homem [risos]. Na segunda gestação eu já tava pensando em laqueadura, né, aí eu falei "e por que tu não faz?" [ela pro marido], "eu? não", ele diz que os outros falam que vão é *capar* [risos], tu acredita? Eu não entendo isso, eles ficam criando essas histórias, as pessoas acreditam. Mulher, tem tanta crença, que as pessoas ficam "meu deus do céu". Nunca conversou com médico, o médico falou com ele não, é os outros homens que falam. Nan, ele só falou "deus me livre", aí eu já entendi já que ele mesmo não ia fazer não, não falou mais nada, só isso mesmo (Adélia).

Realizar a vasectomia significava bem mais do que o fato de não poder gerar mais vidas. Trazia o medo da perda da virilidade e do "fantasma da impotência" (OLIVEIRA, BILAC, MUSZKAT, 2011). Assim, essa "crença" configurou o campo do saber do parceiro de Adélia sobre a vasectomia. Exprimia um peso maior para ele do que a necessidade de controlar o número de filhos(as), limitando esses diálogos e não procurando os serviços de saúde para outras formas de orientações. Esse medo de ficar "capado" foi maior do que a possibilidade de aplacar o "trabalho" que Adélia possui no campo reprodutivo e contraceptivo.

Essas representações sociais que maculam a masculinidade através da perda da virilidade e da impotência são fortes e duradouras porque foram construídas socialmente, possuem, portanto, força social, ganham a aparência de evidência e são percebidas como naturais (BOURDIEU, 2004, p.34). O relato de Alzira também foi similar à situação vivenciada por Adélia. Assim como Adélia não queria passar por cirurgia novamente, Alzira também não queria ter que se submeter à laqueadura, mas a resposta de seu marido e as dificuldades contraceptivas não a deixou com muitas alternativas.

> Eu sempre dizia que eu mesma não queira [fazer a laqueadura], eu mesma não queira, mas eu questionei se ele não teria coragem de fazer. Aí ele disse que não, que não ia dar certo ele fazer. Eu até falei que não tem nenhum risco, nenhum perigo. Até porque eu já tinha conversando com a enfermeira, que ela tinha me dito que se ele quisesse não tinha nada, que a recuperação era até mais rápido, que não tinha problema nenhum, se no caso ele aceitasse, mas ele não aceitou, não quis. Ele não falou realmente assim "Não, eu não vou fazer" [menção à resposta do marido], mas ele disse assim, "Não, pode ser que não der certo pra mim ir. Isso não é coisa pra mim fazer." [menção à resposta do marido] Machismo, bobagem. Aí eu até brinquei com ele:

> "Rapaz, tu não vai deixar de ser homem não." [...] É porque acha que ele não poderia passar por isso, que quem tinha que fazer era eu mesmo (Alzira).

Ao colocar o seu posicionamento, o marido de Alzira demonstrou as suas percepções sobre masculinidade e feminilidade, que divergiam da maneira como Alzira as compreendia. A postura de seu companheiro assemelha-se a aspectos da masculinidade hegemônica, na ideia de homem viril, forte, ativo, provedor, sendo a heterossexualidade um eixo estruturante para a sexualidade masculina (GOMES, 2007; GOMES, 2011). Assim, algum ato que possa ir de encontro a esses aspectos, não é bem aceito. Ademais, sob esse viés, considerou-se como arena da feminilidade o âmbito reprodutivo e contraceptivo, não sendo cabível para ele ferir o seu corpo e sua identidade masculina. Já para Alzira, como cobrado e reclamado outras vezes junto ao seu marido, caberia um compartilhamento de responsabilidades entre o casal. Isso a levou a externalizar a percepção sobre a atitude do parceiro enquanto uma postura machista, uma visão incoerente, boba, mas que retrata a autoridade do *chefe da família* e as assimetrias nas relações de gênero.

O relato de Cecília também expressou uma resposta negativa por parte de seu companheiro, cujo pensamento emergia a preocupação com a sua sexualidade diante do discurso popular, resumindo a conversa em poucas palavras:

> [...] se fosse o caso dele fazer, ele não fazia [risos]. Fazia não. Eles [homens] sempre comentam aí que quando chega uma fase, uma data, aí eles viram viado, num sei o que, ele disse que num fazia não. Quando eu ainda tava grávida eu perguntei o porque ele não fazia e ele "deus me livre, minina" [risos] (Cecília).

Esses relatos assemelham-se ao que diz Connell (2016, p.101) para quem "as razões por trás da resistência dos homens incluem ameaças à identidade que ocorrem junto com as mudanças". Diante disso, a virilidade faz parte dos discursos hegemônicos sobre o que é *ser homem heterossexual*, sendo importante compreender o significado de ser viril como uma noção relacional: "construída diante dos outros homens, para os outros homens e contra a feminilidade, por uma espécie de *medo* do feminino, e construída, primeiramente, dentro de si mesmo" (BOURDIEU, 2018, p.79). Assim, optar ou não pela vasectomia influi em como alguns homens irão perceber-se como *macho* e o valor que os demais homens – e mulheres - atribuem à sua masculinidade e, assim, a aspectos de sua identidade.

Esse aspecto relacional da noção de virilidade se apresentou durante os momentos de negociação entre Janaína e seu parceiro sobre quem realizaria a

esterilização. Tal decisão por parte do casal foi balanceada por alguns fatores, como optar pelo método com menos tempo de espera (vasectomia) ou por um que causasse menos desvios na norma de gênero e menos *"falatórios"* em seu convívio social (laqueadura). Uma vez que a virilidade assume uma representação social importante para a reputação masculina (FONSECA, 2004), Janaína assumiu a decisão pela laqueadura de modo a manter o prestígio social de seu marido:

> O nosso médico falou que seria mais rápido pra ele [marido], que é mais fácil pra homem. Aí ele [marido] ficou 'não, não, não dar certo não'. Ele ficou com medo, mas eu disse assim "não, doutor, é eu que quero", mas ele quis, ele ficou em dúvida, mas eu entrei na frente primeiro, 'não, vai ser eu'. Ele [médico] explicou tudo pra ele, que era mais rápido, era recente, que o meu não é muito recente, mas o dele era...ele não... 'não, vai ser você mesmo, vou assinar os papel' e pronto. No final, ele disse 'vai ser você, pra cuidar dos meninos, a gente dar um jeito, mas eu não vou porque eu vou ter que trabalhar. Se eu me operar, aí como é que a gente vai viver?' Também ele ficava, os parentes lá, os meninos ficavam falando 'ah, vai se capar, vai se capar', aí ele [marido] dizia assim 'me capar? Só porque eu vou'...aí acho que ele também queria fazer, se eu não fizesse, ele ia fazer, é porque também os menino ficavam falando 'ou a mulher ou você que vai fazer?', 'vai ser ela' (resposta do marido pra outras pessoas), 'não cara, tu vai ser capado', dizia que ele ia se capar (Janaína).

Outro aspecto presente nesse relato é a atuação da equipe de saúde, que fomentou a participação masculina no cuidado reprodutivo. Contudo, a busca de homens por serviços de saúde possui uma relação tanto com a agilidade ou não do acesso ao atendimento, como também ao entendimento sobre masculinidade e cuidados de saúde (GOMES, 2007). Mesmo que os(as) profissionais buscassem estratégias para dialogar com o marido de Janaina, haviam aspectos que dificultavam a possibilidade de realizar a vasectomia. Estes empecilhos refletem sua posição enquanto homem provedor e viril.

Diante de tais discursos presentes no senso comum e a defesa pela virilidade como parte da identidade masculina, ressalto as contribuições de Connell e Messerchmidt (2013) e Albuquerque Júnior (2003) sobre a singularidade de aspectos da cultura local e regional para a constituição da masculinidade; assim, entenderemos mais a importância dada ao falo e à sexualidade masculina. Connell e Messerchmidt (2013, p.266) compreendem que as masculinidades são caracterizadas por suas pluralidades e hierarquias, um dos aspectos que colaboram nesse campo plural é a "geografia das masculinidades", apresentando configurações distintas conforme o seu espaço social e geográfico em graus diferentes.

> Masculinidades hegemônicas existentes empiricamente podem ser analisadas em três níveis: 1. local: construídas nas arenas da interação face a face das famílias, organizações e comunidades imediatas, conforme acontece

> comumente nas pesquisas etnográficas e de histórias de vida; 2. regional: construídas no nível da cultura ou do estado-nação, como ocorre com as pesquisas discursivas, políticas e demográficas; e 3. global: construídas nas arenas transnacionais das políticas mundiais, da mídia e do comércio transnacionais, como ocorre com os estudos emergentes sobre masculinidades e globalização (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013, p. 267).

Falar na construção masculina que teme a vasectomia por medo de influir em sua virilidade é relembrar do espaço cultural local e regional no qual esses homens se encontram. Os modelos regionais de masculinidade influenciam, parcial ou totalmente, nas relações de gênero e nas masculinidades hegemônicas em nível local, delineando "uma estrutura cultural que pode ser materializada nas práticas e nas interações cotidianas" (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013, p.267). Ao falar em Nordeste, durante o processo histórico de sua organização geográfica e identitária, muitas imagens foram construídas para definir o homem nordestino, mas um elemento basilar e que deveria ser preservado ao longo dos anos é a sua capacidade de intervenção na vida social, a sua potência, o seu lado viril, sendo o nordestino "definido, acima de tudo, como uma reserva de virilidade, um tipo masculino, um macho exacerbado" (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2003, p.231).

Considerando essas variedades das relações de gênero, considero que o posicionamento negativo em relação à vasectomia – bem como a baixa taxa de esterilizações masculinas realizadas no Piauí (DATASUS, 2018) – relaciona-se à ideia ainda predominante de masculinidade tradicional nordestina. Um contexto diverso a este está presente na pesquisa de Marchi *et al* (2003), cujo o estudo indica que a iniciativa pela esterilização partiu dos homens, ao considerarem que a vasectomia era uma escolha mais benéfica para eles e para suas esposas e por compreenderem este procedimento cirúrgico como menos demorado e arriscado do que a laqueadura. Além da preocupação com a saúde de suas esposas, eles também tinham receio que a laqueadura pudesse deixá-las "frígidas" (MARCHI *et al*, 2003, p.1021). Nesse sentido, a ideia de esterilidade nessa outra pesquisa emergiu mais em construções sobre a feminilidade do que na recusa pelo procedimento por sua identidade masculina. Esse estudo também pode corroborar com a relação entre gênero e geografia pelo fato de o mesmo ter sido realizado em um estado do sudeste brasileiro, região em que predominou a escolha pela vasectomia nos últimos anos (DATASUS, 2018).

Assim sendo, conforme as narrativas das mulheres, o campo do saber dos seus maridos aproximasse ao discurso popular e distante do conhecimento científico da

academia e técnico dos profissionais de saúde. O conceito de masculinidade da experiência-próxima do terreno comum direciona-se à importância da virilidade para o reconhecimento enquanto homem. Realizar a vasectomia representaria um desvio a essa identidade, caindo sobre os olhares estigmatizadores da sociedade como "capado". Nesse ambiente do que é comum, da norma, encontra-se a relação entre feminilidade e reprodução. Lembrando-me da conversa que tive com um homem no meu local de trabalho, a respeito da esterilização, ele não tinha a "prova", o relato da experiência de outro homem para lhe mostrar que não altera a sexualidade. O que ele via e conhecia eram mulheres *ligadas*. Então, para esse homem, assim como para outros, era a sua esposa que tinha que fazer, pois isso é "coisa de mulher".

Assim, a esterilidade é interpretada de maneira diferente por homens e mulheres e, por conseguinte, afeta simbolicamente campos distintos da vida de cada um: a vasectomia fere diretamente a sexualidade do homem, a laqueadura limita a vivência da maternidade de mulheres.

> Para os homens, sexualidade e reprodução estão associadas de uma maneira que não encontra similaridade entre as mulheres. Isto é, a excitação sexual e o orgasmo são considerados necessários para a participação reprodutiva dos homens e irrelevantes para a participação reprodutiva das mulheres. Assim, a esterilidade masculina pode estar associada à impotência sexual e pode ameaçar a virilidade. Como para as mulheres não há associação entre fertilidade e sexualidade (a gravidez independe da excitação sexual e do orgasmo), não conseguir ter filhos não ameaça sua sexualidade, mas coloca em questão sua feminilidade, porque as impede de cumprir sua vocação feminina "natural" de mãe (COSTA, 2001, p.120, grifos da autora).

Sob essa perspectiva, a esterilidade de mulheres carrega um estigma social e uma visão de incompletude quando compromete a vivência da maternidade (TRINDADE, ENUMO, 2002), isto é, em situações de mulheres inférteis ou daquelas que buscam realizar a laqueadura sem ainda ter tido filhos(as). No caso das interlocutoras dessa pesquisa, já possuíam filhos(as); o desejo pela esterilidade dessas mulheres não conotava uma compreensão negativa com essa ideia de feminilidade. Na verdade, é diante dessa experiência de maternagem e das demais dimensões cotidianas das relações de gênero que anseiam por outras possibilidades de ser mulher.

Assim como a laqueadura se apresentou como um terreno comum para alguns de seus parceiros, também é um assunto familiar para essas mulheres: algo que já ouviram falar, que conhecem membros das famílias que já a realizaram (mãe, irmãs, tias, sogras), por conversas durante a sala de espera na unidade de saúde ou através de diálogos pela vizinhança, sendo uma forma contraceptiva desejada, planejada e escolhida para estabilizar o ciclo reprodutivo. Isso reflete a "cultura da esterilização" presente ainda na

região Nordeste (BERQUÓ, 1993, p.374; CARVALHO, BRITOS, 2005). Para além disso, retratam as suas reflexões sobre o cotidiano "corrido" (Janaína), sobre as desigualdades de gênero nas relações familiares. Revelam que formas elas podem contornar ou parar esse "efeito dominó" generificado, em que "tudo sou eu, tudo tem que ser eu" (Alzira).

Diante do inconformismo com a (im)posição de gênero, a postura dos parceiros no que tange à contracepção, afazeres domésticos e/ou paternidade/paternagem bem como o desejo por trilharem a autonomia, essas mulheres tomam a frente na decisão pela esterilização feminina. Com isso, nesse contexto de masculinidades predominantemente hegemônicas e feminilidades que transitam entre permanências e mudanças, a tomada de escolha pela laqueadura pode ser compreendida como uma estratégia de agenciamento feminino (DEL PRIORI, 2013; QUADROS, SANTOS, 2017). Essa nuance de como a sua escolha e autodeterminação no controle de fecundidade vai se direcionando está presente em uma narrativa de Janaína, quando ela reflete sobre a sua mudança de postura contraceptiva diante de suas vivências:

> [...] Olha, como eu mudei praquele tempo pra agora, que ele disse que antigamente eu era mais solta, mas depois... não passava na minha cabeça isso de usar algo [método contraceptivo], hoje que eu faço. Olha, como eu era boba antigamente [silêncio] hoje eu ainda falo pra ele, 'hoje eu não sou aquela' [ênfase]. Aí hoje ele ver como eu mudei, mudei assim, porque eu escolhi essa [forma contraceptiva], né (Janaína).

É interessante observar a distinção na narrativa quando traz o posicionamento do seu marido e o seu sobre a ausência de controle de fecundidade. Conforme a reflexão acima, para o seu marido, ela transparecia uma imagem de ser mais "solta", menos preocupada e com mais liberdade em relação à sexualidade. Enquanto Janaína, ao olhar para o seu passado, se considerava "boba", remontando a uma avaliação negativa e ingênua sobre si mesma. Resgatando as suas narrativas sobre a trajetória reprodutiva, ela considerava que quem tinha uma "experiência" sexual e contraceptiva era o seu parceiro, o que a fazia esperar mais responsabilidade da parte dele, em virtude do desconhecimento dela sobre métodos contraceptivos e sobre o funcionamento de seu corpo.

Contudo, as gestações imprevistas, a materialidade do seu cotidiano "corrido" e o cuidado infantil sem uma rede de apoio fez com que reavaliasse o seu percurso contraceptivo. Assim, decidiu não ser mais aquela que esperava que a "experiência" do parceiro fizesse diferença no controle de fecundidade. Não ser mais quem sofreu ao ter gestações em curto intervalo de tempo, que se sentiu culpada por não realizar um

cuidado adequado para a filha Mariana enquanto estava grávida de Ricardo. Não ser mais aquela que fica isolada em casa e dedica o seu tempo para os outros. Não ser mais aquela que não consegue fazer um "*bolin*" para os(as) filhos(as) diante do bloqueio do Bolsa Família, da instabilidade do trabalho de seu parceiro e por não ter um emprego.

Assim, o fato de Janaína não se considerar mais a mesma mulher exprimiu uma transformação na forma como se percebe no controle reprodutivo, mudando para uma postura mais ativa e assumindo as decisões sobre o seu corpo e sua vida. Ao contrário da percepção do parceiro de Janaína, a escolha pela laqueadura não a deixou menos "solta". Considero que essa decisão denotou em outras possibilidades e percepções sobre feminilidade para ela, e também para as outras interlocutoras da pesquisa, como apresentado no próximo tópico, em que discutimos sobre os significados da laqueadura.

Com isso, é importante observar essas motivações e esses sentidos relatados sobre a escolha pela laqueadura. Uma vez que essas mulheres encontravam-se em um contexto de poder e de autoridade limitados pelas desigualdades de gênero, elas vão buscando estratégias indiretas para gerir suas vidas, indo pelos interstícios e não no confronto direto com suas dinâmicas familiares e cotidianas (ROCHA-COUTINHO, 1994; ROMANELLI, 1995). Considero que, quando tomaram para si o controle da fecundidade, não foi em um sentido de obrigatoriedade, mas como uma forma de não ficar à espera de uma corresponsabilidade de seu parceiro junto à contracepção, cuidados domiciliares e/ou infantil. Apresentou-se como um meio de responder ao "efeito dominó" em suas trajetórias, uma estratégia que lhes é possível diante do seu cotidiano, uma forma de desviar a rota de suas vidas para o caminho que desejam.

> É um recurso que as mulheres utilizam como reação às pressões exercidas sobre elas, como: dificuldades de acesso a métodos, falta de colaboração do companheiro, falta de conhecimento do corpo, dificuldades financeiras e necessidade de trabalhar fora do lar para complementar a renda família (MARCOLINO, 2000, p.36)

Todavia, as modificações não podem ser apenas em suas atitudes, também é fundamental alterações nas representações de gênero por parte de seus maridos. Segundo Albuquerque Júnior (2003, p.252) há a necessidade de desconstruir os discursos sobre "o falo como significante nuclear de uma forma de ser regional, de uma identidade regional" a fim de promover relações de gênero menos assimétricas e hierárquicas, sendo "preciso que na carnação da fala se fala a desencarnação do falo". Para tal, também é importante fortalecer a promoção de informação junto às unidades de

saúde a fim de estimular a participação masculina e desmitificar a ideia de perda da virilidade com a realização da vasectomia (NICOLAU *et al*, 2010)

5.3.Percursos e significados da laqueadura

Após a tomada de decisão pela laqueadura, as mulheres iniciaram a busca de informações sobre a realização do procedimento junto a conhecidos e aos profissionais de saúde. Neste item, destaco os itinerários percorridos até a laqueadura, uma vez que essa relação com os profissionais de saúde influiu para definir o momento e a forma de acesso em que decorreu esse processo cirúrgico. Ademais, apresento os significados que essa cirurgia apresentou para as suas vidas.

5.3.1. Quando e como ligar: discursos e caminhos para a laqueadura

Como lembra Marcolino (2000), a escolha pela laqueadura engloba tanto ponderações realizadas pela mulher como o posicionamento da equipe de saúde. Estes podem influenciar na decisão feminina e apontar condicionalidades nas quais a mulher desconhecia, que pode facilitar ou dificultar o acesso a esta forma de controle de fecundidade. Diante da multiplicidade dos relatos, organizo a apresentação de seus percursos através de dois aspectos, que considero determinantes para os seus itinerários:

1. Práticas discursivas dos(as) profissionais sobre os critérios da laqueadura: definem o "quando *ligar*", que nem sempre se assemelha às condições presentes na normativa legal ou com a expectativa das mulheres.
2. Formas de acesso à laqueadura: demarca o "como *ligar"*, mediado pela organização formal da assistência em saúde e outras possibilidades informais de acesso junto a acordos pessoais.

Considerando esses aspectos e o fato desse procedimento ter sido realizado há alguns anos, ressalto algumas informações dessas mulheres relacionadas ao seu perfil durante a busca pela laqueadura.

Tabela 5 – Perfil das mulheres em relação a aspectos da realização da laqueadura

Nome	Alzira	Adélia	Janaína	Cecília	Clarice
Idade ao realizar a laqueadura	40 anos	28 anos	26 anos	24 anos	30 anos
Número de filhos(as) vivos(as) ao buscar pela laqueadura	2	2	2	2	3
Estado civil quando realizou a laqueadura	Casada	União Estável	Casada	União estável	Solteira
Número de tentativas da busca pela laqueadura	2	2	1	2	4
Momento em que ocorreu o procedimento	Parto cesáreo	Parto cesáreo	Cirurgia eletiva	Parto cesáreo	Cirurgia eletiva
Forma de acesso ao procedimento pelo SUS	Informal	Formal	Formal	Informal	Informal

Em relação ao momento em que realizaram a laqueadura, há similaridades no perfil dessas mulheres com a pesquisa documental realizada no HPMPI (ver tabelas 2, 3, e 4) no tocante aos dados predominantes relacionados ao estado civil, escolaridade e faixa etária. Assim como as mulheres teresinenses que realizaram laqueadura em 2017, a maioria das interlocutoras da pesquisa, quando realizaram o procedimento, tinham idade entre 26 a 39 anos; encontravam-se em um relacionamento afetivo heterossexual - apenas Clarice estava solteira quando realizou o procedimento - e, em relação à escolaridade, a maioria das mulheres possuíam ensino médio, incompleto ou completo.

No momento em que efetivaram a laqueadura, a maioria possuía dois filhos(as) vivos(as), mas três estavam gestantes, tendo ocorrido a laqueadura no momento do parto. Essas mulheres vivenciaram dificuldades para conseguirem realizar a laqueadura. Muitas buscaram por este procedimento mais de uma vez, seja junto à unidade de saúde ou de outras formas. Considero que esses limites acabem resultando na busca de outras formas de acesso ao procedimento, visto que a maioria das mulheres viabilizou a laqueadura através de acordos informais com profissionais de saúde.

Em relação às práticas discursivas sobre os critérios legais, pontuo que essas mulheres não têm ou não tiveram acesso à lei. O que norteou os seus percursos foram os enunciados que chegaram até elas, seja por profissionais de saúde ou por familiares, amigos(as), vizinhos(as). Assim, as informações conforme lhe foram repassadas, por

vezes, apresentavam-se diferentes do que contém na lei, seja em relação aos critérios exigidos para fazer a laqueadura ou em relação à assinatura do parceiro.

Tabela 6 – Práticas discursivas sobre quando realizar a laqueadura

	Informação legal	Informação dos profissionais da saúde	Informação de outras pessoas
Critérios	- 25 anos ou mais; ou 2 filhos(as) vivos(as) - Laqueadura no parto cesáreo como exceção (situações de risco)	- Restrição ao procedimento de acordo com a idade (risco de arrependimento) - Articulação do critério da idade e número de filhos/as (variação entre 2 a 4)	- Laqueadura junto ao parto como o cenário normal; estranhamento da cirurgia eletiva
Assinatura cônjuge	- Apenas em caso de relação conjugal	- Insistência na assinatura do homem, mesmo em situação de separação	- Presença de um termo em que o marido assina

Esses aspectos assemelha-se às pesquisas de Yamamoto (2011) e Berquó e Cavenaghi (2003) que trazem as controvérsias e diferentes interpretações do que existe na lei. Esses discursos resultam em limites para o momento em que a mulher deseja realizar a laqueadura, ficando sobre o crivo da subjetividade e entendimento dos profissionais de saúde, uma vez que mesmo ela atendendo às condições, é a equipe de saúde que decidirá se o realizará ou não, principalmente o(a) médico(a).

Isso lembra o que Fernandes (2003) apresenta sobre a medicina – e demais disciplinas da saúde – como sendo um instrumento de controle social. Este autor ressalta os dispositivos de poder utilizados nas práticas médicas e nas decisões reprodutivas, a saber: o controle sobre os recursos material (o domínio das tecnologias reprodutivas), intelectual (conhecimento técnico-científico e disponibilização de informações) e ideológico (habilidade para gerar, propagar e institucionalizar valores, atitudes e comportamentos na reprodução).

Considerando esses discursos sobre quando realizar a laqueadura, o incentivo da comunidade para a busca pela laqueadura no momento do parto remonta ao processo histórico-cultural desse procedimento no Brasil. Também envolve um pensamento de ordem prática: como já terão que ficar internadas em um Hospital e depois do nascimento do(as) filho(a) se veem com mais cuidado infantil, o parto apresenta-se como uma oportunidade de resolver o controle de fecundidade. Tanto o é, que o número de mulheres da pesquisa que realizaram a laqueadura no momento de um parto foi maior do que aquelas que realizaram a cirurgia posteriormente.

O fato de Janaína ter buscado a laqueadura quando não estava grávida, levou a um estranhamento e questionamento social sobre a necessidade de realizá-la naquele período. Para algumas pessoas, ela não teria motivo para querer se internar e *ligar*, Já que estava "boazinha", isto é, sem uma gestação, aconselhando-a a utilizar outras formas de contracepção:

> Porque eu fui boazinha. É, lá na rua que eu moro, todo mundo fala, fica comentando "tu boazinha, boazinha foi fazer essa operação? Vai procurar medicação" [...] A minha sogra falava era muito, olha eu escutei muito da minha sogra, mas eu coloquei na minha cabeça "eu vou, eu vou". Ela ficava, assim, porque eu ia me operar e ela tinha que me ajudar, né, mas a mãe mandou a minha irmã pra ela num ficar, né, aí ela dizia "tu vai procurar é doença, tentação, depois vai ficar aí doente". Eu dizia pra ela assim "doente? A senhora vai querer que eu fique aqui parindo um monte de filho, um atrás do outro? Eu vou". Aí todo dia ela me perguntava "e aí, tua ligação tá marcada?" e eu "se Deus quiser, vai marcar e eu vou, num vou faltar não" (Janaína).

Além do contexto de "normalidade" de realizar a laqueadura durante o parto, essa cirurgia em um momento considerado atípico também era questionada diante da necessidade de deslocar o cuidado infantil para a rede de apoio, algo que já lhe era difícil. Contudo, esses discursos não a influenciaram Janaína negativamente. Na verdade, a lembrança da dificuldade junto à rede de apoio e ao medo de outras gestações fez com que ela confrontasse tais discursos e insistisse na busca pela laqueadura.

No entanto, isso não significa que *ligar* durante o parto seja algo fácil de conseguir. Como demonstra Cecília, em suas duas tentativas prevaleceu a reflexão dos profissionais de saúde sobre o risco de arrependimento e informações distintas sobre as condicionalidades para realizar a laqueadura:

> [Na segunda gestação]
> Ela [médica] "não se preocupe, não, que quando eu fizer o seu parto eu lhe ligo". Quando ela fez o meu parto, pra mim, eu tava ciente que eu tava ligada. Aí no outro dia de manhã, que ela foi lá, ela me falou que não tinha feito a ligação, que eu podia arranjar um marido mais pra frente, ia querer ter um filho, não ia poder dar mais [filhos] pra ele e eu "rum, num vou arranjar mais marido não, doutora". Aí ela "vai, aí tu vai querer ter um filho, aí tu é nova, uma menina mulher de 20 anos, você vai querer desligar, pra desligar você vai ter que pagar agora". Aí eu disse que se eu já tivesse ligada, eu não ia querer mais não. Eu num queria engravidar mais, de jeito nenhum. Se eu pudesse, tinha parado já no meu segundo menino, eu tinha 20 anos e eles num ligavam. (Cecília).
>
> [Na terceira gestação]
> Aí logo ele [médico] me fez medo porque ele disse que pra fazer a ligação tinha que ser quatro menino, aí eu já tinha três, "meu deus do céu, eu vou ter mais outra? Não acredito não!". Da primeira vez que eu tava sangrando que eu falei com ele, ele me perguntou quantos filhos eu tinha, aí eu disse que já tinha dois filho cesariano, que ela era a terceira. Aí ele foi e disse assim "eita, cesariana pra fazer uma ligação agora tem que ser com quatro filhos", mas eu disse assim "doutor, se todo mundo faz ligação com três porque que só eu

> agora que vou ser com quatro?". "Não, pois é, é desse jeitinho mesmo" [menção à fala do médico] (Cecília).

Essas suas duas vivências demonstram como a realização da laqueadura depende do entendimento e decisão médica. Ambos os casos são marcados pelas assimetrias de poder diante do controle profissional dos recursos institucionais para a realização do procedimento (FERNANDES, 2003). No primeiro relato, destacaram-se falhas na relação de confiança entre a profissional e Cecília. Houve uma expectativa gerada pela afirmação médica de garantia de realização da laqueadura. Contudo, a profissional mudou seu posicionamento sem dialogar novamente com Cecília, o que ocasionou um sentimento de frustração em Cecília ao saber que não está ligada, principalmente pela ponderação profissional sobre o desejo pela maternidade, distinta da sua.

Conforme as contribuições de Fernandes sobre o controle ideológico (2003), nessa relação profissional-usuária está em questão a desconsideração da avaliação de Cecília sobre o número de filhos(as) e a influência médica na institucionalização de valores e comportamentos reprodutivos por meio da percepção sobre o arrependimento materno. Entretanto, conforme a pesquisa de Carvalho e Schor (2012), mulheres que buscam a laqueadura dificilmente mudam a sua opinião sobre a forma de regular a fecundidade. A busca por essa cirurgia vincula-se ao medo de futuras gestações, por isso optam pelo método que lhe parece mais eficaz para não ter mais filhos(as). Assim, as considerações sobre arrependimento desconsideram a perspectiva da mulher diante do valor social atribuído à maternidade como inerente à feminilidade.

Esse anseio no controle de fecundidade é evidenciado novamente na terceira gestação de Cecília, em seu medo quando o profissional associa a negociação da laqueadura com a necessidade de ter mais filhos(as). Além de trazer novamente uma ideia de maternidade compulsória e ocultar a possibilidade de realização da laqueadura independentemente da existência de filhos(as), o profissional demonstra o seu poder intelectual enquanto detentor da informação sobre os critérios para o procedimento (FERNANDES, 2003). Ademais o médico apresentou uma compreensão que difere da lei nº 9.263/96, na qual consta a exigência de apenas 02 filhos(as) vivos(as), caso Cecília ainda tivesse menos de 25 anos de idade (BRASIL, 1996).

Similar às narrativas de Janaína e Cecília, outras pesquisas também retratam a influência de familiares e dos profissionais de saúde no processo de realização da laqueadura (ALVES, 2017; MARCOLINO, 2000). Diante disso, a definição de quando realizar a laqueadura dependeria de quem? Da lei, do(a) médico(a), da mulher, do

marido, da mãe, da sogra, dos(as) vizinhos(as)? As falas dos(as) médicos(as) trazidas por Cecília mostra, quase de maneira obrigatória, a necessidade da vivência da reprodução e da maternidade para as mulheres poderem acessar a laqueadura, desconsiderando o fato de poderem laquear sem filhos(as) e reiterando uma importância de ter filhos(as) para o seu reconhecimento social enquanto mulher e para a manutenção de uma futura conjugabilidade.

Com isso, quando as mulheres possuem uma vivência materna restrita, isso é tomado socialmente como uma justificativa para adiar a laqueadura. Todavia, quando elas possuem muitos filhos(as) também passam por julgamentos de modo a quase deslocar a decisão da laqueadura de uma escolha para uma obrigação. Foi o que vivenciou Clarice diante dos comentários dos(as) vizinhos(as) em que tinha que ficar "dando satisfação" sobre o número de filhos(as) e a falha da laqueadura, em meio às perguntas frequentes: "tu vai ligar? Tu vai ligar agora dessa vez, né? Tu vai ligar?" (Clarice).

Perante as pressões sociais de gênero na vivência reprodutiva e materna dessas mulheres, quem define quantos(as) filhos(as) cabem no útero de uma mulher? Como Angélica Freitas (2013) coloca em sua poesia: "*para que serve um útero quando não se fazem filhos?*". A corporificação social patriarcal costuma rotineiramente interligar a mulher à capacidade reprodutiva dos seus corpos, acionando e valorizando a fertilidade de seus corpos até certo ponto. Isso acaba por restringir a autonomia e o campo de possibilidades nas trajetórias de vidas de algumas mulheres, de maneiras diferentes, que tomariam outros rumos caso tivessem viabilizado a laqueadura na primeira tentativa.

O momento de realização da laqueadura também está condicionado pelas informações insuficientes e incompletas fornecidas pelos profissionais de saúde sobre o "como ligar", o que faz com que tenham que tentar mais de uma vez o acesso ao procedimento. Contudo, nas primeiras buscas junto aos serviços de saúde, todas já estavam dentro dos quesitos legais (dois filhos ou mais de 25 anos). Se nesse momento tivesse sido disponibilizado um acesso mais adequado ao serviço de planejamento reprodutivo, o cenário seria diferente. Clarice não teria que enfrentar o dilema de ter que "dar um filho" diante do novo relacionamento, estaria trabalhando e continuado o seu curso superior. Adélia não teria desistido do curso de colorimetria que tanto queria. Alzira teria diminuído a sobrecarga no cuidado infantil e estabilizado o número de filhos conforme o seu plano, após o nascimento de uma menina.

Mesmo se, na primeira busca, elas não tivessem inseridas nas condições legais, ao menos teriam acesso a maiores informações sobre a organização do serviço e às "reuniões" e, assim, teriam um maior e melhor conhecimento sobre a variedade de tecnologias contraceptivas, podendo optar pelo D.I.U., mencionado por Alzira e Adélia como segunda opção, caso não conseguissem acessar a laqueadura na última tentativa. Ademais, se conseguissem um maior compartilhamento das responsabilidades com o parceiro no controle contraceptivo, trabalho doméstico e cuidado dos(as) filhos(as), será que a laqueadura surgiria em suas vidas como forma ideal de regulação de fecundidade? Ao menos poderia não aparecer de maneira tão incisiva, como a "única" forma para conseguir seguir com seus planos em meio aos arranjos de gênero.

Em relação aos serviços de saúde, as mulheres desconhecem a organização institucional do acesso ao planejamento familiar e ficam à mercê do saber-poder dos profissionais. Esse desamparo de orientações demonstra como o acesso à laqueadura ainda é problemático. A elevada procura por essa cirurgia constata a importância desse procedimento para as mulheres. Contudo, a presença de "constrangimentos institucionais" e de gênero, referente ao valor social da maternidade, restringem o acesso e influi no momento em que realizam tal procedimento (HEILBORN *et al*, 2009,p.S276).

> [...] o controle da fecundidade, o espaçamento ou interrupção da vida reprodutiva possibilita às mulheres o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Entretanto, tal autonomia é permanentemente cerceada por constrangimentos institucionais (horários de atendimento, disponibilidade de métodos, lentidão nos resultados de exames, burocracia etc.), que limitam a cidadania das mulheres usuárias do SUS. (HEILBORN *et al*, 2009,p. S276)

O acesso à laqueadura, além de possibilitar uma autonomia sexual e reprodutiva, também se articula a outras dimensões de sua vida, de acordo com suas motivações anteriormente apresentadas e melhor explicitadas no tópico sobre significados da laqueadura. Diante disso, pondero sobre possíveis limites junto aos serviços de saúde na compreensão da demanda trazida por essas mulheres.

Segundo Silva, Batistella e Gomes (2007, p.165, grifos dos autores) as "demandas [sociais por saúde] expressam determinadas 'carências' ou 'necessidades' geradas pelo modo de produção e organização da sociedade". Essas situações de saúde são explicadas enquanto necessárias conforme a perspectiva dessas mulheres, que elencam fatores considerados relevantes na motivação para realizar a laqueadura. Como observado no tópico anterior sobre as motivações e as relações de gênero, falar que não

quer ter mais filhos(as) envolve bem mais dimensões de sua vida do que apenas a esfera reprodutiva.

A realização de uma escuta atenta às suas motivações revela a relevância desse procedimento para as suas trajetórias. Entretanto, a postura profissional que se preocupa mais com as condicionalidades do que com as subjetividades e contexto feminino ou que adia as orientações, denota tanto limites no serviço de planejamento reprodutivo como na percepção das necessidades que se escondem por trás do discurso de "não quero ter mais filhos". Com isso, chama-se a atenção para a importância de mudanças na relação entre profissionais e usuárias de modo fomentar ouras formas de organização das práticas e percepção sobre as mulheres em sua integralidade, realizando "uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem" (MATTOS, 2006,p.60).

Assim, de acordo com as suas interações junto aos serviços de saúde, o momento e a forma de acesso à laqueadura variaram. Alzira, Adélia e Cecília realizaram juntamente a um parto cesáreo, enquanto Clarice e Janaína agendaram o procedimento para períodos afastados da gestação. As dificuldades no percurso de busca da laqueadura também influíram no "como ligar". Enquanto Adélia e Janaína utilizaram-se nos meios na organização institucional da laqueadura, em gravidez de risco e em cirurgia eventual, Alzira, Cecília e Clarice apoiaram-se em outras mediações para acessar a laqueadura, "arranjos pessoais" informais (OSIS, 2006, p.487).

O percurso de Cecília foi mediado apenas pelo diálogo junto aos profissionais durante os seus partos, conseguindo uma afirmativa na segunda tentativa. Mesmo com o médico mencionando ser necessário ter quatro filhos(as), ele realizou o procedimento. Já Alzira e Clarice tentaram junto à Unidade de saúde, porém relatam que o acesso à laqueadura era "difícil", "complicado". Dessa forma, o percurso das duas se constituíram entre enfrentar essas dificuldades junto à rede formal e buscar alternativas, conversando com familiares, amigos(as) ou outras mulheres que já tinham acessado esses meios.

Como mencionado em sua trajetória reprodutiva de Alzira, diante da "reunião" que nunca lhe informavam quando seria e que nunca acontecia, ela viu o momento do parto como uma oportunidade para a laqueadura, tendo em vista a confirmação da necessidade de realizarem um parto cesariano e que se encontrava na Maternidade credenciada para fazer tal procedimento. Quando o médico deu o indicativo de parto cesáreo, a sua prima, que estava como acompanhante, sugeriu à Alzira pedir para o

médico que realizasse a laqueadura. Ela sabia da dificuldade disso se concretizar, pois conhecia a necessidade de ter que passar por um processo. Todavia, não queria deixar passar essa "oportunidade", pois havia conseguido, em parte, o que queria: "encontrar alguém que me ligue".

> [...] Minha prima falou "Olha, se ele vier e disser que vai fazer cirurgia, se acha que vai fazer cirurgia, tu pede logo". Foi dito e feito, na hora que ele voltou, aí ele disse pra mim, que a doutora tinha deixado dito pra ele pra fazer uma ultrassom antes. Só que como eu tava com as contração muito forte, aí ele disse que eu não ia aguentar fazer ultrassom, então por isso ele ia logo me levar pra sala de cirurgia pra tirar o neném, porque ele achava que a cabeça do neném tivesse maior que o tamanho normal. Ele disse que não ia me forçar ter a criança nesse aspecto, desse jeito. "Você vai já pra sala de cirurgia". Aí minha prima "Pede logo ele pra te ligar, pede logo". Aí eu "Doutor, pelo amor de deus doutor, me ligue, já que você vai me fazer passar por isso agora, faça essa ligação". E ele "Não, não sei não, vou ver. Eu não sei de nada. Sei que vou fazer o ser parto, mas *ligar* agora, eu não sei não". Aí eles foram e me levaram lá pra sala [de parto] e lá foi quando ele conversou comigo. Perguntou se realmente eu queria ligar, eu disse que sim. Ele perguntou quantos anos eu tinha, quantos anos meu esposo tinha, quantos filhos nós já tinha. Aí por isso ele disse "Eu só vou fazer porque você já tem três filhos e já tem quarenta anos. Mas se não fosse, eu não ia fazer", aí quando terminou ele me garantiu que já tinha feito, então por isso que eu confio na palavra dele, né. Ele só chegou perto de mim e bateu no meu ombro aí ele disse "Oh, eu fiz sua ligação, não se preocupe não", ele nem falou em laqueadura nem nada, ele falou ligação, a sua ligação. Aí eu só agradeci a ele, eu "Doutor, muito obrigado".
> - Como foi que você se sentiu, quando ele lhe disse isso? [Pesquisadora]
> Nossa, eu senti mais confiante, porque eu pensei assim "Meu deus, graças a deus que eu não vou mais ter filho". Eu não vou mais ter que passar por isso de novo. Eu fiquei muito alegre. Até hoje eu tenho certeza que eu sou alegre por isso. É sério (Alzira).

Essa felicidade trazida pela laqueadura demonstra o quão importante significou esse momento para Alzira e a relação de confiança estabelecida com esse médico. Para além de um controle reprodutivo, significa diminuir o medo de uma gestação imprevista, não ter mais que adentrar novamente uma Maternidade e passar por uma vivência "anormal" junto ao parto, bem como diminuir a continuidade de cuidado infantil e as atividades cotidianas em que "tudo sou eu".

Também o momento de vida na qual se encontrava foi fundamental para que o médico atendesse o seu pedido, visto que ela estava inserida nas condicionalidades presentes no entendimento de alguns profissionais: idade, filhos(as) considerados suficientes e casada. Outro fator que chama atenção é em relação aos sentidos dos termos utilizados pelo médico para a laqueadura, produzindo em Alzira mais certeza sobre a realização da cirurgia diante da utilização do nome que chama a sua experiência-próxima, *ligação*, do que o nome técnico do procedimento (KONUT *apud*

GEERTZ, 1997). Tudo isso ocasionou no sentimento de alegria prolongada, já que a consequência de sua escolha perdurará por longos anos e foi encarada como positiva.

Já Clarice, retratou bastante as dificuldades de conseguir realizar o procedimento junto à rede formal. Diante disso, considerava que lhe era mais acessível recorrer às outras possibilidades que conhecia, mediada por figuras políticas ou outras redes informais entre mulheres.

> Onde eu via mais as pessoas ligando era com político. Políticos ligavam, no tempo das eleições, eles ajeitavam pra você ligar. Pra mim, era mais fácil assim, todo mundo fazia assim. [...] Minha ex-sogra que me falou dessa mulher que ajeita laqueadura, ela já tinha ligado as outras meninas, que também tem sete sobrinhas dela, da minha ex sogra, que ligaram com essa mulher, aí ela que me perguntou se eu queria, eu disse que sim e foi ela mesma que falou com essa mulher[29] (Clarice).

Essas formas de "apadrinhamento político" refletem as dificuldades sentidas junto ao acesso de informações pelos serviços de saúde e dão brechas para a continuidade das práticas de clientelismo político-eleitoral (HEILBORN *et al*, 2009p.272; POTTER, CAETANO, 1998). Se a forma conhecida de êxito é mediada por acordos políticos e têm-se limites institucionais junto à saúde, as mulheres irão buscar o que lhes parece mais próximo e de rápida resolutividade, mesmo que as levem a percursos de incertezas. Diante das possibilidades de acesso à laqueadura, Clarice buscou duas formas de realizar de acesso: pelo processo da unidade de saúde e junto a essa mulher, indo para o que lhe chamasse primeiro, o que acabou sendo o arranjo informal.

O percurso informal iniciou com o diálogo com essa outra mulher, seguida de uma consulta com o médico que realizaria o procedimento. Nesse momento, o atendimento centralizou-se na intermediação do diálogo entre o médico e a mulher, que explicitou da situação de vida de Clarice, seus partos, relacionamento afetivo, números de filhos(as) e condição econômica, de modo a sensibilizar o profissional para a realização do procedimento sem precisar passar pelos trâmites formais. Após a consulta, Clarice recebeu orientações da mulher sobre como deveria ser a sua conduta durante a sua internação hospitalar.

[29] Segundo Clarice, essa mulher não é envolvida com político e não recebe dinheiro por intermediar os processos. Disse que ela conhece muitos(as) médicos(as). Todavia, fica a dúvida das intenções que essa mulher possui ao enredar a rede informal para tantas mulheres. Talvez até possa ter motivos relacionados aos aspectos citados, mas Clarice pode não ter se sentido a vontade para expor. Perguntei para alguns profissionais de saúde que disseram não a conhecer, mas Janaína também mencionou conhecê-la, sendo uma figura conhecida nas conversas de mulheres que buscam pela laqueadura.

> [...] Ela disse que ia ir comigo no dia que eu fosse me internar, "se perguntarem se é hérnia umbilical, tu fala que é hérnia" [menção à fala da mulher], que até então, até a gente ir pra sala de cirurgia, eles examinam a gente, fazem um monte de pergunta. Aí ela dizia que era pra falar isso, que não era também pra me preocupar que lá na sala, eles sabiam o que era. Aí como não foi só eu que ele [médico] operou naquele dia, tinha mais gente eu fiquei me perguntando como ele ia saber que era laqueadura? Porque muitas pessoas que ele atende, ele não ia se lembrar do meu rosto, aí eu fiquei com aquilo na minha cabeça, "ele não vai saber que é laqueadura". Quando falaram que era a minha vez, que eu fui pra sala, eu falei pra mulher que tava, no caso, eu acho que era a enfermeira. Eu perguntei pelo médico e ela disse que ele tava indo, mas que ia primeiro o anestesista, aí eu "não, mas é que eu preciso falar com o médico". [...] Como ela disse que não era pra falar pra ninguém que era laqueadura, eu queria falar só pra ele [médico], mas como ele só ia vir pra me cortar, quando ele ia vir só quando eu já tivesse no ponto da cirurgia, aí foi que ela [profissional] pegou e falou "o que é, minha filha, que você quer falar, o que é?", "é porque não é hérnia umbilical não" [ela falando com a profissional], "é laqueadura?" [menção à fala da profissional]. Eu disse que sim e ela "pois tá bom, não se preocupe não, só que você tem que falar", mas eu disse que queria falar só pra ele e ela "mas a gente é tudo uma equipe, a gente já sabe como funciona, não se preocupe não que ele vai fazer laqueadura" (Clarice).

Entre os receios de Clarice e a postura dos profissionais de saúde, a prática da realização da laqueadura utilizando o nome de outro procedimento parece ser comum, algo conhecido, mas que permanece com a aparência de assunto velado, circulando entre as redes de mulheres como uma estratégia ante as falhas junto aos serviços de saúde e diante dos seus cotidianos.

Inspirando-me nas contribuições de Rocha-Coutinho (1994) e Hoagland (1993) citado por McLaren (2016) para compreender essas redes informais como uma estratégia de poder utilizados entre mulheres[30]. Como forma de responder às dificuldades encontradas junto ao acesso institucional, e a possibilidade de conseguir no momento em que lhes é mais oportuno, essas mulheres apoiam-se no diálogo e narrativa sobre si como uma forma de negociar a realização pela laqueadura junto a profissionais de saúde ou políticos, com ou sem intermediários. Nesse momento, enfatizam sua condição social e de mulher-mãe-dona-de-casa-trabalhadora como uma forma de sensibilizar e barganhar a laqueadura.

Considerando que as "normas podem restringir e promover resistência ao mesmo tempo" (MCLAREN, 2006, p.73), Alzira e Clarice utilizaram-se da percepção

[30] Entre as formas de poder feminino nas relações familiares, Rocha-Coutinho (1994) destaca a influência por meio da linguagem. Já Hoagland (1993) *apud* McLaren (2016, p.72) apresenta um aspecto mais simbólico do uso da própria feminilidade como forma de "sabotar" as assimetrias de poder, utilizando "o poder para resistir ao poder" (MCLAREN, 2016, p.73). Exemplifica tal ideia na mobilização das Mães da Praça de Maio, na Argentina, em que o enfoque de suas condições enquanto mãe, culturalmente valorizado, ajudaram a protegê-las nos protestos pelos filhos(as) desaparecidos.

de gênero e de classe que os profissionais podem ter sobre suas trajetórias, que muitas vezes enfatizam representações tradicionais do padrão de uma "boa mãe". As normas de gênero que trazem a conduta da mãe responsável, esposa e dona de casa dedicada, que julga as mulheres pelo número de filhos(as) e traz a contracepção como sua responsabilidade. Nesse momento, o discurso feminino que enfatiza a responsabilidade materna e reprodutiva serve como modo de acesso a uma "oportunidade" de laquear.

Janaína também realizou a laqueadura sem estar gestante, seguindo quase o mesmo percurso de Clarice e também já tentou com políticos, mas sem êxito. O seu acesso à laqueadura ocorreu junto à Unidade Básica de Saúde, mas se apresentou como um terreno de luta, em meio às burocracias, e um tempo de espera de oito meses para lhe chamarem, o que gerou um medo constante da anticoncepção falhar e ela engravidar durante esse período.

> Nós lutemos pra fazer a ligação. Nós fomos no cartório, a minha identidade eles não aceitaram, tive que fazer outra identidade. Era pra eu ter me operado já faz é tempo, por causa da minha identidade eles não aceitaram porque as orelha dela tava amassada aí a moça disse que não ia dar certo reconhecer firma, aí eu tava tão ansiosa que eu queria *ligar* logo, aí o meu marido pegou e mostrou a dele e ela "meu deus, a tua de 16 anos, tem que mudar", aí eu falei um monte de coisa pro meu marido "meu deus era pra mim ter fazido essa ligação faz é tempo, quando não é uma coisa é outra" [ênfase e expressão de irritada] [...] Aí eu ficava ansiosa, quando me ligaram, meu filho tava com febre, tava com muita febre de manhã e tinha essa operação dele que ia ser agora no dia 18. Aí me ligaram eu fiquei assim "meu deus, tão ligando e aí eu vou?", ele disse "vai, nós desmarcar aqui as coisas, vai", "tá, eu vou" [...] Aí quando eu tava lá na maca, [...] aí eu falei até chorando "doutor, pelo amor de Deus me ligue mermo, me corte mesmo". Aí ele disse "vou lhe operar, vou lhe cortar, você só vai ter filho só se deus lhe der" e eu "não, mas eu não quero não, não quero não" (Janaína).

Superar e insistir em finalizar esses trâmites institucionais representa uma luta, principalmente quando ainda tem que se preocupar com filhos(as). Contudo, diante do anseio pelo procedimento, das dificuldades enfrentadas e por ser algo que vai beneficiar o casal, encontram-se formas para viabilizar a saída da mulher da casa e a continuidade do equilíbrio doméstico, com a vinda de sua irmã para realizar os cuidados domésticos e com as crianças, juntamente com o seu parceiro.

Adélia também realizou o percurso da laqueadura seguindo a organização formal junto à Maternidade que realiza o procedimento em gestações de risco. Aqui, o fato de enquadrar-se nas condições de realizar a cirurgia no momento do parto faz com que a cesariana não seja vista como algo negativo, mais um corte, e sim como uma forma de viabilizar o seu interesse pela laqueadura. Como ela mesma pensou diante da última

gestação e histórico de partos cirúrgicos, “ah, tô grávida, então se for cesariana, vou fazer a laqueadura” (Adélia).

Assim, da busca à efetivação da laqueadura há muitos percursos, instituições e sujeitos. Depende da vontade das mulheres, da organização local do serviço de planejamento familiar e, também, de como os profissionais de saúde compreendem tais tecnologias contraceptivas e as relações de gênero, tendo uma função importante na definição de quando e como as mulheres podem realizar a laqueadura.

5.3.2. Ser mãe e ser mulher: significados da laqueadura em meio a trajetos e projetos

A escolha pela laqueadura, por ser considerada como um método ideal, interliga-se com aspectos da vivência contraceptiva, mas também com considerações das mulheres sobre os seus contextos de vida. Para essas mulheres, a laqueadura significou mudanças em um sentido restrito ao seu corpo, relacionado à sexualidade e, em uma dimensão mais ampla sobre suas vidas, nas possibilidades de efetivar ou retomar projetos individuais/coletivos, bem como trilhar outros caminhos.

As trajetórias das mulheres trazem relatos diferenciados sobre a plasticidade na vivência da sexualidade após a laqueadura. Adélia e Alzira consideraram que ter realizado este procedimento lhes deu mais segurança e liberdade na relação sexual, já que agora o medo e culpa de uma gestação indesejada dificilmente pairam em seus pensamentos. Clarice também nutriu esse mesmo sentimento durante o período em que durou a sua laqueadura.

> Agora eu não fico mais, não tenho mais medo de ficar grávida, né. Então assim, a relação é completa, tudo normal, mas antes eu tinha medo, porque tinha esse negócio de ficar grávida ou não [risos]. Eu acho assim, já que não tem esse medo, a gente se sente mais à vontade, mais livre, mais disposta, porque sempre que a gente tá com medo, a gente se retrai né (Adélia).

> Agora, depois da *ligação*, me veio um pouquinho mais de segurança. Me veio um pouquinho mais de tranquilidade. Porque eu tenho que acreditar que aquele médico me ligou [risos], tenho que acreditar. Ele não deu a palavra dele? Se ele deu, então não haveria a necessidade dele mentir, ai eu me sinto mais confortável, mais segura do que antes. Com certeza. Eu me sinto muito mais segura. [...] Me deu mais segurança nisso. Eu fico mais relaxada. Sem medo, sem trauma, porque antes eu sempre ficava naquele medo (Alzira).

> Eu achava que tava tudo, que eu até falava assim “ah, agora eu posso fazer a vontade que eu não vou engravidar”. Aí eu ficava mais relaxada, sem me preocupar que eu pudesse engravidar. Eu não tinha esse problema, que também tinha esse outro meio de doença, né, mas como ele era meu marido, eu não tinha tanto esse medo assim de doença, eu ficava pensando mais em

> filho, mas daí como não tava mais pensando nisso, a gente podia fazia sossegado porque eu num ia engravidar, aí eu tava mais relaxada sim. Pra mim eu tinha apagado o remédio da minha vida, nunca mais ia usar, eu achava que não era necessário mais. (Clarice)

Aqui, retoma-se a ideia da indissociabilidade entre gênero, sexualidade e contracepção presente nas trajetórias contraceptivas dessas mulheres (CABRAL, 2017). O fato de estarem utilizando um método contraceptivo de maior eficácia contra gestações faz com que consigam desvincular de uma melhor maneira a reprodução da sexualidade (GIDDENS, 1993). A relação íntima já era inserida em uma compreensão enquanto sexo seguro diante do nível do relacionamento, não havendo preocupação com doenças sexualmente transmissíveis. Contudo, a laqueadura possibilitou diminuir a preocupação com domínios da experiência feminina (gestações imprevistas e controle contraceptivo contínuo), fazendo com que ampliassem esse sentimento de segurança e liberdade na intimidade (GUNE, 2008; CABRAL, 2017).

Essa mudança da relação entre gênero e sexualidade também é presente em outras pesquisas, cuja melhora na relação sexual foi relacionada tanto ao fato de não terem que utilizar outras tecnologias contraceptivas (LIMA, LUZ, 2004) quanto pela segurança de não engravidar novamente (OSIS *et al*, 1999). Porém, como apresentado por Clarice, este último aspecto, que influi diretamente na escolha pela laqueadura, não é totalmente garantido, já que a ela engravidou depois da laqueadura, o que resultou em significados distintos deste método para a sua trajetória de vida, explicitado mais adiante.

Ao contrário dos relatos anteriores, para Cecília, a laqueadura influiu negativamente em sua sexualidade. O procedimento lhe ocasionou desconfortos no momento do ato sexual, sendo algo mais doloroso do que prazeroso. Isso fez com que avaliasse que, após a laqueadura, tornou-se "fria", sem vontade sexual diante dos desconfortos, similar ao que evoca a pesquisa de Minella (2005). Esses sentimentos fazem com que pense em *desligar*, tanto para voltar a vivenciar melhor a sexualidade como também para o bem de seu relacionamento conjugal. Seu relato traz à tona a importância do nível de informações e orientação que recebem sobre este método. Caso soubesse de tais efeitos, não teria optado por este procedimento:

> Por um lado, eu achei bom porque pelo menos eu não ia mais colocar menino no mundo, parava. Por outro lado, se eu soubesse que ia sentir isso tudo, eu não tinha ligado. Se a médica tivesse falado, eu não tinha ligado. Eu acho que eu ia nos anticoncepcionais. Eu acho que eu fiquei mais fria, eu achei [ênfase]. Depois da minha ligação eu achei que eu esfriei mais [risos], assim, em respeito à relação, porque antes d'eu ligar e tudo eu era uma pessoa mais

> ativa e tudo pra na hora da relação [...] Sinto um desconforto lá na hora da relação, não é a mesma coisa... se desse, eu desligava pra ver se coisava, que as pessoas só diz que a gente sente essas coisas depois que liga, aí desligava pra ver se era ou não era. Aí desligando, posso tudo, mas eu digo assim que a ligação foi positiva pra mim, por um lado, as coisas hoje em dia, colocar filho no mundo, tá muito difícil, mas por outro, essas coisas que eu fiquei sentindo. Antes eu me sentia mais à vontade na intimidade, sentia mais prazer. Hoje em dia esfriou mais, já não sou mais aquela, sentia aquele prazer, aquela vontade, agora já não sinto isso (Cecília).

Aqui, a relação entre gênero, sexualidade e reprodução já apresenta aspectos negativos da esterilização feminina e da sua vivência enquanto mulher. O fato dela não sentir prazer a coloca em uma posição delicada, um terreno de violência simbólica e física, visto que rejeitar o sexo implica em não cumprir com as "obrigações" morais enquanto esposa. Assim, ela o pratica mesmo sem querer, a fim de manter o casamento.

> Eu não sinto muito aquele prazer na relação. Às vezes eu passo de uma semana, quinze dias. Eu não sinto. Aí sempre a gente tem aquela discussão, aquela coisa toda e eu digo isso pra ele, que eu não sei, depois da minha ligação foi que eu fiquei assim. Aí ele diz "ah, eu já notei mesmo", aí eu "pois é, depois da minha ligação eu fiquei desse jeito". Às vezes eu comento com a minha comadre e ela diz assim "mermã, manda desligar esse negócio, pelo amor de deus, tu vai perder o marido. Vai desligar pra ver se acaba esse negócio" [...] Às vezes ele reclama. Às vezes eu faço mesmo o papel de mulher porque tem aquela obrigação de fazer, mas não que eu sinta alguma coisa (Cecília).

Entre prazeres e desconfortos das demais, Janaína permanece em alerta durante a intimidade. Devido ao período de repouso, ela e o seu parceiro ficaram cerca de cinco meses sem ter relações sexuais. Mesmo depois desse período, o medo de *desligar* espontaneamente e de ter outra gestação, como ocorreu com a ex-mulher de seu marido e com uma prima dele, faz com que ainda vivencie limites na relação sexual. Esse distanciamento afetivo e sexual diante do receio de uma gravidez, mesmo após a laqueadura, desperta questionamentos nela e em seu parceiro, sobre a possibilidade dessa mudança ser proveniente da esterilização, que a deixou "fria", ou seria ocasionada por outra percepção sobre si, a sobrecarga cotidiana e o peso das gestações em sua vida:

> Eu tô ligada, mas tenho medo de engravidar também. Tu acredita? Eu já tô com oito meses, mas eu "nãão", eu ainda fico com aquilo na cabeça, mas "meu deus, eu deixei de tomar meus comprimidos, agora eu não vou tomar, não posso". Meu marido diz "menina, tu tá ligada, vai tomar remédio pra quê?". Eu ainda fico com vontade de tomar. Eu não uso nada, mas também eu não deixo, não deixo [gozar] dentro, interrompo na hora. Eu fico com medo e ele também, mas ele fica "mas tu ligou, Tu acha que vai engravidar?" [...] Eu tô ligada, mas eu tenho medo, eu senti tudo, o que eles fizeram comigo, até o corte eu senti, eu acho que a anestesia não pegou direito e eu "não, eu tô ligada que eu senti o corte", senti muita coisa ruim [risos], mas ainda não...não...não tentei ver se eu tô ligada mesmo [risos], tenho medo. Ele também porque a gente não tentou valendo, sem nada... depois que eu liguei, ele diz que eu fiquei muito assim, fiquei muito distante dele, ele fala é muito "depois dessa ligação, tu só vive assim, estranha, tá diferente". [...]

> mas pra mim que não é pela ligação, é pelos problemas de casa mesmo. Ele diz que é tudo junto, pelos problemas de casa e porque eu me operei, ele diz é muito que é pela operação, mas eu não me arrependo, eu não tô arrependida. Não é por causa da ligação, é porque eu tô cansada, passo o dia me estressando com os meninos e ele diz que não, que não pode ser assim, que tem que ter uma hora pra nós, mas é que é difícil...eu acho que também é o medo, eu falo é muito pra ele "não, pelo amor de deus! [gesticula como se estivesse empurrando/afastando o marido] Eu tenho medo, eu vou engravidar de novo, não, eu não quero ter mais filho, eu não quero (Janaína).

É interessante que, para ir contra a ideia do medo que insiste em retomar aos seus pensamentos, Janaína procura se lembrar da dor física do procedimento cirúrgico de modo a deslocar os seus pensamentos e seguir na concretude dos fatos. Fui cortada, logo, estou *ligada*, logo, não terei mais filhos(as). Contudo, a presença de mulheres próxima que *desligaram* faz com que o temor permaneça. Conforme Rezende e Coelho (2010) o sentimento de medo demonstra uma resposta à noção de perigo e risco frente a situações que de certa forma são percebidas como uma ameaça. Nesse sentido, pondero que o medo de Janaína em ter relações sexuais mesmo após a laqueadura reflete em como avalia o seu cotidiano frente às gestações imprevistas.

Essa ameaça da falha da laqueadura pode trazer à mente os sentimentos de solidão e sobrecarga do cuidado infantil sem que se tenha uma rede de apoio, da impossibilidade de trabalhar ou estudar tendo em vista os cuidados gestacionais e o acompanhamento das crianças. Esse medo uma gestação leva a avaliar o cansaço cotidiano e o rumo de sua trajetória. Assim, a preocupação sobre uma gravidez ainda permanece pairando sobre os seus pensamentos, fazendo com que tenha dificuldades em distanciar a sexualidade da reprodução, mesmo após a laqueadura. Diante desse medo, Janaína elaborava algumas estratégias indiretas e sutis de driblar a busca de seu marido por sexo que, por vezes, lhe procurava em momentos inconvenientes:

> Ele fica querendo e eu não, digo que minhas costas tão doendo e é assim, por causa da anestesia, minha mãe diz que a dor você sente ainda [...] às vezes eu coloco meu filho pra ele não ir, [risos] aí ele diz assim 'colocou o Ricardo na cama pra eu não te aperriar', que as vezes ele me estressa a noite, às vezes eu tô dormindo e ele me acorda e eu 'nan, pelo amor de deus, eu tô dormindo, eu tô dormindo' (Janaína).

Outra técnica utilizada por ela diante do receio em engravidar foi estipular um período de abstinência sexual, que serviu também para uma melhor recuperação. Esse tempo de pausa das relações sexuais não foi algo estabelecido junto aos profissionais de saúde, sendo um período calculado por ela mesma, com base na observação sobre a sua saúde e na experiência de outras mulheres da família. Adélia também relatou situação similar e, no seu caso, o intervalo foi medido com base nas orientações anteriores sobre

a recuperação dos partos cesáreos e da maneira como avaliava a sua melhora, controlando o tempo sobre o seu corpo e sexualidade.

> Assim, é que a gente demorou pra poder ficar, eu esperei os quatro meses, que mãe disse que eu tinha que ter o repouso [...] ele ficava...ele ficava...depois dos três meses ele ficava "nossa já passou três meses? tô pra aguentar não, tô pra subir nas paredes" [fala do marido], "meu fi, pois você vai aguentar, porque se for pela minha cabeça, tu vai esperar é até um ano" [ênfase]. [...] Ele ficava perguntando pras pessoas, pra mãe, pras minhas irmãs. Minha mãe já *ligou* aí eu perguntei com quantos dias que eu podia ficar com meu marido. Eu disse que já ia fazer quatro meses, ela disse pra esperar os quatro e, se fosse possível, esperar até os cinco, mamãe dizia. (Janaína)

> Em relação ao sexo, nenhum médico nunca falou nada. Eu entendo, lógico, que se a pessoa tá operada, laqueada, ali com a aquele corte, lógico que ela não vai poder ter relação. Eu dava o meu tempo. Eu dava um intervalo de três meses depois do parto. Eu dava, todos os meus filhos eu dei esse intervalo. Meu marido ficava em cima, "nan, é só depois de três meses" [resposta sua para o marido], "quem foi que disse isso?" [fala do marido], "o médico, médico disse que é cinco meses" [resposta sua para o marido]. Ele acredita, ele acreditava, mas só era três meses que eu deixava. Era, que eu tinha medo. Já pensou fazer alguma posição que ia me maltratar? Me magoar, sei lá. Né? A gente pensa isso. Eu acho assim, o médico nunca me disse "não, você vai passar três meses, vai passar dois meses", nunca me disse. Eu que entendia que eu não podia, né, lógico que não, aí eu dava esse intervalo. (Adélia)

Dessa forma, na ausência de orientações médicas e no anseio dos seus parceiros, elas definiam um tempo para si, de acordo com as suas necessidades, de saúde e/ou pelo medo de engravidar. Contudo, para esse discurso de abstinência sexual foi fundamental denotar uma maior legitimidade e autoridade para esse conhecimento. Se dissessem aos seus parceiros que era sua decisão, esse tempo poderia ser questionado. Ao apresentá-lo enquanto um conhecimento proveniente do saber médico, o mesmo assume uma validade e respeito maior. Essa forma de esquivar-se do desejo masculino em prol das suas necessidades recorda o que Rocha-Coutinho (1994, p. 182) apresenta sobre as formas de poder indireto estabelecidas pelas mulheres nas relações familiares, especificamente sobre a estratégia do "jeitinho, a manipulação do outro", sendo utilizado como:

> [...] uma forma de sobrevivência da própria mulher, como uma sabedoria, uma esperteza feminina, uma arma que ela pode lançar mão num mundo em que o poder maior, pelo menos o poder aberto, sempre esteve nas mãos dos homens (ROCHA-COUTINHO, 1994, p.183).

Esse jeitinho expressa-se quando Janaína e Adélia ocultam algumas informações e verbalizam o conhecimento da maneira que é mais conveniente a elas (ROCHA-COUTINHO, 1994). A preocupação delas direcionou-se em ter uma pausa para um descanso do seu corpo e de sua mente, quando diminuem a preocupação com o risco de falha na laqueadura e o acontecimento de uma gestação imprevista. Elas que sabem o

peso dessas duas possibilidades para os seus cotidianos, sentimento esse que não será vivenciado por seus parceiros. Diante das assimetrias de gênero no ambiente familiar, lhes pareceu mais oportuno apoiar-se em um convencimento do parceiro com base em (pseudo)discursos que denotam mais autoridade nas relações sociais, de médicos(as) ou de mulheres que já realizaram a laqueadura. Assim, conseguem estabelecer um poder sobre um tempo para si e para o seu corpo.

Considerando essas suas preocupações, os sentidos da laqueadura não se resumem à vida reprodutiva e sexualidade. Na verdade, dizem respeito às suas vivências cotidianas enquanto mulher e ao campo de possibilidades que podem emergir com a estabilização da reprodução e do *care*. Para essas mulheres, os significados da *ligação* distinguem-se das mulheres pesquisadas por Osis *et al* (1999) e aproximam-se da etnografia de Dalsgaard (2006) no que se refere à relevância da laqueadura para as relações sociais e percepção de si.

Pondero que a esterilização feminina, além de atingir a finalidade direta de findar a reprodução, apresenta-se como um objetivo menor para alcançar outro maior, uma atividade meio (DALSGAARD, 2006). “Na vida das mulheres, alguns projetos são inter-relacionados, como no caso em que o objetivo (esterilização) constitui apenas um passo intermediário rumo ao seguinte (reconhecimento)” (DALSGAARD, 2006, p.244). Reconhecimento este enquanto mães responsáveis e, principalmente, como mulheres donas de suas vidas e de seu tempo. Entre trajetórias cujo percurso foi deslocado pelas assimetrias nas relações de gênero, a estabilização da fecundidade significa uma possibilidade de efetivar ou retomar projetos individuais/coletivos, bem como trilhar outros caminhos. E, por conseguinte, outras formas de feminilidades, mais independente.

Para Clarice, a laqueadura produziu dois sentidos distintos para a trajetória e campo de possibilidades, um durante o momento em que estava ligada e o outro ao descobrir-se gestante, aproximadamente um ano depois do procedimento. Nessa mudança ocorrida contra a sua vontade, a laqueadura transformou de um “sonho” para “nada” (Clarice). A ideia de ter findado a sua trajetória reprodutiva lhe remetia a retomar aspectos de sua vida que foram interrompidos diante da sobrecarga diária da maternagem, principalmente em relação a ter um trabalho remunerado de carteira assinada, para retomar a independência tão desejada. Foi esse anseio por maior autonomia e saída do ambiente domiciliar que estimulou a vencer o seu medo em realizar cirurgia.

> Pra mim, era um sonho mesmo, eu ligar e pronto, eu não ia mais ter... pra mim, era uma coisa boa. Eu até falava assim que 'de filho, eu vou tá livre, não vou pegar mais, ao menos vai ser por uma boa causa, eu não vou mais pegar filho, eu vou poder estudar, eu vou poder trabalhar e não vou ter essa preocupação que filho vai parar o que eu tô fazendo'. Eu pensava assim, que eu acho que a minha dificuldade maior era minino, porque também eu tive filho muito cedo (Clarice).

Assim, a laqueadura mostra-se satisfatória ao distanciar a mulher de gestações imprevistas (OSIS *et al*, 1999). Clarice relaciona a laqueadura com a sua vivência materna, descrita anteriormente como um campo de abdicação de seus intentos em prol do cuidado infantil. Ter filhos(as) em contextos de desigualdades de gênero no ambiente familiar e social carrega um peso maior para as possibilidades de vida da mulher, que vai da juventude à vida adulta. Gestações e cuidado corroboram para interrupções de estudos, dificuldades em alcançar autonomia econômica mediante um emprego e em como concretizar a percepção sobre si enquanto uma mulher "alegre", "mais família", que gosta de "ser independente" e também se considera mais "trabalhadora" (Clarice).

Todavia, a reversão espontânea no método fez com que, novamente, ela reavaliasse os seus planos, além de ter que se preocupar ainda com a contracepção. Atenta também, assim como Cecília, para os limites e dificuldades em relação às informações fornecidas sobre as consequências da laqueadura.

> Pra mim, não significava nada, foi perca de tempo. Eu engoli meu medo de cirurgia por uma coisa que não me compensou, que não valeu a pena. Eu não tentaria de novo e nem aconselho ninguém a fazer... antes você se prevenir sozinha com os meios que você tem aqui, do que entrar numa sala de cirurgia pra nada. [...] O médico fala na hora da laqueadura que você pode engravidar, ele tá falando, só que na hora isso pra você entra na sua cabeça que você não vai mais engravidar, mas que pode engravidar. Aí eu disse que agora eu tava vendo isso, porque antigamente não falavam isso. Aí até quando a gente falava demais, elas [profissionais] não debatiam muito comigo, que eu falava muito, aí mudavam de assunto, chamavam outra pessoa (Clarice).

Essa ideia de possibilidade de uma gravidez é compreendida por elas como quase improvável devido à vontade que o método perdure longos anos e as informações escassas e imprecisas sobre as suas consequências. Esse pouco diálogo retoma quando os(as) profissionais são muito questionados, trazendo novamente o quão a organização do planeamento reprodutivo, em sua totalidade, ainda é problemática junto aos serviços de saúde (HEILBORN *et al*, 2009).

Já para Adélia, há similaridades com a percepção de Clarice enquanto estava *ligada*. A ideia de não ter outra gestação e, posteriormente, mais cuidados infantis, a faz pensar novamente em seus planos profissionais, visto que não teria mais "impedimentos" (Adélia).

> Pra mim, significou assim, como todo mundo entende, uma mulher laqueada, ela não vai mais ter bebê, e pra mim como pessoa, eu entendi que eu fiquei mais livre, mais à vontade, digamos assim. Não vai ter mais bebê, tá bom. Pra mim significou ser livre, ser liberta [...] Acho que a diferença é que, eu, tô laqueada, então eu não vou ter mais bebê e que esse motivo "ah, não vai ter mais bebê", me dar mais, me deixa mais liberta a fazer outras coisas, fazer curso, que eu quero fazer curso de colorimetria. Eu sei que eu tô livre, pelo menos não vou ficar grávida, né, não vai me impedir de fazer um curso de um ano, por exemplo, que esse curso de colorimetria é de seis meses, aí eu me sinto mais livre pra eu tomar minhas decisões sabendo que eu não vou ficar mais grávida. Que isso não vai ser mais um impedimento pra mim, porque quando a gente fica grávida, acaba impedindo a gente de fazer algumas coisas, por exemplo, os cursos que eu queria, que eu já tinha feito a inscrição, eu não ia fazer um curso de química e tudo grávida, eu não ia poder mexer com cabelo, não ia ter disposição. Então, me senti mais livre (Adélia).

É bastante presente em seu relato a menção ao sentimento de liberdade e autonomia. Uma "mulher laqueada" é mais "livre" por não ter mais preocupações com gestações e cuidado infantil. Mesmo já sendo mãe, a dedicação e o devotamento do amor materno vão aos poucos dando espaço para um tempo para seus intentos. Agora ela pode dar continuidade ao seu percurso profissional da melhor forma (LIMA, LUZ, 2004). Cabe destacar esse sentimento de "ser liberta" com os significados de autonomia.

> A autonomia implica a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida, e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo-se aí a luta pela satisfação de suas necessidades, de forma mais ampla possível (SILVA, BATISTELLA, GOMES, 2007, p.174).

Nesse sentido, "ser liberta" pode ser compreendido como dar espaço e destaque para os anseios de Adélia enquanto mulher, em meio à imagem de mãe. Permanecer com o amor aos filhos(as) e ampliar a independência com o trabalho, melhorar a sua qualidade por meio de aprimoramentos profissionais e da estrutura física, com a reforça no espaço domiciliar ou com a concretização do sonho em ter um local específico para o trabalho. A importância da laqueadura para a autonomia feminina também é presente no relato de Janaína, quando relaciona o significado desse método para a sua vida com o sentido de ser "mais mulher" (Janaína).

> Depois que eu fiz eu me achei mais mulher [leve sorriso. silêncio] [...] Eu me sinto mais livre [risos], mais aliviada, assim, aliviada mais ou menos porque eu ainda sinto, né, mas eu já botei na minha cabeça que eu vou tirar isso da minha cabeça. [...] Tô aqui e eu não me arrependi, me arrependo não [sua fala foi ficando introspectiva, diminuindo o tom, o olhar reflexivo e depois ficou em silêncio]. Eu vejo que eu não vou ter mais filho, não vou mais engravidar (Janaína).

A estabilização nessa vivência materna traz à cena novamente a mulher por trás da maternidade, os seus projetos individuais colocados em segundo plano diante da sobrecarga no cuidado. Enquanto a esterilidade, para mulheres que não são mães, é visto

como algo estigmatizante e contrário ao padrão de feminilidade (TRINDADE, ENUMO, 2002), para Janaína, a laqueadura aproxima-se mais de sua definição de feminilidade, enquanto uma mulher que se tornou mãe cedo, que ama os(as) filhos(as), e que quer aprimoramento intelectual e emancipação econômica.

Para a concretização dos sonhos e projetos femininos, há a necessidade de dedicação de tempo. Esse último, apresenta-se para elas de maneira limitada diante da centralidade delas no cuidado doméstico e infantil, ocasionado pelas relações assimétricas de gênero (COSTA, 2002). Com isso, pondero que a apropriação de seu corpo realizada com o protagonismo contraceptivo e escolha pela laqueadura fez com que também consigam apropriar-se de tempo para si. Assim, a demanda de mulheres por controlar o seu corpo interliga-se com a demanda por controlar o seu tempo e, consequentemente, suas vidas (OLIVEIRA, 2003).

> A afirmação de identidade das mulheres inscrita na divisa "Nosso corpo nos pertence" desdobra-se em uma segunda demanda: "Nosso tempo nos pertence". Depois da conquista do corpo, trata-se agora da conquista de seus dias, de sua própria vida (OLIVEIRA, 2003, p.38, grifos da autora).

Entretanto, negociar os domínios da experiência da mãe, internalizada em casa, e da mulher, que anseia autonomia e o espaço público, não é algo simples. Sempre que Janaína pensa em direcionar uma ação para si, seja na educação ou trabalho, ela tensiona as relações de gênero no âmbito familiar e o ordenamento da divisão sexual do trabalho. Ao mesmo tempo em que membros da família parecem desejar que ela realize seus projetos, eles reforçam normativas sobre o valor da conduta de "boa mãe" e esposa respeitada. Dessa forma, suas intenções e realidade ficam duelando, e Janaína tenta achar caminhos para conciliá-las.

> [planos de estudos]
> Eu queria voltar a estudar e trabalhar, que é tudo que eu quero. Assim eu tive a Mariana, ele [marido] falou que dava pra eu estudar, mas assim, eu já tinha a Mariana e eu "não, vou cuidar da minha filha". Aí engravidei logo do Ricardo, mas agora eu penso "eu não vou ter mais filho, eu vou voltar a estudar, meus filho já tão tudo grande", aí ele fala, ele me apoia e fala "só se você estudar à noite, bem aqui no X [escola] [...] Eu não me sinto bem de ir à noite, que também, tem muito falatório, o pessoal dizendo "ah, vai estudar é nada" e eu tenho medo do falatório e aí eu falei pra mamãe e ela "não, minha filha, não tá certo não, que aí as pessoas não te conhecem, conhecem ele, podem querer fazer intrigas contigo e ele, comentar coisas que não devem". [...] Aí eu fico pensando, é mesmo, tava pra mim estudar [à tarde] e eles ficam no colégio, mas aí eu vejo tanta mãe que é corrido, lá é cinco horas [na creche], se tu não for pegar cinco horas, eles deixam com o vigia, aí eu vejo mãe saindo desesperada. (Janaína).

> [planos de trabalho]
> Eu coloquei o currículo nesse comércio que abriu, ligaram pra mim pra fazer a entrevista. Aí meu marido falou "quem vai cuidar das crianças?" eu ia trabalhar de comerciante, de caixa aí ele "vai ser complicado, porque você vai ter que entrar às 7h, sair só de noite, aí quem vai ficar com as crianças? E mãe não pode". Aí é só isso que me atrapalha [...] eu desisti, não fui, eu chorei muito, fiquei muito triste. Eu falo pra ele que às vezes falta uma coisa pra minha filha, ela pede, não tem como eu dar, aí eu fico doidinha. Complicado, aí eu fico "tenho que trabalhar, não quero ficar só dependendo de você não", mas aí ele não deixa, porque tem as crianças e a mãe dele num dar certo. [...] Mãe disse que não é bom, porque quem trabalha só ver a criança à noite, não acompanha tudo da criança, mas eu quero trabalhar, às vezes é difícil aqui, não tem trabalho. [...] Não sei o que passou na minha cabeça, eu fiz o currículo e me chamaram, me deu vontade [risos] (Janaína).

Em relação aos estudos, tem-se o seu deslocamento do cuidado e da casa, que confronta tanto a representação da figura da mãe responsável e, principalmente, o de esposa respeitável. Nessa lógica dos "falatórios", o que é posto em questão é a honra feminina, que gira em torno de suas atribuições no espaço domiciliar (FONSECA, 2004). Ademais, a ausência de Janaína junto ao marido e aos filhos(as) no período noturno poderia comprometer a sua imagem. Esse receio ocasionado pelas representações de gênero em sua localidade limita novamente as suas possibilidades.

Assim, o fato de trabalhar e estudar acabam se relacionando a julgamentos dos outros e também de sua mãe e marido, que fazem com que se lembre continuamente de sua conduta de "boa mãe", em acompanhar bem os(as) filhos(as) e realizar os cuidados diários. Como Badinter (1985) afirma, a presença de mulheres mães no mercado de trabalho é algumas vezes condenada socialmente, considerando-as como mulheres indignas por colocarem a autonomia econômica prioridade em detrimento do cuidado com os filhos(as), delegado para outras pessoas, e colocando a criança em uma posição de vítima da ausência materna no ambiente doméstico. Dessa maneira, mesmo o trabalho sendo valorizado pelo parceiro, cabe a ela conciliar com o espaço domiciliar. Essa negociação entre mulher e mãe torna-se uma tarefa difícil de ser atingida.

> A negociação nunca é definitivamente alcançada. Ela evolui em razão da idade e das necessidades da criança, e também da situação e das oportunidades profissionais, as quais podem entrar em completa contradição. Assim que a criança apresenta um problema imprevisto, o ideal materno, até então contornado, ressurge. Culpada, forçosamente culpada...O espectro da mãe má se impõe a ela tanto mais cruelmente quanto inconscientemente ela interiorizou o ideal da boa mãe (BADINTER, 2011, p.159-160).

Além disso, em relação ao propósito de trabalhar e à postura do parceiro, o fato de Janaína conseguir um emprego que teria uma maior estabilidade financeira pode significar uma ameaça à autoridade e moralidade masculina. Em um contexto em que a masculinidade se expressa relacionada à sua imagem de provedor, a presença de Janaína

em trabalho remunerado pode ocasionar em um detrimento da imagem masculina e deslocamento do arranjo de gênero: a mulher como principal responsável pelo provimento econômico e o deslocamento masculino para a esfera do cuidado. Com isso, o trabalho feminino pode representar uma possível intimidação para a masculinidade (SARTI, 1996).

Cabe destacar a forma como o seu parceiro a incentiva para trilhar caminhos mais autônomos. Conforme o relato de Janaína, essa "ajuda" parece situar-se apenas no plano ideal e não na mudança de postura na divisão sexual do trabalho. Ele estimula os seus planos, mas não busca pensar em estratégias de compartilhar o cuidado junto à Janaína. Na verdade, lhe coloca algumas condicionalidades para vivenciar o trabalho e o estudo, o que acabam demonstrando uma postura de não ter um maior envolvimento junto à arena do cuidado: se for estudar, apenas no turno da noite, que é quando normalmente ele já está em casa; para trabalhar, apenas que seja por um período menor para conseguir cuidar das crianças ou que tenha outra pessoa que o faça.

Além disso, lembrando a trajetória de Janaína, quando a mudança nas relações de gênero domiciliares apresenta um caráter temporário, é possível ter o envolvimento masculino. No momento em que ela estava impossibilitada de realizar as "suas coisas" por conta da cirurgia de laqueadura, o seu parceiro assumiu mais atividades domésticas e do cuidado. Assim, a possibilidade de trabalho ou estudo de Janaina significaria o retorno de alguns desses deslocamentos na divisão sexual do trabalho. Contudo, em um prazo indeterminado, o que afetaria a zona de conforto masculino.

Esse pensamento assemelha-se ao que Beck (2017, p.35) traz sobre a "nova imagem masculina da mulher", na qual a autonomia feminina de planejar sua vida é valorizada, porém representa um problema quando essa independência pode afetar a sua vida. No contexto narrado por Janaína, a aceitação masculina do trabalho da mulher não significa necessariamente que as representações de gênero no ambiente familiar serão alteradas, essas "opiniões tendencialmente mais igualitárias não se traduzem em práticas mais compartilhadas por parte dos homens" (ARAÚJO, SCALON, 2006, p.57). Com isso, recordamos de Connell (2016, p.101) ao discorrer que "alguns homens aceitam mudanças como princípios, mas na prática ainda tem comportamentos que sustentam desigualdades de gênero".

Desta forma, mesmo que Janaína não tenha mais filhos(as), e mesmo com as crianças crescendo e diminuindo demanda por cuidado, "a dona de casa tem que fazer as coisas" (Janaína), isto é, há sempre um obstáculo marcado pelas relações de gênero

assimétricas e hierárquicas. O seu acesso ao trabalho e aos estudos depende do seu cenário cotidiano enquanto "mãe/esposa/dona-de-casa: que seja meio período, que seja em casa, que não afaste a mãe das crianças, reiterando a associação do trabalho feminino e desordem familiar" (SARTI, 1996, p.78). Mesmo assim, Janaína permanece tentando deslocar, nem que minimamente, as relações de gênero no ambiente familiar. Entre os seus projetos individuais e as reiterações da divisão sexual do trabalho e da conduta de "boa mãe", ela segue seus trajetos, tal qual a música que possui o seu nome: "ela diz que apesar de tudo ela tem sonhos"[31].

> Eu queria trabalhar e estudar agora, mas não vai ser, mas eles vão crescer aí eu acho que vai ficar melhor, mas aí, a dona de casa tem que fazer as coisas, aí não sei como vai ser. Eu queria sair de casa, trabalhar fora [...], mas eu sonho, uma hora dar certo (Janaína).

Isso vai ao encontro do que diz Dalsgaard (2006, p.39-40) sobre como as motivações das mulheres na escolha pela laqueadura ser a forma ideal de controle de fecundidade devem ser compreendidas observando o "contexto do mundo da vida imediato da família e da vizinhança, com todas as suas lutas e frustações". A laqueadura significa bem mais do que uma forma de controle contraceptivo. Reflete no conjunto de sentimentos e realidades vivenciadas enquanto mulheres. Foi um meio de evitar sentir novamente a dor institucional do trabalho de parto. Uma forma de atenuar as pressões imediatas junto à ideia de maternidade responsável e a sobrecarga do trabalho doméstico. Uma possibilidade de ampliar suas vivências, de ter tempo para si e seus projetos individuais.

Dessa forma, os significados da laqueadura lembram o que traz Lipovetsky (2000) sobre a importância de abertura social para a constituição de outras formas de feminilidades e de arranjos de gênero mais igualitários e plurais. Segundo essa autora:

> A variável sexo continua, evidentemente a orientar as existências, a fabricar diferenças de sensibilidades, de itinerários e de aspirações. O novo não reside no advento de um universo unissex, mas em uma sociedade "aberta" em que as normas, sendo plurais e seletivas, são acompanhadas de estratégias heterogêneas, de margens de liberdade e de indeterminação. Ali onde as determinações eram mecanicistas, há lugar agora para escolhas e arbitragens individuais (LIPOVETSKY, 2000, p.239).

A realização da laqueadura foi importante subjetivamente e objetivamente, para a materialidade de suas vidas enquanto mulheres, mães, esposas, trabalhadoras. Como Dalsgaard (2006, p.244, grifos da autora) discorre: "a luta por assumir o controle da própria vida como uma contínua negociação entre 'eus' ". O controle sobre a

[31] Música "Janaína", cantada pela banda brasileira Biquini Cavadão.

reprodução estabiliza a maternagem e leva as mulheres a conciliarem as diversas demandas femininas para abrir espaço para a sua feminilidade. Dessa forma, as conduz a recompor suas vidas de modo a conciliar o ser mãe, dona de casa e esposa com aspirações enquanto uma mulher "livre".

Assim, penso que a utilização de narrativas de vida foi fundamental para compreender como as relações de gênero vão se apresentando ao longo das trajetórias dessas mulheres, às vezes entrando em atrito com os seus planos, em outros momentos enredando percursos conforme suas avaliações e construções de feminilidades. Considerando a ideia de "linhas quebradas" (Bertaux, 2010, p.49), há deslocamentos que são provenientes das normativas de gênero, principalmente no que se refere à reprodução, maternidade e afazeres domésticos, levando-as para trajetos que podem divergir dos seus intentos. Contudo, essas mulheres também movimentam suas linhas de vida, puxam para elas e vão delineando o percurso conforme os seus projetos. Nesse sentido:

> As pessoas recompõem permanentemente as várias faces de suas identidades ao lidar com situações em contínua mudança. Modificam sua maneira de ver o mundo à medida que suas necessidades e possibilidades mudam, o que, ao mesmo tempo, cria novas possibilidades. A trajetória de vida é um percurso com saltos, continuidades e descontinuidades (VAITSMAN, 1994, p.176).

Em suas trajetórias, essas mulheres percebem e avaliam sobre como seus projetos mudaram com os anos e foram deslocados pelas suas vivências, principalmente pela maternidade e sobrecarga doméstica. À sua maneira, vão construindo formas de controlar suas vidas. Assim, o protagonismo junto à decisão pela laqueadura apresentou-se como uma possibilidade de redefinirem os seus trajetos e ampliarem as suas possibilidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando uma pessoa narra a si mesmo, demonstra tanto suas experiências em meio às relações sociais como a sua compreensão sobre aspectos da própria vida, possibilitando conhecer pontos de uma realidade social a partir da memória e do ato de contar. Nessa pesquisa, o uso da narrativa de vida permitiu perceber como os arranjos de gênero são incorporados em suas vidas e contribuem para transformações no campo de possibilidades da trajetória de mulheres, descortinando quais domínios da experiência são mais afetados, quais suas continuidades e estratégias de mudanças. Assim, o uso dessa abordagem metodológica contribui para estudos feministas por visibilizar a experiência de mulheres enquanto fonte de conhecimento, problematizando as desigualdades de gênero.

Cada narrativa de vida possui suas singularidades, mas assemelham-se no terreno de vivências enquanto mulheres de camadas populares e que em algum momento de suas vidas viram a necessidade de uma contracepção mais eficaz. Inicialmente, ao refletir sobre a temática da laqueadura, centrava-me na diferenciação presente entre mulheres e homens sobre a responsabilidade contraceptiva, o que poderia ocasionar em maior busca das mulheres pela laqueadura. Contudo, as motivações para a laqueadura apresentaram um cenário bem mais amplo do que apenas a dimensão reprodutiva de suas vidas. Na frase "não quero ter mais filhos" há uma gama de relações e sentimentos de suas vivências enquanto mulheres, mães, donas de casa, esposas e – para algumas – trabalhadoras. Além das vivências reprodutivas e contraceptivas, existem outros domínios da experiência marcados pela corporificação social de gênero que fazem com que essas mulheres tenham suas trajetórias de vida deslocadas. Estes movimentos, por vezes, distanciam-se de suas vontades, mas também são reinventados por elas, que procuram brechas para exercer algum poder sobre o rumo de suas vidas.

Nesses deslocamentos, as gestações representaram alegrias e desapontamentos. O momento da gestação ocorreu conforme os planos para algumas dessas mulheres. Contudo, muitas vezes a descoberta da gravidez deslocou inesperadamente os seus projetos, principalmente para aquelas que se encontravam na adolescência ou quando se tratava da segunda, terceira gravidez. Gestar uma vida envolveu processos biológicos e sociais, afetando de maneira diferente as futuras mães e pais. Posteriormente, apareceu o cuidado com os filhos(as) que, muitas vezes, foi interligado aos afazeres domésticos e, assim, também refletiu em quem dedica mais tempo e esforço para os filhos,

postergando os seus planos. O tempo e a dedicação foram majoritariamente dessas mulheres, o que afetou a dimensão de suas autonomias.

O discurso social sobre maternidade e paternidade também contribuiu para o arranjo familiar e para uma maior sobrecarga física e emocional para as mulheres. Estas são conduzidas para assumir um modelo ideal de maternidade que suprime sentimentos de arrependimento, frustação e cansaço em prol da valorização do devotamento e abdicações provenientes do amor materno. Coube a essas mães responsabilizarem-se pelo futuro das crianças, acompanhá-las, educá-las e sofrer junto. Acaso se distanciassem do cuidado e do amor materno incondicional, seriam questionadas e consideradas como indignas, desnaturadas. No entanto, o mesmo não ocorre com os pais, cujo envolvimento afetivo ainda apresentou um distanciamento e direcionamento da paternagem para a responsabilidade junto ao provimento econômico e necessidades materiais da família.

Além disso, o encargo social sobre o número de filhos(as) recaiu principalmente sobre essas mulheres, seja junto ao cuidado infantil, à avaliação pessoal e social enquanto "boa mãe" ou à responsabilidade contraceptiva. No padrão das relações de gênero vivenciado por essas mulheres, pouco se questionou sobre os limites contraceptivos junto ao parceiro e/ou serviços de saúde, direcionando o olhar à mulher conforme o padrão estipulado de mãe responsável. Como Clarice relatou, os profissionais de saúde não julgam a falha da laqueadura, mas a sua subjetividade e o seu sentimento de arrependimento por um filho que considerava que não teria mais. A culpa não seria da "reunião" de planejamento reprodutivo que nunca chegou, mas de Alzira por não ter "se cuidado", tomado contracepção mesmo se sentindo mal ou conseguido negociar o uso do preservativo masculino junto com o seu parceiro.

Nesse sentido, suas trajetórias são marcadas por assimetrias nas relações de gênero, que vão contribuindo para o curso de suas vidas. Assim, as motivações dessas mulheres pela laqueadura são pontuadas por vários aspectos, a saber: o histórico de dificuldades no processo de negociação contraceptiva com o parceiro e em relação à esterilização voluntária, predominando a resistência dos homens à vasectomia; a reflexão sobre a vivência hospitalar do parto mediada pela produção de sentidos sobre dor e assistência em saúde; a participação limitada ou ausente dos parceiros no ambiente familiar, recaindo sobre as mulheres o trabalho doméstico e os cuidados com os(as) filhos(as); a expectativa e pressão social acerca da conduta de uma boa mãe; trabalho físico e emocional que envolve a dimensão do cuidado; a dificuldade em relação à rede

de apoio; e as suas vontades e limites em conciliar a maternidade com outras dimensões da vida e projetos relacionados a trabalho e estudos.

Assim, de acordo com o cenário vivenciado e relatado por essas mulheres, observo que as relações de gênero em suas trajetórias de vida influem, direta e/ou indiretamente, na decisão pela laqueadura. A resolução pela estabilidade reprodutiva relaciona-se a como as relações de gênero são materializadas no cotidiano dessas mulheres. Os discursos sociais sobre feminilidade e masculinidade influem em suas vidas na medida em que as desigualdades de gênero produzem deslocamentos em seus trajetos. Em resposta, elas vão tecendo brechas e formas de exercer poder sobre a rota de suas vidas.

Os serviços de saúde também reproduzem algumas desigualdades entre os gêneros, considerando a centralidade das mulheres na organização institucional do programa de planejamento familiar e na sua operacionalização. Ademais, há déficits no conhecimento, nas informações adequadas sobre o uso e o acesso à variedade de tecnologias contraceptivas, ocasionando frustrações, seja com métodos reversíveis ou com a laqueadura. É necessário que os serviços de saúde atentem para uma melhor escuta da demanda e necessidade das mulheres.

Esses vários sentidos por trás da laqueadura ficam, por vezes, ocultados diante da postura profissional restrita nas condicionalidades que, ocasionalmente, ainda são entendidas de maneira distinta do aparato legal. Diante de suas motivações, foi visível que a busca dessas mulheres não se restringia apenas ao método contraceptivo. Cabe aos profissionais de saúde aprofundar a reflexão sobre o que leva mulheres que já vivenciam a maternidade a procurar a contracepção considerada a mais eficaz. É importante que os(as) profissionais de saúde pensem em estratégias para um olhar que compreenda as relações de gênero junto à reprodução e contracepção, e que possam envolver mais os homens no itinerário dos serviços de saúde em prol de desmistificar a presença dos mesmos junto à unidade de saúde e contracepção.

Além disso, é válido repensar a apreensão social da maternidade, do parto aos cuidados com as crianças. Nas relações sociais predomina o discurso de um amor materno devotado, sem estruturas de apoio às mulheres e que diminui a possibilidade de externalizarem arrependimento ou sentimentos negativos diante de gestações imprevistas. As mulheres ficam presas em um simbolismo de modelo ideal de maternidade. No momento do parto, passam por um processo extra de dor ocasionado pelo distanciamento profissional e por julgamentos da sua feminilidade, o que leva a

algumas não quererem tornar a engravidar e, caso passassem o cuidado dos filhos para outras mulheres ou se quiserem trabalhar, são questionadas enquanto mães. Contudo, poucos questionamentos são feitos quando há a ausência paterna.

Os discursos dessas mulheres sobre os seus parceiros demonstraram as dificuldades em ter um ambiente domiciliar com relações mais igualitárias entre os gêneros. Mesmo que apresentem pequenas divisões no que se refere ao cuidado dos(as) filhos(as), predominou o modelo de masculinidade hegemônico, com algumas particularidades regionais. Estes homens destacaram-se enquanto provedores principais do ambiente familiar e assumiram a figura de apoio junto a domínios da experiência tradicionalmente considerados femininos (contracepção, afazeres domésticos, cuidado dos/as filhos/as). No âmbito contraceptivo, a masculinidade nordestina destaca-se na ênfase da virilidade e resistência à vasectomia.

Em relação às feminilidades, penso que a identificação de Clarice expressa bem um anseio presente em muitas das narrativas: ser família e ser independente. Elas gostam de ter constituído uma família e querem ter autonomia, seja em um tempo para descansar, trabalhar, estudar, ir para consultas ou para igreja sem se preocupar com os(as) filhos(as). Entretanto, a assimetria das relações de gênero no ambiente familiar faz com que conseguir ser família e ser independente seja algo de difícil conciliação, visto o peso físico e mental que as suas condições de vida como mulheres tem para a sua autonomia.

Todavia, as feminilidades apreendidas nos processos socializadores também são modificadas por elas. Na materialidade do cotidiano dessas mulheres, mudar os trajetos de suas vidas não seria possível mediante um enfrentamento direto com a normatividade que guia as relações de gênero, dentro e fora da dinâmica familiar. A resistência a tal cenário não seria pelo confronto direto, mas no sentido de estabilizar algum aspecto do seu cotidiano para viver melhor a maternidade e o cuidado infantil. Elas não confrontam diretamente seus parceiros, mas vão pelos "interstícios das disputas domésticas", exercendo o poder de maneira indireta, no modo que lhe parece mais possível e palpável (ROMANELLI, 1995, p. 84; ROCHA-COUTINHO, 1994). Assim, a escolha e insistência para realizar a *ligação* mostrou-se como uma forma de operar processos de autodeterminação como um instrumento para minimizar/estabilizar a forma como vivenciam a preocupação com a reprodução, a maternidade e o cuidado dos filhos(as), além da sobrecarga cotidiana dos afazeres domiciliares

Compreendo a escolha pela laqueadura como um terreno complexo que, mesmo que pareça um “lugar comum” e “familiar” de mulheres junto ao cuidado reprodutivo, tal método demonstra ser uma conquista para essas mulheres, um meio para várias finalidades. Dessa maneira, em geral, significou uma maior segurança, autonomia e reconhecimento de si enquanto mulher. Contudo, também pode ter seu significado esvaziado se as suas consequências não corresponderam com as expectativas de ampliação do campo de possibilidades.

Nesse sentido, a laqueadura apresentou limites em sua efetivação para duas das entrevistadas, resultando em sentimentos de arrependimento parcial ou total: a vivência “curta” de não ter mais filhos(as), ocasionada pela reversão espontânea e a ausência da vivência plena da sexualidade, restringida por dores e desconfortos no ato sexual. Assim, para algumas, a laqueadura pode vislumbrar trajetórias mais autônomas. Para outras, foi visto negativamente como um “sonho”que se transformou em “nada” diante de falhas em sua eficácia e/ou junto aos serviços de saúde nas informações fornecidas sobre a esterilização feminina.

Todavia, de maneira geral, o fato de não terem mais filhos(as), mediante a laqueadura, mesmo que não desloque as dinâmicas das relações de gênero no ambiente familiar, colaborou indiretamente com mudanças sutis em como os domínios da experiência são vivenciados. Mesmo que, ao tensionarem os arranjos familiares, sejam relembradas que são mães-esposas-donas-de-casa-trabalhadoras, a laqueadura representou uma possibilidade de retomar seus projetos individuais, controlarem o seu corpo, tempo e vida e, desse modo, ampliar o seu campo de possibilidades. Com isso, esse controle de fecundidade apresentou-se como uma forma de cuidar de si, de ter tempo para si e para os seus projetos, produzindo significados que remetem à liberdade, segurança e autonomia.

REFERÊNCIAS

ABADE, F. ROMANELLI, G. Paternidade e paternagem em famílias patrifocais. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ref/v26n2/1806-9584-ref-26-02-e50106.pdf

ABOIM, S. Do público e do privado: uma perspectiva de gênero sobre uma dicotomia moderna. **Estudos feministas** (impresso). 2012, p. 95-118.

ABRAHÃO, M. H. M. B.; PASSEGI, M. da C. Apresentação – A pesquisa (auto)biográfica: epistemologia e métodos da investigação científica e da formação. In: ABRAHÃO, M.H.M.B.; PASSEGGI, M. da C. **Dimensões epistemológicas e metodológicas da pesquisa (auto)biográfica**: Tomo I. Natal: EDUFRN; Porto Alegre: EDIPUCRS; Salvador: EDUNEB, 2012, p. 19-26.

ABRAHÃO, M.H.B. Memória, narrativas e pesquisa autobiográfica. **História da Educação**, ASPHE/FaE/UFPel, Pelotas, n. 14, set, 2003, p. 79-95. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/asphe/article/view/30223. Acessado em: 22 out 2018.

ALBUQUERQUE JUNIOR, D. M. **Nordestino -** Uma invenção do falo: uma história do gênero masculino (Nordeste - 1920/1940). Maceió: Edições Catavento, 2003.

ALVES, A. M. Memoria da esterilização feminina: um estudo geracional. **Socio.antropol.** Rio de Janeiro, v. 07, p.187-207, abril, 2017 Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/2238-38752017v718. Acessado em: 18 ago 2017.

ALVES, J.E.D.; CORRÊA, S. Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo + 10**. R. Bras. Est. Pop**., Campinas, v. 20, n. 2, p. 129-156, jul./dez, 2003 Disponível em: http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1416/alvesecorreavol20_n2_2003_3artigo_p129a156.pdf. Acessado em: 20 dez. 2017.

APPOLINÁRIO, F. **Filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Thomson Learning, 2006.

ARANGO, L. G. "¿Tiene sexo la sociología? Consideraciones en torno a la categoría género". **Revista Sociedad y Economía**, núm. 8, 2005, p.1-24.

ÁVILA, M.B. Modernidade e cidadania reprodutiva. **Estudos feministas**, 1993. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16070/14604. Acessado em: 23 out 2918.

ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 19(Sup. 2). 465-469, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a27v19s2.pdf. Acesso em 18 out 2018.

ATWOOD, M. **O conto de Aia.** Rio de Janeiro: Rocco, 2006.

ALBUQUERQUE JUNIOR, D. M. **Nordestino -** Uma invenção do falo: uma história do gênero masculino (Nordeste - 1920/1940). Maceió: Edições Catavento, 2003.

ALVES, A. M. Memoria da esterilização feminina: um estudo geracional. **Socio.antropol.** Rio de Janeiro, v. 07, p.187-207, abril, 2017 Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/2238-38752017v718. Acessado em: 18 ago 2017.

ALVES, J.E.D.; CORRÊA, S. Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo + 10**. R. Bras. Est. Pop**., Campinas, v. 20, n. 2, p. 129-156, jul./dez, 2003 Disponível em: http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1416/alvesecorreavol20_n2_2003_3artigo_p129a156.pdf. Acessado em: 20 dez. 2017.

APPOLINÁRIO, F. **Filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Thomson Learning, 2006.

ARANGO, L. G. "¿Tiene sexo la sociología? Consideraciones en torno a la categoría género". **Revista Sociedad y Economía**, núm. 8, 2005, p 1-24.

ARAÚJO, C.; SCALON, C.. Gênero e a distância entre a intenção e o gesto. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol. 21 nº. 62 outubro/2006 p.45-69.

ÁVILA, M.B. Modernidade e cidadania reprodutiva. **Estudos feministas**, 1993. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16070/14604. Acessado em: 23 out 2918.

ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 19(Sup. 2). 465-469, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a27v19s2.pdf. Acesso em 18 out 2018.

ATWOOD, M. **O conto de Aia.** Rio de Janeiro: Rocco, 2006.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BADINTER, E. **O conflito**: a mulher e a mãe. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BANDEIRA, L. A. Contribuição da crítica feminista à ciência. **Estudos feministas**. Florianopólis, jan/abr, 2008. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2008000100020> Acessado em: 01 abr 2018.

BANDEIRA, L. A. Importância e motivações do Estado Brasileiro para pesquisas de uso do tempo no campo de gênero. **Revista Econômica**, Rio de Janeiro, v 12, n 1, junho, 2010, p. 47-63.

BARATA, RB. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?. In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Disponivel em: http://books.scielo.org/id/48z26/pdf/barata-9788575413913-06.pdf

BARBOT, J. Conduzir uma entrevista face a face. In: PAUGAM, S. **A pesquisa sociológica**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015, p.102-123

BARTKY, S. L. Foucault, feminity and the modernizations of patriarcal power. In: Conboy, K; Medina, N; Stanbury, S. (Orgs). **Writing on the body:** female embodiment and feminist theory. New York: Columbia University Press. 1997.

BARSTED, L. A, L. Sexualidade e reprodução: estado e reprodução. In: BILAC, E. D; ROCHA, M. I. B. da (Org.). **Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe**: temas e problemas. Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP/ São Paulo: Ed. 34, 1998.

BARTHOLO, L; PASSOS, L.; FONTOURA, N. Bolsa família, autonomia feminina e equidade de gênero: o que indicam as pesquisas nacionais? In: IPEA. **Texto para discussão.** Brasília: Rio de Janeiro: IPEA, 2017.

BEAUD, S.; WEBER, F. **Guia para a pesquisa de campo**: produzir e analisar dados etnográficos. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BERQUÓ, E. Brasil, um caso exemplar – anticoncepção e partos cirúrgicos – à espera de uma ação exemplar. **Estudos feministas**. Florianópolis, n.2, p.366-381, 2º semestre, 1993. Disponível em: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/923_511_brasilumcasoexemplarelzaberquo.PDF. Acessado em: 21 ago. 2017

BERQUÓ, E. CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p. S441-S453, 2003. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800025. Acessado em: 02 mar 2017.

BERTAUX, D. **Narrativas de vida**: a pesquisa e seus métodos. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2010.

BECK, U. Liberdade ou amor: vidas separadas, juntas ou contrapostas dos gêneros dentro e fora da família IN: BECK, U; BECK-GERNSHEIM, E. **O caos totalmente normal do amor**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017, p. 25-61.

BECK-GERNSHEIM, E. Do amor ao relacionamento?: mudanças no relacionamento entre homens e mulheres na sociedade individualizada. In: BECK, U; BECK-GERNSHEIM, E. **O caos totalmente normal do amor**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017 p. 62-93.

BIROLI, F. **Gênero e desigualdades**: limites da democracia no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2018.

BOLÍVAR, A. Dimensiones epistemológicas y metodológicas de la investigación (auto)biográfica. IN: ABRAHÃO, M.H.M.B.; PASSEGGI, M. da C. **Dimensões epistemológicas e metodológicas da pesquisa (auto)biográfica**: Tomo I. Natal: EDUFRN; Porto Alegre: EDIPUCRS; Salvador: EDUNEB, 2012.

BORDO, S. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. IN: JAGGAR, A. M. BORDO, S. **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p. 19-40.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Edições 70, 1992.

BOURDIEU, P. Ilusão biográfica. IN: AMADO, J; FERREIRA, M.de M. (coord) **Usos & abusos da história oral**. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

BOURDIEU, P. Compreender In: **A miséria do mundo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 5ª ed, 1997.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência**. São Paulo: Unesp, 2004.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**: a condição feminina e a violência simbólica. 6ª ed. Rio de Janeiro: BestBolso, 2018.

BORGES, A. Reestruturação produtiva, família e cuidado: desafios para as políticas sociais IN: BORGES, A.; CASTRO, M.G. (Org.) **Família, gênero e gerações:** desafios para as políticas sociais, 1ª ed. São Paulo: Paulinas, 2007, p.181-206.

BORGES, C. de C. Mudanças nas trajetórias de vida e identidades de mulheres na contemporaneidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 1, p. 71-81, jan./mar, 2013. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000100008. Acessado em: 02 set 2018.

BORN, C. Gênero, trajetória de vida e biografia: desafios metodológicos e resultados empíricos. **Sociologia**, Porto Alegre, ano 3, nº5, 2001, p. 240-265.

BOTTON, A; CÚNICO, S.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças – Psicologia da Saúde,** 25 (1), Jan.-Jun. 2017.

BRANDALISE, C. **Aborto masculino: por que essa expressão tem ganhado força nas redes?** Universa (site). 23/08/2018 - Disponivel em: https://universa.uol.com.br/noticias/redacao/2018/08/23/aborto-masculino-por-que-nao-falamos-sobre-abandono-paterno.htm

BRANDÃO, A. M. Entre a vida vivida e a vida contada: A história de vida como material primário de investigação sociológica. **Rev. Configurações**, n.º 3, 2007, p.83-106. Disponível em: http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/9630. Acessado em: 13 nov 2018.

BRANDÃO, C.R. Reflexões sobre o trabalho de campo. **Sociedade e cultura**, Goiânia, vol.10, n. 01, p.11-27, 2007. Disponível em: http://www.ufvjm.edu.br/disciplinas/enf002/files/2012/06/carlos-rodrigues-trabalho-de-campo.pdf. Acessado em: 21 jul 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.263/1996**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm. Acessado em: 01 jan. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Rede Cegonha. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Direito ao acompanhante, 2005

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de lei nº 313/2007, 2007**. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=343759 Acessado em: 13 set 2018.

BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMATICAS ESTRATÉGICAS. SEI/MS - 9087621. Despacho. Brasília. 03 de maio de 2019. 2019a. Disponivel em: http://www.sogirgs.org.br/pdfs/SEIMS-9087621-Despacho.pdf

BRASIL. MINISTERIO PUBLICO FEDERAL. Recomendação nº 29/2019. Autos nº 1.34.001.007752/2013-81. São Paulo. 07 de maio de 2019. 2019b Disponível em: http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf/

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos HumanizaSUS v. 4), 2014. Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em 23 set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. **Cadernos de Atenção Básica** nº26. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf. Acessado em: 18 out 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 510, DE 7 DE ABRIL DE 2016**. Disponivel em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

BRASIL. Ministério da Saúde.**RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf

CABRAL, C. da S. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. **Saúde Soc**. São Paulo, v.26, n.4, p.1093-1104, 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017000001. Acessado em: 18 out 2018.

CABRAL, C. da S. **Práticas contraceptivas e gestão da heterossexualidade**: agência individual, contextos relacionais e gênero. Tese (Doutorado em Medicina). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2011.

CAETANO, A. J. Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006. **R. Bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 31, n.2, p.309-331, jul./dez. 2014. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982014000200005. Acessado em: 18 set 2018.

CAIRO. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**, 1994. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf. Acessado em: 23 ago 2018.

CARVALHO, J.A.M.; BRITOS, F.A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil. **R. Bras. Est. Pop**., São Paulo, v. 22, n.2, p.351-369, jul./dez. 2005

CARVALHO, M. L de O; SCHOR, N. motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. **Saúde Pública**, São Paulo, vol. 39, n. 5, p. 788-94, outubro, 2005. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/672/67240149014.pdf. Acessado em: 21 nov 2016

CARVALHO, M. L de O; SCHOR, N. Esterilização feminina: em busca do controle da própria fertilidade. **Cienc Cuid Saude**, 2012, p.95-101

CARVALHO, M.L.; PIROTTA, K.C.M.; SCHOR, N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina**. Rev Saúde Pública** 2001; 35(1): 23-31.

CARVALHO *et al*. Número ideal de filhos como fator de risco para laqueadura tubária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6): 1565-1574, nov-dez, 2004. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600014. Acessado em: 22 set 2018.

CASTRO, A.M.A.; EGGER, E. Alguns apontamentos sobre epistemologia feminista. **Sociais e humanas**, Santa Maria, v.25, n. 02, jul/dez, 2012, p.231-238. Disponível em: Acessado em: 21/03/18

CHANTLER, K.; BURNS, D. Metodologias feministas IN: SOMEKH, B.; LEWIN, C. **Teoria e métodos de pesquisa social.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. p.111-120.

CITELI, M.T.; SOUZA, C. de M.; PORTELLA, A.P. Corpo e reprodução: reveses da anticoncepção entre mulheres pobres. IN: DUARTE, LFD., and LEAL, OF., (orgs). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 210 p. ISBN 85-85676-46-9.

CHODOROW, N. **Psicanálise da maternidade**: uma crítica a Freud a partir da mulher. 2ª ed. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos tempos, 2002.

COELHO, E. de A.C.; LUCENA, M.de F.G.de; SILVA, A.T.de M. Planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 1, p. 37-44, março, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a05.pdf. Acessado em: 07 abr. 2017.

COLLING, A.M. **Tempos diferentes, discursos iguais: a construção histórica do corpo feminino**. Dourados, MS: ed. Ufgd, 2014

CONNEL, R. **Gênero em termos reais**. São Paulo: nVersos, 2016

CONNEL, R; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 21(1): 241-282, janeiro-abril, 2013 Disponível em: Acessado em:

CONNEL, R; PEARSE, R. **Gênero**. São Paulo: nVersos, 2015.

COSTA, S. G. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. **Estudos Feministas**. 2002, p. 301-323. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200003. Acessado em: 13 nov 2018.

COSTA. T. *et al* . Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface**, v. 10, n. 20, p.363-80, 2006.

COSTA, A. M., SILVESTRE, R. M. Uma reflexão sobre poder, mulher e saúde: dilemas para a saúde reprodutiva. In VENTURI, R *et al* (orgs). A mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2004.

COSTA, R. G. Sonho do passado versus plano para o futuro: gênero e representações acerca da esterilidade e do desejo por filhos. **Cadernos pagu** (17/18), 2001 p.105-130.

CORTAZZI, M. Narrative Analysis in Ethnography. In: ATKINSON, P. et al (Ed.). **Handbook of ethnography**. London: Sage, 2001. Disponível em: http://methods.sagepub.com/book/handbook-of-ethnography/n26.xml. Acessado em: 14 jan. 2018

CORRÊA, S.; ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. IN: BERQUÓ, E. (orgs) **Sexo e vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2003, p.17-78.

COUTO, M.T. Gênero e comportamento reprodutivo no contexto de famílias em pluralismo religioso. IN: HEILBORN, M.L. *et al* (orgs). **Sexualidade, família e *ethos* religioso**. Coleção sexualidade, gênero e sociedade. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 207-246

CRIZÓSTOMO, C.D. **Relatos de mulheres sobre sua vida sexual e reprodutiva**: implicações para a enfermagem. 2009. Dissertação. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí, 2009.

CRIZÓSTOMO, C.D; SOBRA, C.S.de J; NERY, I.S. Saúde Reprodutiva: as relações de gênero no planejamento familiar. **Esc Anna Nery R Emferm**. vol. 8, núm. 3, p. 411-419, dezembro, 2004. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/1277/127718062012.pdf. Acessado em: 18 ago. 2017.

CUNHA, J.L. da. Pesquisas com (auto)biografias: interfaces em tempos de individualização. IN: ABRAHÃO, M.H.M.B.; PASSEGGI, M. da C. **Dimensões epistemológicas e metodológicas da pesquisa (auto)biográfica**: Tomo I. Natal: EDUFRN; Porto Alegre: EDIPUCRS; Salvador: EDUNEB, 2012, p.95-114

DALSGAARD, A. L. **Vida e esperanças**. São Paulo: UNESP, 2006.

DAMASCO, M. S.; MAIO, M.C.; MONTEIRO, S. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). **Estudos Feministas**, p.133-151, jan-abr, 2012. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2012000100008/21855 Acessado em: 07 abr 2017

DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2018. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def. Acessado em: 05 jan 2018

DEL PRIORE, M. **Histórias e Conversas de Mulher**. Ed. Planeta. Edição do Kindle. 2013.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva** v.10 n.3 Rio de Janeiro jul./set. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=pt&tlng=pt

DONATH, O. **Mães arrependidas**: uma outra visão da maternidade. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2017.

ELIAS, N. **Sobre o tempo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998

FERREIRA, R. V.; COSTA, M. R. MELO, D. C. S. Planejamento Familiar: gênero e significados. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 13, n. 2, p. 387 - 397, jul./dez. 2014. Disponível em: http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2014.2.17277.
Acessado em: 22 set 2018.

FERRAROTTI, F. **Sobre a ciência da incerteza**: o método biográfico na investigação em ciências sociais. Edições Pedago, 2013.

FERNANDES, M. F. M. Mulher, família e reprodução. **Cad. Saúde pública,** RJ, 19 (sup. 2), 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19s2/a07v19s2.pdf Acessado em: 07/09/2016

FIORIN, P. C; OLIVEIRA, C. T. de; DIAS, A. C. G. Percepções de mulheres sobre a relação entre trabalho e maternidade. **Revista Brasileira de Orientação Profissional** jan.-jun. 2014, Vol. 15, No. 1, 25-35. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v15n1/05.pdf

FONSECA, C. Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares / Claudia Fonseca. - 2.ed. - Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica**. Saúde soc.** [online]. 2005, vol.14, n.2, pp.50-59

FONSECA, C.Da circulação de crianças à adoção internacional: questões de pertencimento e posse. **Cadernos pagu (**26), janeiro-junho, pp.11-43, 2006

FONTENELE, C.V; TANAKA, A.C.A. O fio cirúrgico da laqueadura é tão pesado! laqueadura e novas tecnologias reprodutivas. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.2, p 558-571, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0558.pdf. Acessado em: 04 jul. 2017

FONTOURA, N *et al*. Pesquisas de uso do tempo no Brasil: contribuições para a formulação de políticas de conciliação entre trabalho, família e vida pessoal. **Revista Econômica**, Rio de Janeiro, v 12, n 1, junho, 2010, p.11-46

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 3:** o cuidado de si. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Editora WMF, 2010

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir.** 41 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2013

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder IN: **Ditos e escritos**, volume IX: genealogia da ética, subjetividade e sexualidade. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2014

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1**. Rio de Janeiro: Graal, 2015.

FRASER, H. Doing Narrative Research: Analysing Personal Stories Line by Line. **Qualitative Social Work**. Vol. 3(2): 179–201, 2004. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/240698235_Doing_Narrative_Research_Analysing_Personal_Stories_Line_by_Line. Acessado em: 10 jan. 2018.

FREITAS, A. **Um útero é do tamanho de um punho**.2013

FRIGHETTO, G.N. Um útero é do tamanho de um punho, ou sobre as interdições do feminino. **Estudos linguísticos**. São Paulo, 44 (3): p. 1303-1317, set.-dez. 2015 Disponivel em: https://revistas.gel.org.br/estudos-linguisticos/article/view/1058 Acessado em: 08/07/18

GOMES, R. A Sexualidade Masculina em Foco. In: Gomes, R (Org.) **Saúde do Homem em Debate**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 145-156. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/23561/2/gomes-9788575413647.pdf

GOMES, R *et al*. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007. Disponível em:
https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0765.pdf

GONÇALVES, G. A. A. GARCIA, T.R.; COELHO, E. de A.C. Ambivalência em mulheres submetidas à laqueadura tubária. **Esc Anna Nery Rev Enferm,** 12 (4): p.726-34, dez, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a17.pdf . Acessado em: 28 ago. 2016

GARCIA, C.C. **Breve história do feminismo**. São Paulo: Claridade, 2015

GASKELL, G. entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M W.; GASKELL, G (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002, p. 64-89.

GEERTZ, C. **O saber local**. Petrópolis: Vozes, 8ª ed. 2006.

GERGEN, M.M. Rumo a uma metateoria e metodologia feministas nas ciências sociais. IN: **O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos: EdUnb, 1993 p. 110-128.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Ed. Universidade Estadual Paulista, 1993.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

GIFFIN, K; CAVALCANTI, C. Homens e reprodução. **Estudos Feministas**. Florianópolis. p. 53-71.1999. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/11954/11221. Acessado em: 23 jul 2017.

GILL, S.; GOODSON, I. Métodos de história de vida e narrativa. IN: SOMEKH, B.; LEWIN, C. (orgs) **Teoria e métodos de pesquisa social**. Rio de Janeiro: Vozes, 2015, p. 215-224

GUIMARÃES, C. de P. **Laqueadura tubárea**. 2007. 191f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2007.

GUNE, E. Momentos liminares: dinâmica e significados no uso do preservativo. **Análise Social,**vol. XLIII (2.º), 2008, p. 297-318. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/aso/n187/n187a05.pdf

GROULX, L.-H. Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social IN: POUPART, J. *et al* (org) **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos, Petropólis, RJ: Vozes, 2008, p.95-124.

HARDING, S. A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista. **Estudos feministas**. vol. 1. nº1, Rio de Janeiro, p. 7-32, 1993. Disponível em: http://www.legh.cfh.ufsc.br/files/2015/08/sandra-harding.pdf. Acessado em: 22 mai. 2017.

HELMAN, C.G. Dor e cultura. IN: **Cultura, saúde e doença.** 2ª ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1994

HEILBORN, M.L. et al Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n 17, p. 13-45, 2002.

HEILBORN, M. L. *et al*. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 269-278, 2009. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400009. Acessado em: 22 nov 2018.

HIRATA, H. **Mudanças e permanências nas desigualdades de gênero**: divisão sexual do trabalho numa perspectiva comparativa. São Paulo: Friedrich Ebert Stiftung Brasil, 2015.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. A divisão sexual do trabalho revisitada. IN: MARUANI, HIRATA, H. (orgs) **As novas fronteiras da desigualdade**: homens e mulheres no mercado de trabalho. São Paulo: Ed. Senac, 2003, p.111-123.

HIRATA, H. KERGOAT, D. Novas configurações da divisão Sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, set./dez, 2007. p.595-609. Disponível em: http://scielo.br/pdf/cp/v37n132/a0537132. Acessado em: 15/07/18

HIRATA, H; GUIMARÃES, N.A. (orgs) **Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do *care***. São Paulo: Atlas, 2012.

HITA, M.G. Igualdade, identidade e diferença(s): feminismo na reinvenção de sujeitos. IN: ALMEIDA, H.B. de *et al* (orgs.) **Gênero em matizes**. Bragança Paulista, 2002, p.319-351.

HITA, M.G.; SILVA, M. das G. da. Esterilização feminina no Nordeste brasileiro: uma decisão voluntária? IN: BILAC, E.D.; ROCHA, M.I.B. da. (orgs) **Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe**: temas e problemas. Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP/ São Paulo: Ed. 34, 1998, p.291-333.

HOLLY, M. L; ALTRICHTER, H. Diário de pesquisa IN: IN: SOMEKH, B.; LEWIN, C. **Teoria e métodos de pesquisa social.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2015, p.79-89.

IBGE. **Projeções da população**: Brasil e unidades da federação. Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2018a. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101597.pdf. Acesso em 23 set 2018.

IBGE. Outras formas de trabalho In: **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua** 2017, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – 2. ed. - Rio de Janeiro: IBGE, 2018b. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/5af402f1019098f3ed5e411038d99a42.pdf Acessado em: 05 ago 2018b.

IBGE. 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/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento.Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acessado em: 04 jul. 2017

IBGE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acessado em: 15 jan. 2017

IBGE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf. Acessado em: 15 jan. 2017

ITABORAÍ, N. R. **Mudanças nas famílias brasileiras (1976-2012)**: uma perspectiva de classe e gênero. 1 ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2017.

JACCOUD, M.; MAYER, R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: Jean Poupart et al. **A pesquisa qualitativa**. Enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008, p.254-294.

KAUFMANN, J-C. **A entrevista compreensiva**: um guia para pesquisa de campo. Petropólis, RJ: Vozes; Maceió, AL, EDUFAL, 2013.

KAMLER, B.; THOMSON, P. Trabalhando com literaturas. IN: IN: SOMEKH, B.; LEWIN, C. **Teoria e métodos de pesquisa social.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. p.45-55

KOFES, S. Experiências sociais, interpretações individuais: histórias de vida, suas possibilidades e limites. **Cadernos Pagu** (3) 1994: pp. 117-14. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1725/1709 Acessado em: 25 de jun 2018

KREIN, J. D.; CASTRO, B. As formas flexíveis de contratação e a divisão sexual do trabalho. Friedrich Ebert Stiftung Brasil. n. 6 outubro de 2015. Disponível em: https://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/12084.pdf

LANI-BAYLE, M. Narrativas de vida: motivos, limites e perspectivas. IN: ABRAHÃO, M.H.M.B.; PASSEGGI, M. da C. **Dimensões epistemológicas e metodológicas da pesquisa (auto)biográfica**: Tomo II. Natal: EDUFRN; Porto Alegre: EDIPUCRS; Salvador: EDUNEB, 2012, p.59-78.

LAPÉRRIÈRE, A. Os critérios de cientificidade dos métodos qualitativos. In: Jean Poupart et al. In: **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos, Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p. 410-435

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LAURETIS, T. de. A tecnologia do gênero. In: HOLLANDA, B.H. **Tendências e impasses**: o feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco, 1994, p 13-44.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo.** 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2007

LE BRETON, D. **As paixões ordinárias**: antropologia das emoções. Petropólis: RJ, Vozes, 2009

LE GUIN, U. Introdução. **A mão esquerda da escuridão.** 2ª ed. São Paulo: Aleph, 2014, p. 7-12.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões IN: LIMA, N. T; FINKELMAN, J. (Orgs.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. P. 23-116. Disponível em: http://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf.Acessado em: 01/08/18

LIMA A.A.A , LUZ A.M.H; SIGNIFICADO DA LAQUEADURA TUBÁRIA PARA MORADORAS DE VILAS POPULARES DE PORTO ALEGRE, Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 mar/abr;57(2):203-7. Disponivel em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a14v57n2.pdf

LIPOVETSKY, G**. A terceira mulher**: permanência e revolução do Feminino. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

LONGINO, H.E. Epistemologia feminista. IN: GRECO, J.; SOSA, E. (orgs.) **Compêndio de epistemologia**. São Paulo: Ed. Loyola, 2008, p. 505-546.

LOURO, G. L. Nas redes do conceito de gênero IN: LOPES, M.J.M.; MEYER, G.E.; WALDOW, V. R. (orgs) **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes médicas, 1996, p. 7-25

LYRA, J. *et al.* Homens e cuidado: uma outra família? IN: ACOSTA, A.R.; VITALE, M.A.F. (orgs) **Família: redes, laços e políticas públicas**, 3ª ed,São Paulo: Cortez, 2007p. 79-90

MAIA, M.B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MARTIN, E. **A mulher no corpo**: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARCHI, N. M. *et al* Opção pela vasectomia e relações de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(4):1017-1027, jul-ago, 2003 Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/32940/1/S0102-311X2003000400024.pdf

MARCOLINO, C. O processo de tomada de decisão na laqueadura tubária. **Rev. Min. Enf**., jan./dez., 2000, p. 34-40. Disponível em: http://www.reme.org.br/exportar-pdf/827/v4n1a07.pdf Acessado em:

MATOS, M. Teorias de gênero ou teorias ou teorias e gênero? Se e como os estudos de gênero e feministas se transformaram em um campo novo para as ciências. **Estudos**

Feministas, Florianópolis, 16(2): 440, maio-agosto, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ref/v16n2/03.pdf.Acessado em: 14 de abril de 2018

MATOS, M. Movimento e teoria feminista: é possível reconstruir a teoria feminista a partir do sul global? **Rev. sociol. polít**., Curitiba, v. 18, n. 36, 2010, p. 67-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-44782010000200006&script=sci_abstract&tlng=pt .Acessado em: 02/06/18

MATOS, M.I. Delineando corpos: as representações do feminino e do masculino no discurso médico. IN: MATOS, M.I.S.de; SOIHET, R. **Corpo feminino em debate.** São Paulo: UNESP, 2003 p.157-175

MATOS, M.I.História das mulheres e gênero: usos e perspectivas. IN: PISCITELLI, A. *et all*. **Olhares feministas**. 1 ed. Brasília: UNESCO, 2009, p. 277-289.

MATTOS,M. A. de.Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos IN: : PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. *43- 68*

MINELLA, L. S. **Gênero e contracepção**. Florianopólis: Ed. da UFSC, 2005

MATOS, M.T. de. Homens, valores e práticas relacionadas à contracepção em grupos populares IN: QUADROS, M.T. de; LEWIS, L. (orgs**.) Homens e dinâmicas culturais**: saúde reprodutiva, relações raciais e violência, REcife: ed. UFPE, 2011 p.55-92

MATTAR, L. D; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface- Comunic., Saude, Educ**., v.16, n.40, p.107-19, jan./mar. 2012.

MAY, T. **Pesquisa social**: questões, métodos e processos, 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MCLAREN, M.A. **Foucault, feminismo e subjetividade**. São Paulo: Intermeios, 2016.

MCCALLUM, C; REIS, A. P. dos. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(7):1483-1491, jul, 2006

MENEZES, K.L.; DIAS, C.M. de. S.B. Mães doadoras: motivos e sentimentos subjacentes à doação. Revista Mal-estar e Subjetividade - Fortaleza - Vol. XI - Nº 3 - p. 935-965 - set/2011

MENEZES, J. A. *et al* gravidez e maternidade na adolescência e suas repercussões no processo de escolarização. **Revista Percursos**. Florianópolis, v. 13, n. 02, p.134 – 154, jul./jdez. 2012

MICHELAT, G. Sobre a utilização de entrevistas não-diretivas em sociologia. In:

THIOLLETN, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**, São Paulo: Polis, 1987, p.191-211.

MINELLA, L. S. **Gênero e contracepção**. Florianopólis: Ed. da UFSC, 2005

MISKOLCI, R. Do desvio às diferenças.**Teoria & pesquisa**, jul/dez, 2005. Disponível em: http://www.teoriaepesquisa.ufscar.br/index.php/tp/article/view/43/36. Acessado em: 03/06/18

____; CAMPANA, M. "Ideologia de gênero": notas para a genealogia de um pânico moral contemporâneo**. Revista Sociedade e Estado.** Vol. 32, nº 3, set/dez 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/se/v32n3/0102-6992-se-32-03-725.pdf Acessado em: 03/05/18

MORGANTE, M. M. Mulheres, Gênero e Patriarcado: novas categorias da pesquisa histórica. **Cadernos de História**, ano 9, n.° 1, junho de 2014. Disponível em: www.ichs2.ufop.br/cadernosdehistoria. Acessado em: 25/06/18

MOREIRA, M. H. C.; ARAÚJO, J. N. G. de. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino?**Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 389-398, set./dez. 2004

MORIÑA, A. **Investigar con histórias de vida**: Metodología biográfico-narrativa. Educación Hoy Estudios nº 142. Spanish Edition. Narcea Ediciones. 2017.

MOLINA, A. Laqueadura Tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais. In: GIFFIN, K; COSTA, S.H (Org.). **Questões da saúde reprodutiva** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 127-145. Disponível em: http://books.scielo.org/id/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916-09.pdf. Acessado em: 22 out 2018.

MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Proj. Historia**. São Paulo, dez, 2002

NARVAZ, M.G.; KOLLER, S.H. metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.11, n.3, set/dez, 2006, p. 647-654. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722006000300021&script=sci_abstract&tlng=pt Acessado em: 22/05/18

NEVES, S. Metodologias feministas: a reflexividade ao serviço da investigação nas ciências sociais. **Psicologia: reflexão e crítica**, 2005, p.408-412. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a15v18n3.pdf. Acessado em: 05/01/2018

NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. **Estudos feministas**. 2000. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11917/11167 Acessado em: 12/05/2018

NICOLAU, A. I. O. *et al*. História reprodutiva de mulheres laqueadas. **Acta Paul Enferm**, 23(5): p. 677-83, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/15.pdf. Acessado em: 02 fev 2017.

NUNES, S. A. Esperando o futuro: a maternidade na adolescência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [1]: 53-75, 2012. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100004. Acessado em: 22 out 2018.

OLIVEIRA, R.D. **Reengenharia do tempo**. Rio de Janeiro: Rocco, 2003

OLIVEIRA, R.C. O Trabalho do Antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever. Revista de antropologia, São Paulo, USP, v.39, n.1, 1996. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/ra/article/view/111579/109656 Acessado em: 20 nov 2018

OLIVEIRA, M.C.; BILAC, E.D.; MUSKAT, M. As novidades do gênero: homens e anticoncepção em camadas médias. IN: QUADROS, M.T. de; LEWIS, L. (orgs.) **Homens e dinâmicas culturais**: saúde reprodutiva, relações raciais e violência, REcife: ed. UFPE, 2011 p. 23-54

OMS, 1996. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. Disponivel em: http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf

OKIN, S.M. Gênero, o público e o privado. **Estudos feministas**. Florianópolis, v.16, n.2, p. 305-332, maio-ago, 2008. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2008000200002/8618. Acessado em: 20 set 2017

OSIS. M.J.D *et al*. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(11): p. 2481-2490, nov, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/23.pdf. Acessado em: 08 out. 2017.

OSIS, M. J. D. *et al*.Conseqüências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubária**. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(3):521-532, jul-set, 1999

PAIM, H. H. S. Marcas no Corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. IN: DUARTE, LFD., and LEAL, OF., orgs. **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. p. 31-47. Disponivel em: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31225901/duarte-9788575412572.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1556747443&Signature=PaOfMpIFdHUpnGWty4aGhbYhpSY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAids_e_sexualidade_entre_universitarios.pdf#page=30

PARADA, C. M. G. DE L. TONETE, V. L. P. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda . **Esc Anna Nery Rev Enferm**, 2009 abr-jun; 13 (2): 385-92

PASSOS, L. Conciliação entre trabalho e família e individualização das mulheres brasileiras. **Gênero**. Niterói, v.16, n.1, p. 107-132, 2015. Disponível em: http://www.revistagenero.uff.br/index.php/revistagenero/article/view/748. Acessado em: 18 out 2018.

PEDRO, J.M. As representações do corpo feminino nas práticas contraceptivas, abortivas e no infanticídio – século XX. IN: MATOS, M.I.S.de; SOIHET, R. **Corpo feminino em debate.** São Paulo: UNESP, 2003 p.157-175

PEQUIM**. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**, 1995. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf. Acessado em: 14/08/17

PERROT, M. **Os excluídos da história**: operários, mulheres e prisioneiros. 7ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017.

PICCININI *et al*. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008
Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf

PINTO, C. R. J. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo. 2003.

PINTO, C. R. J. Feminismo, história e poder. **Rev.Sociol.Polít.** Curitiba, v.18, n.36, p.15-23, jun, 2010. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/rsp/article/view/31624/20159 Acessado em: 20/06/2018

PINHEIRO, R.As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

PIRES, A.P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. IN: In: POUPART, J. *et al*. **A pesquisa qualitativa:** enfoques epistemológicos e metodológicos, Petrópolis: Vozes, 2008, p. 154-211

PINSKY, C. B. A era dos modelos rígidos. In: PINSKY, C.B.; PEDRO, J. M. **Nova história das mulheres**. São Paulo: Contexto, 2012, p. 469-512.

PISCITELLI, A. Recriando a (categoria) mulher? IN: ALGRANTI, L. (Org.). **A prática feminista e o conceito de gênero**. Textos Didáticos, n. 48. Campinas: IFCH/Unicamp, 2002, p. 7-42

PISCITELLI, A. Gênero: a história de um conceito. In: BUARQUE DE ALMEIDA, H.; SZWAKO, J. (org.). **Diferenças, igualdade**. São Paulo: Berlendis & Vertecchia, 2009. pp. 116-148.

PORTELLI, A. A filosofia e os fatos: narração, interpretação e significado nas memórias e nas fontes orais. **Tempo**, Rio de Janeiro, vol. 1, n. 2, 1996, p. 59-72. Disponível em: https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/819739/mod_resource/content/1/PORTELLI,%20Alessandro%20%E2%80%93%20A%20Filosofia%20e%20os%20fatos.pdf. Acessado em: 22/08/17

POTTER, J. E; CAETANO, A. J. Clientelismo e esterilização no nordeste brasileiro 1986-1995. In: **Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais [ABEP]**, Caxambu, MG. Belo Horizonte: ABEP, 1998. Disponível em: http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/841/807. Acessado em: 12 de mar 2019.

QADEER, I. Saúde reprodutiva: uma perspectiva de saúde pública IN: FARIA, N; SILVEIRA, M. L. (orgs**) Mulheres, corpo e saúde**. São Paulo: Sempreviva organização feminista, 2000, p. 24-43.

QUADROS, M. T. de. Homens, valores e práticas relacionadas à contracepção em grupos populares IN: QUADROS, M.T. de; LEWIS, L. (orgs) **Homens e dinâmicas culturais:** saúde reprodutiva, relações raciais, violência. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011, p. 55-93.

QUADROS, M. T. de; SANTOS, G. M. N. C. dos. Obstáculos na procura pela esterilização feminina entre mulheres do Bolsa Família. **Cad. Saúde Pública**, 2017

RAGO, M. Epistemologia feminista, gênero e história IN: PEDRO, J. GROSSI, M. (orgs). **Masculino, feminino, plural**. Florianópolis: Ed. Mulheres: 1998. Disponível em: http://projcnpq.mpbnet.com.br/textos/epistemologia_feminista.pdf Acessado em: 05/07/2017

RAGO, M. **Epistemologia feminista, gênero e história**: descobrindo historicamente o gênero. Edita: CNT-Compostela, 2012.

RAMIREZ, M. C**.** Do centro à periferia: os diversos lugares da reprodução nas teorias de gênero. IN: ALMEIDA, E. *et al*. **Gênero em matizes.** Bragança Paulista: Ed. Universitária São Francisco, 2002.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. carta de porto alegre Autonomia e direito à saude das mulheres. 11º encontro nacional da rede nacional feminista de saúde direitos sexuais e direitos reprodutivos. IN: **Rede feminista de saúde: posições políticas. publicação especial** gestão 2011-20015. 2011. p. 06-07. Disponível em:http://redesaude.org.br/comunica/wp-content/uploads/2015/05/encarte_rede_visual.pdf

REIS, L. P. C; RABINOVICH, E. P. O fantasma da repetição e a relação mãe / filha. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum** p.16(3):39-52. 2006

REZENDE, C. B.; COELHO. M. C. **Antropologia das emoções**. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2010

RIPSA. Proporção da população feminina em uso de métodos anticonceptivos. In: **Indicadores e dados básicos** - Brasil 2012. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/f14.htm. Acessado em: 02 de fev 2018.

ROCHA-COUTINHO, M. L. **Tecendo por trás dos panos**: a mulher brasileira nas relações familiares. Rio de Janeiro: ROCCO, 1994.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. 2nd ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. Antropologia & Saúde collection

ROHDEN, F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. **Horizontes antropológicos**, porto alegre, ano 8, n. 17, p.101-125, 2002

ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. IN: CARVALHO, M. do C. B. de. **A família contemporânea em debate.** São Paulo: EDUC/Cortez, 1995, p.73-88

ROTANIA, A.A. Formas atuais de intervenção no corpo das mulheres IN: FARIA, N; SILVEIRA, M. L. (orgs) **Mulheres, corpo e saúde**. São Paulo: Sempreviva organização feminista, 2000, p 11-24.

SAFFIOTI, H.I.B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987

SAFFIOTI, H.I.B **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, H.I.B **A mulher na sociedade de classes**: mito e realidades. 3ª ed. São Paulo: Ed. Expressão popular, 2013.

SALEM, T. "Homem...já viu, né?": representações sobre sexualidade e gênero entre homens de classe popular IN: HEILBORN, M.L. (org). **Família e sexualidade**.1ª ed, Rio de Janeiro: Ed FGV, 2004, p. 16-61

SANTOS, B. de S. (org). **Semear outras soluções.** 2005.

SANTOS, B. **Um discurso sobre as ciências**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2008

SANTOS, H.; OLIVEIRA, P.; SUSIN, P. Narrativas e pesquisa biográfica na sociologia brasileira: revisão e perspectivas. **Civitas**. Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 359-382, maio-ago, 2014. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17152/11478. Acessado em: 15 out. 2017.

SANTOS, A. A. P. dos; SOUZA , K. R. F. de. O sentimento do toque vaginal para parturiente durante a assistência no pré-parto.**VI congresso brasileiro de enfermagem obstétrica e neonatal**. 24 à 26 de junho de 2009, Teresina-PI. Disponível em: http://abenfopi.com.br/vicobeon/COMORAL/Madre%20Maria%20Domineuc/O%20Sentimento%20do%20Toque%20Vaginal%20para%20Parturiente%20durante%20a%20assist%C3%AAncia%20no%20pr%C3%A9%20parto.pdf

SANTOS, L. da S.; DINIZ, G. R. S. Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial **Psicologia Clínica**, vol. 30, núm. 1, 2018, pp. 37-59 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652018000100003

SARDENBERG, C.M.B. Da crítica feminista à ciência a uma ciência feminista? feminismo, ciência e tecnologia IN: COSTA, A.A.A.; SARDENBERG, C.M.B (orgs.)

Feminismo, Ciência e Tecnologia. Salvador: REDOR/NEIM-FFCH/UFBA, Coleção Bahianas, 2002, p. 89-120.

SARTI, C.A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. Campinas, SP: Autores Associados, 1996.

SARTI, C.A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade** 10(1):3-13, 2001 Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2001.v10n1/3-13/pt

SARTI, C.A. A família na ordem simbólica. **Psicologia USP**, 2004, p. 11-28. Disponível em: Acessado em:

SARTI, C, A. Famílias enredadas. IN: ACOSTA, A. R. VITALE, M. A. F. (Orgs) **Família**: Redes, Laços e Políticas Públicas São Paulo: IEE/PUCSP, 2003

SILVEIRA, M. L. (orgs) **Mulheres, corpo e saúde**. São Paulo: Sempreviva organização feminista, 2000, p 11-24.

SILVEIRA, M. L. (orgs**) Mulheres, corpo e saúde**. São Paulo: Sempreviva organização feminista, 2000, p. 24-43.

SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos pagu**, 2001, p. 137-150. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332001000100008 Acessado em: 15/06/17

SCAVONE, L. **Dar vida e cuidar da vida.** São Paulo: UNESP, 2004

SCAVONE, L. Estudos de gênero: uma sociologia feminista? **Estudos feministas**, Florianópolis, jan-abr, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ref/v16n1/a18v16n1 Acessado em: 06/06/17

SCHUTZE, F. Análise sociológica e linguística de narrativas. **Civitas**. Porto Alegre, v.14, n.2, p. 11-52, maio-ago, 2014. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewFile/17117/11469. Acessado em: 15 out. 2017.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & realidade**, v.15, n. 2, jul/dez, 1990. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667 Acessado em: 05/08/2017

SCOTT, J. A invisibilidade da experiência. **Proj. história**, São Paulo, fev, 1998. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/11183 Acessado em: 21/02/18

SCOTT, J.C. Formas cotidianas de resistência camponesa. **Raízes**, Campina Grande, vol. 21, nº 1, p. 10-31, 2002

SCOTT, J.C. Exploração normal, resistência normal. **Revista brasileira de ciência política**, nº 5, Brasília, jan-jul, 2011, p. 217-243

SCOTT, R. P. Quase adulta, quase velha: por que antecipar as fases do ciclo vital? **Interface - Comunic, Saúde**, Educ. 2001

SEMPLAN. Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação. **Perfil dos bairros**. Regional SDU Centro Norte. Teresina, maio, 2018 http://semplan.teresina.pi.gov.br/wp-content/uploads/sites/39/2018/05/ALTO-ALEGRE-2018.pdf Acessado em: 05/08/18

SENA, L. M. **"Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração**." A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. Tese. Florianópolis, Santa Catarina, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/172548/343425.pdf?sequence=1

SERRUYA, S. Ligação de trompas e imaginário feminino. **Revista Brasileira de estudos população,** Campinas, v. 10, n.1/2, p. 57-70, 1992 Disponível em: https://www.rebep.org.br/revista/article/view/492/pdf_467

SIMON, C.S. Vantagens e desvantagens da laqueadura tubária. **Monografia**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2005

SILVA, J. P. V. da; BATISTELLA, C.; GOMES, M. de L. Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família IN: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde-doença. / Organizado por Angélica Ferreira**. Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SOBRINHO, A. S. de O. São Paulo e a Ideologia Higienista entre os séculos XIX e XX: a utopia da civilidade. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 15, nº 32, jan./abr. 2013, p. 210-235 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/soc/v15n32/09.pdf . Acessado em: 01/08/18

SOIHET, R. Histórias das mulheres. IN: CARDOSO, C.F.; VAINFAS, R. (orgs) **Domínios da história:** ensaios de teoria e metodologia. Rio de Janeiro: Campus, 1997, p. 275-296

SOIHET, R. Discutindo biografia e história das mulheres. In: FUNCK, S. B.; MINELLA, L. S.; ASSIS, G. de O. (Org.) **Linguagens e narrativas**. Tubarão: Ed. Copiart, 2014, p.63-79.

SOIHET, R. Feminismo, sexualidade e contracepção nos anos 1960-1980. IN: PARENTE, Temis Gomes; MIRANDA, C. M. **Arquiteturas de gênero**. Tocantins: EDUFT, 2015 p.281-314.

SOUZA, M. F. de; MARIANO, S. A. Divisão sexual do trabalho, políticas de cuidado e gênero em contextos de pobreza urbana**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress** (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X

SOUSA, L. P. de; GUEDES, D.R. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. **Estudos avançados**. 2016.

SOUZAS, R. Relações raça e gênero em jogo: a questão reprodutiva de mulheres negras e brancas. Tese. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. 2004 Disponivel em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-28082007-175532/publico/TeseRaquelSouzas.pdf

SPINK, M. J (org.). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano**. São Paulo: Cortez Editora, 2000, p.93-122.

STAUDT, A. C. P. WAGNER, A. Paternidade em tempos de mudança. **Psicologia: teoria e prática**, 2008, p.174-185 Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872008000100013. Acessado em: 17/05/18.

SUTTER, C. ; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 39, n. 1, jan./mar. 2008, p. 74-82. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1488. Acessado em: 26/05/18.

TEMPESTA, G. A.; CARNEIRO, R. G. Para adentrar o portal da dor do parto: corpo, gênero e significações heterogêneas em contextos diversos**. Revista gênero**, Niterói, v 18, n 2, 2018, p. 48-65. Disponível em: http://www.revistagenero.uff.br/index.php/revistagenero/article/viewFile/1142/496

TERESINA, PREFEITURA DE. FMS amplia acesso a laqueadura de trompas e vasectomia. 2014. Disponível em: http://www.portalpmt.teresina.pi.gov.br/noticia/FMS-amplia-acesso-a-laqueadura-de-trompas-e-vasectomia/4667. Acessado em: 15/09/2018.

TERRAGNI, L. A pesquisa em gênero IN: MELUCCI, A. **Por uma sociologia reflexiva**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005, p. 141-163.

THERBORN, G. **Sexo e poder**: a família no mundo 1900-2000. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2015.

TIBURI, M. **Feminismo em comum**: para todas, todes e todos, Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

TIMM, E.Z. Histórias de vida: alguns aportes filosófico-literários como contribuição à reflexão. IN: ABRAHÃO, M.H.M.B.; PASSEGGI, M. da C. **Dimensões epistemológicas e metodológicas da pesquisa (auto)biográfica**: Tomo I. Natal: EDUFRN; Porto Alegre: EDIPUCRS; Salvador: EDUNEB, 2012, p. 159-198

TRESSA, S. V. C. e. O Brasil no combate à compra de votos nas eleições. **Estudos Eleitorais.** Volume 11, número 2, maio/agosto2016

TRINDADE, Z. A.; ENUMO, S. R. F. Triste e incompleta: uma visão feminina da mulher infértil. **Psicologia USP**, 2002, Vol. 13, No.2, 151-182, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000200010&script=sci_abstract&tlng=pt

UNFPA, UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Planejamento familiar no Brasil**: 50 anos de história. Brasília, 2008. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatoriowpd.pdf. Acessado em: 05 ago. 2017.

VAITSMAN, G. **Flexíveis e plurais: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

VARIKAS, E. Max Weber, a gaiola de aço e as senhoras. IN: CHABAUD-RYCHTER, D. *et al* (orgs) **O gênero nas ciências sociais**: releituras críticas de Max Weber a Bruno Latour. 1ª ed. São Paulo: Editora UNESP, Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 2014.

VELHO, G. **Individualismo e cultura**: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. RJ: Zahar, 1999.

VELHO, G. Trajetória individual e campo de possibilidades. IN: **Projeto e metamorfose**. 3ª ed. Editora Zahar, 2003 p.31-48.

VIEIRA, E. M. Políticas públicas e contracepção no Brasil IN: BERQUÓ, E. (orgs) **Sexo e vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2003, p.151-196

VIEIRA, C. A. L.; ÁVILA, A. A. um olhar sobre o fenômeno da maternidade naturalista: refletindo sobre o processo de maternagem. **Gênero**, Niterói, v.18, n.2. sem. 2018. Disponível em: file:///C:/Users/Antonio%20Jos%C3%A9/Downloads/1141-3012-1-PB.pdf

VITALE, M.A.F. Socialização e família: uma análise intergeracional IN: CARVALHO, M. do C. B. de. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 1995, p. 89-96

ZANARDO, G. L. P. et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, 2017, p. 1-11. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf Acessado em: 09. Set.2018.

WEBER, R. Relatos de quem colhe relatos: pesquisa em história oral e ciências sociais. **Dados**. Rio de Janeiro, v.30, n.1, p. 63-83, 1996. Disponível em: http://professor.ufrgs.br/reginaweber/files/1996-relatos2.pdf. Acessado em: 08 set. 2017.

YAMAMOTO, S.T. A esterilização cirúrgica feminina no Brasil, controvérsias na interpretação e desafios na aplicação da lei 9.263.Dissertação. São Paulo: Faculdade de Saúde Publica da USP, 2011

YOUNG-EISENDRATH, P. A pessoa do sexo feminino e como falamos dela. IN: GERGEN, M.M. O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos: EdUnb, 1993, p. 177-198.