

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

ROSÂNGELA DE SOUSA VERAS

ATRAIR OU REPUDIAR A CEGONHA?

Estudo sobre práticas reprodutivas das/os usuárias/os do Programa de
Planejamento Familiar do Hospital Universitário Materno Infantil

São Luís
2008

ROSÂNGELA DE SOUSA VERAS

ATRAIR OU REPUDIAR A CEGONHA?

Estudo sobre práticas reprodutivas das/os usuárias/os do Programa de Planejamento Familiar do Hospital Universitário Materno Infantil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sandra Maria Nascimento Sousa.

São Luís
2008

Veras, Rosângela de Sousa

Atrair ou repudiar a cegonha? Estudo sobre práticas reprodutivas das/os usuárias/os do Programa de Planejamento Familiar do Hospital Materno Infantil/ Rosângela de Sousa Veras. – São Luís, 2008.

116 f.

Impresso por computador (Fotocópia).

Orientadora: Sandra Maria Nascimento Sousa.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós- Graduação em Ciências Sociais, 2008.

1. Identidade de gênero – Práticas reprodutivas
2. Relações conjugais
3. Direito reprodutivo I. Título.

CDU 396:612.6 (812.1)

ROSÂNGELA DE SOUSA VERAS

ATRAIR OU REPUDIAR A CEGONHA?

Estudo sobre práticas reprodutivas das/os usuárias/os do Programa de Planejamento Familiar do Hospital Universitário Materno Infantil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão para a obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Aprovada em 28 /02 /2008.

BANCA EXAMINADORA

Sandra Maria Nascimento Sousa (orientadora)

Prof.^a Dr.^a Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão.

Maria Mary Ferreira

Dr.^a em Sociologia pela Universidade Estadual Paulista – UNESP/Araraquara.

Ednalva Maciel Neves

Prof.^a Dr.^a Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão.

À minha mãe e ao meu pai por acreditarem em mim e me apoiarem durante o percurso de minha formação acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Na construção deste estudo tive contribuições de natureza diversa que eu não poderia deixar de realçar. Por essa razão, venho expressar os meus sinceros agradecimentos:

Às mulheres e aos homens que permitiram serem entrevistadas/os, cedendo um pouco do seu tempo, compartilhando suas intimidades e experiências de vida.

À Prof.^a Dr.^a Sandra Maria Nascimento Sousa, minha orientadora, pelo profissionalismo, dedicação, paciência e competência com que orientou este estudo.

Às Prof.^a Dr.^a Maristela de Paula Andrade e Ednalva Maciel Neves, pela disponibilidade e contribuições valiosas dedicadas durante o exame de qualificação deste trabalho.

A todos/as os/as docentes do Programa de Pós-Graduação em Ciência Sociais da Universidade Federal do Maranhão pela colaboração na minha formação acadêmica.

A todas as funcionárias da Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciência Sociais, pelo apoio, paciência e disponibilidade que ajudaram a tornar a vivência acadêmica mais fácil.

A toda a equipe multiprofissional do Programa de Planejamento Familiar do Hospital Universitário Materno Infantil por ter aberto as portas para minha pesquisa.

À Benilda Veras e José de Ribamar Veras, minha mãe e meu pai, pela constante compreensão e apoio. Às minhas irmãs, Mara e Patrícia, pelo auxílio.

À Cláudia Romana, minha amiga, pelas conversas ao telefone que muito me conformaram e incentivaram. À Kátia Núbia, amiga e companheira de profissão, pelo compartilhamento das aventuras sócio-antropológicas.

À Marli Estrela, Raimunda Nonata, Renata Cordeiro, Letícia Conceição, Tânia Cristina, Paulo Câmara, Igor Bergamo, Rogério Veras, Raquel Noronha, Paulo Sérgio, Carlos Eduardo, Leonardo e Emanuel, colegas da terceira turma de Pós-Graduação em Ciências Sociais, pela amizade, pelo companheirismo e pelos valiosos encontros de confraternização.

Às/aos colegas do Grupo de Pesquisa em Gênero, Memória e Identidade – GENI, pelas ótimas discussões que muito me ajudaram em minhas análises.

À Sislene, que me ajudou na revisão da leitura do texto.

À Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que desempenharam um importante papel financiando esta pesquisa, sou muito grata.

Enfim, agradeço a todas/os aquelas/es que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta dissertação se tornasse realidade.

“Filhos...Filhos?
Melhor não tê-los!
Mas se não os temos
Como sabê-lo?
[...] A aporrinhação:
Cocô está branco
Cocô está preto
Bebe amoníaco
Comeu botão.
Filho? Filhos
Melhor não tê-los
Noites de insônia
Cãs prematuras
Prantos convulsos
[...] Filhos são o demo
Melhor não tê-los...
Mas se não os temos
Como sabê-los?
Como saber
Que macieza
Nos seus cabelos
Que cheiro morno
Na sua carne
Que gosto doce
Na sua boca![...]”

Poema Enjoadinho
Vinicius de Moraes

RESUMO

A análise das práticas reprodutivas de mulheres e homens usuárias/os do *Programa de Planejamento Familiar do Hospital Universitário Materno Infantil* compreende a multiplicidade de experiências e motivações para ter ou não ter filhos/as, tendo em vista que existe uma complexa teia de relações entre desejos individuais, negociação conjugal, adoção de novos valores, expectativas e ideais sociais que envolvem suas decisões. Aborda, no contexto das atuais organizações conjugais e de parceria, os papéis sociais dessas mães e desses pais, como, também, o valor social que centraliza a atenção com as/os filhas/os. Focaliza suas representações acerca da concepção e contracepção, e, a relação que têm com o Programa de Planejamento Familiar no que diz respeito ao acesso dos métodos contraceptivos.

Palavras-chave: Identidade de gênero. Relações conjugais. Práticas reprodutivas. Direito reprodutivo.

RÉSUMÉ

L'analyse des pratiques reproductives de femmes et d'hommes usagers du Programme de Planification Familiale de l'Hôpital Universitaire Materno Infantile comprend la multiplicité d'expériences et de motivations pour avoir ou non avoir d' enfants, prenant en compte l'existence d'une complexe toile de relations entre désirs individuels, négociation conjugale, adoption de nouvelles valeurs, attentes et idéaux sociaux qui entraînent leurs décisions. Il aborde, dans le contexte des actuelles organisations conjugales et de partenariat, les rôles sociaux de ces mères et pères bien comme la valeur sociale qui centralise l'attention à la égard de leurs enfant. Il focalise leurs représentations au sujet de la conception et la contraception, et la relation qu' ils ont avec le Programme de Planification Familiale en ce qui concerne l'accès des méthodes contraceptives.

Mots-clé: Identité de genre. Relations conjugales. Pratiques reproductives. Droit reproductif.

LISTA DE QUADROS

Número	Título	p.
Quadro 1:	Faixa etária de Mulheres e Homens	23
Quadro 2:	Quanto à escolaridade de Mulheres e Homens	24
Quadro 3:	Quanto ao número de filhos de Homens e Mulheres	25
Quadro 4:	Características dos homens e preferência contraceptiva	25
Quadro 5:	Características das mulheres e preferência contraceptiva	26

LISTA DE SIGLAS

AIDS	- Acquired Immune Deficiency Syndrome ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
DIU	- Dispositivo Intra-uterino.
DST	- Doenças Sexualmente Transmissíveis.
FPB	- Programa Farmácia Popular do Brasil.
GM	- Gabinete do Ministro.
HIV	- Human Immunodeficiency Virus.
HUMI	- Hospital Universitário Materno Infantil.
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IPPF	-International Planned Parenthood Federation ou Federação Internacional de Planejamento Familiar.
MAC	- Métodos Contraceptivos.
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.
PPF	- Programa de Planejamento Familiar.
PPF do HUMI	- Programa de Planejamento Familiar do Hospital Universitário Materno Infantil.
TFT	- Taxa de Fecundidade Total.
UFMA	- Universidade Federal do Maranhão.
UNICEF	- United Nations Children's Fund ou Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Breve apresentação sobre os direitos reprodutivos no Brasil	3
1.2 O Hospital: local da pesquisa	8
1.2.1 Sobre o Programa de Planejamento Familiar do HUMI	8
1.3 Apresentação dos capítulos	11
2 AS VIVÊNCIAS NO CAMPO DE PESQUISA	13
2.1 A inserção em campo: dificuldades e obstáculos encontrados no processo de construção das redes de relações para a execução da pesquisa	13
2.1.1 A interação com a equipe multiprofissional	15
2.2 O percurso metodológico e os aspectos éticos da abordagem	16
2.2.1 O processo de realização das entrevistas: a interação entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa é uma importante informação para a análise	18
2.3 O perfil dos homens e das mulheres que compuseram o universo empírico da pesquisa	23
3 REPRODUÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO FAMILIAR: mães e pais responsáveis, número de filhos reduzidos e projetos de ascensão social	28
3.1 O ideal de famílias reduzidas: “é preciso ter condições de dá uma boa educação, uma boa alimentação, essa é a importância de planejar”	30
3.1.1 “Pai/mãe não é aquele/a que faz o filho, mas aquele/a que cria”: paternidade e maternidade responsáveis	46
3.1.2 Os ideais de afetividade conjugal, de autonomia e individualização	50
4 PRÁTICAS E PERCEPÇÕES ACERCA DA CONCEPÇÃO E CONTRACEPÇÃO	54
4.1 Aprendizados e percepções acerca da reprodução	54
4.1.1 “Engravidar sem querer”	63
4.2 Percepções e práticas relacionadas aos métodos de contracepção	65
4.2.1 A não adaptação ao método de contracepção	69
4.2.2 As falhas no uso dos métodos contraceptivos medicalizados são mais frequentes do que se deduz	71

4.2.3	A preferência pela contracepção medicalizada com baixa participação da/o usuária/o	74
4.3	Contracepção, “responsabilidade” de quem?	76
5	RETOMANDO A DISCUSSÃO SOBRE OS DIREITOS REPRODUTIVOS: A PRÁTICA DA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA FEMININA (VOLUNTÁRIA)	79
5.1	O desejo de associar o parto cesariana à cirurgia de esterilização feminina ainda persiste	80
5.2	Número reduzido de filhos devido ao uso de esterilizações cirúrgicas feminina, é um problema? Para quem?	83
6	CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO	93
	REFERÊNCIAS	98
	APÊNDICES	105
	ANEXOS	110

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação versa sobre as práticas reprodutivas¹ de mulheres e homens usuárias/os do Programa de Planejamento Familiar do Hospital Universitário Materno Infantil². O foco da análise incide sobre as experiências, motivações e razões subjetivas que os levam a regular a sua reprodução. Participaram da pesquisa 27 pessoas, sendo 22 mulheres, com idade entre 18 e 39 anos e 05 homens com idade entre 28 e 42 anos.

Cabe traçar em poucas linhas como cheguei a este objeto. O interesse em pesquisar sobre as práticas reprodutivas entre as/os maranhenses foi despertado no ano de 1996 quando li em uma matéria de jornal que, o uso da laqueadura tubária entre mulheres usuárias de contracepção, no Estado do Maranhão, chegava a um índice em torno de 90%. Ao ler isto lembrei de vários diálogos que já havia escutado entre mulheres próximas ao meu círculo de relações (sejam colegas, primas, tias, amigas ou amiga de uma amiga). Em tais diálogos sempre ouvia essas mulheres conversando entre si a respeito do número de filhas/os que já haviam concebido. Quando expunham que já haviam tido dois ou três filhos a outra pessoa questionava, com ênfase: “e tu já ligaste?”. Ao relacionar esses dois fatos me inquietei em saber por que o número de filhas/os deveria ser limitado? Por que a regulação da fecundidade deveria ser realizada por um método contraceptivo cirúrgico? Como eram construídas as demandas contraceptivas de mulheres e homens maranhenses?

Uma primeira resposta aos meus questionamentos veio com a elaboração da minha monografia de graduação em Ciências Sociais (VERAS, 1998). Naquela ocasião a pesquisa evidenciou os dados quantitativos sobre as taxas de fecundidade e contracepção com base nos estudos Fecundidade, Anticoncepção e Mortalidade Infantil no Nordeste (1994) e Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1997). Também fiz uma análise acerca da ineficiente oferta de políticas públicas de planejamento familiar no país. Esses primeiros resultados me instigaram a continuar o estudo, entretanto, agora, voltado para uma abordagem mais complexa junto a um grupo específico, as/os usuárias/os do PPF do

¹ As *Práticas Reprodutivas* são uma das minhas categorias de análise. Entendo que são compostas pelas representações e práticas que envolvem a concepção e a contracepção, as quais são constituídas relacionamente.

² A partir de agora quando eu me referir ao Programa de Planejamento Familiar do Hospital Universitário Materno Infantil usarei a sigla PPF do HUMI.

HUMI, com o intuito de averiguar, por meio de seus relatos, os sentidos que dão base à construção das suas práticas reprodutivas.

Mas por que primar por uma análise que aborda as práticas conceptivas e contraceptivas de homens e mulheres usuárias/os de um programa de planejamento familiar? Por que estudar suas motivações subjetivas para regular ou não sua fecundidade?

A minha intenção inicial era a de analisar as motivações e representações das práticas contraceptivas de algumas pessoas residentes na zona urbana ludovicence. Tendo em vista que o tempo de pesquisa para a elaboração da dissertação é restrito, achei que seria mais viável delimitar a abordagem às pessoas que buscam por contracepção orientada³. Então, elegi como campo empírico o PPF do HUMI, o qual presta assistência de planejamento familiar às mulheres e aos seus parceiros. Este Programa, também se tornou foco das minhas análises devido a sua localização, pois o Hospital Universitário Materno Infantil HUMI fica no centro da cidade e atende a população de vários bairros de São Luís.

Para responder a segunda questão, acredito que as Ciências Sociais durante muito tempo privilegiaram as análises teóricas tidas como universais. Num momento mais recente da história dessas ciências, outras análises mais particulares vêm ganhando bastantes adeptos num esforço de voltar o olhar para as experiências vividas. É entre as análises mais particularizadas que se insere este estudo. Compreendo que devemos direcionar o olhar para os casos específicos, visando não apenas comprovar fatos, mas aprender algo a mais da dinâmica que as pessoas estabelecem em suas relações afetivo-sexuais e de reprodução. Assim, por meio da exposição dos relatos das/os usuárias/os do PPF do HUMI dei voz a essas mulheres e a esses homens, apresentando suas particularidades e multiplicidades de maneiras com que vivenciam a sua reprodução e o controle do número de filhos, focando nas suas representações, expectativas e projetos de uma *vida melhor* para todo o núcleo familiar.

Como perspectiva analítica, busquei ir além da associação direta entre a regulação da fecundidade e o uso de tecnologias contraceptivas, porque esta abordagem acerca das práticas reprodutivas não se deu como um processo isolado das motivações dos sujeitos e

³ A contracepção que é oferecida no PPF do HUMI é medicalizada, mas nas entrevistas as/os usuárias/os informaram que já fizeram uso de métodos comportamentais e de abortamentos como forma de regulação da sua fecundidade.

das atribuições sociais que cabem às mães e aos pais; mas tendo em vista que existe uma complexa teia de relações entre desejos individuais, negociação conjugal, expectativas e ideais sociais que envolvem as decisões de ter ou não ter filhas/os.

Portanto, as práticas reprodutivas, além de serem compostas por representações e práticas que envolvem a concepção e a contracepção, elas são entendidas intersubjetivamente, seja na relação entre os parceiros conjugais, na influência de outros membros familiares, no acesso ou não às tecnologias de reprodução⁴ e na relação destas pessoas com as políticas públicas de ingerência da saúde reprodutiva.

Antes de falar do meu trabalho de campo e dos instrumentos que utilizei para compor a minha análise, acredito ser necessário recuperar um pouco da história de como se desenvolveram as políticas públicas de planejamento familiar no Brasil, até para situar o contexto em que atua do PPF do HUMI.

1.1 Breve apresentação sobre os direitos reprodutivos no Brasil

As pessoas que participaram deste estudo são assistidas pelo PPF do HUMI, que é uma instituição pública que presta assistência à saúde reprodutiva, informando sobre as diferentes formas de contracepção como, também, orientando os casais que têm o desejo de superar a dificuldade de engravidar. Para a sociedade brasileira chegar a dispor destes serviços, ainda que estejam longe de atingir níveis satisfatórios de efetivação, teve que percorrer um longo caminho, no qual as reivindicações do movimento de mulheres tiveram papel decisivo.

A assistência à saúde reprodutiva compõe o conjunto de conquistas e direitos que se convencionou chamar *direitos reprodutivos*. Segundo Scavone (1999, 2004), eles nasceram da luta do Movimento Feminista Internacional para obter direito à livre escolha da maternidade, ao aborto, à contracepção e podem ser considerados, do ponto de vista dos direitos humanos, como uma ampliação dos mesmos.

⁴ Conforme Scavone (1996), as *tecnologias reprodutivas* são compreendidas pelos meios e insumos de anticoncepção (pílula e injetáveis hormonais, preservativos masculinos e femininos, DIU e esterilizações cirúrgicas) e pelas técnicas científicas de concepção (fertilização in vitro e inseminação artificial). Estas, também, são chamadas de concepção/contracepção assistida ou medicalizada.

Conforme Ávila (2003) os direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. O que significa tratar sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e conseqüentemente da vida democrática.

Partindo dessas conceituações tem-se que atentar para o fato de que os direitos reprodutivos têm um significado político-social bastante abrangente, pois envolvem questões que vão além do comprometimento do Estado de propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desses direitos. Remetem, também, ao questionamento das relações de gênero tanto no interior dos núcleos familiares como na orientação das políticas de planejamento familiar. A quem é direcionada essas políticas? Ao Homem? À Mulher? Ou ao casal?

Em face dessas questões, a saúde reprodutiva tem sido tema privilegiado pelo movimento de mulheres, que assumiu um perfil público funcionando como alavanca para pressionar por mudanças legislativas e de políticas públicas. A partir de meados dos anos de 1980, o campo da saúde das mulheres recebeu grande atenção e investimento por parte deste movimento e a densidade reivindicatória se deu em decorrência da nova conjuntura política mais democratizada.

Essa atuação resultou em algumas conquistas que se configuraram a partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo no ano de 1994 e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, que aconteceu em Beijing do ano de 1995. Estas conferências ajudaram a legitimar e validar institucionalmente o campo da saúde sexual e reprodutiva. (BERQUÓ, 1998; QUADROS, 2004; SCAVONE, 2004).

No Brasil, as discussões que configuram as lutas pelos direitos reprodutivos foram muitas e passaram pela elaboração de alguns programas de assistência ao planejamento familiar⁵. O primeiro posicionamento do governo se deu logo após a Conferência Mundial

⁵A ex-coordenadora nacional do PAISM/Mato Grosso do Sul, Integrante do Núcleo de Saúde e Sexualidade de Brasília; Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília esclarece que a rigor, o conceito de **planejamento familiar** não se restringiria apenas aos aspectos procriativos, mas abrangeria o conjunto das necessidades e aspirações de uma família, incluindo moradia, alimentação, estudo, lazer, etc. No entanto, por força do hábito, o conceito de planejamento familiar está hoje circunscrito às questões da reprodução; quando não, apenas àquelas ações de controle da fecundidade, ou seja, a anticoncepção (COSTA, 2007). A discussão central desse trabalho envolve os aspectos socioculturais que envolvem a procriação e a sua regulação, então, estarei, também, fazendo referência ao planejamento do número de filhas/os com o termo **planejamento reprodutivo**.

de População em Bucareste em 1974. Mesmo reforçando sua postura natalista, pela primeira vez o governo assumiu o Planejamento familiar como um direito humano fundamental. Mas, somente no ano de 1977 foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco. Posteriormente, em 1978, o Presidente Ernesto Geisel oficializou o Programa Nacional de Paternidade Responsável, mas este não teve uma atuação satisfatória (FONSECA SOBRINHO, 1993; VERAS, 1998).

Em 1983, o Ministro da Saúde, Valdir Arcoverde, membro do governo de João Batista Figueiredo, divulgou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Anterior a este Programa, a saúde da mulher era entendida como restrita ao trato reprodutivo, principalmente durante a gravidez, e seus direitos de escolha não eram vislumbrados. Foi a crítica e a mobilização do movimento feministas que ampliou tal concepção de saúde, fundando a perspectiva de integralidade e ampliando o atendimento à mulher para além do período reprodutivo.

Conforme Scavone (2004), foi a partir das reivindicações de mulheres que surgiu uma definição mais específica de *saúde reprodutiva das mulheres*, procurando abranger todos os problemas de saúde ligados à reprodução (contracepção, aborto, pré-natal, parto, câncer de mama e de colo do útero, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, programas de planejamento reprodutivo entre outros).

O direito ao planejamento familiar só se explicitou com a Constituição Federal de 1988, em seu art. 226, parágrafo 7.º. Uma vez declarado oficialmente esse direito, a sua regulamentação ocorreu quase dez anos depois, em 1996, com a implantação da lei 9.263/96. Somente a partir dessa lei foi que se regulamentou o planejamento familiar e se definiu que este direito deveria ser parte integrante do atendimento à saúde, com ações preventivas e educativas no acesso igualitário às informações e aos meios de anticoncepção cientificamente aceitos. Assim, tornou-se dever do Estado assegurar o livre exercício do planejamento familiar, o que está instituído no Sistema Único de Saúde (SUS) através da portaria n.º 144 do Ministério da Saúde (VERAS, 2006; VIEIRA, 2005). Esta lei, entre outros direitos, define critérios para a prática da esterilização cirúrgica voluntária.

Desde a promulgação desses direitos, o Ministério da Saúde vem prometendo efetivar as políticas públicas de saúde reprodutiva, ampliando a oferta de métodos anticoncepcionais, o acesso à esterilização cirúrgica e a introdução da reprodução humana assistida no SUS.

O atual Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, membro do governo Luiz Inácio Lula da Silva, publicou no dia 15 de junho de 2007, no Diário Oficial da União, a portaria GM 1414/07 que inclui os métodos anticoncepcionais na lista de medicamentos disponibilizados por farmácias e drogarias privadas credenciadas no Programa Farmácia Popular do Brasil (FPB), esse medicamentos serão vendidos com até 90 % de desconto, numa tentativa de popularizar o acesso aos métodos contraceptivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Cabe enfatizar que, embora avançadas em seus princípios, conteúdos e diretrizes, as políticas públicas de saúde reprodutiva propostas pelo Ministério da Saúde encontram dificuldades de efetivação, as quais são discutidas no decorrer deste trabalho.

As dificuldades de efetivação trouxeram à tona as contradições do debate sobre direitos reprodutivos num país marcado por desigualdades sociais profundas, o que faz refletir sobre o fato de: quem estas políticas públicas de saúde representam?

Este questionamento reporta para o caso das pessoas que buscam por contracepção nos serviços públicos de saúde, nos quais é dito que elas têm o direito ao planejamento familiar, é lhes citada a lei 9.263/96, mas o acesso aos insumos de contracepção, ainda, é muito limitado.

No Brasil as discussões sobre o planejamento reprodutivo giraram em torno de duas perspectivas, uma que defendia o planejamento reprodutivo como medida para erradicar a pobreza, e a outra que se posicionava contra a promoção dos meios contraceptivos argumentando que estes serviriam aos interesses internacionais de controlar o crescimento populacional do país.

Para o demógrafo Alves (2002), sempre que se fala em políticas públicas para erradicação da pobreza, surge a questão do controle populacional. Tem sido assim desde o final do século XVIII, quando o filósofo iluminista Marquês de Condorcet defendia a ampliação da cidadania como forma racional de superação da miséria, enquanto Thomas Malthus, economista e pastor da igreja anglicana, considerava que o alto crescimento demográfico inviabilizaria qualquer esforço para vencer a pobreza.

Segundo o demógrafo, a partir das idéias conservadoras de Malthus surgiu duas correntes de pensamento: o conservadorismo moral, próprio do *fundamentalismo* religioso

e o *neomalthusianismo*⁶. No Brasil, essas duas correntes freqüentemente aparecem no cenário político. Conforme Scavone (2004), se por um lado existiram as políticas internacionais de controle da natalidade, as quais, devido à omissão do Estado brasileiro, influenciaram a queda da fecundidade das mulheres. Por outro lado, as elites dirigentes do país, do final do século XIX e início do século XX, defendiam, implícita ou explicitamente, o lema: “governar é povoar”. A Igreja Católica, em geral, sempre defendeu o princípio bíblico “crescei e multiplicai-vos”.

Enquanto isso, a população brasileira, em geral as mulheres que detinham menos poder aquisitivo, ficavam à mercê das influências ideológicas dessas duas correntes derivadas do pensamento reacionário de Malthus. As igrejas, principalmente a católica, continuavam pressionando o Estado brasileiro para desmontar as políticas públicas voltadas para o atendimento das demandas de regulação da fecundidade e contra qualquer tentativa de legalização do aborto.

Entretanto, existe outra perspectiva que é a recusa dessa dicotomia, “controlismo” *versus* “natalismo”. Durante muito tempo, a própria academia se ocupou com a crítica ao *neomalthusianismo* esquecendo os direitos das pessoas que ainda encontram dificuldades de acesso aos meios para regular a sua fecundidade.

Hoje, argumentar que continuam a existir intenções internacionais de controle da natalidade brasileira, tornou-se anacrônico, pois as taxas de fecundidades estão baixas e as pessoas demonstram cada vez o interesse de não ter uma prole numerosa. Assim, o enfoque do debate saiu das áreas econômicas e ideológicas para a área da saúde e saiu das perspectivas dicotômicas “controlista” *versus* “natalista” para a questão dos direitos reprodutivos.

Por fim, cabe acrescentar que a garantia da saúde reprodutiva está influenciada tanto por estruturas macro-sociais - políticas e tratados internacionais ou nacionais, por exemplo, direitos reprodutivos e a política de planejamento reprodutivo; quanto por microestruturas - como as relações inter-pessoais, conjugais, comunitárias e atribuições e papéis de gênero (QUADROS, 2004). Assim, este estudo compreende a promoção da saúde reprodutiva como um processo de múltiplas dimensões que se entrecruzam e se interpenetram.

⁶ A designação neomalthusianismo era aplicada para identificar aqueles que propunham a restrição voluntária do número de filhos através do uso de métodos de controle da natalidade (ROHDEN, 2003).

1.2 O Hospital: local da pesquisa

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão é composto por um conjunto de duas unidades de saúde: o Hospital Presidente Dutra e o Hospital Materno Infantil. O HU foi inaugurado em janeiro de 1991 quando o já extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social cedeu esses dois hospitais à Universidade Federal do Maranhão (DIAS, 2002). Desde então, o HU vem prestando atendimento ao público e vem funcionando como Hospital-Escola, isto é, um centro de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologias para a área da saúde.

A Unidade Materno Infantil, campo empírico deste estudo, fica localizada à Rua Silva Jardim no Centro de São Luís. Oferece Serviços de Obstetrícia e Ginecologia, exame de prevenção ao câncer de colo do útero e mama, como também atende à criança e ao adolescente e presta serviços de planejamento familiar.

Dentre os serviços que prestam atenção à saúde reprodutiva feminina, oferecidos pelo HUMI, esta pesquisa se concentrou especificamente no seu Programa de Planejamento Familiar.

1.2.1 Sobre o Programa de Planejamento Familiar do HUMI

O Programa de Planejamento Familiar foi idealizado por duas professoras, Luciene Oliveira e Marília Martins. Preocupadas com o aumento da demanda de adolescentes grávidas no ambulatório pré-natal, estas profissionais fizeram um projeto para implantar um programa de planejamento familiar no HUMI. O programa foi implantado no mês de abril do ano de 1992. Para tanto, anteriormente, foi realizado em 1991 um treinamento (com uma equipe multiprofissional: duas enfermeiras, dois médicos e uma assistente social) na UNICAMP na cidade de Campinas – SP o qual foi financiado pelo Ministério da Saúde (DIAS, 2002).

O Treinamento deu-se de acordo com o que orienta o PAISM. Entretanto, a implantação do PPF do HUMI não ocorreu imediatamente ao fim do treinamento por falta de um espaço físico adequando e devido à desintegração da equipe por motivo de

aposentadoria. Quando se deu a implantação, apenas uma enfermeira que participou do treinamento encontrava-se disponível, logo, o programa iniciou desobedecendo às instruções do PAISM, isto é, sem a formação da equipe multiprofissional (DIAS, 2002).

Atualmente o programa funciona regido pela lei 9.263/96 que regulamenta o planejamento familiar como um direito constitucional exposto no artigo 226, parágrafo 7.º da Constituição Federal (2003, p.141), o qual diz:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

O PPF do HUMI está em atividade nos turnos matutino e vespertino. Segundo me informou uma auxiliar de enfermagem o serviço não é informatizado, o cadastro das usuárias é feito manualmente e não tem um telefone no consultório.

Segundo Dias (1998), as ações desenvolvidas pelo PPF do HUMI seguem às recomendações metodológicas sugeridas pelo Manual Técnico do Ministério da Saúde e são compostas por dois grupos de atividades: educativas e clínicas. No que cabe às atividades “educativas”, são ministradas palestras, que, sob o ponto de vista científico, informam acerca da anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor masculino e feminino, como, também, a importância do uso de preservativo para a prevenção das DST’s/Aids, a importância de se deixar fazer o exame *Papanicolau* para a prevenção do câncer de colo uterino. O momento que mais se destaca nessa atividade são as informações sobre os vários métodos contraceptivos medicalizados reversíveis e irreversíveis. Nessas reuniões são usados vídeos e manequins para ilustrar como se usam os métodos anticoncepcionais.

No que cabe as atividades clínicas são oferecidos métodos para a contracepção e a assistência médica ginecológica. Conforme informou a Coordenação do PPF:

O planejamento funciona mais com a anticoncepção, mas também atende aos casais com dificuldade de engravidar. A grande demanda é com a anticoncepção e dentro da anticoncepção as metas, são: prevenir a morbimortalidade materna, diminuir o número de gravidez indesejada que podem resultar em abortamentos provocados com complicações por ser a paciente de baixa renda que fazem em clínicas periféricas; Intervá-lo inter-partal de dois anos; e mais a mulher não tem só vida reprodutiva ela tem uma vida sexual que deve ser preservada e uma saúde sexual faz parte de um dos direitos que todo ser humano tem. Ter uma saúde sexual que cada vez mais tem-se tentado permitir ao indivíduo, e a partir do momento que ela vai no planejamento familiar ela também é orientada como prevenir uma doença sexualmente transmitida. Auxiliar mulheres que querem ter filhos mais tarde porque têm outras prioridades.

As palestras, ministradas por uma enfermeira ou por uma assistente social como também por estudantes do curso de enfermagem ou estagiária/o do curso de Serviço Social, ambos da UFMA, são a atividade central do PPF do HUMI, pois é a partir destas que se passa a ser atendida/o por este Programa. Estas palestras se constituíram como o principal momento das minhas observações. Nas sessões que assisti, o público variou entre 3 (três) a 22 (vinte e duas) pessoas, em sua maioria composta por mulheres, com um número significativo de mulheres grávidas que almejam associar parto cesariana e a laqueadura.

Essas sessões são recomendadas pela lei 9.263/96, principalmente, em casos de opções por esterilizações cirúrgicas voluntárias tanto a masculina como a feminina, pois a lei exige que haja um intervalo de sessenta dias entre a manifestação do pedido e a realização do procedimento cirúrgico. Neste período o requerente deve ser informado acerca de outras opções contraceptivas reversíveis (maior discussão sobre as palestras ler capítulo 5).

Uma vez recebida a informação via palestra e depois de escolher o método contraceptivo desejado, é necessário que a usuária passe por uma avaliação médica (com exceção para os casos em que há opção pelo preservativo) para que a/o médica/o receite o métodos anticonceptivo. O recurso contraceptivo só é entregue pelo PPF via apresentação da receita médica. Se houver opção pelo hormônio injetável, ele é aplicado no próprio HUMI e caso se opte pelo DIU, este, também, é colocado pelas próprias médicas do Programa.

Após a palestra a usuária é entrevistada acerca da sua sexualidade. É preenchida a Ficha Clínica de Planejamento Familiar (ANEXO A) e ela recebe uma Carteira do Planejamento Familiar (ANEXO B) onde é registrado todas as vezes que se recebe o contraceptivo, mas antes tem que passar por uma avaliação da/o ginecologista.

Existem vários médicas/os ginecologistas que atendem no HUMI, mas o PPF possui apenas duas médicas. As consultas são realizadas às quartas-feiras pela manhã e são marcadas de acordo com as agendas das médicas, isto é, elas determinam com antecedência quantas consultas devem ser marcadas, pois há os casos de retorno.

Esta é a descrição do ambiente em que mulheres e homens transitam na busca pelos métodos contraceptivos para a efetivação dos seus projetos para a promoção do que é entendido como uma *vida melhor*.

1.3 Apresentação dos capítulos

O trabalho realizado durante a pesquisa, as observações de campo, as entrevistas e as análises, estão sistematizados a partir dos capítulos que se seguem.

No capítulo 2, *As vivências no campo de pesquisa*, discorro sobre o caminho percorrido para a realização da pesquisa. Inclui uma descrição de como se deu a minha inserção no campo, a interação com as/os profissionais do PPF do HUMI, os aspectos éticos para a realização das entrevistas, os métodos adotados para a coleta de informações: as entrevistas semi-estruturadas e a observação no consultório onde funciona o Programa. Nesta exposição, reflito especialmente, com base em Cardoso de Oliveira (1995) e Geertz (2001) sobre o momento da realização das entrevistas, a relação que estabeleci com as/os interlocutoras/es e a postura que assumi no campo de pesquisa. Apresento, ainda, algumas das referências da condição sócio-econômica das/os sujeitos que participaram deste estudo.

No capítulo 3, *Reprodução e transformação da organização familiar: mães e pais responsáveis, número de filhos reduzidos e projetos de ascensão social*, a partir dos relatos das/os usuárias/os do PPF do HUMI, apresento as suas motivações para a regulação da fecundidade, tais como: as condições socioeconômicas, a necessidade do trabalho pago para as mulheres, os ideais de padrão de consumo, os projetos de ascensão social, dentre outros. Aponto que, além das condições socioeconômicas, existe a valorização do afeto nas relações entre os cônjuges, e, entre pais, mães e filhas/os, onde as crianças assumem uma centralidade na vida dos seus/suas pais/mães. Estes fatores, também, influenciam a regulação da fecundidade para melhor assistir as/aos filhas/os. Argumento como base nos estudos de Ariès (1981), Freire Costa (2004), Badinter (1985), Rohden (2003) e Venâncio (1997) que a atual valorização da criança não é um fato universal. Enfatizo que representações como, a capacidade de regular o número de filhas/os para melhor mantê-las/os, percebida como atributo de maternidade e paternidade responsáveis são produções discursivas e apoio-me em Foucault (2000) e Butler (2003) para afirmar isto.

Em *Práticas e percepções acerca da concepção e contracepção*, com referência em Martin (2006), Salem (2004), Abramovay (2004) e Leal (1993) exponho que as representações sobre concepção e contracepção são influenciadas, em parte, pelo discurso médico, mas este não é identificado como uma única possibilidade de explicação dessas

práticas, pois o discurso médico é relativizado pelas idéias mais correntes do grupo social ao qual as/os usuárias/os de contracepção estão inseridas/os. Discorro, ainda, acerca da divisão de responsabilidade de contracepção entre os cônjuges e a preferência pelos métodos mais medicalizados que não exija o controle diário da/o usuária/o.

No capítulo 5, *Retomando a discussão sobre os direitos reprodutivos: a prática da esterilização cirúrgica feminina (voluntária)*, a questão que se coloca é por que a laqueadura é tão almejada e justamente no momento do parto. O capítulo irá, também, expor como tem sido dado o acesso à contracepção assistida no PPF do HUMI perante os critérios da nova legislação sobre planejamento familiar, neste fato, cabe a questão a quem os Direitos Reprodutivos atendem? Para a discussão me baseio em Scavone (2004) e Berquó & Cavenaghi (2003).

Nas *Considerações finais*, recapitulo os principais pontos que apreendi com este estudo, destacando que vejo a importância do meu trabalho na sua tentativa de expor as multiplicidades e particularidades do universo pesquisado e ter contribuído com a temática da saúde reprodutiva e dos Direitos Reprodutivos.

2 AS VIVÊNCIAS NO CAMPO DE PESQUISA

“Somos todos nativos agora, e qualquer outra pessoa que não seja imediatamente um de nós é um exótico. O que antes parecia ser a questão de saber se selvagens poderiam distinguir fato de fantasia, agora parece ser a questão de se saber como os outros, de além-mar ou no corredor, organizam seu mundo significativo.” (Clifford Geertz).

Neste capítulo descrevo o caminho percorrido no trabalho de campo para alcançar os objetivos propostos. Apresento as escolhas metodológicas no que concerne à abordagem e à análise do universo pesquisado e os aspectos éticos utilizados na execução das entrevistas. Descrevo, ainda, o perfil das pessoas entrevistadas e a interação destas com a pesquisadora.

2.1 A inserção em campo: dificuldades e obstáculos encontrados no processo de construção das redes de relações para a execução da pesquisa

Em novembro de 2006 estava ansiosa para iniciar o trabalho de campo, mas, tive dificuldades devido à burocracia necessária para se efetivar uma pesquisa no Hospital Universitário e a pouca receptividade de alguns profissionais da área das ciências médicas com relação à intenção de uma estudante das ciências humanas de fazer pesquisa em um ambiente hospitalar. Logo, foi preciso persistência e negociação.

Para realizar a pesquisa no PPF do HUMI, tive que submeter o meu projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste hospital o qual atende as exigências da Resolução n.º196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que traça as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvam seres humanos. O principal requisito para encaminhar o projeto de pesquisa à análise do CEP foi o preenchimento da Folha de Rosto para Pesquisa envolvendo Seres Humanos (ANEXO C). Em face dessa exigência preenchi a documentação requerida e juntamente com o projeto os encaminhei ao CEP no dia 16 de novembro do ano de 2006 (ANEXO D). Entretanto, o mesmo levou quase três meses para ser aprovado, saindo o parecer somente no dia 09 de fevereiro do ano de 2007(ANEXO E).

Ao sair o parecer foi verificado que havia uma pendência na documentação, como eu não conhecia a hierarquia do hospital preenchi a Folha de Rosto equivocadamente. O correto seria que esta tivesse sido, primeiramente, assinada pela chefe do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUMI. Ciente do meu equívoco, busquei contactar a referida pessoa para corrigir o meu erro, mas não fui muito bem interpretada, além de ter sido questionada quanto ao fato de uma pesquisa destinada àquele setor ter passado direto para a avaliação do CEP sem a sua deliberação. Eu tentei explicar que foi um erro da minha parte por não conhecer a hierarquia do Hospital e que estava ali para consertá-lo. Assim, me apresentei a chefe do setor, citado acima, expondo as minhas intenções, como, também, o meu projeto e pedi-lhe que assinasse a *Folha de Rosto para Pesquisa envolvendo Seres Humanos* para que liberasse a pesquisa. Àquela altura ela já estava chateada com a situação e não quis assinar sem que o CEP lhe explicasse o ocorrido.

Tive, então, que retornar ao CEP, consegui falar com uma profissional, membro do comitê, que se sensibilizou com a minha situação diante da urgência que demonstrei ter para iniciar a pesquisa, pois já estava tentando me inserir em campo há mais de três meses. Então, chegamos ao acordo de que ela iria explicar a situação à chefe do serviço de Ginecologia. Foi somente com a intervenção de um membro do CEP que consegui a deliberação da pesquisa. Entretanto, antes que a Chefe do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia assinasse o documento ela me disse que deixou registrado seu questionamento junto ao CEP quanto ao fato de uma professora das Ciências Humanas orientar uma pesquisa em um hospital. Pensei em contra-argumentar dizendo-lhe que um Hospital não está à margem da sociedade, pelo contrário, ele presta um serviço público de saúde que é de extrema necessidade humana e que esta prestação de serviço é permeada por relações sociais e que estas sim seriam meu objeto de estudo, porém fiquei calada desejando apenas a sua assinatura para, a partir dali, iniciar a minha pesquisa o quanto antes e foi o que aconteceu. Ela finalmente assinou e só depois de superados todos esses obstáculos foi que ingressei em campo.

Diante deste acontecimento, atentei para o fato de que no Hospital Universitário eu estava me estabelecendo numa relação marcada por especializações acadêmicas de “status” diferenciados. Portanto, numa relação tal como se passa entre *estabelecidos* (profissionais médicos) e *outsiders* (aluna das ciências sociais). A categoria *outsider* pode ser definida como sujeitos recém-chegados a uma comunidade ou grupo social e que se diferenciam

dos demais sujeitos pertencentes ao grupo por terem pensamentos, valores e, por vezes, estilos de vida diferenciados (ELIAS, 2000).

O questionamento que a profissional fizera ao CEP, sobre a orientação de uma pesquisa, no hospital, por uma profissional de formação não-biomédica, indica que sua percepção é favorável a um recorte de competência de áreas do saber para tratar de questões que envolvam o corpo, a sexualidade e a reprodução de filhas/os, no qual o status do saber médico é tido como privilegiado ou autorizado para analisar estas questões, como se os processos que as envolvem fossem separados e pudessem ser compreendidos apenas no âmbito de uma especialização, sem a percepção contextual das diversidades e da complexidade que permeiam tais questões.

Segundo Scavone (2004), as influências teóricas e políticas dos estudos e das pesquisas de *gênero*⁷, na área da saúde, contribuíram para a formulação do conceito de *saúde reprodutiva das mulheres* numa perspectiva holística que supera a divisão saúde/doença e oferece novas abordagens, analisando o corpo, a sexualidade e a reprodução humana mediante outros prismas que não os estritamente médicos, tais como os aspectos subjetivos, políticos, econômicos, sociais, relacionais, acrescentando as vivências pessoais, seus desejos, expectativas e sentimentos.

2.1.1 A interação com a equipe multiprofissional

Grande parte do trabalho de campo foi realizada no Consultório do Programa de Planejamento Familiar do HUMI, entretanto, realizei algumas entrevistas na casa de algumas/os usuárias/os do programa como, também, em seu local de trabalho.

Iniciei tendo que conhecer a hierarquia das funções hospitalares. Começando com a coordenação perante a qual apresentei os meus objetivos para a pesquisa. O passo seguinte foi apresentar-me a chefe de enfermagem do ambulatório de ginecologia e obstetrícia que solicitou que eu usasse de um jaleco e um crachá. Este fato me sugeriu que, de acordo com a visão dos profissionais desse setor, deve haver uma distinção e o reconhecimento do status profissional. Esses artefatos foram “necessários” para que eu fosse legitimada como

⁷ Segundo Joan Scott (2006), *Gênero* é um elemento constitutivo das relações sociais fundada sobre as diferenças percebidas entre os sexos e é o primeiro modo de dar significado às relações de poder.

pesquisadora naquele local, diferenciando-me da clientela. Depois de tudo providenciado foi que entrei em contato com a equipe multiprofissional ligada diretamente ao PPF.

O Programa tem uma equipe composta de duas médicas ginecologistas (uma delas é a coordenadora do programa), duas enfermeiras, uma assistente social, duas auxiliares de enfermagem, uma estagiária de assistência social e pelas/os alunas/os do curso de enfermagem da UFMA. Segundo Dias (2002), a equipe não está ainda completa, pois o PAISM recomenda a inclusão de psicólogos e líderes comunitários.

À medida que eu contactava com pessoas que estavam em níveis inferiores da hierarquia hospitalar a relação se tornava mais facilitada. A primeira pessoa que me aproximei foi a Auxiliar de Enfermagem que trabalha no período da manhã e que foi logo me mostrando o caderno onde é anotado o nome das pacientes com suas solicitações de contracepção e um armário onde são guardadas fichas com mais de 10 mil usuárias cadastradas. Entretanto, nunca foi me dado o livre acesso a esse material. Se eu quisesse colher qualquer uma dessas informações teria que solicitar formalmente a alguma das profissionais desse setor. Depois, fui me aproximando da Assistente Social e da Enfermeira do período da tarde, foi a partir delas, que tive toda a liberdade para assistir às palestras que fazem parte do programa e poder entrevistar as pessoas.

2.2 O percurso metodológico e os aspectos éticos da abordagem

As informações e os registros que constituem o núcleo desta pesquisa advêm de duas fontes: a) as fontes primárias compostas pelos fatos que captei durante a observação direta no consultório do PPF do HUMI e pelos relatos coletadas através das entrevistas individuais semi-estruturadas, registradas por um gravador digital; b) as fontes secundárias constituídas pelos dados adquiridos através dos questionários (APÊNDICE A) que apliquei com algumas das funcionárias do PPF, como, também, pelo material bibliográfico, sejam: livros, sites, dissertações e teses que focalizam a temática da concepção/contracepção e dos Direitos Reprodutivos.

A observação realizou-se no período entre 13 de março a 05 de dezembro de 2007⁸, durante as palestras ministradas ao público todas as terças e quintas-feiras no consultório do PPF do HUMI em dois turnos: às 08 horas e às 13h e 30 min.

O momento em que ocorriam essas palestras foi eleito como o ponto central das minhas observações, pois acreditava que aquela ocasião me propiciaria compreender a interação entre a perspectiva biomédica sobre concepção/contracepção e as expectativas das pessoas que buscavam a sua orientação. Entretanto, também fiz observações em outros momentos, para ver como se dava a distribuição dos medicamentos de contracepção, e, ainda para conversar com diversas funcionárias do PPF do HUMI ou com as mulheres que ficavam na fila de espera da consulta ginecológica. Tudo o que ia sendo observado era anotado no diário de campo.

Nas palestras, as observações atentaram para o teor do seu conteúdo, para o número de freqüentadores quanto ao sexo e à demanda quanto ao tipo de método contraceptivo. O término dessas sessões era o momento estratégico para perguntar às/aos ouvintes se alguém podia me conceder uma entrevista, naquele exato momento, ou se podia me fornecer um número de telefone para que eu entrasse em contato e marcasse um outro horário em que ela ou ele pudesse me receber, seja na sua residência ou no seu local de trabalho.

Assim, foi ao final de cada uma dessas palestras que realizei a maioria das entrevistas, as quais foram executadas na própria sala de reuniões do PPF, quando o público se retirava para fazer o seu cadastro ou solicitações dos métodos contraceptivos e a sala ficava vazia, propiciando um ambiente mais privado para entrevistar a pessoa voluntária. As demais entrevistas foram realizadas nos corredores de espera do hospital, na residência e no local de trabalho de algumas/uns interlocutoras/es.

No trabalho com essas pessoas segui, também, aos critérios de ética em pesquisa com seres humanos conforme Resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para tanto elaborei, por escrito, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) no qual expliquei os objetivos e o significado do que eu pretendia investigar e conhecer. Eu me apresentava como aluna do mestrado em Ciências Sociais da UFMA. Deixava claro que a entrevista era para a Universidade e não para o HUMI, dizia

⁸ Esse período foi marcado pela alternância entre freqüência e afastamento do campo de pesquisa, seja para aderir novos referenciais teóricos e devido a uma atividade mais voltada para a análise e redação das informações.

que elas/eles podiam falar à vontade que não ia lhes prejudicar em nada quanto ao seu atendimento pelo PPF. Eu mesma lia, resumidamente, o conteúdo do termo e esclarecia que se a pessoa concordasse em ser entrevistada por mim estaria participando da pesquisa como voluntária, sem receber nenhum benefício pela sua participação, mas por outro lado estaria contribuindo com uma pesquisa científica que ajudaria a compreender as motivações individuais para a concepção ou contracepção e, num futuro, para a melhoria das políticas públicas de saúde reprodutiva. Se a pessoa concordasse, assinava o termo e eu utilizava um gravador digital para registrar o conteúdo do seu relato.

No decorrer do texto, os relatos das mulheres e dos homens foram identificados por pseudônimos para atender ao que estava proposto no Termo de Consentimento e Esclarecido, ou seja, preservar a identidade das pessoas entrevistadas⁹. Quanto à equipe multiprofissional do PPF não foi possível garantir o seu anonimato, pois ao longo do texto eu cito suas funções e posicionamentos, logo, fica subentendida a sua identidade, entretanto, em nenhum momento propus que ficassem anônimos, pelo contrário, sempre disse que aquele programa faria parte da minha análise.

2.2.1 O processo de realização das entrevistas: a interação entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa é uma importante informação para a análise

Conforme Abramovay (2004), as entrevistas individuais semi-estruturadas tem sido um dos formatos mais difundidos de entrevistas nas Ciências Sociais. Por meio dessa técnica, o entrevistador utiliza um roteiro de questões abrangendo vários aspectos do fenômeno a ser estudado.

Esta pesquisa fez largo uso dessas entrevistas, sendo a principal forma de colher, ouvir e interpretar os relatos.

Para a sua execução utilizei um roteiro de entrevista (APÊNDICE C), o qual tinha como questões centrais: o que é ser mulher ou ser homem, qual a compreensão que as pessoas tinham do seu próprio corpo, as vivências das suas relações sexuais e afetivas, como acontece uma gravidez, quais as práticas de prevenção de uma gravidez indesejada,

⁹ Na redação fiz uso dos artigos “a/o” para abranger a diversidade de homens e mulheres.

quais os métodos de anticoncepção conhecidos e preferidos, por que a preferência pela contracepção medicalizada, quais as motivações de suas escolhas para planejar a sua reprodução e quais os seus sentimentos de maternidade e de paternidade. Também foi solicitado que relatassem o histórico reprodutivo da geração das/os mães/pais dos entrevistadas/os. O roteiro era bem flexível, pois a ordem das questões era alterada de acordo com o andamento da entrevista, como também, eram elaboradas novas questões de acordo com as informações e considerações inesperadas colocadas pelos sujeitos/interlocutores.

Importa, também, ressaltar as decisões metodológicas para a realização das entrevistas.

No que diz respeito à escolha das pessoas entrevistadas segui aos seguintes critérios: os/as entrevistados/as deveriam ser maiores de 18 anos e já ter experiência de paternidade ou maternidade, a participação se deu de acordo com a disponibilidade de cada um/uma em contribuir voluntariamente com a pesquisa. Foi a espontaneidade das pessoas em falar que determinou o tempo de duração da entrevista, o que variou entre 12 a 50 minutos¹⁰.

Embora haja certa frequência de casais no PPF, quando os contactava escolhia a mulher ou o homem para me conceder a entrevista, portanto, não entrevistei o casal conjuntamente. O motivo desta divisão quanto ao sexo se deve ao fato da tentativa de entrevistar uma senhora na companhia de seu marido e a mesma ter expressado certa timidez ao falar de suas vivências sexuais e reprodutivas na presença do seu cônjuge. Logo, a experiência de campo me mostrou que tanto mulheres quanto homens falavam com certa desenvoltura na ausência do seu cônjuge, em especial as mulheres, as quais, em sua maioria, faziam queixas a respeito de seus parceiros quanto à recusa na divisão das responsabilidades contraceptivas. Logo, percebi que recolheria muito mais declarações se entrevistasse as pessoas individualmente.

Assim, como já mencionei anteriormente, entrevistei 27 (vinte e sete) pessoas, sendo 22 (vinte e duas) mulheres e 05 (cinco) homens. O andamento da pesquisa mostrou que o número de 22 (vinte e duas) mulheres era satisfatório, pois entre elas, realizei

¹⁰ O critério da idade foi definido, devido à característica da demanda do PPF do HUMI. Dentro do que foi possível observar, pois o PPF não é ou é pouco freqüentando por pessoas menores de 18 anos de idade. Isto pode se dever ao fato de que o HUMI tem um setor específico que presta assistência à/ao adolescente.

entrevistas até o ponto em que as suas respostas começaram a se repetir sem que obtivesse nenhum dado novo. Por outro lado, o número de 05 (cinco) entrevistas com homens, não atendeu ao mesmo critério aplicado nas entrevistas com as mulheres. A pouca participação masculina deveu-se ao fato deles freqüentarem o PPF do HUMI em menor número, além disso, eles se mostraram pouco solícitos declarando não dispor de tempo para conceder entrevistas, demonstrando, também, um desconforto por serem entrevistados por uma pesquisadora.

Não posso deixar de reportar-me a outras pesquisas antropológicas que passaram por uma situação como esta. Sandrine (2007), por exemplo, na sua pesquisa sobre masculinidade, relata que teve que superar a resistência ou timidez dos homens para realização das entrevistas, devido ao fato de que temas que envolvam a sexualidade sejam recheados de significados sociais. Dentre eles, destaca a autora, perpassa a idéia de intimidade, e, tocar confidências em uma entrevista como uma mulher torna-se delicado para os homens, porque em seu ponto de vista, pode sugerir interação sexual.

Devido ao fato dos homens sentirem muita dificuldade de compartilhar assuntos de sua intimidade com uma pesquisadora, pois a intimidade é algo que não está tão acessível à observação direta, tive que procurar entender e explorar o não dito.

Mesmo com todas as dificuldades, consegui realizar as entrevistas e perceber que elas possuem um forte componente de interação que propicia a compreensão do significado atribuído pelos sujeitos. Percebi isso, porque, as pessoas além das palavras, expressavam emoções.

Em certos momentos ao perguntar às mulheres o que, para elas, significava ser mãe, algumas responderam manifestando expressões que me despertaram a atenção, pois percebi que seus olhos se encheram de lágrimas e que elas se emocionavam ao relatar a luta para criar seus filhos, os quais eram “tudo” para elas; ou quando aos homens eu questionava como ocorre a gravidez, alguns sorriam envergonhados ou desviavam o assunto, acredito que pelo fato, como já citei, de estarem diante de uma mulher pesquisando homens sobre assuntos relacionados à sexualidade e reprodução, temas perpassados por tabus e censuras. Estes fatos me fizeram refletir que no momento da entrevista ocorre uma interação com a/o entrevistada/o na qual são expressos alguns sentimentos que são difíceis de serem verbalizados e podem passar despercebidos. Logo,

senti a necessidade de dar atenção para acontecimentos que vão além das palavras, de atender para as emoções contidas ou expressas e de observar como os corpos se comportam, tal qual argumenta Dalsgaard (2006, p. 77) “Ir além das palavras e também das expressões: não no sentido literal de ver sentidos mais profundos na superfície do comportamento, mas atentando para as preocupações e intenções das quais elas derivam”.

Cumpru ressaltar o fato de que o gravador sempre lembra a pessoa que ela está sendo entrevistada. Recordo-me de um senhor de 39 anos que após o encerramento da entrevista me perguntou como ele se saiu, se falou tão bem quanto os que eu já havia entrevistado. Entretanto, declarou que foi sincero e que inclusive se emocionou quando o questionei sobre o que era ser pai. Portanto, mesmo com a interferência do gravador, o seu uso não me impediu de ter realizado entrevistas com um considerável valor informativo.

Para uma melhor interação com as pessoas procurei mais do que fazer questões e obter respostas, busquei estabelecer um tom de diálogo e assim algumas pessoas falaram espontaneamente outras eram bastante reservadas e precisavam sempre que fossem colocadas numa situação de questionamento para que falassem mais. No geral, com o andamento do trabalho, eu tive a impressão que elas/es, principalmente as mulheres, acabavam por gostar de contar um pouco de suas experiências, de seus sentimentos e da sua condição social. Acredito que gostaram de ser ouvidas por alguém que deu atenção às suas histórias de vida.

Como forma de retribuir à participação voluntária das pessoas, da minha parte, deixei que as/os interessadas/os ouvissem um pouco do que foi gravado e disse que quando chegasse o momento da defesa do meu trabalho deixaria um aviso no PPF informando a data do evento para quem quisesse vir assistir.

Esses momentos vividos na relação estabelecida durante a pesquisa me reportam a um questionamento colocado por Geertz (2001, p.74 - 76): em que tipo de ângulo nos situamos em relação ao mundo? “[...] são as assimetrias – entre aquilo em que cremos ou que sentimos e aquilo que os outros fazem [ou sentem] – que nos permitem situar onde estamos agora no mundo”.

Esta proposição do autor aponta para o fato de que nós pesquisadoras/es, estamos a olhar o mundo social de um determinado ponto de vista, somos observadores posicionados. Por isso, na interação com as/os entrevistadas/os, destaquei o meu posicionamento

esclarecendo a elas/es que eu era uma aluna ligada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFMA, portanto, a pesquisa era para a universidade, voltada para as áreas das Ciências Humanas e Sociais, não tinha relação direta com o Hospital Universitário e que o meu interesse estava voltado para compreender as suas experiências de concepção e contracepção sem fazer nenhum julgamento moral quanto às suas decisões.

Esta posição de estudante da área de ciências humanas e não biomédica perante os/as entrevistados/as, acredito, facilitou a alguns deles/as declararem que não gostavam de usar determinado método contraceptivo, que já utilizaram em algum momento medicamentos caseiros, que já fizeram abortamentos e a apontar as falhas nos serviços prestados pelo PPF.

A intenção de expor como se deu a interação com os sujeitos da pesquisa foi para enfatizar que levei em consideração que durante uma investigação, pesquisadora e pesquisados interagem, influenciando-se mutuamente. Portanto, concordo com Cardoso de Oliveira (1995) de que as Ciências Sociais se enriquecem com a tematização dessa relação ao reconhecer a mútua influência, e, assim, a análise social avança, pois o/a pesquisador/a, tanto como o *Outro*, está inserido/a na *dinâmica do encontro etnográfico*. Nessa fusão de horizontes abre-se espaço à perspectiva do *Outro*, sem abdicar da sua, uma vez que o seu esforço é o de *traduzir* o discurso do *Outro* nos termos do próprio discurso da ciência.

Para a análise, busquei captar os pressupostos socioculturais que envolvem as práticas conceptivas e contraceptivas, explorando as potencialidades das pessoas, considerando-as como múltiplas e contraditórias. Considerei o fato de que sendo intransferível, cada história individual, corresponde a uma visão de mundo, mas, também, nela sempre haverá um indicador de pertencimento a esta ou aquela condição e posição de classe e de gênero, mesmo com todas as diferenças individuais, o que permite a captação de estilos de vida atuantes nesse universo (BOURDIEU, 1983, p. 80-81).

A análise constituiu-se da exploração do que foi expresso nos relatos e a sua interpretação, destacando o que se mostrou recorrente, como, também, divergente, sempre atentando para o que sugere Minayo (1993), isto é, descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. Assim, os questionamentos que fiz, teve como base a fundamentação de vários teóricos, tais como: Foucault (2004, 2000, 1999, 1993); Butler (2003); Scott (1993); Dalsgaard; Salem (2004);

Abramovay (2004); Leal (1993); Scavone (2004); Berquó & Cavenaghi (2003), dentre outros.

2.3 O perfil dos homens e das mulheres que compuseram o universo empírico da pesquisa

Como venho destacando, o universo de análise da pesquisada compreende 27 (vinte e sete) pessoas, sendo 22 (vinte e duas) mulheres e 05 (cinco) homens usuárias/os do PPF do HUMI, que se declararam em união conjugal oficial ou consensual e residente no meio urbano da cidade de São Luís.

Dentre as mulheres a idade variou entre 18 a 39 anos. A maioria das mulheres encontra-se na faixa etária entre 25 a 35 anos, consideradas adultas jovens. Entre os homens a idade variou entre 28 e 42 anos, sendo que a maioria, também, é de adultos jovens¹¹, conforme é demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Faixa etária de Mulheres e Homens

Faixa Etária	Quantidade de Mulheres	Quantidade de Homens
18 a 24 anos:	07	-
25 a 35 anos:	12	03
Mais de 35 anos:	03	02
Total	22	05

Quanto à escolaridade 11(onze) mulheres declararam possuir ensino médio completo, 04 (quatro) ensino médio incompleto, 03(três) ensino fundamental, 03(três) ensino fundamental incompleto e 01(um) ensino superior incompleto. Entre os homens, 01 possuía ensino superior, 03(três) possuíam ensino médio completo e 01(um) fundamental incompleto. Entre homens e mulheres, a maioria possui ensino médio.

¹¹ Cabe ressaltar que não há uma categoria “mulher”, uma vez que as mulheres se diferenciam segundo sua idade, cor ou classe social entre outros aspectos. O mesmo se diz da categoria “homem”.

Quadro 2 – Quanto à escolaridade de Mulheres e Homens

Graus escolares	Quantidade de mulheres	Quantidade de Homens
Fundamental Incompleto	03	01
Ensino Fundamental	02	-
Ensino Médio Incompleto	03	-
Ensino Médio	12	03
Ensino Superior Incompleto	01	-
Ensino Superior	-	01
Total	22	05

Quanto à ocupação 14 mulheres se declararam donas de casa, 01 estudante e 07 declararam ter profissão que varou entre empregada doméstica, operadora de caixa, agente de saúde, promotora de vendas e analista de contas médicas¹². Entre os homens as profissões variaram entre: coordenador de serviço hospitalar, funcionário público, professor de esportes, mestre de obras e proprietário de uma frutaria, a maioria dos homens declarou que as suas esposas são donas de casa.

Com relação à moradia, as Mulheres residem em bairros como: Vila Itamar, Codozinho, Vila Nova, Cidade Operária, Cidade Olímpica, Caratatiua, Cohatrac II, João de Deus, Túnel do Sacavem, Pão de Açúcar, Bequimão, Turu, Liberdade, Estrada da Maioba, São Bernardo, Pedrinhas e Parque Vitória. Os Homens são moradores de bairros, como: Ponta d'areia, Maiobão, Cidade operária, Parque Timbira e Jardim Alvorada (região do cohatrac).

Entre as mulheres a média de número de filhos é de 2,18. Dentre os homens, a média é 3 filhos. Importa ressaltar que entre as 22 mulheres entrevistadas, 12 delas estavam grávidas. Dois homens entrevistados estavam com as suas esposas grávidas.

¹² As mulheres sempre trabalharam seja no lar e além dele. Entretanto, somente a partir da década de 1970 as estatísticas e os meios de comunicação realçaram um crescimento do “trabalho feminino”. O aumento da visibilidade do “trabalho feminino” na segunda metade do século XX deve-se, segundo Sullerot (1970), ao fato de ele vir assumindo um formato mais próximo do “trabalho masculino”, isto é formalmente profissionalizando.

Quadro 3 – Quanto ao número de filhos de Homens e Mulheres

Número de Filhos Vivos	Quantidade de Mulheres	Quantidade de homens
1 Filho	07	01
2 Filhos	07	02
3 Filhos	04	01
4 Filhos	02	-
5 Filhos	-	-
Mais de 05 Filhos	01	01
Total	21*	05**

Obs: *12 mulheres estavam grávidas, 01 delas esperando o primeiro filho. ** 02 Homens estavam com a esposa grávida.

Quanto à preferência contraceptiva, o **Quadro 5**, mostra que dentre as 22 mulheres, 14 manifestaram o desejo pela laqueadura, 04 pelos hormônios injetáveis, 03 DIU, 01 pílula anticoncepcional. Todas declaram conhecer boa parte dos métodos medicalizados. Entres os Homens todos também declararam que têm um bom conhecimento dos métodos medicalizados, porém são suas esposas que utilizam algum método. A solicitação entre eles foi: 02 DIU, 02 Laqueaduras Tubárias e 01 vasectomia, conforme **Quadro 4**.

Quadro 4 - Características dos homens e preferência contraceptiva

Nome	Idade	Estado Civil	Profissão	Profissão parceira	N.º Filhas /os	Método requerido pelo casal
Francisco	28 anos	União Consensual	Professor de esportes	Dona de Casa	2	DIU
Paulo	42 anos	União Oficial	Funcionário Público	Dona de Casa	8	Laqueadura
Jonas	29 anos	União Oficial	Dono de uma frutaria	Comerciante	3	Vasectomia
João	30 anos	União Oficial	Mestre de obras	Dona de Casa	2	Laqueadura
Gilberto	39 anos	União Oficial	Coord. Serviço Hospitalar	Dona de Casa	2	DIU
Total: 5						

Diante do que o quadro expôs, dentre os 5 (cinco) homens, apenas um se responsabiliza pela concepção.

Quadro 5 – Características das mulheres e preferência contraceptiva

Nome	Idade	Estado Civil	Profissão	Profissão Parceiro	N.ºFilhas /os	Grávida	Método Requerido
Camila	31 anos	Solteira	Dona de casa	-	2	Sim	Laqueadura
Ruthe	31 anos	União Consensual	Dona de casa	autônomo	1	Não	Injetável
Wilma	23 anos	Solteira	Promoter	-	3	Não	Injetável
Fernanda	25 anos	União Oficial	Dona de casa	Porteiro	4	Não	Laqueadura
Marilda	29 anos	União Consensual	Dona de casa	Ajudante de Pedreiro	4	Sim	Laqueadura
Aurora	30 anos	União Consensual	Empregada Doméstica	Carpinteiro	1	Sim	Laqueadura
Iracema	23 anos	União Consensual	Dona de casa	Fiscal de uma Escola	2	Não	Injetável
Fabiana	39 anos	Divorciada	Analista de contas médica	-	1	Não	DIU
Martha	37 anos	União Oficial	Dona de casa	Funcionário público	2	Sim	Laqueadura
Valéria	25 anos	União Consensual	Estudante	Técnico em computação	2	Sim	Laqueadura
Carla	37 anos	União Oficial	Agente de Saúde	Pintor	0	Sim	Laqueadura
Rafaela	20 anos	União Consensual	Promotora de vendas	Mecânico	1	Não	DIU
Mariana	30 anos	União Oficial	Operadora de Caixa	Representante de vendas	1	Sim	Laqueadura
Roberta	21 anos	União Consensual	Dona de casa	Técnico em eletrônica	1	Não	Injetável
Mônica	30 anos	União Oficial	Dona de casa	Marinheiro	2	Não	Laqueadura
Érica	25 anos	União Oficial	Dona de casa	Barbeiro	3	Não	Laqueadura
Tereza	26 anos	União Oficial	Dona de casa	Pedreiro	2	Sim	Laqueadura
Meridiana	20 anos	União Consensual	Dona de casa	Auxiliar de Serralheiro	2	Não	Pílula
Joana	27 anos	União Oficial	Dona de casa	Motorista	3	Sim	Laqueadura
Amanda	18 anos	União Consensual	Dona de casa	Gráfico	1	Sim	DIU
Laura	29 anos	União Oficial	Dona de casa	Avaliador de Carros	7	Sim	Laqueadura
Dalva	24 anos	Separada	Empregada Doméstica	-	3	Sim	Laqueadura
Total: 22							

Conforme demonstra o **Quadro 5**, 12 (doze) mulheres estavam grávidas no momento da entrevista, destas 11 (onze) estavam solicitando a laqueadura e apenas 01 (uma) o DIU, ela tinha 18 anos de idade. Duas das mulheres grávidas se declaram solteira ou separada, as funcionárias do PPF do HUMI acreditam que esta declaração se deve, em certa medida, ao fato do Programa solicitar que o parceiro venha assistir a uma palestra e assinar o documento de solicitação da laqueadura, para isto muitos se recusam.

Em resumo, o universo pesquisado é, em grande parte, composto por mulheres jovens, donas de casa, com nível de instrução em ensino médio, moradoras de bairros “populares”, que conceberam poucas/os filhas/os, as/os quais são menores de três anos de idade. A maioria delas estava grávida e buscava ter acesso a métodos contraceptivos medicalizados e de alta tecnologia, com grande preferência pela laqueadura tubária, justamente no momento do parto.

As observações no consultório do PPF possibilitaram que assistisse a 20 palestras, nas quais contei um público de 246 pessoas, composto de 47 homens e 199 mulheres dentre elas, boa parte, estava grávida. Estes dados evidenciam que no PPF, há uma presença de mulheres 4 vezes maior do que de homens.

A maior presença feminina no PPF do HUMI é um indício de que as atribuições de papéis sexuais relacionados com a reprodução social permanecem como algo fundamentalmente de “responsabilidade” feminina. (maior discussão ver capítulo 4).

Araújo e Scalon (2005) numa pesquisa com homens e mulheres, constataram que no Brasil, vem ocorrendo mudanças nos padrões de organização familiar, pois a tradicional divisão sexual do trabalho – homem provedor e mulher dona de casa em tempo integral – está perdendo a sua força legitimadora com a inserção cada vez maior das mulheres no mercado de trabalho.

As questões que envolvem a dinâmica que homens e mulheres estabelecem em suas relações conjugais e as suas motivações para regular a sua fecundidade são tratadas nos capítulos a seguir.

3 REPRODUÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO FAMILIAR: mães e pais responsáveis, número de filhos reduzidos e projetos de ascensão social

A questão inicial a ser colocada é que a reprodução da vida humana não se efetiva de forma universal, pois se diversifica e passa por constantes modificações em diferentes contextos históricos. Nas sociedades ditas ocidentais, os efeitos da industrialização progressiva e da constante “modernização” intercambiam-se com mudanças de comportamentos e de projetos individuais consequentemente modificando as formas de organização familiar e, especialmente, a quantidade do número de filhos.

Frente a esse contexto, os aspectos que envolvem a reprodução, tratados neste estudo, referem-se às práticas e representações acerca da concepção e da contracepção em sua dimensão relacional, considerando que, além de ser analisada entre pessoas com padrão de relacionamento heterossexual e monogâmico¹³, a decisão de ter ou não ter filhos não compete apenas ao casal, mas, também, ao conjunto das relações com os outros membros da família, com a emergência de novas tecnologias de reprodução e com a administração da vida sexual e reprodutiva face às ingerências públicas, em específico, as políticas públicas de saúde reprodutiva e sua efetivação via instituição hospitalar.

Como argumenta Giddens (1993), em face da elaboração de novas tecnologias reprodutivas a concepção pode ser artificialmente produzida, mais que apenas artificialmente inibida. Hoje a reprodução pode ocorrer na ausência da atividade sexual, o que significa que a sexualidade e a reprodução tornaram-se esferas autônomas.

Essas mudanças que vêm ocorrendo se refletem no âmbito das relações de gênero, possibilitando a emergência de novos arranjos familiares. Atualmente, o modelo familiar nos quais os homens são os principais provedores coexiste com outros núcleos familiares de provisão compartilhada entre homens e mulheres. As relações entre pais e filhos parecem ser mais francas e mais abertas à intimidade, há o enfraquecimento institucional do casamento e a conjugalidade abre espaço às satisfações dos projetos individuais. Evidenciam-se diversas formas de satisfação dos desejos e práticas da sexualidade, as taxas

¹³ Foi legitimado o padrão heterossexual na estrutura da sociedade ocidental, e o reforço aos binarismos restritivos (homem ou mulher) Entretanto, cabe ressaltar que existem outras formas possíveis de relacionamento conjugal, outros modos de satisfação dos desejos e práticas da sexualidade.

de fecundidade estão reduzidas, as novas tecnologias reprodutivas têm favorecido aos casais inférteis, a maternidade tardia e a homoparentalidade. Estes fatos estão reconfigurando as noções de paternidade e de maternidade tal qual eram entendidos até final dos anos 1970.

Em face desses novos arranjos familiares, existem alguns discursos, entre eles os de alguns representantes religiosos, que apregoam que a família perdeu os seus “antigos valores”, por isso está se “desestruturando” e as causas seriam: a revolução sexual, o afrouxamento dos laços conjugais, o enfraquecimento da autoridade dos pais, a inserção maciça da mulher no mercado de trabalho, a rebeldia da adolescência, a homossexualidade enfim, argumentam como se as pessoas estivessem desaprendendo as regras de “boa convivência” que mantinham aquele antigo modelo de família. À existência de opiniões que pressupõem uma crise está vinculado um ideal de uma estabilidade da organização familiar, na perceptiva de um padrão de família imutável, o que é imperceptível do ponto de vista socioantropológico.

Argumentos que procuram regular o comportamento dos membros familiares não são exclusivos do século XXI. Ariès (1981) e Freire Costa (2004), apresentam outros exemplos de organizações de famílias diferentes do modelo de família conjugal contemporânea. Estes, também, tiveram regularizados seus afetos e condutas, imprimindo aos indivíduos normas e papéis de gênero. É no contexto dos séculos XVIII e XIX que se configura um modelo a partir da união heterossexual monogâmica fundamentado no amor romântico.

A percepção dessas construções sociais acerca da unidade familiar, nas análises que faço, contribui para uma compreensão da complexidade dos fatores socioculturais e da complementaridade entre os processos estruturais e as ações dos sujeitos.

Assim, este estudo atenta para o fato de que a maneira como as pessoas determinam o tamanho de suas famílias não pode ser compreendida dissociada de um contexto social mais abrangente. Também, não há como serem entendidas as motivações e as escolhas reprodutivas desvinculadas da compreensão da dinâmica que mulheres e homens estabelecem em suas interações: afetivas, na divisão de suas atividades domésticas e das garantias materiais da reprodução familiar.

3.1 O ideal de famílias reduzidas: “é preciso ter condições de dá uma boa educação, uma boa alimentação, essa é a importância de planejar”

Neste item faço a exposição de um conjunto de processos que influenciam na forma como os atuais núcleos familiares se organizam, tais como: a medicalização da vida dos sujeitos, a modernização; os ideais de consumo e de sustento das/os filhas/os, a divisão do trabalho no contexto das relações conjugais, o ideal de maternidade e de paternidade responsável e a centralidade que os filhos/as adquiriram na vida das mães e dos pais.

Nas últimas décadas as estatísticas referentes à natalidade da população brasileira têm mostrado uma tendência de queda nas Taxas de Fecundidade Total (TFT). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), as TFT no Brasil vêm declinando desde 1960, quando atingiu o índice de 6,3 filhas/os por mulher e foi reduzindo significativas para 5,8 filhas/os em 1970, 4,4 em 1980, 2,9 em 1991 e 2,3 em 2000. No estado do Maranhão a TFT, declinou de 4,64 filhas/os em 1991 para 3,21 em 2000.

Estudos, como o de Itaboraí (2003), apontam que as preferências em termos de número de filhos de mulheres¹⁴ das diferentes classes se aproximam. As mulheres provenientes das classes sociais urbanas apresentam um número ideal de filhos em torno da média nacional (2,35)¹⁵ e que apenas as mulheres do meio rural apresentam um número ideal de filhos/as (2,73), isto é, cerca de 0,4% superior à média nacional. O percentual de mulheres que afirmaram não desejar ter mais filhos é bastante grande, abrangendo mais da metade das mulheres de todas as classes.

A tendência de redução no número da prole, também, se confirmou entre as pessoas usuárias do PPF do HUMI. A maioria das mulheres, por mim entrevistadas, tinha concebido um ou dois filhos/as, e, os homens, em sua maioria, conceberam no máximo três filhos/as, como pode ser observado no **Quadro 3**. Boa parte dessas pessoas declarou já

¹⁴ Aqui eu apresento dados referentes às preferências reprodutivas de mulheres devido ao fato de só ter encontrado na literatura a relação entre taxa fecundidade e mulher e não com os homens. A taxa da Fecundidade Total (TFT) de uma população é medida em relação à mulher e o número médio de filhos nascidos vivos, tidos por ela ao final do seu período reprodutivo, isso numa população residente em um determinado espaço geográfico.

¹⁵ Os dados do IBGE (2000) apontam que a Taxa de Fecundidade Total Nacional (TFT) é de 2,3 filho/as por mulher e a TFT no Nordeste é de 2,6 filhos/as.

estar satisfeita com o número de filhos/as que conceberam e, agora, buscam a laqueadura tubária, como método de contracepção.

Diante dessa tendência, a preocupação inicial desta análise, foi justamente averiguar os motivos pelos quais os sujeitos desta pesquisa se consideram satisfeitos com o número de filhas/os já concebidos.

A primeira observação a ser feita é a de que embora nos estudos estatísticos apareça como freqüente a relação direta entre as mulheres e a regulação da fecundidade, esta não é uma preocupação exclusivamente feminina, mas do casal e faz parte de um projeto de *vida melhor*. Nos relatos de alguns homens entrevistados, pode se perceber a preocupação com a questão:

Eu acho assim que o meu pai [...] não planejou muito bem não, até porque ... foi assim aconteceu quando ele foi morar com a minha mãe já de imediato começaram a ter filhos [...] nós somos nove irmãos. Então, pra hoje eu vejo assim que tem que ter algum controle daquilo que você pode oferecer pros seus filhos. Então, tem que ter um acordo entre a família pra que as pessoas possa oferecer algo melhor pras crianças [...]. (João)¹⁶

O Sr. João relata a preocupação de que a sua família deve ter uma constituição diferente da época de seus pais, os quais tiveram nove filhos. Ele e a sua esposa decidiram que terão menor número filhas/os. Continuando, explica que a opção que fizeram irá lhes possibilitar melhores condições de vida:

Nós decidimos pela laqueadura porque nós já determinamos o tamanho da nossa família, né, nós vamos parar por aqui, nós já vamos ter três filhos, então já tá dentro do limite que a gente possa ter um bom controle e ter umas condições melhor. [...] Não, não penso não. Tá bom eu sou feliz com a família que eu tenho [...]. Porque eu vejo assim o importante não é só a quantidade, mas você tem uma boa qualidade, eu não vejo a importância de eu ter assim tipo seis, oito filhos e eu não conseguir dá uma boa educação. Por que às vezes não é como a pessoa quer é como pode.

A percepção do Sr. João sobre “limite” e “controle” refere-se à preocupação em adequar o número de filhas/os concebidas/os à sua remuneração, de forma a lhes proporcione satisfatórias condições materiais de sobrevivência. Portanto, diante dessa

¹⁶ Maior detalhe acerca da biografia das pessoas que participaram deste estudo pode ser visto nos **Quadros 4 e 5** do capítulo 2.

preocupação, o casal optou pela esterilização cirúrgica feminina, um método contraceptivo considerado altamente eficaz¹⁷.

A prática de redução do número de filhas/os, hoje, comum à geração do Sr. João, é um fato que começou a ocorrer no Brasil desde 1970, década de nascimento do referido entrevistado. Esta diminuição na fecundidade tem sido referida, pelos especialistas em estudos populacionais, como *transição demográfica*, fenômeno caracterizado pela combinação da diminuição lenta, mas progressiva das taxas de mortalidade - infantil e adulta - e da drástica redução nas taxas de fecundidade.

Essa transição é resultado, dentre outros motivos, da atuação da política de Estado que se acelerou a partir dos anos de 1930, quando este passou a proporcionar uma ampliação no campo da ação médica a qual disseminou novas regras de comportamento, modificando as relações entre pais/mães e filhas/os. No nordeste do Brasil estas ações se intensificaram, na década de 1980 quando as mães foram instruídas sobre cuidados de higiene, ensinadas a preparar o *soro caseiro* e aconselhadas a amamentarem suas/seus filhas/os.

Esse processo de medicalização da população contou, além da atuação estatal por meio dos *agentes de saúde*, com as campanhas contra a desnutrição infantil encabeçadas por instituições como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Pastoral da Criança. Estas ações fizeram com que os/as recém-nascidos/as das gerações mais recentes tivessem maior sucesso de sobrevivência, situação diferente de um período anterior, em que havia altas taxas de mortalidade infantil. Algumas interlocutoras apontam que na geração de suas mães ou avós a alta fecundidade era acompanhada de algumas perdas.

A minha mãe, ela teve mais de 12, mas aí morreu 02 senão era 14. (Flávia)

A minha avó! Eu não vou nem contar porque foram bastante, na verdade eram seis, mas morreu dois e ela ficou com esses quatros. (Érica)

Segundo dados do IBGE (2007), no Brasil, entre 1980 e 2006, a taxa de mortalidade infantil reduziu-se em 64,0 %, ao declinar de 69,1 %, para 24,9 % (isto é, 24,9 óbitos a cada mil nascidos vivos). Os Estados de Alagoas e Maranhão continuam com as

¹⁷ A esterilização cirúrgica seja masculina ou feminina têm pouca possibilidade de reversão e para as pessoas que procuram os serviços públicos de saúde esta opção é praticamente definitiva, pois estes serviços não oferecem a cirurgia de reversão.

maiores taxas de mortalidade infantil do Brasil: 51,9% e 40,7%, respectivamente. Enquanto as taxas de mortalidade infantil declinam, aumentam os anos de expectativa de vida das/os brasileiras/os¹⁸.

Paiva & Wajnman (2005) apontam que a redução da mortalidade infantil possibilitou o aumento no número de filhos/as sobreviventes e, a necessidade de propiciar a estas/estes educação escolar tornou relevante na decisão de ter ou não um filho adicional, tendo em vista que a educação escolar é apontada genericamente como necessária para melhor inserção no mercado de trabalho.

Essa importância dada à educação como possibilidade de ingresso no mercado de trabalho está ligada à expansão da industrialização e da urbanização. A “modernização” acelerada expandiu-se a todas as regiões do país e fez com que os membros das famílias ficassem cada vez mais sob a dependência da oferta de emprego e dos seus decorrentes salários. Durante o período de regime militar (1964 – 1985), por exemplo, o Estado brasileiro promoveu ativamente o consumo para estimular o crescimento da indústria nacional.

À medida que a produção crescia rapidamente, adotavam-se os novos valores da sociedade industrial e a condição de trabalhador/a assalariado/a frente aos apelos para o consumo de bens e serviços trazem à tona a necessidade do planejamento reprodutivo (BRUSCHINI, 1990; DALSGAARD, 2006).

Atualmente esses valores encontram-se consolidados, criou-se um ideal de padrão de vida com base na aquisição e distribuição desses bens e serviços. Pude perceber que as/os usuárias/os do PPF do HUMI compartilham desses valores. Elas/eles relatam que com a remuneração que dispõem têm que custear as despesas com a alimentação, saúde e educação escolar, como é expresso a seguir:

João: (...) Até porque a gente vê assim como é que tá hoje em dia, as coisas foram se modificando porque, por exemplo, eu não vou dizer que meu pai me criou mal, que ele não me educou, porque eu tô sendo hipócrita com ele, mas no meu caso hoje como as coisas mudaram, então, eu quero oferecer uma coisa melhor pra minha filha, uma alimentação, uma escolaridade melhor, eu tenho que ter um limite daquilo ali que eu possa obter de acordo com a minha renda, com a renda da família, eu tenho que ter um controle.

¹⁸ A esperança de vida das brasileiras ao nascer em 1960 era de 56,1, em 2006 era de 76,1. Entre os homens a esperança de vida ao nasça em 1960 era de 53,1, em 2006 era de 68,5 (IBGE, 2006).

Fabiana: (...) Meu filho quando nasceu eu não trabalhava e eu levava ele, na época, no Materno [HUMI] e eu sofria muito, porque ele tinha asma e eu ficava lá fazia três dias e três noites, sentada numa cadeira muito desconfortável (...) Então foi que eu comecei a trabalhar e paguei um plano de saúde para o meu filho, e eu disse que nunca mais meu filho ia ficar sem um plano de saúde e nunca mais ele ficou (...) Então, manter um filho é caro! Tem que ter escola, tem que ter plano de saúde, tem que ter esporte e tem que ter inglês, entendeu. Se você colocar tudo isso na balança é caro! Na época que ele estudava era 350 de mensalidade, era, 30 de esporte, 50 de inglês mais cento e pouco de plano de saúde, então é muito caro, fora roupa, fora livro.

Nas falas aqui apresentadas dois fatos se destacam como relevantes. O primeiro, é que, na perspectiva destas pessoas, constantemente é expressa uma preocupação que vai além da finalidade de ter somente o número de filhos/as que se possa prover. Muito mais que isto, elas, expõem o desejo de proporcionar *o melhor*, e não apenas suprir as necessidades de sobrevivência da sua prole. Uma visão diferenciada da geração anterior, como diz o Sr. João: “eu não vou dizer que meu pai me criou mal, mas no meu caso as coisas mudaram”. Isto pode ser mais uma vez verificado nas falas expostas a seguir:

[...] também a situação financeira, a minha mãe sempre diz “que onde come dois, come cinco, come dez, depende da gente saber dosar a água”. Como diz o ditado popular “bota água no feijão...”. Mas eu acredito que seja por isso mais pela situação financeira porque você não vai ter um filho e querer jogar ele, você vai querer dá o melhor pra ele e como eu passei muita dificuldade eu não quero que os meus filhos passem por isso. (Flávia)

Por isso que eu te digo é uma responsabilidade muito grande você ter um filho hoje em dia, porque filho é caro de mais, eu só tenho um filho, por que eu não concordo da mãe andar feito indigente pra dá comida pro filho. Pelo contrário tem é que dá tudo de melhor pro filho [...] eu não vou ter outro filho não, pra sofrer o que eu sofri! Então é criar só um, mas criar bem criado. (Fabiana)

O importante a se considerar na fala da Sr.^a Flávia é que, diferentemente, da sua mãe, ela faz ressalvas quanto ao ditado popular *onde come um, comem muito mais pessoas*, pois prover as/os filhas/os, atualmente, como complementa a Sr.^a Fabiana envolve um investimento econômico muito maior, *ter um filho hoje em dia é caro de mais*. Intrínseco a este desejo de proporcionar *o melhor* às/aos filhas/os estão aspirações de mobilidade social, de planejamento e manutenção de suas famílias em resposta às novas condições socioeconômicas da sociedade brasileira. A partir das percepções destas interlocutoras, verifica-se que a noção de poder prover as necessidades de subsistência e desenvolvimento de um/uma filho/a não é um dado universal. Envolve mudanças de valores de acordo com o contexto sócio-histórico.

O segundo fato que destaco, entre os relatos já expostos, é que dentre eles há o de uma mulher, a Sr.^a Fabiana, que se declarou a principal responsável pela provisão da sua família. Segundo Oliveira (2005), o modelo de família que se baseia nos papéis de *homem/provedor* e de *mulher/dona de casa em tempo integral* experimentou um declínio significativo ao longo da segunda metade do século XX.

Esse modelo familiar tem se tornando menos freqüente em resposta a influência do conjunto dos processos que venho expondo, isto é, a modernização, a medicalização da vida dos sujeitos, os ideais de consumo e de provisão da prole, como, também, a divisão de trabalho entre os cônjuges, onde as mulheres participam cada vez mais do mercado de trabalho e do compartilhamento do orçamento familiar e, em alguns casos, têm sido elas as principais responsáveis pela provisão das suas famílias.

Tão notável tem se apresentado a preocupação de se regular e melhor prover uma prole que algumas das mulheres que não participam desta tarefa, expõem o desejo de vir a contribuir, como se verifica no relato a seguir:

Por que que eu não quero outro [filho/a]? Porque hoje em dia eu não tô trabalhando, mas eu quero trabalhar pra quê? Pra dar uma vida melhor pra eles. Eu não vou te dizer que nunca mais eu quero ter filho até porque o sonho da minha vida é ter uma menina, mas agora eu não quero. Então, eu acho que a pessoa tem que ter consciência. Olha, esse meu namorado que eu tô com ele agora o maior sonho dele é ter um filho, eu poderia muito bem parar de tomar remédio pra dá um filho pra ele, mas eu não tenho condições, nem financeira, nem psicológica pra ter um filho agora, porque eu não tô trabalhando[...] É preciso ter condições de dá uma boa educação, uma boa alimentação, essa é a importância de planejar. Porque não adianta só “ah eu vou ser mãe” e aí bota o filho no mundo, não tem noção do que é educar uma criança, os cuidados que deve ter [...]. (Iracema)

A Sr.^a Iracema, mesmo não dispondo de uma remuneração aponta que é necessário dispor de dinheiro para oferecer *boa educação* e *boa alimentação* aos filhos que já concebera. Isto é tão importante na sua percepção, que o desejo de uma nova maternidade não pode ser colocado acima do cumprimento da tarefa de *dar uma vida melhor* aos filhos que já foram concebidos. Disto resulta, como ela mesma diz, a importância de limitar sua prole. Em outros termos, mesmo sendo a maternidade uma atribuição muito valorizada socialmente existe uma condenação moral caso a interlocutora comprometa, com uma nova gravidez, o bem-estar dos filhos que já possui.

Os relatos que exponho, a seguir, apontam que a regulação da prole está intrínseca a possibilidade de vir a trabalhar. Para as interlocutoras, a combinação destes dois fatores

lhes viabilizaria certa autonomia pessoal e a capacidade de compartilhar com os seus parceiros a tarefa de promover o que é entendido como *melhores condições de vida* a todos os membros familiares.

Eu penso porque não dá mais [para ter filhos/as] porque só ele trabalha e apesar do pai conviver [com os filhos], mas ele nunca sabe o quê que um filho tá precisando, é sempre a mãe, a mãe quer vestir uma coisinha melhor, quer comprar um sapatinho melhor e só ele trabalhando não tem condição, né. Aí vem essa questão às vezes o filho atrapalha até da mãe trabalhar.

Eu pretendo trabalhar o mais rápido possível. Porque é ruim demais a gente ficar dependendo só do marido. (Érica)

Hoje em dia eu já penso diferente, antes não, eu pensava era de cuidar de lar, de cuidar delas, mas hoje em dia não. Eu tenho que ter minha vida, independência, quero ter o meu serviço como antes eu trabalhava, eu trabalhei até os sete meses dela, aí, eu parei porque ele [o marido] não aceitou mais porque eu tava muito pesada, que era pra mim descansar, que eu trabalhava só a noite, entendeu, então ele disse que mulher grávida trabalhar a noite não dava, eu trabalhava numa lanchonete. (Meridiana)

Como se percebe nestas falas, o trabalho remunerado é representado como o propiciador da saída de uma situação de dependência perante os seus parceiros conjugais para a de cooperação na provisão das/os filhas/os.

Das 22 (vinte e duas) mulheres que entrevistei, 14 (quatorze) se declararam donas de casa e, dentre elas, 7 (sete) estavam grávidas, 3 (três) estavam amamentando e grande parte de seus filhos/as eram menores de três anos de idade. Para algumas dessas mulheres, como relataram as Sr.^a Érica e Meridiana, a gravidez, a existência de filhos “pequenos” e a conseqüente necessidade de amamentá-los e cuidá-los podem se constituir como obstáculo à inserção ou permanência delas no mercado de trabalho.

Mesmo diante da dificuldade de conciliar maternidade com trabalho, elas criam algumas estratégias para superar essa dificuldade. Entre algumas das mulheres que se declararam donas de casa, quando seus filhos/as começam a criar certa independência dos seus cuidados, elas buscam combinar suas atividades reprodutivas com o trabalho remunerado deixando de ser donas de casa em tempo integral e passando a exercer outras atividades. A exemplo, dentre as 14 (quatorze) donas de casa entrevistadas, duas delas, que tinham filhos/as acima dos 5 (cinco) anos de idade, declararam que desenvolviam atividades como crochê e manicure, as quais lhes conferiam alguma remuneração financeira.

Para Araújo & Scalon (2005), sendo o contexto social brasileiro marcado pela precariedade das relações entre trabalho e políticas públicas que prestem apoio às famílias e garantam certas condições para a atividade profissional de ambos os cônjuges, é provável que a contradição entre filhos pequenos e trabalho feminino seja mediada entre outros fatores pela pouca quantidade de creches existentes no Brasil.

Outro fato apontado pela Sr.^a Érica e pelo Sr. Francisco é que ela e ele não encontram ajuda para compartilhar o cuidado de suas/seus filhas/os, junto a outros membros familiares como mães e sogras.

Outra dificuldade que a gente tá passando, até por que a gente não tem assim com quem deixar os filhos, né. A minha mãe mora longe e a mãe dele mora aqui perto, mas não ajuda assim nessas coisas. (Érica)

Antigamente... como no interior [meio rural], muitos ajudavam! Quanto mais uma família era grande aí mesmo que ajuda era maior, mas hoje em dia as coisas ficaram mais difícil [...] tudo isso influenciou pra que hoje as família tivessem mais cautela em controlar o seu número de filhos.(Francisco)

Essa situação descrita pelos interlocutores é característica da restrição das redes de ajuda em razão da própria dinâmica das relações sociais de regiões urbanas.

E assim, as pessoas que entrevistei, foram apontando cada vez mais fatores socioeconômicos para justificar a necessidade de regular o número de filhas/os. O motivo dessa situação pode se dever ao fato de que o Estado promoveu, só em parte, avanços na área social. Como aponta Farias (1992), entre os anos de 1981 e 1989, houve aumento do número de anos de estudo e das taxas de alfabetização e a diminuição do número de crianças com sintomas de desnutrição, mas por outro lado, neste mesmo período as taxas médias de crescimento econômico baixaram significativamente. Paiva & Wajnman (2005), enfocam que na década de 1980 se viveu um período de altas taxas de inflação, período que foi, posteriormente, denominado de *década perdida*. Assim, a sociedade brasileira experimentou a estagnação econômica, a diminuição do emprego e a piora na distribuição de renda. Entretanto, foi justamente durante essa década que as taxas de fecundidade se reduziram significativamente, passando de 4,4 filhos/as em 1980 para 2,4 em 1991.

Segundo Berquó (1989), o recente declínio das taxas de fecundidade brasileira contraria as noções tradicionais de *transição demográfica*. Nos casos convencionais a queda na fecundidade é acompanhada de maior acesso aos métodos contraceptivos e de melhorias nas condições de vida. Contrariamente, no Brasil, a queda da natalidade se

acelerou justamente nos anos de empobrecimento e naquela altura eram os métodos não legalizados que exerciam maior influência na queda da TFT, ou seja, os abortamentos provocados e as esterilizações cirúrgicas feminina.

Embora a economia brasileira tenha se estabilizado a partir de 1994, ainda há uma grande redução de inserção da população no mercado de trabalho. Com as novas tecnologias de produção industrial, as empresas, agora em sua maioria privadas, geram cada vez menos empregos e os poucos cargos oferecidos exigem alta qualificação; e os menos escolarizados têm suas opções restringidas aos poucos setores como o da construção civil, do comércio varejista, além da economia informal¹⁹.

O Sr. Francisco destaca:

Eu acho que é muito bom controlar por que hoje em dia é a maior dificuldade o sustentamento da casa, porque os trabalhos são difíceis, as coisas são tudo difíceis. Então, hoje, pra você criar uma família é muito duro! Você se vira d'um lado, se vira do outro, às vezes você não consegue nada [...] as coisas ficaram mais difíceis justamente por isso por causa do trabalho, às vezes a educação [qualificação] que às vezes não ajuda, a saúde, a habitação, então tudo influenciou pra que hoje as famílias tivessem mais cautela em controlar o seu número de filhos. (Francisco)

Este interlocutor aponta que além do difícil ingresso no mercado de trabalho, existe a dificuldade de obter adequadas condições de moradia como motivações para regular o tamanho da sua prole. A possível elevação da densidade de moradores em um único domicílio, também, é apontada como motivo para regular o número de filhos/as, conforme é relatado a seguir.

[...] Eu escolhi ligar também [...] devido à moradia, porque lá em casa é muito apertado, a gente tá fazendo uns dois cômodozinhos do lado já com a ajuda do centro de moradores, né. (Flávia)

O aumento da violência e da delinquência, fatos inerentes às desiguais distribuições dos benefícios da modernização são, também, apontados como influentes na decisão para que se regule o número de filhas/os.

[...] e também antigamente a gente podia ter tantos filhos, né. Mas agora a gente tem os filhos da gente e não sabe se eles vão chegar a mesma idade da gente, por causa que tá tendo muita criminalidade, entendeu. A gente educa eles de um jeito e o mundo educa de outro, entendeu, então é como dizem *uma Maria vai com as outras*, a gente

¹⁹ Segundo o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), em novembro de 2007, o comércio foi o que mais gerou vagas formais, com 99.677 postos. Em seguida aparece, o setor de serviços (62.422 postos) e de construção civil (7.811 vagas). Na outra ponta, com a entressafra da cana/álcool, houve redução na agricultura (fechamento de 43.105 postos) e na indústria (-2.496 vagas).

diz uma coisa em casa e eles aprendem outra na rua. [...] eu acredito porque a violência tá demais, porque antigamente a gente ia na rua e voltava do mesmo jeito, hoje você sai com a chinela e volta descalço, eu já fui assaltada umas três vezes. (Flávia)

[...] porque tem muita gente que tem muitos filhos e aí isso acarreta às vezes ter muita atribulação dentro da família o que vai gerar às vezes a violência, às vezes faz o pai roubar, faz o pai roubar uma pessoa pra tentar sustentar a família, então isso vai gerar um problema muito grande. Então isso é o que hoje em dia o que eu penso: evitar muitos filhos e tentar controlar o pouco que tenho, porque controlando o pouco que tenho eu sei que vai dá pra mim me manter nesse nível, então é o que eu penso. (Francisco)

[...] Hoje em dia é muito difícil você ter cabeça pra criar um filho, um mundo que a gente vive hoje as coisas que acontece, que a tendência é só você desistir de tudo [...] a criminalidade, essa coisa de droga que hoje em dia é muito difícil você saber conversar com os filhos pra evitar, às vezes ele diz “ah mãe vou sair com os colegas”, você não sabe, não são todas as mães que se preocupam em saber quem são os colegas, olha meu filho tem cinco anos, mas cada coleguinha dele que ele trás aqui eu quero saber onde mora, eu quero saber quem é a mãe, lógico que eu não tô desconfiando que essa criança vai levar meu filho pro mau caminho, mas eu começo desde cedo, porque se amanhã ou depois ele completa 15, 16 anos eu vou passar a fazer isso, eles vão dizer que eu tô me metendo na vida deles, então eu quero acostumar desde pequeno. (Iracema)

A violência tem se tornado uma das principais causas de morte no Brasil. Segundo dados do IBGE (2007), após os anos de 1960, cresceram as diferenças entre a mortalidade masculina e feminina. Isso se deve, principalmente, à maior incidência de mortes por causas externas entre os homens, principalmente os jovens e adultos. Em 2005, mais de 80% dos óbitos violentos ocorreram entre os homens.

Dalsgaard (2006) fez uma pesquisa com mulheres, em um bairro de baixa renda no município de Camaragibe – PE. No seu estudo buscou entender a opção pela laqueadura tubária a partir do contexto das relações sociais dessas mulheres e percebeu que esse contexto era extremamente violento e marcado por assassinatos. A partir dos relatos constatou que a criminalidade juvenil era enquadrada no discurso público como falta de educação dos filhos e fracasso dos pais/mães. Então, percebeu que aquelas mães sentiam-se responsáveis pelas mortes de seus filhos ou pela possibilidade de que aquilo pudesse lhes acontecer, logo esse sentimento de culpa criava-lhes um forte desejo de fazerem alguma coisa e apontou a escolha pela esterilização cirúrgica feminina como um meio para proporcionar o que é entendido como uma melhoria de vida.

A autora argumenta que por trás da escolha pela laqueadura há uma individualização de responsabilidade que pesa sobre as mulheres na criação dos/as

filhos/as em face da falta de divisão de responsabilidade com o parceiro conjugal e com as políticas de saúde reprodutiva.

O recorte que fiz, a partir das falas das/os usuárias/os do PPF do HUMI, sobre os motivos para a regulação da prole, tais como: a necessidade de conciliar o número de filhas/os às baixas remunerações de forma a não prejudicar o consumo de bens e serviços, o ingresso feminino no mercado de trabalho, as restrições das redes de ajuda, as condições inadequadas de moradia, o aumento da violência e da delinquência, não teve a intenção de compartilhar com toda uma tradição literária na qual é justificado o controle da natalidade para evitar a “pobreza” e o “subdesenvolvimento” de um país.

A perspectiva que compartilho é a de que a organização familiar não se constitui apenas na reunião de esforços para se obter recursos econômicos que assegurem a todos os membros familiares um padrão de vida idealizado. A seguir apresentarei que reciprocamente a essas mudanças estruturais, pelas quais passou a sociedade brasileira ocorreram mudanças nos significados e valores que orientam os relacionamentos conjugais e nos papéis sociais dos membros familiares. Logo, entendo que tanto as atividades para a obtenção de recursos materiais, como os valores culturais que orientam as relações entre os sexos e as gerações são penetrados por desejos, afetos e vínculos emocionais que incidem nas mais diversas opções quanto ao projeto de vivência de uma família.

Na seqüência dos relatos estes elementos vão aparecendo. Quando averigüei se acaso elas/eles tivessem um rendimento financeiro muito mais elevado do qual atualmente dispõem, se eles repensariam o número de filhas/os declaradas/os como satisfeitos? Algumas pessoas, como as Sr.^a Érica e Marilda, concordaram que um rendimento mais elevado possibilitaria a concepção de mais filhas/os.

Ah eu teria mais! Teria mais apesar que quando eu fico grávida, eu fico muito assim debilitada, mas apesar disso eu teria mais, porque seria muito mais fácil a gente teria menos preocupação, teria condições de pagar alguém para me ajudar, né, aí seria bem melhor. (Érica)

Eu sempre digo pra minha mãe assim - minha mãe briga comigo – porque meus irmão só tem dois filhos e eu já tô no quinto, aí, ela briga comigo porque eu não procurei ligar logo, porque antes desse ela queria que eu ligasse, aí, eu dizia pra ela assim que eu ia ter um monte de filho porque por mim assim eu gosto, mas o negócio é a situação financeira, por mim se eu tivesse uma situação boa financeira eu não ligaria não. (Marilda)

Entretanto, boa parte das/os entrevistada/os, tal como, a Sr.^a Mônica e o Sr. Jonas, disseram que não.

Eu teria no máximo três, eu também não tenho muita paciência. Três é o suficiente, se educa melhor, dá mais um pouco de atenção, entendeu. (Mônica)

Não, eu continuaria com a mesma idéia. Se eu fosse rico eu continuaria com os meus três filhos, se eu tivesse que ajudar alguém, eu ajudaria uma instituição de caridade, poderia adotar mais filhos, mas ficaria só com os meus três filhos mesmo. (Jonas)

Nos relatos, a seguir, a Sr.^a Valéria e o Sr. Francisco expõem que a preocupação de reduzir o número de filhas/os não é apenas consonante com uma condição econômica que possa lhes assegurar bens materiais, saúde e educação, mas, também, devido à pretensão de lhes oferecer maior atenção e distribuição do amor paterno ou materno.

Eu acho que é muito bom controlar [...] às vezes você tem duas, três criança em casa berrando ali. Você ainda consegue passar fome, mas uma criança não consegue! Então isso a pessoa se vê no lugar da criança, vê que se tivesse no lugar dela, vê que não tem nada alí para comer, não tem nada, não tem leite, não tem uma roupa, um calçado, então, isso faz com que os pais em si, eles se comovam mais em ter que evitar de ter mais filhos [...]. (Francisco)

Pra mim eu já tenho os meus três filhos, tô realizada na minha vida, entendeu. Se eu não tivesse nenhum aí tudo bem, mas eu tenho os meus três filhos [...] se eu fosse uma pessoa bem de condições eu teria dois filhos. Porque só dois mesmo tá bom, dá pra dar mais amor, mais atenção, pra não ficar aquela cobrança, ah a senhora gosta mais daquele. Olha só, eu tinha só um casal, mas o mesmo que eu dava pra um, eu dava pro outro, o mesmo gostar que tenho de um, eu tenho do outro, o terceiro vai ser do mesmo jeito, mas se fosse mais eu acho que eu não daria conta, com certeza um ia me cobrar. (Valéria)

Atualmente as relações entre homens, mulheres e crianças têm caminhado em direção a uma convivência muito mais marcada pelo afeto, na qual as crianças ocupam uma centralidade na vida de pais e mães. Elas são percebidas como parte significativa do projeto para o futuro da família; e como uma forma dos pais/mães terem companhia e amparo retribuído em suas velhices, tal qual descrevem as Sr.^a Roberta e Mariana:

Roberta: “M” [seu filho] é a minha companhia quando eu tô sozinha em casa, *ihxi* é muito bom! É minha companhia, a única coisa que eu tenho assim na vida é “M”.

Mariana: Seu filho você tem que amar passar serenidade, é você passar tranquilidade, paz pra teu filho, saber que ele está sendo esperado com muita ansiedade com muito amor e ele, também, corresponder a tudo isso, né, futuramente. Não quando ele tiver pequenininho, mas depois.

Além de ser alvo de assistência econômica, educativa e afetiva, a criança é tida como essencial para a composição do núcleo familiar.

[...] porque nós sentamos pra conversar que já tava na hora de ter uma criança, já temos moradia fixa, já temos uma condiçãozinha melhor de a pessoa alimentar uma criança, nós já temos condição, e entramos em acordo que já era tempo, que já tava na hora de ter uma criança, que a casa já tava querendo uma criança. (João)

Essa centralidade que as crianças assumem na vida de mães e pais, não é um fato natural ou universal, mas sim uma construção histórico-social, pois a organização familiar nem sempre se constituiu com base no afeto-sexual e atenção às crianças. Estudos como os de Ariès (1981), Venâncio (1997), Freire Costa (1994), Badinter (1985) e Parry Scott (2005) apontam como foi se construindo o modelo de família conjugal contemporânea conjuntamente com novos papéis e atribuições para pais, mães e crianças, os quais começam a se verificar na Europa, por volta século XVIII, e a se disseminar nas regiões colonizadas, assumindo a configuração de um modelo de organização familiar conjugal que se tornou um ideal.

Badinter (1985) descreve que as mães européias não tinham o hábito de amamentar as/os suas/seus filhas/os, era comum recorrerem a amas-de-leite, poucos eram os pais que podiam dar aos filhos boas amas-de-leite e próximo de casa, a maioria das crianças era entregues a amas fracas, miseráveis e longe de casa, situação que ocasionava a morte de muitas delas. Conforme a autora, a partir do século XVIII, foi preciso lançar mão de argumentos ideológicos como senso de *dever* e *culpa* para que as mulheres exercessem a atribuição social materna tal qual é conhecida atualmente.

Ariès (1981) mostra que nas famílias aristocráticas européias dos séculos XVI ao XVII atribuía-se pouco valor à privacidade, a domesticidade, ao amor romântico e as relações íntimas com as crianças. Nesse período, as crianças eram socializadas na vida pública. Elas por volta dos 7 anos de existência eram enviadas para prestarem serviços domésticos em casas que não a de seus pais.

Com a ascensão da burguesia, por volta do século XVIII, começa a ocorrer a privatização da organização familiar. Em um processo de enclausuramento progressivo, as pessoas vão se retirando da rede extensa de parentela para investirem no espaço doméstico, as mulheres desta classe vão se dedicar integralmente à manutenção desse espaço. As crianças que se socializavam pela convivência com os adultos no decorrer do cotidiano, passam a ter a sua educação entregue a especialistas, tutores e professores.

A substituição da aprendizagem empírica pela escolarização, segundo Ariès (1981), proporcionou também uma aproximação da família com as “crianças” e o despertar dos *sentimento de família* e *sentimento de infância*, outrora diferentes e separados. O resultado foi a reformulação dos costumes, a polarização da vida social em espaços públicos e privados e maior atenção às crianças.

Nas formas de organização familiar brasileira, como apontam Bruschini (1990), Dias (1984) e Sousa (1995), somente as camadas abastadas dos senhores de engenho do Nordeste ou dos barões de café do Sudeste tinham poder, interesse e disposições subjetivas favoráveis à constituição de proles numerosas. As outras camadas sociais, em virtude dos elevados custos do casamento, compunham-se de relações de concubinatos e os escravos eram impedidos de constituir uniões conjugais formais. Assim, essas uniões consensuais isentavam os homens de responsabilidades provocando uma elevada incidência de mulheres chefes de famílias.

Segundo Venâncio (1997), no Brasil colonial era comum a prática de abandonar crianças, seja nas portas das residências de pessoas estranhas ou nas *Casas Rodas de Misericórdia*.²⁰ O ato de abandonar uma criança podia ser interpretado como uma manifestação de amor, muito dessas crianças eram filhas de escravos/as e uma estratégia comum às mães menos favorecidas economicamente era buscar uma pessoa que apadrinhasse suas/seus filhas/filhos.

Enjeitar a/o filha/o não consistia um crime, tão pouco implicava a perda do poder *pátrio*. Essas crianças eram recolhidas por famílias que recebiam um pequeno auxílio do governo. No futuro se fosse reclamada a paternidade ou maternidade eram devolvidas. Acolher uma/um *enjeitada/o*, conforme os valores do período colonial, era uma demonstração de fé. As famílias que acolhiam as crianças negras ou pardas acabavam vendendo-as, trocando-as ou dando-as de presente. As que ficavam sob seus cuidados, geralmente de cor branca, lhes eram fornecida uma amamentação artificial que, em muitos casos, ocasionava em sua morte. Segundo o autor, a crença na transformação de crianças em anjos contribuía para que as famílias suportassem a sua perda.

²⁰ Os motivos que levavam as mulheres a *enjeitarem suas crianças* variavam. Podia ser uma maneira de encobrir as/os filhas/os de relações ilícitas das mulheres de condição social elevada, as quais não assumiam a maternidade para que evitar a condenação moral as suas condições de mães solteiras; seja pela condição de pobreza; pelo fato de serem filhas de escravas fugitivas ou por morte de suas/seus pais/mães. Venâncio (1997).

Por volta de 1822 algumas autoridades municipais tomaram “providências” contra o casamento de “uso costumeiro” e fundaram as *Rodas dos enjeitados* passando a assumir um plano de “assistência às crianças abandonadas” (BRUSCHINI, 1990).

Assim, o Estado brasileiro e suas instituições médicas, tal como na Europa, passam a investir, sobretudo, nas famílias, objetivando modificar os velhos hábitos “anti-higiênicos” coloniais e a modificar a conduta física, intelectual, moral, sexual e social dos membros da família (FREIRE COSTA, 2004).

Rohden (2003) e Parry Scoot (2005) apontam que no final do século XIX e início do século XX explicava-se o “atraso” do Brasil com base na miscigenação, havendo, assim, as preocupações médico-jurídicas e da política estatal na construção de um projeto para o “progresso da nação” (ideologia nacionalista) e de “melhoramento da espécie” (ideais eugênicas). No processo de estabelecimento de um Estado forte e centralizado, a percepção da população brasileira como cheia de defeitos passou a ser investida para reforçar a idéia de “nação” capaz de integrar a todos como cidadãos.²¹

Com esta finalidade disseminou-se a idéia de que “só o casamento saudável” poderia garantir que a espécie se reproduzisse de maneira “adequada”. Segundo, Rohden (2003), as mulheres foram alvos de destacada atenção, por serem as “responsáveis” pela concepção de novos membros para a sociedade. Para tanto, a formação de um ideal de organização familiar foi de grande importância na constituição do Estado Novo, assim, diz Rohden (2003, p. 38):

Tentando modelar o novo cidadão, o Estado novo visou prioritariamente a família, procurando investir nas condutas, modos de relacionamentos, relações sexuais, habitação etc. O modelo de família previsto, adequado à construção de uma moralidade pública, era aquele pretendido pelas elites, bem diferente das famílias das classes populares. Tratava-se da família sem inúmeros agregados que tinha uma habitação própria e não morava nos cortiços sem privacidade, calcada no casamento indissolúvel, no homem como provedor e na mulher ‘do lar’, mãe e educadora. O trabalho e a presença feminina nas ruas eram bastante condenados. A mulher modelo do Estado Novo tinha como atributos a timidez, a ingenuidade, a prudência, a fragilidade e a abnegação, opondo-se às transgressoras, devassas, libertinas, separadas que circulavam livremente nas ruas.

²¹ Os pensadores da época criam novas imagens sobre a sexualidade, sobre a formação da família e da domesticidade. Gilberto Freyre (em *Casa Grande e Senzala*), calcado na antropologia boasiana enfatiza o cultural como base mais firme que o racial para a compreensão das formações sociais e assim encontrou uma maneira muito eficiente de inverter a negatividade da miscigenação, positivando-a, o que se articula muito bem com função de construção ideológica de uma “nação” integrada. Parry Scott (2005).

Com vistas a isso, a especificidade política da chamada Era Vargas, conforme a autora, foi a valorização da maternidade e da infância com a criação de várias medidas que garantisse a sua proteção, como a criação do Departamento Nacional da Criança e o artigo 141 Constituição de 1934 que determinava a obrigatoriedade de amparo à maternidade e à infância. Segundo a concepção estatal era fundamental incentivar os nascimentos e cuidar das futuras mães, pois isto iria garantir a quantidade e a qualidade dos seus cidadãos.

Nesse processo, o Estado, por meio de políticas públicas e instauração de leis, passou a medicalizar, a regular cada vez mais a vida familiar, legislando sobre o casamento, regulamentando o processo de adoção, determinando os direitos dos filhos naturais, instituindo o casamento civil, limitando o poder paterno e “garantindo” os direitos individuais de homens, mulheres e crianças.

Posteriormente, na década de 1980, ocorreram as reivindicações do movimento feminista em prol dos direitos reprodutivos, pelo direito da mulher optar livremente pela maternidade. As leis que surgiram para garantia desses direitos têm contidas, de forma explícita ou implícita, a noção de paternidade/maternidade responsáveis.

Por exemplo, em 1978, o Estado criou o primeiro programa direcionado a atender a essas reivindicações, o qual se intitulou *Programa Nacional de Paternidade Responsável*. Na Constituição de 1988, o artigo 226, parágrafo 7.º, diz: “*Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal...*”. Esta noção também está contida na lei n.º 9.263/96 que regulamenta esse artigo constitucional. Também de forma explícita, o *princípio da paternidade responsável* foi incluído no art. 27, da Lei nº 8.069 de 1990 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

A elaboração desses direitos conjuntamente com os novos significados e valores que passaram a orientar as relações familiares, implantados pela medicalização (família organizada no seu espaço privado, e higienizada) ocasionou novas atribuições sociais para pais, mães e filhas/os.

Com esta exposição não tive a intenção de traçar uma história da “evolução” da organização familiar. Mas, alguns desses fatos não poderiam deixar de ser mencionados diante do objetivo de argumentar acerca das práticas de formação discursiva dos papéis dos membros familiares. Trabalhando com a perspectiva de Foucault (2000, p. 56), entendo

que “os sistemas jurídicos de poder produzem os sujeitos que subsequentemente passam a representar” [...] os discursos são o conjunto de saberes e práticas que “formam sistematicamente os objetos de que falam”. Em outras palavras, as leis, as normas ou os saberes que supostamente estariam descrevendo ou representando um objeto/sujeito preexistente a este, estão, de fato, implicados com a produção desses objetos/sujeitos.

Conforme Butler (2003, p.18), “os domínios da representação política e lingüística estabelecem *a priori* o critério segundo o qual os próprios sujeitos são formados”. Sendo os sujeitos jurídicos produzidos discursivamente pelo próprio sistema de leis que os representa, a instauração de leis que passou a assistir as famílias, acaba por definir um ideal de comportamento e atribuições aos membros familiares.

Assim, o moderno conceito de família foi sendo modelado por ideais higienistas e por políticas que instauraram o princípio da responsabilidade como essencial para a sua manutenção. Deste modo, percebo a instituição familiar como o local no qual hábitos, valores, atitudes e padrões de comportamento se reproduzem e se transformam. No ítem a seguir apresento como homens e mulheres significam suas atribuições sociais enquanto membros de uma família.

3.1.1 “Pai/mãe não é aquele/a que faz o filho, mas aquele/a que cria”: paternidade e maternidade responsáveis

Le genre, c'est ce que l'on pourrait appeler le « sexe social ». Christine Delphy

Após as/os interlocutoras/es terem exposto algumas das suas motivações para a regulação da sua fecundidade e enfatizado que é preciso ser uma pessoa responsável para o cumprimento da função de manter e cuidar das/os suas/seus filhas/os. Busquei compreender o que para elas e eles era ser homem ou mulher responsável. Diante deste questionamento os sujeitos iam fazendo ligações mais estreitas entre as percepções de gênero e as suas atribuições sociais. Foi possível perceber que valorizavam, sobretudo, os significados da maternidade ou da paternidade como atributos de feminilidade e de masculinidade, como se verifica a seguir:

Ser homem é depois que a pessoa se percebe dono de casa, assume responsabilidade de ser pai de família, já tem filhos, ter que dá atenção pro filhos, ter que dá atenção pra esposa, enfim, dá atenção pra família [...] É porque naquele tempo de primeira relação, eu vejo assim, a pessoa sempre se acha moleção, acha que aquilo ali não assume responsabilidade com nada, ele não tá assumindo nada, ele quer é saber de se divertir e sentir prazer, mas quando você toma responsabilidade pra te ser pai de família, então você toma assim uma outra responsabilidade. (João)

Eu quando eu comecei a perceber que eu era mulher mesmo foi quando eu engravidei, meu primeiro filho que ele nasceu aí que eu comecei a ver que eu tinha que ter responsabilidade, ter uma casa. (Mônica)

Pra mim eu comecei a ser mulher mesmo depois que eu tive (olhou para o primeiro filho sorrindo) essa criatura.
Depois da gravidez! Porque mesmo depois de casada eu ainda era uma moleca, né. Ainda me sentia uma criança, agora depois que vem os filhos é que... a mulher ... eu acredito, né, que passa a ser mulher mesmo, né.
[...] eu Acho que a menstruação é uma fase, né, que a mulher passa, mas, só passa a ser mesmo mulher, né, é com a responsabilidade da maternidade. (Érica)

Nestes relatos, são expostas as percepções de que *homem é ser pai e mulher é ser mãe* tendo como atribuição central a *responsabilidade*.

Para compreender melhor essa relação entre feminilidade/maternidade e masculinidade/paternidade busquei saber entre as/os interlocutores/as suas vivências e experiências de paternidade e maternidade.

Para os homens a paternidade foi relatada na forma descrita a seguir:

Eu acho que Paternidade pra mim é ... eu acho que é... Acho que é Tudo! Porque o pai ele tem que ser não aquele que faz o filho, mas aquele que cria. Então eu acho que a partir do momento que a gente pretende ter um filho a gente tem que pensar no que iremos fazer, porque daí pra frente sabemos que temos uma vida nova no mundo. Então isso vai trazer uma grande alegria não só pra mim, mas pra toda uma sociedade. Então se a gente souber criar nossos filhos no caminho que ele deve andar não só os pais vão ficar alegre como a sociedade vai ficar também agradecida. (Francisco)

Pai... é uma palavra que Deus nos dá que... antes... meu pai falava assim você vai entender o que é ser pai quando você tiver o seu filho. E hoje você vê que o pai é um homem de grande responsabilidade quando ele quer ter compromisso. Então é uma oportunidade que Deus nos dá de ser pai. (Gilberto)

Com respeito ao que é ser mãe, algumas mulheres destacaram:

É uma coisa boa, muita boa e cheia de responsabilidade, porque ser mãe não é só botar o filho no mundo e dizer “é meu filho”, antes de ser mãe você tem que ser mulher, tem que ter, cara, coragem, força de vontade mesmo porque às vezes acontece certas situações que você pensa até assim “é muito bom ser filho”, porque mãe agüenta tudo, o filho pode ser o que for, mas a mãe da gente! Eu tenho isso porque meu pai biológico nunca ligou pra mim. Então eu acho que ser mãe é uma coisa divina, é uma benção que Deus dá. Eu acho que ser mãe, a gente tem amar, a gente tem que superar

barreiras, a gente tem que se privar de muitas coisas, principalmente quando eles estão pequeno e a proporção que o tempo vai passando “ah os filhos vão crescendo a gente vai perdendo a responsabilidade”, não! Porque responsabilidade de mãe nunca acaba, nunca acaba, pode tá o filho barbado, pode ser vó, mas não acaba. (Iracema)

[...] eu acho ser mãe, pra mim é... não é passar a mão, entendeu, que eu não vou dizer que eu não bato nos meus, que eu bato na hora que eles estão errado, mas eu sou mais de conversar. Ser mãe é quando teu filho chama a noite, você vai, porque tem muita mãe que pensa é só parir e entregou pra pai e mãe criar [no caso os avós], não é não! Ser mãe é você tá ali, quando ele tiver sentindo uma dor você tá ali junto com ele, mesmo você com pena você diz “oh vai passar”. Porque a minha filha ela caiu da rede e quebrou a mão, né, aí eu disse pra ela “Oh pensa que não tá doendo que não vai doer”, aí ela pensando nisso não ficou também gritando [...] Quando tá fazendo frio eles tudinho vêm dormir comigo [...] Aí, eu acho que ser mãe é assim dá o melhor pro seu filho, dá atenção, não é ser mãe bater, é banhar, é cortar unha, é cuidar, eu sei fazer tudo isso que eu cuidava dos outros, então eu cuido dos meus ainda mais (Emoção ao falar). (Fernanda)

Evidencia-se uma recorrência nos discursos destas pessoas, pois tanto homens como mulheres enfocam que *ser pai* ou *ser mãe* não é apenas conceber, mas assumir o compromisso pela criação das/os filhas/os. Desde o que venho expondo no capítulo anterior, a categoria *responsabilidade* se sobressai nas falas, tanto quando estas pessoas justificam os motivos para fazer o planejamento reprodutivo, quando se definem como pai ou mãe. A percepção da *responsabilidade* é associada ao assumir o compromisso e ao obter sucesso na promoção de bens materiais e afetos para a sobrevivência das/os filhas/os.

Analisando estes discursos, com base no que recomenda Foucault, é importante atentar para *quem está falando* e de *onde está falando*. Estas pessoas estão falando do lugar de pais e mães que fazem referências a si próprias como pessoas que assumem o compromisso de se responsabilizar pela garantia do bem-estar de suas/seus filhas/os. Semprini (1997, p. 101), afirma que “a identidade de um indivíduo vai se constituindo pelo contato com o outro e através de uma troca contínua que permite ao meu eu – self – estruturar-se e definir-se pela comparação e pela diferença”. Deste modo, entendo que o ser mãe/pai *responsável* é representado em oposição ou em comparação, às pessoas que não cumprem tal compromisso e assim elas/eles tanto enfatizam: “pai/mãe não é aquele/a que faz o filho, mas aquele/a que cria”.

As representações constroem posições de sujeitos e produzem identidades. Ao discorrerem sobre paternidade ou maternidade responsável, essas pessoas estão fazendo uma apresentação de si mesmas, como se percebem ou como querem que sejam percebidas

(pela pesquisadora). Nessa auto-apresentação seja masculina ou feminina são expressos preceitos normativos e valorativos que presidem as suas identidades de gênero.

Entretanto, é importante destacar o fato de que entrevistei pessoas em união consensual ou oficial, não entrevistei solteiros/as. A exemplo, Costa (2002), em sua pesquisa sobre paternidade em um ambulatório de reprodução humana da Universidade do Estado de São Paulo, verificou que entre os homens entrevistados a *paternidade* mostrou-se concebida como fundamental para uma determinada masculinidade, a dos casados, uma vez que a dos solteiros pode-se fundamentar na sua falta de responsabilidade, liberdade sexual e acesso a várias mulheres. “Assim o casamento (heterossexual e monogâmico) recria a noção de masculinidade ao incorporar a paternidade, como sua conseqüente responsabilidade” (COSTA, 2002, p. 341).

Para Scott (1993), os gêneros são entendidos como construções que são processadas através dos símbolos culturais socialmente disponíveis; dos conceitos normativos (expressos na educação, nas ciências, na religião, na política, no direito etc, dando sentido categórico ao masculino e ao feminino); das organizações e instituições sociais e, também, na identidade subjetiva. Logo, a multiplicidade de sentidos para a masculinidade, nos faz refletir que a marcação de gênero está presente tanto na dimensão subjetiva da identidade quanto nas estruturas sociais mais amplas.

Outro ponto bastante focado nos relatos é a atribuição de responsabilidade feminina relacionada aos cuidados com a prole. Segundo Scavone (2004), desde os tempos mais remotos foi a partir da maternidade que as mulheres passaram a se inter-ajudar no momento do parto, apoiadas em práticas e experiências pessoais, logo as mulheres desenvolveram um saber empírico relacionado com o parto e com a saúde. Segundo a autora, a obstetrícia nasceu com as mulheres. Os partos durante muito tempo foram assistidos pelas parteiras. As parteiras detinham um saber milenar que era passado de mãe para filha. Assim, a história da obstetrícia esteve durante muito tempo nas mãos das mulheres, mas foi passando paulatinamente à medicina científica. Entretanto, o cuidado com as crianças ficou naturalizado como uma atribuição feminina.

Autoras como Araújo & Scalon (2005) e Sorj (2005) têm problematizado essa dimensão a partir de outra perspectiva que não a do reforço dessa atividade como elemento de valorização moral das mulheres. A prática do cuidado ao ser socialmente construída e

imputada como “responsabilidade” ou naturalizada como um “atributo” feminino onera as mulheres, pois cada vez mais elas ingressam no mercado de trabalho, compartilham a provisão da prole, mas no que diz respeito aos cuidados com as/os filhas/os e com as atividades domésticas continua pouco compartilhada entre os cônjuges.

Estas argumentações que desenvolvi apontam algumas mudanças estruturais ocorridas na sociedade brasileira e que configuraram a atual família reduzida a pais e mães com poucos/as filhos/as, tais mudanças, têm tido bastante destaque, também, por estarem vinculadas às mudanças constantes nas relações de gênero.

3.1.2 Os ideais de afetividade conjugal, de autonomia e individualização

[...] *Eu possa me dizer do amor (que tive):
Que não seja imortal, posto que é chama
Mas que seja infinito enquanto dure.*

Soneto de Fidelidade (1960). Vinicius de Moraes

A regulação da fecundidade além de ser apontada como necessária para a satisfação dos projetos econômicos das famílias e para proporcionar maior atenção e amor aos filhos/as, também, é influenciada por outros elementos, como a dimensão afetivo-conjugal. O afeto e a atenção do cônjuge, constantemente, são apontados nos relatos como “requisitos de boa convivência”.

A senhora Fabiana enfocada que controla a sua fecundidade com a finalidade de dispor de mais tempo para o lazer, tanto com seu filho, quanto com o seu parceiro.

Eu não teria mais filhos, porque eu acho que não é só o econômico, porque a mulher que pare muitos filhos, ela fica muito tempo com filhos e não tem tempo pro marido e nem o marido tem tempo pra ela, acabam se distanciando, por que filhos junta até um certo tempo. É... o meu ex-marido, ele sempre foi um pai muito presente. Eu sempre trabalhei, mas o meu fim de semana era do meu filho, todos os nossos passeios eram só passeios que o meu filho pudesse ir com a gente. Depois quando ele ficou já grande, a gente já poderia viajar para Barerrinhas, então era um passeio que ele dava conta de fazer. De repente ele já tava com dez anos e se eu tivesse outro filho, eu já não poderia ir prum passeio desse com o meu ex-marido, com meu filho, por que já tinha bebê que ia atrapalhar. Então, chega uma fase do casamento que você tem que criar os filhos, se dedicar aos filhos... por exemplo, você passa o dia com o seu filho, de noite já tá na hora dele dormir, essa hora você sai tendo com quem deixar ele, entendeu. Você tem que ter muita responsabilidade com o seu filho, mas tem também que cuidar dessa parte [seu próprio lazer]. Não ter tantos filhos, porque por mais que o

marido ajude, seja dedicado, mas a mulher fica muito presa, entendeu e isso distancia.
(Fabiana)

O âmbito das relações familiares tem funcionado como um importante espaço de interação afetiva entre pais e filhos e entre parceiros conjugais. Para manter este ambiente, a interlocutora, acredita que a relação afetivo-sexual deve ser preservada limitando o número de filhas/os para dispor de um tempo para o lazer, viagens e passeios à noite.

A interlocutora relata uma situação vivida durante sua ex-relação afetivo-conjugal. Como declarou, no momento da entrevista, ela trabalha e mantém a sua família que é monoparental. Está namorando e não coabita com o atual parceiro. Entretanto, ao relatar que *por mais que o marido ajude, seja dedicado, mas a mulher fica muito presa*, ela faz referência a uma situação em que os homens não se dedicam à atividade doméstica como as mulheres. Essa situação é vivenciada por outras mulheres que trabalham, mas seu envolvimento com a atividade profissional e sua maior participação no orçamento doméstico não resultou no compartilhamento com os homens no exercício das atividades domésticas.

O depoimento exposto a seguir tem certa relação com o anterior, quando a interlocutora informa a percepção de que o seu número de filhos pode ter provocado uma situação de crise na sua relação afetivo-sexual.

A gente tá passando por uma certa dificuldade de relacionamento. Eu não sei se é por causa dos filhos, acho que essas coisas sempre acontece com o casal, né. E eu também penso muito nessa parte. Não sei se os filho atrapalha, mas de algum jeito sempre atrapalha, essa é a verdade. E a gente teve logo três de uma só vez, não teve intervalo, a gente não aproveitou o nosso casamento, né. A gente não aproveitou, não se divertiu o suficiente [...] a gente casou, eu queria ter de mais um filho, não sei se ele queria, mas a gente teve o Gigi e a partir daí a gente vem passando por certas dificuldades porque eu acredito que quando um casal resolve se casar os dois tem que compartilhar tudo, né. Se eu não posso, ele também não pode ou então tem que ter certa consideração [...] daí eu acho, né, que ele deveria ter mais um pouco de consideração com certas coisas e ele ultimamente não tá tendo. (Érica)

Esta interlocutora faz de certo modo uma queixa da dificuldade que está passando no seu relacionamento conjugal e relata a perspectiva que tem de uma relação conjugal, pois acredita que além de haver o compartilhamento de responsabilidades advindas com a provisão da prole, os cônjuges também, devem compartilhar as dificuldades emotivas e aflições. Segundo Araújo & Scalon (2005), as relações conjugais, tendem a concentrar elevadas expectativas de afeto e tem permitido maior autonomia nas suas escolhas individuais e caso isto não seja atingido há possibilidade de rompimento do vínculo.

A citação de Vinícius de Moraes, exposta no início deste item, retrata o atual contexto em que nos deparamos com uma multiplicidade de formas de convivência familiar formadas por laços conjugais bem mais flexíveis, passíveis de finitudes e de recomeços.

As necessidades de trabalhar, estudar e dispor de lazer, também, são mencionadas, principalmente pelas mulheres, como motivação para a regulação da prole.

Tive os meus filhos cedo, tive, por isso mesmo, que amanhã ou depois eu quero ter a minha independência e não quero que eles empatem essa independência, eu quero trabalhar, eu quero sair, eu gosto muito de sair. Então eu podendo planejar, podendo dizer “eu quero tal filho tal ano”, é muito melhor! (Iracema)

Cabe evidenciar que maioria das mulheres entrevistada encontra-se na faixa etária entre 25 e 35 anos e as mesmas são mães. Entretanto, uma das entrevistas estava grávida da/o primeira/o filha/o aos 37 anos. Ela relata que primou primeiro por estudar e por ter diversão.

A minha mãe sempre orientava a gente, no entanto a gente teve pouco filho, pelo menos eu agora que eu vou ter um [...] eu usava camisinha, também, eu custei a me relacionar também, primeiro eu queria era saber de estudar, brincar também, me divertir, aí foi passando o tempo, agora que eu engravidei. (Carla)

A seguir a senhora Iracema, aponta que, atualmente, ela não busca regular a sua fecundidade e ter acesso ao mercado de trabalho apenas devido às dificuldades econômicas. Mas, também, para a sua realização pessoal e por primar por seu lazer. A fala da interlocutora é um exemplo das mudanças culturais que ocasionaram algumas mudanças nos papéis de gênero, pois atualmente, além de ter a maternidade valorizada, a autonomia e a independência das mulheres são incentivadas.

[...] eu sou uma pessoa que eu não gosto de depender dos outros, eu sempre gostei de ter minha independência [...] Eu quero me estruturar, eu quero fazer faculdade me formar, dá um bom estudo pros meus filhos [...] Então eu acho o seguinte que depois que eu ter uma filha, ah eu já tenho dinheiro e tal, ainda assim tem que planejar, sabe, porque não quer dizer que porque eu já tenha dinheiro que eu vou sair botando um filho atrás do outro, não é assim. Eu creio que não seja assim, porque o meu sonho era de ter um casal, não tive, tenho dois meninos e tenho vontade de ter uma menina, depois que eu tiver ela pra mim basta. (Iracema).

Salém (1989) afirma que, na atualidade, existe um ideal de parceria onde os vínculos afetivos e relações familiares seriam menos hierarquizados, portanto, mais igualitárias. Nesse ideal de relação conjugal, a parceria é fundada por elos subjetivos, onde ambos seus membros buscam, na parceira, a completude, mas prezam pela suas respectivas

individualidade. Assim, esse projeto prima, por um lado, “respeitar o movimento do outro, suas diferenças e singularidades” e, por outro, continuar a concebê-lo enquanto par.

Estes ideais estão de certo modo mais bem expressos em segmentos sociais mais privilegiados economicamente, é importante ressaltar, entretanto, que estes ideais perpassam esses segmentos e atingindo os segmentos menos favorecidos economicamente.

De acordo com os **Quadros 4 e 5**, um homem declarou viver em união consensual. Dentre as mulheres, 09 (nove) declararam terem uniões consensuais, 04 (quatro) declararam estarem “solteiras/separadas/divorciadas”, dentre estas, 02 (duas), declararam terem atualmente um namorado, mas não coabitam, sendo a sua organização familiar monoparental. Entre as mulheres, 14 (quatorze), se declararam donas de casa, 01 estudante e 07 declararam possuírem trabalhos remunerados. Entre as donas de casa houve a declaração de ainda não estarem trabalhando devido à gravidez ou possuírem filhos menores de três anos de idade, entretanto, desenvolvem alguma atividade como crochê ou manicure as quais lhes oferecem alguma remuneração.

Como pôde ser constatado, a partir dos relatos e do perfil das/os interlocutoras/es, nas suas relações conjugais, observa-se uma ambivalência. Pois as convivências são baseadas em modelos tradicionais, posto que esses núcleos familiares estão fundamentados nos laços afetivos entre seus membros e no papel da “mãe” e da “esposa” centrada no lar e responsável pelo gerenciamento da família, e, também, em ideais modernos, nos quais a igualdade na parceria é tida como fundamental. Em boa parte dos casos as relações são mais maleáveis, pois o vínculo é consensual e aberto ao envolvimento das mulheres com a vida profissional (já que algumas trabalham e muitas têm planos de voltar ou ingressar no mercado de trabalho). Entretanto, como já mencionei a abertura conferida às mulheres para ingressarem no mercado de trabalho e o decorrente compartilhamento como a provisão da prole, não parece implicar na redefinição da divisão das atividades domésticas e da responsabilidade pela contracepção.

4 PRÁTICAS E PERCEPÇÕES ACERCA DA CONCEPÇÃO E CONTRACEPÇÃO

A compreensão das representações que envolvem a concepção e a contracepção das/os usuárias/os do PPF do HUMI, neste estudo, merecem, como já venho destacando, uma perspectiva analítica mais complexa, na qual não só o ato de planejar e regular o número de filhas/os sejam considerados, mas, também, as experiências vividas por esses sujeitos no que dizem respeito aos seus projetos de vida, as relações com o seu corpo, as suas mudanças fisiológicas e ao aprendizado sobre questões que envolvem a sua sexualidade.

Para tanto, neste capítulo, apresento quais os conhecimentos que as/os interlocutoras/es têm acerca do seu corpo, da sua reprodução e como estes conhecimentos vão influenciar na adoção de seus métodos de contracepção.

4.1 Aprendizados e percepções acerca da reprodução

Ao buscar recapitular entre as/os usuárias do PPF do HUMI como receberam orientações sobre questões que envolvam sua sexualidade, estas pessoas, relatam passagens que estavam ligadas às suas modificações corporais e às suas capacidades de gerar filhas/os. Algumas vezes a compreensão desses processos vinha auxiliada por parentes próximos associando informações sobre reprodução e saúde. Assim, destacam Jonas e João:

Eu sempre fui muito aberto com o meu pai, ele sempre me apoiou em tudo que eu fiz desde a minha primeira relação ele me orientava sempre como usar os preservativos, tudo [...] Ele mesmo comprava os preservativos e me dava, me ensinava como usar tudo. Ele sempre me orientava, eu nunca fui a uma festa que antes a gente não tivesse uma conversa pra não acontecer uma coisa pior depois. Porque pode pegar uma doença, uma coisa, aí vai parar em casa, por que não falar antes? Depois é bem pior. (Jonas)

Eu comecei foi através de amigos, assim com o irmão que tinha relação sexual com mulher antes da minha pessoa, então ele já me passava aquilo ali e a pessoa vai montando o quebra cabeça e vai procurando entender como é o sistema da gravidez. (João)

No que se refere à orientação sexual recebida pelas mulheres, em alguns casos, esta não foi passada pela família e o aprendizado seu deu com a própria experiência o que resultou numa gravidez inesperada, como declaram Marilda e Meridiana:

Não aprendi antes, tanto é que acho que por isso que eu engravidei muito nova! Porque eu não sabia. (Marilda)

[...] mamãe eu acho que ela tinha, acho que ela tem vergonha quando a gente fala sobre isso, ela nunca falou não [...] eu fui aprendendo mesmo assim pela boca dos outros e até mesmo assim na prática porque quem me ensinou foi ele, na primeira relação eu já engravidei (Meridiana)

Outras aprenderam com colegas ou pelos meios de comunicação como a televisão, segundo o que informam as interlocutoras, Rafaela e Érica:

[...] a minha mãe ela nunca entrou assim em detalhes. Eu aprendi com as amigas conversando esse negócio de namorinho, que nessa fase começa tá paquerando e namoro e, aí, mais foi com colegas que a gente vai conversando aqui, ali e a gente vai sempre descobrindo alguma coisa. (Rafela)

Isso aí a gente nunca conversou assim não, porque eu comecei a namorar mesmo, mesmo, mesmo foi com meus 15, 16 anos. Namoro mesmo! Foi com esse meu marido e que hoje eu sou casada e que foi a partir daí que ela [mãe] foi conversando, foi me explicando, mas hoje... acho, tá tão desenvolvido, tá tão falado na mídia, né. Que às vezes a televisão, a mídia, é, faz o papel dos pais em casa e eu fui aprendendo assim. [...] Muito mais com a televisão do que em casa, né. Por essa rigidez, por essa coisa de não poder saber de certas coisas. (Érica)

O diálogo sobre sexualidade para algumas pessoas é considerado tema tabu para ser tratado nas interações entre pais/mães e filhos/as, principalmente, no que diz respeito à educação das mulheres. A dificuldade do diálogo, também, pode ocorrer em função das diferenças geracionais, nas quais se contextualiza diferentemente os saberes sobre o sexo, a sexualidade, erotismo e prazer. Por outro lado, as meninas no seu processo de socialização são educadas para serem recatadas com respeito a questões que envolvem o seu próprio corpo.

Porém, em outras famílias, as gerações de mulheres mais adultas informam as gerações de mulheres mais jovens sobre suas transformações corporais, como um momento a partir do qual a pessoa está capacitada a reproduzir uma nova vida. Entretanto, o conhecimento que foi passado não conteve detalhes relacionados à atividade sexual como esfera de prazer ou sobre contracepção, segundo relata a Sr.^a Wilma:

Aqui na minha casa a gente tem uma relação mesmo muito aberta [...] eu sempre conversei com a minha mãe, com as minhas tias, eu tenho muitas tias; com minhas primas, foi tudo mesmo dentro de casa e muito pouco com pessoas de fora. [...] eu

fiquei sabendo logo desde do começo, né, desde que eu menstruei, eu já fiquei sabendo, eu era bem consciente de que eu podia engravidar, que eu já estava ovulando e tal [...] foi passando eu acho que desde de sempre que é a partir da época que você menstrua que você pode engravidar e do risco que correm e tal, que tem que ter sempre os cuidados com a menstruação, que tem que prestar atenção se é regular ou não. Isso me foi passado assim que eu fiquei menstruada, né. Me foi passado que eu tinha que prestar bastante atenção se vinha certinho de mês em mês, se vinha muito sangue, se tinha mal estar. Agora em relação a parte sexual que envolve a menstruação, não. Até porque não sei, porque eu era muito nova. (Wilma)

A seguir, a interlocutora destaca que mesmo sua família incentivando o diálogo entre gerações com respeito às questões que envolvem a menstruação e capacidade de reproduzir, no momento em que aconteceu a sua iniciação sexual, ela não informou à sua mãe. Isto mais uma vez reforça a interpretação de que no processo de socialização as mulheres aprendem que sua “inocência” é importante para atestar sua pureza e recato quanto ao prazer na atividade sexual. O diálogo entre mães e filhas, em geral, aparece mais como “informativo” refletindo o papel social das primeiras, fundamentando no aconselhamento e destacando, sobretudo, o medo da possível ocorrência da gravidez inesperada em suas filhas, como se segue no relato da Sr.^a Wilma:

[...] apesar de eu ter essa abertura na minha casa, a minha mãe sempre conversava e tal, existe aquilo, ah eu não vou contar pra minha mãe que eu já comecei a transar, porque ela vai achar ruim. Até porque certo não é [...] a gente acaba não falando. Minha mãe, eu acho, que ela ficou até um pouco magoada comigo depois da minha gravidez, que ela disse “poxa eu sempre te dei essa abertura pra falar sobre tudo” [...] e quando aconteceu ela disse “poxa eu te dei essa abertura, eu conversei, chagava pra mim e falava”, porque a gente sabe que impedir não vai, você aconselha. Claro que na minha opinião de hoje, na opinião dela na época e hoje também é na minha opinião: uma menina de 14 anos não tem maturidade pra manter um relacionamento sexual, a gente sabe disso, hoje a gente sabe, né? Aí ela disse “claro que eu não ia concordar, não ia gostar, mas eu ia te orientar, ia fazer o quê”? Hoje talvez eu teria evitado essa gravidez precoce que vai te prejudicar muito mais do que a relação. (Wilma)

Deste modo, mesmo sendo incentivado o diálogo sobre a vida sexual no âmbito familiar, as/os interlocutoras/os não se sentiram à vontade para tratar de assuntos acerca da sua intimidade como seus/suas pais/mães, em muitos casos, temendo o julgamento destes/as com relação à escolha do parceiro ou com relação à sua idade que muitos pais/mães consideram precoce para se dar início as práticas sexuais.

Em outros casos, como nos das famílias das Sr.^a Ruthe e Rafaela é patente a preocupação por parte de suas mães e avós em alertá-las para evitarem uma gravidez indesejada.

Elas [mãe e avó] me explicaram que se eu acabasse tendo relação com uma pessoa que não usasse alguma coisa eu ia acabar engravidando e aí eu ia, ela disse, que ia ter que parar de estudar pra poder cuidar de filho. (Ruthe)

[...] mamãe só me cobrava que era pra eu prestar atenção, mas nunca sentou comigo pra conversar, me explicar “olha é assim, assim, assim”, não. Ela só fica dizendo “olha cuidado, presta atenção no que tu vai fazer”, mas pra sentar me explicar e conversar certas coisas, não. (Rafaela)

Entretanto, como já enfatizei, nos diálogos dessas gerações de mulheres não foi passado nenhum conhecimento como se deveria fazer a prevenção, o alerta foi transmitido muito mais no sentido de apontar as conseqüências de que uma gravidez indesejada poderia ocasionar na vida dessas mulheres.

No que se refere à educação dos homens, por exemplo, o Sr. Francisco declarou que a sua família não o orientou/advertiu seja quer quanto aos cuidados para evitar uma gravidez inesperada ou quer quanto as suas conseqüências.

Não na minha família realmente não tinha essa preocupação. Essa preocupação já veio de mim mesmo, veio de mim de querer evitar, porque, mais por causa da vida, às vezes não tem condições de criar, de sustentar. Então isso fez com que eu me desinteressasse mais por essa parte de tentar engravidar uma pessoa. (Francisco)

A tradição de não educar os homens quanto à prática da contracepção repousa no fato social de que este seria um assunto de incumbência das mulheres, naturalizando-se, assim, funções que socialmente são construídas em relações de hierarquia entre os sexos.

Salem (2004), em um estudo sobre homens de classe popular, destaca que a divisão das responsabilidades contraceptivas repousa na representação *descontrole sexual masculino/controle sexual feminino*. Em geral os homens que participaram do estudo justificaram suas negligências com o assunto invocando uma incompatibilidade entre seus impulsos sexuais e a planificação ou controle pressupostos nessa prática. Eles tendem por isso a transferir a incumbência dessas precauções às mulheres, seja porque entendem a reprodução biológica como um assunto feminino, seja porque esperam que as mulheres “detenham maior controle” sobre seus próprios impulsos sexuais.

Se, por um lado, boa parte das/os entrevistadas/os declarou que a sua aprendizagem sobre temas que envolvem a sexualidade seguiu o binômio entre os sexos: mulher aprendeu com mulher, homem aprendeu com homem e o diálogo com suas/seus mães/pais foi envolto de limitações e/ou interdições; por outro lado, declaram que educarão suas/seus filhas/os de maneira diferente da qual foram educados pelos/as seus/suas progenitores/as.

Eu já começo a explicar algumas coisas pro meu filho e se eu tivesse uma menina, em primeiro lugar eu ia explicar pra ela quando ela ficasse menstruada os cuidados que ela tinha que ter, de preferência com os meninos que ela não podia ter relações se não ela podia engravidar e também eu ia explicar pra ela os métodos que tinha e se ela, por acaso ficasse solteira, que ela não escondesse de mim que ela chegasse contasse pra que eu não ficar sabendo por terceiro, que me contasse não ficasse com medo que aí eu ia era ajudar ela, se ela já tivesse grávida ela ia ter que ter, mas se não eu ia ajudar ela se consultar e usar um método para ela não engravidar. (Ruth)

Para os meus filhos eu vou passar informações bem claras e amplas, com o conhecimento que eu já tenho eu já vou poder passar muito melhor. Antes de eu ter eles eu dizia sempre pra mim mesmo quando eu tiver meus filhos eu vou dar a eles o que eu não tive, então eu vou poder passar o que eu tenho hoje [...] se vier uma menina também vai ser a mesma coisa, o mesmo tratamento tanto pro menino quanto pra menina. Orientando sempre eles pra depois não se arrepender. (Francisco)

Eu já tive certa dificuldade com eles nesse tipo de coisa, porque o filho homem ele começa a se descobrir mais cedo, começa a se tocar né e eu já passei por esse tipo de coisa, mas eu converso com eles, ele já até me perguntaram como foi que o menino nasceu [o caçula] e a gente tem que explicar, se a gente não explicar outras pessoas vão explicar até conversa distorcida, né, e eu tenho que explicar (risos), de vez em quando me enrolando, mas tenho que explicar. (Érica)

Segundo Abramovay (2004), hoje, ampliam-se as interações entre mães/pais e filhas/os em debates sobre sexualidade, o que pode estar relacionado a uma lógica de prevenção, quer da gravidez indesejada, quer contra as DST e a AIDS.

Constatado que entre as/os usuárias do PPF do HUMI, essa preocupação está presente e, uma vez que freqüentam um programa de planejamento familiar assistindo às palestras que informam sobre a anatomia e fisiologia dos corpos do homem e da mulher, averigüei seus conhecimentos acerca de como ocorre uma gravidez. As suas respostas denotaram informações técnicas sobre o ato da concepção-contracepção que pareceram inicialmente desvinculadas de sentimentos de atração e prazer. À questão que coloquei foram dadas respostas como que “deveriam” ser ditas, refletindo um aprendizado social sobre esta questão. O Sr. João e o Sr. Fernando expressam:

Eu aprendi assim com a minha esposa mesmo [...] se você vai mantendo relação sexual vai entendendo assim que aquilo ali, através do seu esperma você vai inserindo e cria um óvulo, né, então você termina engravidando a esposa [...] É no momento que você está mantendo relação sexual com a parceira. (João)

Pelos meus conhecimentos assim, eu sei mais ou menos como ocorre, quando a relação entre um homem e uma mulher através da vagina onde o espermatozóide é penetrado e vai se direcionar direto a trompa onde vai chegar ao óvulo, ao ovário e dali ele entra para o útero onde será reproduzido o feto. (Fernando)

As falas destes homens expõem a percepção de que *a gravidez ocorre no momento da relação sexual* como, também, há a informação de que deve haver *a fecundação do óvulo pelo espermatozóide* para que a mesma ocorra.

Entre as mulheres, também, há esta informação, segundo relatam as interlocutoras Camila, Ruth, Érica, e Fernanda.

Eu acho que através de uma relação sexual! [...] O hormônio da mulher é preparado. O hormônio da mulher, acho, que é preparado, é aí quando pega a gravidez.

É no período que vai se aproximando pra mulher menstruar [...] é aquele período mais fácil de pegar uma gravidez. (Camila)

É na fecundação do óvulo, do espermatozóide com o óvulo (respondeu timidamente).
Através da relação sexual. É três dias antes da menstruação e três dias depois. (Ruthe)

Acho que é através do ato sexual, né. A mulher tendo fértil e ela tendo o ato, né [...] acho que é esse intervalo entre uma menstruação e outra, né. (Érica)

Sei. Eu penso assim que toda vez que a mulher tem relação sem camisinha aí vai e o espermatozóide corre, né, e vai bater lá no útero aí porque diz que vai um monte né, uns 250 mil, aí desses 250 mil só fica um, né, desse um aí que é o bebezinho (risos). (Fernanda)

Nas falas femininas percebe-se que há uma informação complementar com relação ao que foi possível perceber nos discursos masculinos, pois elas além de relatarem a associação da gravidez com relação sexual e a fecundação do óvulo, acrescentam que *o hormônio da mulher é preparado* e que há um *período mais fácil de pegar uma gravidez*. A ênfase nesses aspectos do corpo feminino, exposta nos relatos de mulheres, é um dos indicadores de que elas, mais que eles, se preocupam com a possibilidade de uma gravidez inesperada.

O período favorável para que ocorra uma gravidez não foi citado espontaneamente nos relatos masculinos, tive que questioná-los com mais insistência quanto a isto. Alguns deles declaram que não sabiam ou nunca se preocuparam em saber, apesar do reconhecimento, como no caso do Sr. Francisco, de que ele pretendia conhecer melhor sobre esse momento do ciclo feminino para ajudar e contribuir com a parceira.

Não, não sei, eu não vou mentir. (Jonas)

Não, não tenho essa preocupação. Porque às vezes até mesmo desinteresse meu mesmo de querer aprender um pouco mais da mulher em si. Então, por isso eu não tenho mais essa tendência assim de procurar e até mesmo é um dever meu tentar saber

quando ocorre, quando vai acontecer, no que eu posso ajudar, porque aí eu posso tá contribuindo tanto para a minha parceira como pra mim também com meus conhecimentos. (Francisco)

Estes relatos evidenciam, fortemente, a desorientação dos homens com relação a assuntos que envolvam a reprodução. Como já mencionei antes, isto é revelador de que esta é uma esfera da vida, que vem sendo naturalizada como de incumbência das mulheres.

Um outro aspecto a destacar é que nas falas das mulheres foram expostas representações acerca do período mais favorável para que ocorra uma gravidez. Elas declararam que o *período mais fácil de pegar uma gravidez ocorre: três dias antes da menstruação e três dias depois, no intervalo entre uma menstruação e outra, no período que vai se aproximando pra mulher menstruar* ou quando a *menstruação vai embora*. Nestas representações existe a associação entre a proximidade do evento da menstruação como a possibilidade de engravidar, seja nos dias imediatamente anteriores e/ ou imediatamente posteriores a esta.

Esta percepção foi mais uma vez afirmada quando questionei mais enfaticamente qual era o período mais propício para a ocorrência da gravidez. O Sr. João e a Sr.^a Fernanda declararam:

O período mais fácil, no meu ponto de ver é o período que a mulher tá pós a menstruação, é aquele período, é o período mais adequado pra ela engravidar. (João)

O período fértil. É o período que a mulher tá menstruando aí que a menstruação vai embora aí o óvulo vai pro lado do útero aí fica maduro, fica fértil lá, pros espermatozoides entrar. E também eu já assisti umas 20 vezes naquele filme *Olha quem tá falando*²² como é que acontecia da mulher engravidando, a minha filha também já assistiu umas 4 vezes, minha filha tem seis anos, e ela diz assim “quer dizer que quando eu for mãe é esses bicinhos aí que vão entrar.. essas lombriguinhas que vão entrar pra eu ser mãe e eu vou gerar um bebê”. E eu digo é. “E meu bebê vai nascer com lombriga?”. Eu digo não minha filha (risos). Porque ela assistiu né. (Fernanda)

Estes interlocutores, também, associam *período fértil* com os dias imediatamente posteriores à menstruação.

No relato a seguir, a Sr.^a Laura relata que se orienta a partir da menstruação como possibilidade para a ocorrência da gravidez.

²² “Olha quem está falando” é um filme norte-americano de 1989, teve um segundo episódio chamado “Olha quem está falando agora”, em 1993 com John Travolta, Kirstie Ally, Lompyz Dukakis.

[...] quando eu tô dando de mama, eu não menstruo, aí eu não pego filho assim, eu não uso nadinha mas não pego mesmo até eu menstruar, aí se eu menstruar! Eu pego filho na hora! (Laura)²³.

A Sr.^a Laura está descrevendo um fenômeno que ocorre no corpo feminino no período da amamentação. O conhecimento científico explica isto pela ação do hormônio *prolactina* o qual estimula a produção do leite materno e, em algumas mulheres, impede a ocorrência da ovulação. A interlocutora, da sua parte, faz uma associação do evento menstruação com gravidez, ela significa que enquanto não mênstrua não há a possibilidade de engravidar.

É importante atentar para o que foi declarado sobre o *período propício para que ocorra uma gravidez*, pois estes relatos foram coletados no momento posterior às palestras do PPF do HUMI, onde é informado ao público, a partir do discurso biomédico, que o *ciclo menstrual* feminino compreende o primeiro dia da menstruação até a véspera da próxima e que o *período fértil*, momento em que a mulher está ovulando, ocorre na metade desse ciclo menstrual. Assim, caso a mulher mantenha relação sexual sem prevenção, nesse período, o espermatozóide acaba por fecundar o óvulo resultando numa gravidez.

Mesmo que isto tenha sido informado, nas representações destas pessoas, continua havendo uma associação entre os momentos imediatamente anteriores ou posteriores a menstruação e a possibilidade de engravidar. Embora tenham sido expostos, nos relatos, alguns elementos do discurso científico como, por exemplo: *relação sexual, espermatozóide, óvulo e fecundação*; no que se refere ao período favorável para que ocorra a gravidez há divergência com o que informa o discurso biomédico.

Mas por que será que essas pessoas não conseguem associar por completo o que foi transmitido nas palestras do PPF do HUMI, sendo estas consideradas pelo Programa como uma ação pedagógica?

²³ Com base no diz o conhecimento biomédico o caso da Sr.^a Laura pode ser explicado pela ação da *prolactina*, que é um hormônio secretado pela adeno-hipófise que estimula a produção de leite pelas glândulas mamárias. Este hormônio tem efeito contraceptivo, pois evita que a mulher ovule. Em algumas mulheres a produção de *prolactina* é mais elevada, chegando a evitar a ovulação por meses. Nesses casos não tem como saber quando a produção deste hormônio via baixar resultando na volta da ovulação. Sabe-se que a *prolactina* atua à medida que for maior a frequência da amamentação, quanto mais uma criança é amamentada mais se produz *prolactina*. Uma vez diminuída a amamentação, baixa-se a atuação da *prolactina* causando o retorno da ovulação e na menstruação caso o óvulo não seja fecundado. Após um parto o retorno da menstruação é o sinal que a mulher voltou a ovular.

Conforme Larrosa (1995) *práticas pedagógicas*²⁴ são locais nos quais se *produzem ou se transformam as experiências que as pessoas têm de si mesma*. Partindo desse princípio as Palestras do PPF do HUMI não têm conseguido mudar o conhecimento que suas/seus usuárias/os têm da maneira como ocorreu a sua gravidez, posto que as informantes já são mães.

Portanto, há que se levar em consideração o fato de que existem outros contextos sociais em que estas pessoas significam suas experiências. O aprendizado sobre a reprodução se constrói, primeiramente, no contexto familiar em meio às informações que devem ser conhecidas e não conhecidas, sobretudo, no âmbito da divisão social de gênero. Também, se dá em conversa entre amigas/os, pelos meios de comunicação, em outros locais, os quais podem se apresentar de forma mais próximas das suas vivências.

Leal (1993) fez um estudo nos anos de 1986 e 1992 com moradores de um bairro popular no Sul do Brasil, buscando compreender as representações que elas/es possuíam do *período fértil*. Entre aquelas pessoas, a pesquisadora percebeu a associação entre o período fértil e o período da menstruação, isto é, uma associação simbólica entre sangue e fertilidade.

Segundo Leal (1993), essas pessoas tinham acesso aos serviços e informações médicas, a programas de planejamento familiar, a diferentes métodos contraceptivos oferecidos gratuitamente e acesso a informações vinculadas pelos mais diversos meios de comunicação. Logo não se tratava de falta de informação, mas se fazia necessário buscar a lógica que ordenava aquelas representações a respeito do corpo e da reprodução, pois, o discurso médico embora presente não consistia a única possibilidade de explicação.

Da mesma forma as pessoas que participaram da minha pesquisa, como já mencionei, são residentes do meio urbano e têm acesso a essas mesmas informações, entretanto, em seus relatos, elas fazem uma associação entre proximidade da menstruação (sangue) com a fertilidade.

²⁴ Um discurso pedagógico será, então, qualquer lugar no qual se constitui ou se transforma a experiência de si. Qual quer lugar no qual se aprendem ou se modificam as relações que o sujeito estabelece consigo mesmo. Por exemplo, uma prática pedagógica de educação moral, uma assembléia em um colégio, uma sessão de um grupo de terapia, o que ocorre em um confessionário, em um grupo político, ou em uma comunidade religiosa, sempre que esteja orientado à constituição ou transformação da maneira pela qual as pessoas descrevem, se narram, se julgam ou se controlam a si mesmas. (LARROSA, 1995, p. 57).

Estudiosos no campo da sexualidade (BARROSO, 1986; ABRAMOVAY, 2004) argumentam que a maneira como é focalizado temas relacionados à sexualidade na escola, nos meios de comunicação e por outras agências, assim como, também, pelos adultos em suas interações com crianças e adolescentes se distanciam de tal forma de questões que interessam as experiências destes, que não contribuem para pedagogias sobre o prazer e um diálogo agradável. Isto se reflete, claramente, em muitos relatos neste estudo.

Assim, o fato destas pessoas terem assistido às Palestras de PPF do HUMI e permanecerem com as suas percepções que associam fertilidade com proximidade da menstruação, me leva a compreensão de que as informações médico-científicas são relativizadas. Nestes casos, o conhecimento do corpo aparece como envolvendo a visão de mundo de cada um/uma. O *período fértil* em cada mulher tende a ser identificado como um funcionamento particular do seu corpo e as representações internalizadas sobre este funcionamento são significadas a partir de gerações antecedentes, como experiências de mulheres, que permanecem ativas, ainda que os saberes especializados, como o da medicina, lhes tragam outras informações.

4.1.1 “Engravidar sem querer”

Boa parte das usuárias do PPF do HUMI declarou que alguma de suas gravidez aconteceu, seja pelo uso inadequado do método contraceptivo, ou, seja pela prática sexual sem prevenção, conforme relatos a seguir:

Meu filho não foi planejado, foi uma coisa que aconteceu, eu queria planejar meu filho, mas infelizmente não deu não, eu engravidei sem querer [...] a gente usava camisinha mas não em todas as relações, como nós já estávamos namorando a quatro anos aí eu fui morar com ele, com 17 anos, eu fui morar com ele, aí a gente continuou naquela: no dia que tinha a gente usava, no dia que não tinha também ninguém não se preocupava e aí a gente com quase dois anos de morando junto eu engravidei, sempre nessa no dia que tinha usava, no dia que não tinha não usava, aí foi assim que eu engravidei. (Rafaela)

Esse agora foi inesperado! Eu tava usando o preservativo, mas assim não sei. Foi assim inesperado que não sei como que aconteceu! Surgiu assim, aconteceu! Nem eu não sei explicar assim, por cause que do menino até que eu queria aguardar mais tempo por cause que foi um risco durante o meu parto. (Camila)

A segunda foi planejada, assim, foi em novembro de 2005 foi aniversário dele, aí ele disse “Meridiana vamo ter um menino”, aí eu disse “não, eu não gosto de criança

não”, aí a gente saiu quando a gente voltou a gente teve relação desprevenido, né, aí só que eu pensava, entendeu, que ele tava falando isso com brincadeira, né, aí ele “não é sério” e eu “tu tá mentindo”, aí ele tava meio embreagado, aí, depois que terminou eu fiquei assim e eu disse “Mário, tu ejaculou?” e ele “não”, eu disse “tu ejaculou sim” e ele “não, menina é suor” e eu “hem, tá bom!”, aí um mês depois pronto! Eu já tava grávida. (Meridiana)

Estes relatos expressam que o momento da relação sexual é envolto de jogos de sedução os quais são marcados pelo desejo afetivo-sexual que quase sempre atua acima da preocupação com a prevenção.

Nas palestras que assisti, as funcionárias PPF do HUMI sempre alertavam que o ideal seria que as pessoas procurassem o Programa anterior à ocorrência da gravidez com vistas a planejar o momento mais adequado para que esta ocorresse. Entretanto, conforme o que vivenciei em campo, muitas mulheres o procuram já grávidas e com a intenção de associar o parto à cirurgia de esterilização.

A compreensão da prática de procurar o PPF do HUMI depois de já ter ocorrido a gravidez passa entre outros fatores pela ausência durante décadas de programas públicos de planejamento familiar, fruto do processo histórico de efetivação das políticas públicas de saúde reprodutiva na sociedade brasileira. A esfera reprodutiva da vida das/os brasileiras/os desde os primeiros registros de queda da fecundidade, na década de 1970, vinha sendo marcada pela omissão estatal na promoção destas políticas devido, em parte, à pressão da Igreja Católica que sempre se posicionou contra qualquer política que viabilizasse meios que impedisse a *formação de novas vidas*²⁵. Foi somente a partir da efetivação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM - 1983) e a regulamentação do planejamento familiar com a lei 9.263 do ano de 1996, que estes serviços passaram a ser oferecidos à população (Maior discussão acerca disto ler o capítulo 5 deste trabalho).

²⁵ A noção de vida tem causado muitas controvérsias, pois o entendimento dessa noção é relativo. O desenvolvimento do conhecimento científico nos levou a relativizar o conceito de vida face às pesquisas de inseminação artificial, clonagem e células-troco embrionárias. A definição de vida humana por critérios biológicos ou científicos é um tema de regressão infinita. O que significa? Significa reconhecer que já existe informação biológica humana em diversos tipos de tecidos e células. O óvulo separadamente contém informação humana, assim como o espermatozóide, assim como o embrião. A grande questão é: em que momento as células humanas passam a ter o status de vida com prerrogativas de direitos fundamentais, tal como o direito à vida? (Débora Diz – site da revista época).

4.2 Percepções e práticas relacionadas aos métodos de contracepção

Neste item abordo o conhecimento, as preferências e as vivências de práticas contraceptivas das/os usuárias/os do PPF do HUMI.

No que diz respeito ao conhecimento dos meios de prevenção contra uma gravidez indesejada, boa parte das/dos entrevistadas/os, declarou que, atualmente, possui certa informação sobre os métodos comportamentais e medicalizados de contracepção, tendo em vista que elas/eles já possuem experiências de maternidade ou paternidade e já freqüentaram outros Programas de Planejamento Familiar nos Postos de Saúde de seus bairros.

Quanto aos métodos já conhecidos e utilizados foi unânime a declaração de que já foram usuários/as do preservativo masculino e/ou da pílula anticoncepcional.

Eu já conhecia camisinha [preservativo masculino], a injeção e o remédio, o comprimido pra tomar e agora no momento eu conheci esses outros aqui que eu não sabia, né, a camisinha feminina, o Diu e aquele que parece o chapeuzinho [Diafragma]. Eu já usei só a camisinha e o comprimido. (Tereza)

Eu já conhecia os métodos através do posto [Posto de saúde], no colégio, quando eu ia me consultar entrava no planejamento, porque no posto tinha... tem planejamento e eles explicavam. (Camila)²⁶.

Se por um lado existem usuárias/os com certo conhecimento sobre contracepção, em outros casos houve a declaração de que a aprendizagem sobre os métodos contraceptivos só ocorreu depois de terem cometido erros o que resultou em gravidez inesperada. Elas atribuem isto ao fato de não terem aprendido inicialmente no âmbito familiar, mas só depois entre amigas/os e pelos meios de comunicação.

Eu já vim a começar a me prevenir depois do meu segundo filho que até então nem assim a minha mãe conversava comigo, aí depois do segundo eu conversando com amigas, aí foram me explicando que eu podia evitar, porque eu engraidei do meu segundo filho e o outro ainda tava pequeno, ele tinha 11 meses e aí do segundo em diante foi que eu comecei a me prevenir, foi através de amigas que eu soube dos métodos aticoncepcionais. (Marilda)

²⁶ Dada a experiência e a freqüência em outros Programas de planejamento familiar, questioneei a interlocutora acerca da sua percepção do seria planejamento familiar: (...) “o que eles falavam no Posto é meio de evitar, da mulher evitar [a gravidez], se preparar pra não pegar uma doença sexualmente transmissível e orientar!” (Camila).

Assim pra mim engravidar é rapidinho, eu não sei controlar meus dias fértil, eu não sei muito bem não, porque a minha família nunca teve aquela coisa assim aberta, foi sempre aquela família tradicional ninguém falava sobre sexo com ninguém. (Meridiana)

Foi com... os próprios meios de comunicação, né, que a gente ouve falar muito nisso, na escola e com amigas mesmo, “ah toma assim, desse jeito é melhor”. (Wilma)

Devido às interdições com relação às práticas sexuais colocadas pela sua família, a Sr.^a Érica declarou que, no momento da sua iniciação sexual, o preservativo masculino (também chamado método de barreira, condom ou popularmente *camisinha*) foi preferido em detrimento ao uso de outros métodos contraceptivos com a intenção de esconder a prática sexual dos familiares, mas o uso não era freqüente.

[...] eu nunca tomei remédio. Eu nunca cheguei assim tomar remédio, depois de dois anos de namoro, eu comecei a namorar foi que eu e meu marido, a gente começou a ter relação, aí foi que a gente começou a usar camisinha, mas não era freqüente, mas a gente usava. Mas eu nunca cheguei a tomar remédio até mesmo por medo de mamãe [risos] [...] mas, assim como não era freqüente as relações também não era freqüente a camisinha. (Érica)

Quando ao uso e preferência dos métodos, algumas mulheres, como as Sr.^a Wilma e Roberta, declararam que não são favoráveis ao uso do preservativo masculino porque estes lhes causa incômodos, dá coceira, irritação na vagina e assim fizeram a opção pelo uso de hormônio injetável.

Ele usava mesmo a camisinha, pra ele era a camisinha. Só que eu sempre tive problema com a camisinha desde o início da relação sexual, eu não gostava muito, me dava alergia, irritação e por eu ser muito jovem, acho. Agora eu optei pela a injeção (Wilma)

[...] quando a gente namorava que ele usava inclusive porque ele tinha medo, mas agora ele não gosta, é a mesma coisa ele tem alergia que nem eu, porque assim me dá um pico! [...] Agora é que eu quero tomar a injeção pra evitar. Ainda pretendo ser mãe, mas quero dá um tempo. Quero deixar o “M” fazer uns cinco anos. (Roberta)

Em outros casos, como é exposto, a seguir, pela Sr.^a Ruthe, um dos argumentos apresentados por seu parceiro é de que o pedido para o uso do preservativo vindo de sua companheira fixa significa falta de confiança.

Ele tem a mania de não usar a camisinha, ele disse que se ele usar é porque eu não confio nele, então ele acha que pra eu confiar nele ele não tem que usar. (Ruthe)

Na concepção de alguns homens existe a idéia de que o preservativo só deveria ser usado em práticas sexuais extraconjugais consideradas de *risco*, para a prevenção contra

DST/AIDS. Assim existe a crença de que entre parceiros conjugais não há esse perigo e o pedido vindo da sua cônjuge para que use o preservativo em suas relações sexuais é representado como uma insinuação de sua infidelidade.

Segundo Salem (2004) a percepção de *risco* nas práticas sexuais reside na forma como os homens diferenciam as mulheres com as quais se relacionam, alguns fazem a classificação entre *mulheres de casa* e *mulheres da rua*. Assim, o preservativo de uso descartável convém ser usado com mulheres com as quais não se tem vínculo. Porém, no “contexto da relação fixa, o uso do preservativo é, quando muito, admitido como um contraceptivo para momentos excepcionais, por exemplo, quando a parceira interrompe provisoriamente a pílula anticoncepcional ou quando está de resguardo”. Argumenta a autora, “já quando identificado como um preventivo contra DST, o uso do preservativo é normalmente rechaçado”, pois afinal é representado como “uma ‘coisa para se usar com mulher da rua’”. (SALEM, 2004, p.48).

Quanto ao uso de métodos hormonais como a pílula, são apresentados argumentos desfavoráveis ao seu uso porque “é difícil suportar” os efeitos colaterais como enjoos, náuseas, inchaço nas mamas e ganho de peso, como, também, o esquecimento de tomar o medicamento diariamente.

Eu cheguei a tomar, depois de casada eu tomei, mas larguei porque eu não tava me sentindo bem com a pílula. E depois desse daqui [apontou para o segundo filho]... quando esse aqui tava com três... acho que seis meses eu tomei a injeção, mas eu não dei continuidade também porque eu não me achei bem, não me fez muito bem. A mesma coisa foi a camisinha. A camisinha depois de um tempo, assim, contínuo ela começou a me dá alergia, eu também não sei se era daquela camisinha que tinha sabor, que tinha aquele monte de frescura, né. Acho que foi por esse motivo. (Érica)

O ruim é porque a gente, não é nem o esquecer, é o horário da gente chegar do serviço e a gente às vezes deixa em casa aí é nisso que a gente acaba esquecendo de tomar. (Tereza)

Um outro argumento que se declarou desfavorável ao uso da pílula, é que esta “com o tempo de uso acumula uma massa (cisto) no útero que depois vai ter que ser raspada”.

Eu nunca tomei pílula justamente por isso, nunca gostei. Por causa dessa história que diz que a gente vai tomando e vai acumulando uma massa no útero e depois tem que fazer uma raspagem (...) eu vi foi na televisão, passou, entendeu. Aqui [no bairro], também, já comentaram que pílula a gente vai tomando e acumula. (Iracema)

Eu parei justamente por isso, eu tinha esse acúmulo, se chama “cisto funcionário”, os cistos ficam dentro do útero e ficam amarelinho e eles ficam do tamanho do

comprimido e na época eu tava cheinha deles no meu útero e aí tive época que a médica furava eles pra eles saírem. Era pelo anticoncepcional, a minha mama [seios] também tava muito densa, tinha muita densidade, era nodular e era por causa do excesso de anticoncepcional, do tempo que eu passei usando o anticoncepcional tanto que eu fiz cirurgia de mama. Antes de eu começar a usar o DIU, eu já tinha parado, tanto que eu fiquei grávida da tabelinha porque eu não podia mais usar o anticoncepcional por causa do problema da mama e do útero ao mesmo tempo. (Fabiana)

Durante a palestra as funcionárias do PPF do HUMI argumentam que não há possibilidade da pílula anticoncepcional se acumular no útero e que acreditar nisto é acreditar em um *mito*, pois a mesma é dissolvida no estômago e não chega até o útero. Uma vez dissolvida pelo estômago o efeito do hormônio se espalha pela corrente sanguínea.

As representações destacadas, nos relatos das/os usuárias/os do PPF do HUMI, como a do *acúmulo da pílula anticoncepcional no útero*, assim como, também, a já citada associação da menstruação com a fertilidade, entram em dissonância com as representações do discurso biomédico. Conforme Leal (1993), proposições médicas, sobretudo no que se refere à contraceção, permanecem subalternas ao sistema de representações sociais a respeito do corpo.

O uso do preservativo (camisinha) feminino não foi declarado entre os métodos utilizados pelas/os usuárias/os. Apesar das especialistas que ministram as palestrantes neste Programa incentivarem o seu uso. Quando o preservativo é exposto ao público, muitas mulheres dizem que este tem um aspecto *feio*, que parece com um *saco de coar café* e questionam se há o risco deste se *perder* no canal vaginal.

Um outro contraceptivo que já começa a ter uma procura significativa pelas usuárias do PPF do HUMI é o DIU (Dispositivo Intra-Uterino), entretanto, algumas pessoas que assistem às palestras do PPF do HUMI questionam se ele tem efeito abortivo ou se o fio de que fica na sua extremidade provocaria irritação no pênis na hora da prática sexual.

4.2.1 A não adaptação ao método de contracepção

O *não gostar* ou o *não se sentir bem* com o uso de hormônios orais é um motivo para algumas pessoas recusá-los e a adotar alternativas, como declarou a Sr.^a Érica:

[...] porque eu nunca gostei desse negócio de tomar remédio, eu nunca fui muito a favor disso não. A gente tomava às vezes assim o cuidado dele ejacular fora, né. (Érica)

Os métodos considerados naturais, também chamados de comportamentais, como o coito interrompido e do método da *tabelinha* têm uso freqüente entre algumas usuárias. Entretanto, as mesmas afirmaram que, para elas, não são métodos confiáveis e que resultaram em uma gravidez inesperada.

Ele tinha esse cuidado de sempre de não deixar ele ejacular dentro, né, mas... aí veio [um outro filho]! (Érica)

A *tabelinha* já usei um tempo atrás e resultou no meu segundo filho (risos), então por experiência de vida, eu não concordo absolutamente com a *tabelinha*, eu acho que é **um método complicado que você tem que prestar muita atenção**, tem que ter aquele cuidado de olhar todos os dias no calendário ali direitinho e que realmente a gente não cumpre porque é até hipocrisia da pessoa chegar pro parceiro e dizer “olha a gente não pode transar hoje”, né, é meio complicado, chegar e dizer pro cara “hoje não pode”, não tem isso, a mesma coisa é você acostumar o cara a não usar camisinha, no dia que você pedir pra ele usar, ele não vai. (Wilma)

O método da *Tabela de Ogino-Knauss* (tabelinha) é usado para calcular o dia em que ocorre a ovulação, geralmente, no meio do ciclo menstrual, isto possibilidade prever o momento mais favorável para que ocorra a gravidez. Segundo a usuária, justamente por ser este um método que necessita do cálculo, da vigilância constante, da abstinência sexual ou da associação ao uso do preservativo, é um anticoncepcivo que não lhes é atraente, nem confiável.

A rejeição ou não adaptação dos métodos contraceptivos ditos comportamentais, como a *tabelinha*, pode ser decorrente do restrito autoconhecimento e autodomínio do corpo e da sexualidade, uma vez que já foi citado anteriormente que estas pessoas tiveram dificuldade quanto ao aprendizado e ao esclarecimento sobre práticas sexuais, seja nos núcleos familiares ou em outras esferas de sua socialização.

Cabe ressaltar que diante do insucesso do uso de meios de prevenção, algumas das usuárias declaram que tentaram fazer abortamentos por se encontrarem frente a uma gravidez indesejada, como relata a Sr.^a Dalva:

Quando eu soube que eu estava grávida dessa minha filha agora eu fiquei triste e entrei em depressão, porque toda vez que eu fico grávida o meu companheiro sai de casa, então eu usei o *Quina*, é um chá que se mistura com dois comprimidos de *Binotal*, mas eu não consegui abortar [...] eu ouvi falar das colegas que já fizeram, mas não deu certo. Aí eu tentei usar o *Cytotec*, procurei uma pessoa que tem conhecimento com o farmacêutico e ele cobrou R\$ 180,00 [cento e oitenta reais] por dois comprimidos e eu não tinha dinheiro [...] eu só aceitei a gravidez quando descobri que era uma menina, agora eu vou ter dois casais. (Dalva)

Para Rodhen (2003), a aproximação entre contracepção e abortamento parecia ser bastante comum, no Brasil, já o início do século XX, eram duas estratégias que se confundiam, apesar de algumas tentativas de distinção por parte dos médicos. Para o público em geral, era difícil diferenciar o uso de chás e purgativos – usados para *regular as mulheres*, fazendo *descer a menstruação* – dos abortivos²⁷. O abortamento provocado, no Brasil, ainda é considerado como crime, exceto em caso de estupro ou risco de vida materna, conforme os artigos 124 a 128 do Código Penal Brasileiro de 1940. Há evidências de que os abortamentos são amplamente praticados e continuam a fazer parte das práticas de regulação da natalidade no país.

Atualmente os abortamentos têm sido muito praticados via o uso do remédio denominado *cytotec*, um medicamento destinado para problemas do estômago, mas que tem sido usado para fins de abortamento. Entretanto a sua venda só é possível mediante a apresentação da receita médica, fato que tem provocado um comércio ilegal desta medicação.

²⁷ Para Leal e Lewgoy (1994), o contraste de sentimentos, oscilando entre pensar em abortar e culpar-se por isto, deixar de fazê-lo, mas sentir-se frustrada, ou então aliviada/feliz por não ter feito, indica o quão profundamente o aborto sensibiliza as mulheres, fazendo-as sofrer física e emocionalmente. Essa sensibilização, provavelmente, é um dos fatores que contribui para que as mulheres estabeleçam, em sua racionalidade, distinção entre abortar e fazer alguma coisa *para descer a menstruação*, especialmente se a providência tomada nesse sentido significar apenas a ingestão de determinadas substâncias, como chás e/ou remédios, e nenhuma intervenção direta na região genital.

4.2.2 As falhas no uso dos métodos contraceptivos medicalizados são mais frequentes do que se deduz

[...] eu tinha uma noção do anticoncepcional [pílula], inclusive eu cheguei a tomar o anticoncepcional errado, de forma errada, né, que eu não tinha muita certeza e acabei me deixando levar por amigas e tal. E inclusive até hoje a gente acha, eu, minha família, meu marido também que foi esse um dos motivos de eu ter acabado engravidando por tomar o anticoncepcional de forma errada. (Wilma)

Nas palestras do PPF do HUMI fala-se que a ineficácia dos métodos contraceptivos deve-se a falta de disciplina do/a usuário/a e na não superação dos “mitos” que se criam acerca destes. Explica-se que “a segurança do contraceptivo vem com o rigor do uso”. Entretanto, com a frequência do trabalho de campo fui percebendo que não se tratava apenas de rigor ou disciplina.

Durante a observação de campo eu assisti a 20 (vinte) palestras do PPF do HUMI. A princípio, por julgar que dispunha de um bom conhecimento a respeito da contracepção medicalizada, acreditava que essa parte da minha observação seria enfadonha. Mas, pelo contrário, confrontada com a rotina²⁸ percebi que nenhuma palestra era igual à outra, dado o fato de que cada palestrante tinha um estilo próprio de expor o conteúdo conforme a sua formação educacional (seja em enfermagem ou em assistência social); o público, assim como suas dúvidas e conseqüentemente as explicações diferenciavam. Assim, fui verificando, também, detalhes bem sutis a respeito das cautelas indicadas para uma maior eficácia do método de anticoncepção. A respeito da pílula anticoncepcional, por exemplo, é informado que existem inúmeros fabricantes e que cada um oferece variadas combinações hormonais, tais como: a mini-pílula que deve ser tomada durante o período da amamentação, os hormônios combinados, cartelas que variam entre 21 (vinte e um), 24 (vinte e quatro) ou 28 (vinte e oito) comprimidos.

Com a intenção de ilustrar melhor essas informações, para o público, é projetado um vídeo produzido pela *Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana* informando que a probabilidade de eficácia do hormônio contraceptivo oral ou injetável é muito elevada, na

²⁸ Tem que ser levado em consideração o lugar de onde estou falando. Eu falo do lugar da pesquisadora uma pessoa já acostuma a ficar horas sentada assistindo à aulas, palestras etc. Por outro lado, presenciei pessoas que dormiam durante as palestras, mães que não tinham com quem deixar seus filhos em casa e acabavam levando-os. Quando no momento da palestra os mesmos começavam a chorar obrigava-as a sair da sala para acalmá-los.

proporção de para cada mil mulheres usuárias por ano, apenas 3 (três) ou 4 (quatro) podem engravidar, isto é, uma falha de apenas 0,04%.

Mesmo que teoricamente a contracepção hormonal apresente alto índice de eficácia, as usuárias reclamavam que não é fácil a sua administração. Com a seqüência das palestras e das entrevistas, constatei que além dos efeitos colaterais já citados, um dos fatos que contribui para a falhas no uso, é que popularmente o funcionamento da pílula é entendido de forma generalizada, pois se sabe que se deve tomar 21 comprimidos, se fazer um intervalo de 07 dias para vir o sangramento e só depois retomar uma nova cartela de comprimidos. Contudo, face às múltiplas combinações hormonais de inúmeros fabricantes, se durante o uso uma mulher optar por um novo medicamento mudando para um novo fabricante, como conseqüências podem ocorrer sangramentos fora do período previsto²⁹. Desse modo, os médicos aconselham que ocorrendo isto se deve desconsiderar o sangramento continuando a tomar a cartela de comprimidos até o final, caso contrário, se poderá fazer a pausa fora do tempo alterando enormemente a eficácia da medicação e incorrer numa gravidez inesperada.

Assim, para obter-se a eficácia necessita-se não só de disciplina para tomar o medicamento aproximadamente no mesmo horário diariamente, mas, também, requer a assimilação do conhecimento de que a pílula, o adesivo ou o injetável anticoncepcional inibem a ovulação e que o sangramento subsequente não é mais decorrente da influência dos hormônios naturais, mas, sim dos hormônios sintéticos, os quais podem ocasionar sangramentos duas ou mais vezes num período de 21 dias.

Como já foi exposto nos relatos das usuárias existe toda uma representação acerca do fluido (sangue) feminino, ele é associado à possibilidade de engravidar. Logo, caso ele aparecer fora do período esperado, muito dificilmente a usuária da medicação vai associar isto a efeitos de hormônio sintéticos, mas provavelmente a um mau funcionamento/adaptação da pílula anticoncepcional, desestimulando o seu uso ou confundido a percepção que a mulher tem do funcionamento do seu corpo.

Diante disto, somente com o conhecimento acumulado ao longo das atividades de observação foi que pude perceber todas essas nuances da contracepção hormonal, fato que

²⁹ A exemplo o adesivo *Evra*, na sua bula adverte - que em caso de *escape ou spotting*, sangramento que ocorre nos dias de utilização do adesivo EVRA - o tratamento deverá continuar.

difícilmente poderia ser assimilado em apenas uma ou duas palestras. Assim pude entender melhor as queixas das mulheres e perceber que a interpretação que se faz de um método anticoncepcional não é um fato absoluto que independe das percepções particulares, logo as falhas podem ocorrer com muita mais probabilidade do que teoricamente se espera do método em si.

No consultório, do PPF do HUMI, constatei que as medicações não são fornecidas apenas pelo Ministério da Saúde, mas também pela parceria com os laboratórios de fabricantes. Dessa forma a cada mês pode ocorrer que a pessoa receba medicamentos de marcas variadas, embora haja a preocupação de se fornecer uma medicação de composição similar a que a paciente costumava usar, ocorrem constantes falta de medicação fato que pode levar a usuária a comprar na farmácia seu próprio contraceptivo e dependendo do seu conhecimento sobre a composição hormonal e das suas condições econômicas podem adquirir uma composição diferente da habitual, fato que incorrerá na falha.

Todas essas questões pesam na escolha, na adaptação ou na aceitação do método de contracepção, pois, segundo o que elas declaram, *é difícil confiar* em um meio de contracepção de *complicado manejo* e que lhes *dificulte a vida*. A Sr.^a Wilma aponta que, o que mais deveria pesar na hora da escolha é o *se identifica*, é a *questão emocional*, pois, em sua opinião, é isto o que mais influencia na adaptação ao contraceptivo, é como ela diz: *cada pessoa é do seu jeito*.

Eu acho que o anticoncepcional você tem que ter consciência do que você está fazendo, do método que você escolheu, se esse método se identifica realmente com você, se não se identifica, não só pela parte física, mas também pela parte emocional que eu acho que é o que conta bastante, pois não adianta você dizer “camisinha é mais seguro” porque a gente sabe que é, não é? Por evitar gravidez tudo mesmo, mas mesmo sendo mais seguro você sabe que você não tem responsabilidade pra usar, você pode dizer pra uma agente social que você vai usar, mas na hora você não usa. “Ah, a pílula tem menos efeito colateral”, mas eu sei que eu não vou tomar todos os dias, que eu posso não tomar, ou eu não me dou bem com a injeção, eu já ouvi as pessoas falarem até que “ah eu optei pelo método da injeção, mas eu acabei desistindo porque dói, porque eu não gosto de injeção”, coisas bobas, mas que cada pessoa é do seu jeito, né. (Wilma)

Em síntese, na escolha e no uso adequado de um método contraceptivo há que se entender que a reação do corpo feminino a um determinado método anticonceptivo abrange muito mais que a sua fisiologia, como afirma Dalsgaard (2006, p.179) “na vida, a fisiologia mistura-se a estresse social, a formação cultural, esperanças e desejos, e parece fútil tentar definir onde termina a natureza e começa a cultura”.

4.2.3 A preferência pela contracepção medicalizada com baixa participação da/o usuária/o

Diante das experiências negativas com o uso dos métodos comportamentais, a difícil negociação com o parceiro para o uso do preservativo e da dificuldade de suportar os efeitos colaterais do método hormonal oral, as/os entrevistadas/os declararam, constantemente, que o que pesa na preferência pelos métodos contraceptivos é que ele não exija a sua manipulação e a atenção diária, assim, essas pessoas têm preferido os métodos que exigem alta tecnologia científica e maior atuação do conhecimento médico.

Eu sempre quis a injeção até porque no meio de tudo, é o que me deixa mais segura, é a injeção. É uma coisa minha que eu acho que é mais seguro, até porque, eu, com dois filho pequeno, com casa pra cuidar, trabalhando, fazendo compra, eu te garanto que eu não vou lembrar de tá tomando uma pílula todo santo dia, então, esse foi outro fator que me induziu pra injeção. (Iracema)

Acho que a injeção vai ser melhor porque eu não vou ter que tá assim me lembrando, eu sei que é uma vez no mês. (Roberta)

De acordo com o que presenciei nas 20 palestras e através do que foi informado pelas funcionárias do PPF do HUMI, os contraceptivos mais procurados, são: em primeiro lugar, as cirurgias de esterilização feminina, em segundo os hormônios injetáveis, em terceiro os hormônios orais que tendem a ser superado pelo DIU, o qual já tem a uma procura bastante ampliada em comparação a situação de três anos atrás. No que cabe a participação masculina, a procura pela cirurgia de vasectomia é muito menos freqüente.

O fato que mais se evidenciou durante as minhas observações de campo foi a manifestação da opção contraceptiva da maioria das mulheres ou do casal. Depois de terem atingido o número de filhos/as que consideram ideal a tendência é que optem pela esterilização cirúrgica feminina, justamente porque estas pessoas querem um método que provoca a infertilidade definitiva. Em suas opiniões seria a solução adequada contra a possibilidade de uma gravidez indesejada. O Sr. João e Sr.^a Mariana, destacam:

Porque o outro caso seria, como a gente já vinha usando antes, o preservativo masculino. Mas por que se decidiu por essa parte da laqueadura? Porque já é um negócio definitivo porque a pessoa já esquece aquele negócio de tá sempre procurando, buscando preservativo, então, nós já decidimos que essa já é uma parte já definitiva que é a laqueadura, nós confiamos na laqueadura. (João)

Porque é o método mais certo, porque tu toma um anticoncepcional hoje, amanhã tu esquece, você dá um vacilo aí você engravida de novo e a laqueadura não. [...] Essa

opinião foi conversada foi discutida aí a gente chegou a esse consenso, que já tá bom porque ao todo ele já vai ter três filhos e eu já vou ter o segundo. (Mariana)

Se a cirurgia que provoca a infertilidade quase que definitiva é considerada o ideal para um método anticonceptivo, é a cirurgia de esterilização feminina preferida em relação à cirurgia de esterilização masculina. Por exemplo, entre os meses de abril de 2006 a abril de 2007, o PPF do HUMI registrou 252 (duzentos e cinquenta e dois) pedidos de laqueaduras tubárias contra 03 (três) pedidos de vasectomia.

Uma vez declarado, em boa parte das opiniões das/os usuárias/os, que a cirurgia de esterilização é o método mais eficaz dentre todos os métodos de contracepção, averigüei junto a alguns homens porque suas parceiras e não eles farão a cirurgia de esterilização.

É porque eu tenho muito medo, eu sou um cara muito nervoso, eu, pra me furarem eu viro o rosto, eu não dão sangue porque eu tenho medo, eu desmaio, ela sabe [a esposa], se eu ver sangue eu desmaio, se me furar um besteirinha, até para a prefeitura [ele é funcionário público] quando ela exige esses exames da gente eu vou amarelinho. Então eu tenho o maior medo, eu não sei por que? Até quando ela tá cortando uma galinha eu saio de perto, então eu tenho medo, se fosse pra conservar ela tudo bem, mas eu tenho é medo! Aí se pode fazer nela.... (Paulo)

Porque geralmente... no meu caso... A mulher, não é que ela não tenha nada a fazer, mas sempre ela... eu vivo mais é trabalhando, trabalhando direto [...] por exemplo, porque pra fazer o método da cirurgia masculina, tudo bem que é simples como ela [a funcionária do PPF] falou com 15 dias a pessoa pode até jogar bola, mas não deixa de não atrapalhar também o lado do homem porque o homem precisa às vezes dá manutenção em casa, precisa dá atenção pra família, então nós escolhemos por essa parte que é a cirurgia feminina que é a laqueadura até porque foi combinado também, entramos num acordo e porque seria o melhor, até porque, como eu tô lhe falando, por causa do trabalho também. (João)

Este dois usuários do PPF do HUMI apresentam situações, como: fobia a sangue e falta de tempo por causa do trabalho, como justificativas para não se submeterem à cirurgia de vasectomia. Além destes fatores, existe, em alguns homens, uma representação acerca da cirurgia de esterilização masculina que reside na crença de que ela pode *comprometer a virilidade masculina*, isto é, *a perda da capacidade de ereção*, função biológica representadas como atributos de masculinidade.

As funcionárias do PPF do HUMI tentam desfazer essa percepção informando que a cirurgia de vasectomia é um pequeno corte no *Canal Deferente*, o qual se localiza no *Saco Escrotal*, não compromete os outros vasos sanguíneos que irrigam o pênis. Elas informam, ainda, que a cirurgia de esterilização masculina é bem menos complexa em relação à cirurgia de esterilização feminina, pois é feita no ambulatório, não necessita de ir

para o centro cirúrgico, pode ser feita com anestesia local e o homem tem alta no mesmo dia em que se submeter a este procedimento cirúrgico.

Entretanto, é difícil desfazer uma representação que, também, se justifica no âmbito das relações sociais *fundada sobre as diferenças percebidas entre os sexos*, onde está naturalizado que o corpo feminino muito mais que o corpo masculino deve se submeter à atuação médica no que diz respeito à contracepção, tida como “uma incumbência das mulheres”.

É como relata a Sr.^a Érica, ela gostaria que o seu companheiro se submetesse à cirurgia de esterilização masculina, mas ele se recusa:

Eu queria que ele ligasse, que ele fizesse a vasectomia, mas o preconceito ainda existe, né [...] Dele não sei porque. Porque a gente já conversou várias vezes e eu acho muito mais fácil dele do que eu, porque ele não sentiria tanto, não iria dificultar no dia a dia dela. Já eu ia passar por um tempo de repouso, né [...] A ligação do homem é mais fácil e vai num dia vem no outro, já pode ir trabalhar até ficar normalmente, né. E pra mulher não, pra mulher já é mais dificultoso. (Érica)

4.3 Contracepção, “responsabilidade” de quem?

No que concerne à divisão das responsabilidades contraceptivas entre os casais usuários do PPF do HUMI, o Sr. Francisco e as Sr.^a Iracema e Wilma, destacam:

Eu acho que é dos dois porque os dois, um ajudando o outro, sai menos trabalho pros dois. Porque se às vezes a mãe vem fazer uma consulta às vezes vem com o filho no colo e se são dois filhos ela vem carregando um e arrastando o outro aí já fica dificultoso, então ia ser bom se o pai vem junto à reunião acompanha, vim junto acompanha, se for pra levar pro hospital vem traz o filho, então acho que isso dá um equilíbrio muito grande na família os dois se ajudando. (Francisco)

Eu sou uma pessoa decidida eu disse pra ele eu vou tomar remédio e pronto, eu decidi até porque era bom pra mim e pra ele, porque dois filho pequeno, entendeu, então é como eu tô te dizendo, homem não tem essa preocupação que a gente tem porque pra eles é muito fácil chegou teve um filho e pronto, entendeu, é a gente que carrega, é a gente que passa mal, é agente que sente dor, é a gente que bota no mundo, é a gente que tem que amamentar, então pra eles é fez tá lá e pronto, ele não tem a preocupação de sair e deixar filho porque a mãe tá lá, é a mãe que vai amamentar não é o pai, então eu decidi eu é que vou tomar remédio. (Iracema)

Eu acho que sinceramente, eu não sei se pela minha experiência ou não, acho que a responsabilidade mesmo é da mulher, porque agente queira ou não a responsabilidade de uma gravidez é da mulher sim, recai é sobre ela até porque por mais dedicado que seja o pai, tudo cai é sobre a mãe desde a própria gravidez, quem carrega o bebê na

barriga é você, quem passa pelo parto é você, quem passa um ano todinho da sua vida praticamente empatado é a mulher, então eu acho que realmente, a responsabilidade sexual fica sobre a gente, é maior sobre a gente, parece uma idéia assim machista, né, “ah o cara tem que ter cuidado também”, só que as coisas não funcionam assim, a gente sabe que não é assim, eu acho que realmente a mulher tem que ter uma responsabilidade muito grande em se cuidar mais. (Wilma)

Nestes relatos, foram expostas visões diferenciadas entre o interlocutor e as interlocutoras. O Sr. Francisco apresenta uma perspectiva mais igualitária descrevendo a importância da divisão de responsabilidade entre o casal no cuidado com os filhos, no levar as crianças ao hospital. Com respeito a essa percepção do Sr. Francisco, cabe ressaltar, que ao responder a questão ele desviou o seu curso deixando um vácuo sobre os aspectos que dizem respeito à divisão de responsabilidades contraceptivas, pois sua fala faz mais referencia a divisão de atividades relacionadas com o cuidado dos filhos/as, atividade que, segundo Araújo & Scalón (2005) e Sorj (2005), já encontra uma tendência de maior compartilhamento entre os cônjuges.

Entre as mulheres, conforme relatam as Sr.^a Iracema e Sr.^a Wilma, elas tendem a sentir o maior peso da responsabilidade em relação ao exercício das práticas reprodutivas. Em seus relatos, mesmo salientando que esta responsabilidade poderia ser compartilhada com seus parceiros, elas não negociam ou têm dificuldade de negociar com estes. Por acreditarem que eles não iriam se comprometer, acabam, elas próprias, tomando a iniciativa de se responsabilizarem pela contracepção.

A percepção destas mulheres e de seus parceiros conjugais continua sendo marcada por uma visão tradicional, isto é, elas/eles percebem a concepção e a contracepção essencialmente como uma incumbência feminina. Atualmente, algumas estudiosas como Salem (1989), apontam modificações ocorridas em algumas relações conjugais e de parceria as quais passaram a ter perspectivas mais igualitárias com os ideais de *casal igualitário e casal grávido*. Entretanto, estes não são ideais compartilhados por todos/as. Mesmo diante das transformações no mundo do trabalho e da tendência à participação cada vez maior da mulher na esfera pública. Para algumas mulheres, isto não é determinante para alterar substantivamente a divisão de suas atividades reprodutivas e domésticas.

A posição das interlocutoras descrita acima está conciliada com o fato de que ainda é freqüente que alguns homens culpem suas companheiras em face de uma gravidez indesejada. Tal comportamento se deve ao fato de que para estes “deveria ser” conferido às

mulheres e não a eles a responsabilidade da contracepção. Deste modo eles se percebem desresponsabilizados. Conforme relata a Sr.^a Laura:

Esse aqui [está se referindo a sua gravidez] o meu marido não queria, ele queria que eu tomasse remédio pra abortar, aí, eu ainda comprei remédio ainda pra abortar, o *citotec*, mas eu não tive coragem eu fiquei com medo. Ele brigava comigo que ele não queria esse filho, aí veio uma moça que eu conheci lá no anjo da guarda, enfermeira que era coordenadora geral de lá disse que era para eu não tirar a minha criança, aí eu não tirei. E ele todo dia brigando e eu chorando, eu chorava a noite todinha porque eu também eu não queria, no começo eu não queria porque a gente tem muito filho! (Laura)

Segundo o que me informaram as especialistas que presenciam o movimento cotidiano das/os usuárias/os no PPF do HUMI, a presença masculina, na maioria dos casos, só ocorre porque se a mulher optar pela laqueadura tubária o Programa exige a presença do seu parceiro, para que este assista a uma palestra e assine o termo de responsabilidade pela decisão de esterilização conjuntamente com a sua parceira.

Durante a minha presença em 20 (vinte) palestras oferecidas pelo PPF do HUMI, observei um público que se constituiu de 246 pessoas, das quais 47 (quarenta e sete) eram homens e 199 (cento e noventa e nove) eram mulheres, destas, boa parte, estava grávida. A maior presença feminina neste Programa confirma que, nestes casos, os encargos com a contracepção continuam sendo exercidos muito mais pelas mulheres.

No decorrer das exposições das representações acerca da contracepção pôde-se perceber que, na maioria dos casos, nem os métodos ditos comportamentais, nem a pílula anticoncepcional, nem o preservativo, são tidos como soluções para se evitar uma gravidez indesejada. O uso destes métodos implica muita incerteza, instabilidade, com se fugisse ao controle de quem os utiliza.

Outras razões, conforme a opinião das usuárias, como a dificuldade de negociação da divisão de responsabilidade contraceptivas no momento da relação sexual converge para a preferência pela contracepção mais medicalizada (o hormônio injetável, o DIU e a esterilização cirúrgica). Também pesa na escolha, o fato dos métodos mais medicalizados não requerem a vigilância e o controle diário, por isto são consideradas ideais e, em especialmente, a laqueadura tubária.

5 RETOMANDO A DISCUSSÃO SOBRE OS DIREITOS REPRODUTIVOS: A PRÁTICA DA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA FEMININA (VOLUNTÁRIA)

No Brasil, tanto a ampliação do fornecimento de métodos de contracepção quanto o incremento das tecnologias de concepção e contracepção foram sempre rodeados por polêmicas. A Igreja Católica mantém seu posicionamento contra o uso dessas técnicas. Dentro do próprio movimento de mulheres, como destaca Scavone (2004), criou-se um complexo debate que transitava entre a reivindicação pelo direito das mulheres utilizarem os métodos contraceptivos de alta tecnologia como, também, a crítica a sua utilização.

O uso crescente da contracepção moderna, em especial a esterilização cirúrgica feminina, no Brasil, era visto com desconfiança pelo movimento feminista porque, inicialmente, o acesso a este método de contracepção foi promovido por instituições ligadas a organismos internacionais, como a BEMFAM (Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil) uma instituição filiada a Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF)³⁰. A grande questão era que, por um lado, a laqueadura tubária proporciona às mulheres um controle definitivo sobre sua reprodução, mas por outro, podia muito bem servir aos interesses internacionais de controlar a natalidade do país.

O conhecimento do corpo, da sexualidade e da reprodução sempre foi considerado, pelo movimento feminista, como estratégico para a liberdade feminina, mas o uso de métodos cada vez mais medicalizados como, por exemplo, o uso dos hormônios subcutâneos e injetáveis e, particularmente, a laqueadura tubária levantaram vários questionamentos no seio do movimento, tais como: a já citada intenção de controlar o crescimento da população, a associação da laqueadura tubária com o parto cesariana, o desconhecimento de suas conseqüências para a saúde das mulheres, seu caráter definitivo, os possíveis arrependimentos, e o distanciamento das mulheres esterilizadas do funcionamento reprodutivo do seu corpo. (SCAVONE, 2004).

³⁰ A BEMFAM, Bem-Estar Familiar no Brasil, fundada em 1965, é uma organização não-governamental de ação social, sem fins lucrativos, com registro de Utilidade Pública Federal. É filiada a Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF) e membro, com status consultivo, no Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC).

Distante deste debate, as mulheres, que buscavam por contracepção, foram pouco a pouco se direcionando para o uso da laqueadura tubária. Mesmo existindo posições divergentes quando ao uso desse método contraceptivo, ele acabou sendo amplamente usado. Segundo Vieira (2005), antes da oferta legalizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), as mulheres obtinham a esterilização cirúrgica, clandestinamente, através do pagamento “por fora”, na hora do parto ou frequentemente por meio de uma cirurgia cesariana. Uma outra forma de pagamento era por meio de favores políticos, muitas mulheres trocavam o seu voto pela laqueadura tubária.

O uso elevado das esterilizações cirúrgicas feminina e os meios mais ilícitos que as mulheres utilizavam para consegui-las acabaram modificando o teor do debate em torno da questão. Como citei, na introdução deste estudo, atualmente, falar de ações internacionais que visam controlar o crescimento populacional brasileiro não faz mais sentido, tendo em vista que a população brasileira baixou o ritmo do seu crescimento populacional. No ano de 2000 a Taxa de Fecundidade Total (TFT) das mulheres brasileiras estava em torno de 2,3 filhas/os por mulher. Diante desses acontecimentos, o debate voltou-se para a questão da regulamentação e acesso à esterilização cirúrgica.

Desde o ano de 1996 a prática das esterilizações cirúrgicas, como meio contraceptivo já está regulamentada e, tanto a feminina como a masculina já são disponibilizadas pelo SUS. Isto representa uma novidade em termos de serviços de contracepção no Brasil.

5.1 O desejo de associar o parto cesariana à cirurgia de esterilização feminina ainda persiste

A grande maioria das mulheres que freqüentam o PPF do HUMI são mulheres grávidas, que já estão satisfeitas com o número de filhas/os concebidos, almejam fazer a laqueadura tubária e de preferência no momento do parto.

Perguntei a elas o motivo desse desejo e elas relataram que:

É porque faz só um resguardo só, porque aí a gente tem a criança tem um resguardo e aí depois do resguardo pra tornar ir pro hospital pra passar mais outro tempo, então eu quero fazer uma coisa só logo. (Tereza)

Porque, olha, pensa bem, a gente já sofre na hora de ter o neném, você já é cortada aí com dois, três meses voltar a cortar no mesmo lugar, de novo, é sofrer duas vezes, quando você poderia fazer uma coisa só num só dia. (Mariana)

Eu gostaria de fazer cesário porque eu quero fazer a laqueadura e aproveitava e fazia uma coisa só, era melhor pra mim. (Martha)

Até porque diminuiria mais o sofrimento e menos tempo, né, porque você se recuperaria ao mesmo tempo, você não teria que passar duas vezes por um corte. (Érica)

A associação entre a laqueadura tubária e o parto cesariana se tornou freqüente no Brasil por vários motivos, um deles, é como apontam estas interlocutoras, com fins a evitar o sofrimento de passar por dois procedimentos médico-cirúrgicos.

Esta percepção reside no fato dos partos cirúrgicos terem se tornado, ao mesmo tempo, fatores determinante e decorrente da prevalência da laqueadura tubária (DALSGAARD, 2006). Determinante porque segundo recomendações médicas uma mulher que passasse por três cesarianas deveria ser esterilizada para evitar os riscos de uma gravidez subsequente e, decorrente porque, conforme Berquó & Cavenaghi (2003), a ilegalidade da realização da laqueadura tubária como método de contracepção fez com esta fosse camuflada via realização de partos cesarianos.

A prática da esterilização cirúrgica era considerada como ilícito penal, enquadrava-se no Artigo 129 do Código Penal. A Lei não proíbe explicitamente a esterilização, mas proibia a mutilação física. Logo, a esterilização era considerada como uma lesão corporal porque este processo provoca a perda ou inutilização de um membro ou função. Além disso, o Código Brasileiro de Ética Médica condena a esterilização, a não ser em casos excepcionais como risco de vida da mulher gestante. Como já fiz referência, mesmo como as proibições legais esta prática cirúrgica difundiu-se amplamente nas décadas 1980 (VERAS, 2006; SCAVONE, 2004).

Segundo Ávila (1994), a não intervenção estatal no que se refere ao planejamento familiar favoreceu a ação de agentes privados que aplicaram medidas de controle demográfico através de programas de planejamento familiar extra-oficiais, ocasionando a prática da laqueadura sem critérios, como é o caso da BEMFAM.

Atualmente, como já citei, a prática da esterilização cirúrgica voluntária, tanto masculina como feminina, não é mais ilegal. A lei 9.263/96, estabelece que ela deve ser oferecida gratuitamente pelo Sistema de público de saúde. Porém, a prática de associá-la

ao parto cesariana estabelecida durante o período marcado pela ausência de políticas promotoras de planejamento familiar, fez com que se ampliasse à associação entre laqueadura tubária e parto cesariana, se tornando uma prática comum e atingindo elevadas taxas³¹.

Encontrei nos relatos de algumas mulheres a afirmação de que engravidaram para se submeterem à cirurgia de esterilização. Conforme declara a Sr.^a Tereza:

Dessa gravidez aqui foi bem planejada mesmo, eu engravidei porque essa aqui agora é pra cortar, ter mais esse agora pra poder ligar.
Então a senhora tá me falando que engravidou justamente pra fazer a laqueadura?
É. (Tereza)

Um outro motivo que leva as mulheres a desejarem a cesariana é a experiência negativa com o parto vaginal, algumas mulheres reclamam que não foram bem tratadas, como relata a Sr.^a Érica:

Foi um pesadelo. Não pelo médico que fazia o parto, mas pelos atendentes, né, porque eles não auxiliam, eles dão pouco caso pra situação das mulheres que tão lá. Daquele ali [o segundo filho] eu quase tive ele na sala de espera e eu tive que puxar ele com as mãos. Mas desse daqui [o primeiro filho] eu perdi muito sangue, eu já tava perdendo sangue até demais e eles não me assistiram logo, né, e eu perdi muito sangue dele [...]. A partir do momento que você entra pro segundo andar [seu parto foi realizado no HUMI], você chega vai fazer o toque que isso é uma agressão, que eu acho é uma agressão muito grande esses toques que eles fazem que eu, acho, que não tem sentido eles te enfiarem completamente quase que o braço todo pra fazer um simples toque, né, que isso já é uma agressão e eles não te avalizam direito, né, eles te largam lá e na hora que eles acharem que devem te levar lá para sala de parto eles levam. (Érica)

Dalsgaard (2006) registrou que, no Hospital Universitário do Recife, há um descaso com a *parturiente* no momento do parto vaginal. Relata que algumas funcionárias fazem críticas à mulher que não faz a depilação dos pêlos pubianos antes do momento do parto, médicos e enfermeiras entram e saem da sala de parto sem cumprimentar suas *pacientes*, sempre existe uma multidão de alunos na sala de parto fazendo com que as mulheres sintam-se sem privacidade. Logo, a autora conclui que, para muitas mulheres, o parto cesariana é uma forma das mulheres sentirem que foram bem tratadas.

A Sr.^a Érica expõe o seu ponto de vista, acreditando que o seu parto poderia ter sido via cirurgia de cesariana e, ainda, ter sido associado à laqueadura tubária:

³¹ Segundo Giffen (2002), as taxas de partos por cesariana, no Brasil, tiveram um índice de 36% em 1996, uma das taxas mais altas do mundo.

Eu acredito que poderia ter dado pra mim ligar, pelo fato dele ter nascido muito grande e pesado, né, que foi mais dificultoso pra nascer, mas como eles sempre dão preferência a parto normal, né, aí fizeram normal. (Érica)

Embora as mulheres afirmem que desejam associar o parto cesariana à laqueadura, as funcionárias do PPF esclarecem ao público que o HUMI não faz a cirurgia de laqueadura tubária no momento do parto, pois a lei 9.263/96 que regulamenta o planejamento familiar no Brasil estabeleceu o critério de que a esterilização cirúrgica feminina só pode ser realizada 42 (quarenta e dois) dias após o parto, salvo casos de problemas de saúde da parturiente. Elas explicam ainda que a cirurgia laqueadura de tubária é feita pela técnica de *Pomeroy*³² onde se faz um pequeno corte próximo ao umbigo ou próximo a parte baixa do ventre, logo não é preciso fazer parto cesariana para obter a laqueadura das tubas uterinas.

A proibição da realização da esterilização cirúrgica feminina no momento do parto busca controlar o abuso de partos cesáreos no país, é uma tentativa do governo brasileiro reverter uma situação que se caracterizou durante os seus anos de ilegalidade dessa prática.

5.2 Número reduzido de filhos devido ao uso de esterilizações cirúrgicas feminina, é um problema? Para quem?

No decorrer deste trabalho mencionei várias vezes a lei que regulamenta o planejamento reprodutivo no Brasil, entretanto, deixei para citá-la e comentá-la somente neste item porque tratarei como tem se dado a sua efetivação.

Como venho apontando, o país avançou em termos de princípios e diretrizes no que diz respeito aos direitos reprodutivos. A Constituição Federal (1988) em seu artigo 226, parágrafo 7.º garante que é um dever do Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício do planejamento reprodutivo. O referido artigo constitucional foi regulamento oito anos depois, em 1996, por meio da lei 9.263/96.

³² Segundo informa Ribeiro in: *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* (2002), a técnica de Pomeroy é a habitualmente utilizada para a esterilização tubária, danificando aproximadamente 3 cm da porção istmo-ampolar da tuba. O anel de Sylastic é opção fácil e foi muito utilizada para esterilização videolaparoscópica na década de 1970, destruindo 3 cm da porção ístmica (ou ampolar) da tuba. Atualmente, a técnica videolaparoscópica utiliza tanto coagulação com corrente bipolar quanto cliques de 4 mm de largura, danificando até 2 cm de cada tuba. Ocasionalmente pode ser necessária a utilização de múltiplos cliques ou coagulação bipolar para controlar sangramentos, aumentando a área lesada.

Assim, esta lei garante, dentre outros direitos³³, o acesso à esterilização cirúrgica voluntária de mulheres e homens em hospitais públicos e tem como ponto central o parágrafo 10.º, inciso I, que diz:

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. (Grifo meu)

Este parágrafo chegou a ser vetado, mas em agosto de 1997 conseguiu-se derrubada o veto do Presidente a esta lei.

Dessa forma, a aplicação da regulamentação do planejamento reprodutivo, no Brasil, é bastante recente. A maioria dos hospitais públicos passou a atuar regido por esta regulamentação somente a partir do ano de 2000. No caso do HUMI, a oferta de cirurgias de esterilização voluntária, conforme reza a regulamentação, começou a ser oferecida somente a partir do no ano de 2002.

Se a aplicação da regulamentação é recente, conseqüentemente são poucos os estudos que analisam os impactos de sua implantação sobre o planejamento familiar e as práticas reprodutivas, especialmente, no que diz respeito à prática da esterilização cirúrgica voluntária. Como, também, são restritos os estudos que constatarem se os direitos de homens e mulheres, contidos na lei, têm sido satisfeitos.

Uma das primeiras iniciativas foi a pesquisa de Berquó & Cavenaghi (2003) realizada em seis capitais pertencentes às cinco regiões brasileiras. A cidade de São Luís não fez parte do referido estudo.

Embora, aqui já exista um estudo que tratou da importância da educação sexual, oferecida pelas palestras do PPF do HUMI, para a saúde das mulheres (DIAS, 2002); a

³³ Diz o **Parágrafo único** da lei 9.263/96: As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no **caput**, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção; II - o atendimento pré-natal; III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis; V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

primeira referência à aplicação da nova regulamentação do planejamento reprodutivo nesta unidade hospitalar está sendo feita por este estudo.

No PPF do HUMI, apesar da garantia constitucional e da sua regulamentação, as pessoas, que procuram este serviço, têm encontrado dificuldade de acesso aos recursos e métodos contraceptivos, há constantes falhas na relação de oferta e procura dos medicamentos. A seguir irei expor uma série fatos e relatos que apontam a ineficácia da efetivação da política pública de saúde reprodutiva, neta unidade hospitalar.

Nos meses em que estive fazendo as observações de campo, as profissionais do setor me informaram que o Programa não dispõe de todos os métodos contraceptivos. É oferecido apenas: o preservativo masculino (são fornecidos apenas nove por pessoa ao mês), o preservativo feminino (um por paciente), os hormônios orais (fornecido mensalmente), os hormônios injetáveis (fornecido mensalmente ou trimestralmente), o DIU (que tem validade de 10 anos) e as esterilizações cirúrgicas³⁴ (o hospital não oferece a cirurgia de reversão).

Segundo o que uma profissional respondeu no questionário que apliquei: “recebemos mensalmente 1.728 preservativos masculinos que terminam antes do final do mês. Esse total é distribuído somente para 192 usuárias e temos sempre uma demanda reprimida. Há pouca procura pelo preservativo feminino e nem sempre o programa tem para disponibilizar, falta muito”.

Cheguei a presenciar o dia em que uma usuária de 23 anos veio ao PPF do HUMI tomar o seu medicamento hormonal injetável. Ao apresentar a sua *carteira de planejamento familiar* dizendo que usava hormônio injetável, foi informada que o medicamento estava em falta. Como não havia o contraceptivo que ela necessitava recebeu da profissional nove preservativos masculinos, saiu dizendo “vou levar as camisinhas, mas vou ter que dar um jeito de comprar a *misegyna*, pois não posso interromper o uso, logo agora que estou trabalhando, não, não... já estou satisfeita com os meus dois filhinhos!”.

A Sr.^a Meridiana relata que tem tido dificuldade de obter o contraceptivo injetável:

A injeção eu tô tendo que comprar porque quando eu fiz o cadastro aqui não tinha remédio, aí, eu pedi pra ela passar outro, aí quando eu fui era pra comprar, aí, eu

³⁴ A cirurgia de esterilização voluntária masculina é feita no Ambulatório de Litotripsia que fica no anexo do Hospital Dutra, este setor foi inaugurado no ano de 2005.

comprei, aí, quando eu voltei aqui de novo pra mim receber, ela disse que eu tinha que marcar novamente uma consulta, aí como eu tenho a minha filha pequena e não tem com quem deixar elas duas [...] Eu cheguei a comprar na farmácia popular, lá é R\$ 26,00, mas fica muito difícil pra mim, porque só meu esposo que trabalha, a gente já não mora na casa da gente, não mora em casa própria, aí pra usufruir de um salário mínimo todo mês com duas crianças, dois adulto, não dá. Pra quem ganha R\$ 400,00? Tem o leite das crianças, tem água, luz, telefone, tudo isso, então eu quero uma anticoncepcional que eu possa usufruir pelo público, pelo sistema de planejamento. (Meridiana)

Uma das médicas deste Programa relatou, em entrevista, que é difícil manter a continuidade do uso de um mesmo contraceptivo hormonal devido as constantes faltas:

A continuidade de um tratamento com anticoncepcional nem sempre nós podemos garantir, um mesmo medicamento que foi oferecido há dois, três meses atrás, é difícil que a paciente consiga manter esse medicamento. Então, às vezes elas voltam e nós não temos o mesmo, temos que trocar o medicamento. (Médica do PPF do HUMI)

Esta profissional na seqüência da entrevista informou, ainda, que a dificuldade de conseguir o método contraceptivo coloca a usuária numa situação de incerteza o que pode leva-a, futuramente, a optar pela laqueadura tubária:

O fato de ter que trocar o medicamento ou então elas não se adaptam a um e tem que ser feito outro e nem sempre nós temos disponível esse outro e a laqueadura é definitiva, quer dizer menos riscos, menos custos [...] Quer dizer ela não precisa tá com aquele retorno constante, apesar de que a laqueadura precisa cuidar da sua saúde ginecológica, mas é diferente de quem toma anticoncepcional que a cada três meses ela precisa tá retornando pra buscar os medicamentos, se ela apresenta qualquer contra indicação às vezes nós não temos como atender essa paciente. Então a laqueadura, não. A paciente iria uma só vez, faria o procedimento e estaria livre daquela preocupação, muitas delas não têm condições, lá é um hospital público, a população é carente, não tem condições de comprar o medicamento na farmácia, então é a maior causa. Quer dizer é oportunidade de fazer um método definitivo aliado a própria situação social e econômica, ela não tem condição de manter aquele medicamento. (médica do PPF do HUMI)

Quanto aos Métodos contraceptivos a coordenação do PPF do HUMI, informou que nem todos são fornecidos pelo Ministério da Saúde:

São fornecidos pelo Ministério da Saúde e as parcerias, a principal fonte de fornecimento, que são os laboratórios. São com os laboratórios que eu consigo amostra grátis dos variados anticoncepcionais [...] Só DIU é completamente fornecido pelo ministério da saúde. (Coordenação do PPF do HUMI)

A questão que mais se evidenciou quanto às falhas na oferta dos métodos contraceptivos diz respeito aos métodos cirúrgicos. Segundo o que informa o já citado inciso I do parágrafo 10 da lei 9.263/93, o critério para ser realizada a cirurgia de esterilização voluntária é que *homens e mulheres devem ser maiores de vinte e cinco anos*

de idade ou, pelo menos, tenham dois filhos vivos. Entretanto, o HUMI exige os dois critérios.

Berquó & Cavenaghi (2003), também, destacam que a interpretação incorreta, da referida lei, mais comumente encontrada é a combinação dos dois critérios sobre idade e número de filhos, onde o critério de 25 anos “ou” dois filhos é substituído por 25 anos “e” dois filhos, exceto em casos de risco de vida da gestante.

A exigência dos dois critérios, em vez de um ou outro, acaba por inviabilizar ou adiar o acesso à cirurgia de esterilização a qual é tão almejada. No PPF do HUMI, presenciei com bastante freqüência a presença de mulheres maiores de 25 anos de idade que se encontram grávidas da/o segunda/o filha/o e que não puderam dar a entrada no pedido de laqueadura por não terem, ainda, dois filhos vivos. Como é o caso da Sr.^a Mariana, com 30 anos de idade, que se encontrava na segunda gestação e foi avisada que só poderia dar a entrada no pedido de esterilização cirúrgica depois que o seu filho nascesse. Ela se sentiu injustiçada, principalmente, porque pretendia que realizassem a laqueadura tubária no momento do seu parto:

Agora eu acho um absurdo eles quererem que a gente ligue só com dois filhos, quer dizer eles estão praticamente induzindo a mulher a ter mais um parto, ou seja, mais um filho pra poder liberarem pra poder ligar, eu acho isso um absurdo.(...) Eu só fiquei indignada com isso, né, porque essa é uma opção minha, uma questão minha que eu queria ligar e eu pensei que vinha aqui e ia ter resultado, mas pelo visto não obtive resultado nenhum. (Mariana)

Um outro caso foi o da Sr.^a Dalva, com 24 anos de idade, grávida da quarta filha, que, também, foi informada acerca da impossibilidade de requerer a laqueadura tubária porque lhe exigiram os dois critérios. Também presenciei o dia em que um homem declarou ter 40 anos e que queria fazer a vasectomia, porque a sua esposa tinha hipertensão e não podia mais tomar a pílula anticoncepcional, o mesmo foi informado da impossibilidade de fazer o requerimento desta cirurgia porque tinha apenas um filho.

Junto à coordenação do Programa busquei compreender porque são exigidos os dois critérios, para a execução da cirurgia de esterilização voluntária. A profissional de saúde declarou que:

Se cai em duas situações, porque às vezes se você olhar só por um lado a paciente vai dizer já tenho 25 anos, não tem filho e quer ligar. Será que isso é permissível? Para um obstetra não se pode viabilizar isso, ou então ela tem 15 anos e já tem dois filhos. Eu já peguei paciente com 16 anos com dois filhos e ela quer ligar, mas é saudável? 16 anos! Com 25 anos ela tá com outro parceiro e quer engravidar. Então, no Materno

Infantil a gente tenta arrumar um pouco a lei por causa dos casos que nós temos. Quer dizer tem menina com 11 anos engravidando, com 13 ela já pode ter outro e com 15 outro. Aí então com 15 anos ela já pode ter 3 filhos, isso existe. Isso é um fato. Então, você vai ligar uma paciente dessa? Até que ponto? Ah mas a mãe chega, como já chegou paciente: “ah, mas minha mãe, na época, eu tinha 14 anos me obrigou ligar”. Eu tenho uma paciente que hoje ela tem por volta de 30 anos e ela tem só um filho e ela foi na tentativa de fazer uma recanalização. Por que? Porque ela chegou revoltadíssima que quando ela tinha 14 anos, ela teve um filho e a mãe obrigou que ela fizesse a cesariana pra ligar porque ela foi altamente inconseqüente, então como ela era menor de idade na época, a mãe teve essa autoridade sobre ela. Então, é por causa disso, é muito mais fácil o hospital lidar com uma paciente com 25 anos que já tenha no mínimo dois filhos que é pra não comprometer a vida reprodutiva dessa paciente (coordenação do PPF do HUMI).

Segundo esta profissional, se o HUMI atender a um critério ou a outro, as mulheres (nunca os homens) tendem a se esterilizarem muito jovens e vir a se arrepender futuramente. Mas, teria uma profissional de saúde o poder de decidir acima da vontade da/o paciente? O que é ser jovem? O que é arrependimento? Sabe-se que estas percepções variam de contexto social para contexto social. E o caso da Sr.^a Mariana que não se enquadra na categoria “jovem”, pois tem 30 anos de idade? Esta usuária, mesmo, declarando que a decisão de fazer a laqueadura tubária era uma opção sua, foi inviabilizada de requerê-la.

Embora, este caso seja explicado pela própria lei 9.263/96 que foi modificada, por meio da portaria n.º 48 em 29 de fevereiro de 1999, a qual passou a definir que a cirurgia de laqueadura tubária só pode ser realizada 42 dias após o parto. A usuária foi impossibilitada de dar a entrada no requerimento da cirurgia de esterilização porque para isto seria necessária a certidão de nascimento dos dois filhos.

Diante os fatos observados, o que pude constatar é que os critérios exigidos no HUMI restringem muito mais o acesso às esterilizações cirúrgicas do que a própria lei.

Por exemplo, a lei exige o prazo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para que, neste período, seja propiciado à pessoa interessada serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar. Entretanto a lei não especifica o número de sessões de aconselhamento que a pessoa deve assistir. O PPF do HUMI requer que sejam assistidas duas sessões, salvo os casos de mulheres que estejam passando por uma gravidez de alto risco.

Além de assistir a duas sessões de aconselhamento, de ser exigido os dois critérios idade e número de filhos, o pedido de esterilização cirúrgica, ainda, devem ser assinado

pela/o médica/o ginecologista para depois serem encaminhados à *Comissão de ética médica* do HUMI, a qual se reúne apenas uma vez por mês. Cabe ressaltar que, segundo me informou uma profissional, o envio do pedido à *Comissão de ética* é exigido apenas nos casos de laqueadura, os casos de vasectomia não precisam passar pela *Comissão*.

Relata a profissional do HUMI:

Embora não tenha um tempo bem definido, para se conseguir uma vasectomia é bem mais rápido em relação à laqueadura tubária, basta que o usuário assista às palestras no PPF e após isso é encaminhado ao urologista no Hospital Presidente Dutra, que o encaminha para fazer os exames pré-operatórios e marcar o procedimento cirúrgico. Não é necessário enviar a documentação para a Comissão de ética para obter a autorização. (Funcionária do PPF do HUMI)

De acordo com essa declaração, a esterilização cirúrgica feminina, método amplamente solicitado, tem seu acesso mais dificultado em relação à vasectomia. Isto configura uma desigualdade de atendimento quanto ao gênero.

No Hospital Universitário há uma clara divisão de atendimento com relação às especificidades de gênero. A Unidade *Materno Infantil* é para atender as mulheres e o setor de Litotripsia (anexo da Unidade *Presidente Dutra*) é para atender aos pacientes com problemas urológicos e desejo de vasectomia, no caso os homens.

Perguntei à coordenadora do PPF do HUMI se este Programa era para atender ao casal, ela me respondeu que:

Não. Deveria ser. Mas, o foco é a mulher. Só que desde as palestras elas são abertas para o homem e para a mulher. Agora a consulta é para a mulher, mas isso não quer dizer que o homem não possa acompanhá-la. Mas, não se tem um trabalho assim voltado para o homem, assim: eu vou consultar o parceiro sozinho, não. Ele querendo vir para conhecer os métodos, acompanhar a parceira ele pode tá presente, mas não existe aquele trabalho específico para o homem.

As mulheres que demandam por laqueadura tubária esperam, em média, 90 (noventa) dias ou mais, segundo o que informam as funcionárias do PPF do HUMI.

Há o caso da Sr.^a Érica. Entrei em contato com ela na primeira palestra que assisti, no mês de março de 2007, voltei a vê-la no mês de maio, ela já estava com nove meses de gravidez e ainda não tinha conseguido sequer entrar com o pedido de laqueadura tubária porque o seu médico ginecologista se recusou a assiná-lo. Quando eu a entrevistei, em agosto, o seu filho ia completar três meses de idade e ela havia desistido de tentar fazer a laqueadura pelo HUMI:

Não deu certo. Porque o médico, né. O médico com quem eu tava fazendo o pré-natal, ele não assinava o termo, né, ele não permitia [...] Eu acho que é até ter uma falta de ética do próprio médico ter se recusado a me atender nos direitos que eu tenho, né, de fazer essa laqueadura [...] É um direito meu. Justamente várias outras pessoas gestantes procuraram a diretoria que no caso tá tendo o maior problema por causa disso, por que ele não queria dar essa permissão e aí eu não sei como é que ficou depois [...] eu não pude mais ir lá até pra gente ir atrás dessa outra médica que assinava [...] agora minha mãe tá tentando conseguir em outro hospital. (Érica)³⁵

Por outro lado, os homens encontram menos obstáculos para se submeterem à cirurgia de vasectomia. Cabe citar o caso do Sr. Fábio, 26 anos e que tem dois filhos. Tive contato, no mês de maio de 2007, quando ele estava assistindo à palestra do PPF do HUMI, na companhia da sua esposa e declarou que objetivava fazer a vasectomia. Não consegui entrevistá-lo. Mas, depois, por volta do mês de novembro de 2007, entrei em contato por telefone, falei com a sua esposa e perguntei se ele já havia realizado a cirurgia. Ela me respondeu que sim. Eles assistiram a uma palestra no PPF no mês de maio e outra no de junho de 2007, ainda em junho ele entrou com o pedido para realizar a vasectomia e neste mesmo mês se submeteu à cirurgia de esterilização, o médico, ainda, lhe disse que até aquele momento somente havia realizado três cirurgias de vasectomia no ano.

No mês de setembro conversei com a recepcionista do Setor de Litotripsia do HU e ela me falou que o perfil das pessoas que se submetem a cirurgia de esterilização masculina são homens jovens e que geralmente estão preocupados com suas esposas, as quais têm problemas de saúde e não podem mais passar por uma nova gravidez, ela me informou, ainda, que para os meses de setembro a dezembro de 2007 já estavam agendadas nove cirurgias de esterilização masculina.

A facilidade de acesso à vasectomia, provavelmente, se deve ao fato de ter menos demanda, por ser um procedimento cirúrgico realizado em ambulatório e por ser executada pelos residentes de medicina.

Berquó & Cavenaghi (2003, p. 449), também, encontraram em sua pesquisa a desigualdade de acesso da esterilização cirúrgica feminina em relação à masculina e argumentam que essa disparidade deve ser “tomada em consideração no momento da

³⁵ A laqueadura tubária é para muitas mulheres é uma forma de diminuir um peso econômico com outras pessoas, principalmente, mães e sogras. As mães/avós tendem a ser beneficiadas se suas filhas regulam a sua fecundidade, pois com uma prole reduzida, as filhas, tendem a retribuir suas mães aos cuidados e atenção outrora recebidos. Em muitos casos, como no da Sr.^a Érica, são as mães que motivam suas filhas a fazerem a laqueadura tubária.

organização do Sistema de Saúde, se melhor qualidade e acesso aos serviços devem ser oferecidos indiscriminadamente a todos os usuários”.

Como venho expondo, no decorrer deste estudo, as/os usuárias/os do PPF do HUMI constroem as suas demandas contraceptivas, primeiramente, no âmbito da dinâmica das negociações entre os parceiros conjugais, as quais são permeadas pelo poder e onde fica estabelecido que são as mulheres (e não os homens) as principais responsáveis pela contracepção. Posto isto, elas direcionam as suas escolhas tendo em vista a praticidade que o método contraceptivo possa lhes oferecer, isto é, elas almejam um método que não lhes exija a vigilância constante, que não lhes cause efeitos colaterais e que não precise de tantos retornos ao hospital. Diante destas aspirações, a laqueadura tubária, aparece como o método anticonceptivo ideal. Entretanto, como pôde ser verificado as mulheres, principalmente as de baixa renda, que é o caso das usuárias do PPF do HUMI, enfrentam dificuldade de acesso à esterilização cirúrgica e aos demais métodos reversíveis.

Esta dificuldade de acesso significa que mesmo existindo uma regulamentação do planejamento familiar no Brasil, mesmo existindo projetos e programas para a sua aplicação, há falha na sua efetivação. Faltam recursos, não há capital financeiro suficiente destinado a essas políticas de saúde reprodutiva e como resultado aparecem as contradições. São as mulheres menos privilegiadas economicamente, justamente as que mais precisam dessa assistência pública, as que têm as suas escolhas e decisões inviabilizadas; são os homens, mais que as mulheres, os que têm acesso à esterilização cirúrgica e ainda faltam recursos humanos capacitados para lidar com essas contradições.

Diante deste quadro cabe questionar sob quais condições estas mulheres têm que tomar suas decisões, daí a ineficiência da política pública de saúde reprodutiva ser um dos fatores determinante na opção pela laqueadura tubária devido à parca oferta dos métodos reversíveis, mas não é o único. Portanto, em vez de procurar responder se regular o número de filhas/os por meio de um procedimento cirúrgico é um problema ou não, a minha intenção foi a de apresentar a versão das mulheres. Por traz da opção de submeter-se a uma intervenção cirúrgica, de transformar seus corpos, existe a necessidade de regular o número de filhas/os para melhor gerir suas vidas.

As escolhas que estas pessoas têm que fazer as tornam, ao mesmo tempo, passivas, pois precisam regular a sua fecundidade para obterem a aprovação social e o status de mães e pais responsáveis, e, ao mesmo tempo atuantes porque o desejo de obter este status

as/os motivam para obtê-lo. Como argumenta Foucault (1999, 2004) os corpos individuais são disciplinados para se tornarem úteis, mas esta mesma força que recai sobre os corpos não os impedem de atuarem. Assim, o poder não é apenas coercitivo, é, também, um poder produtivo que produz sujeitos atuantes para fazerem algo em prol da melhoria de suas vidas.

Para o universo pesquisado, a contracepção medicalizada, em especial, a esterilização cirúrgica feminina é muito mais que a escolha por um método de contracepção, é uma forma de viabilizar projetos, como por exemplo, de inserção da mulher no mercado de trabalho e de ascensão social, para assim melhor assistir suas/seus filhas/os. Ou seja, é um meio de proporcionar o que é entendido como uma *vida melhor*.

6 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO

Neste estudo sobre as práticas reprodutivas das/os usuárias/os do Hospital Universitário Materno Infantil indiquei a necessidade de considerar essas práticas além do simples uso de tecnologias de regulação da fecundidade, entendendo que elas estão envolvidas por uma complexa teia de relações entre desejos individuais, negociação conjugal, projetos pessoais e profissionais para todo o núcleo familiar, como, também, a centralidade que as/os filhas/os têm para as/os mães/pais.

Os relatos das/dos usuárias/os do PPF do HUMI possibilitam compreender que estas pessoas desejam controlar a sua fecundidade tendo em vista a necessidade de adequar o número de filhas/os à remuneração que dispõem, de modo a propiciar a estas/estes educação formal, alimentação e enfim, buscam atender seus ideais de consumo e daquilo que consideram uma *vida melhor*.

Destacou-se, nessa perspectiva, que a organização familiar destas pessoas não se constitui apenas na reunião de esforços para se obter recursos econômicos, mas envolve afeto, sonhos e desejos. A dimensão afetiva mostrou-se amplamente valorizada. As mulheres, principalmente, mostram-se preocupadas com o controle do número de filhos para melhor vivenciarem os momentos de lazer com seus parceiros. Entretanto, apontaram, que mesmo existindo um maior envolvimento dos homens com o cuidado das/os filhas/os são elas as principais responsáveis pelas atividades domésticas e pela contracepção. Estas mulheres relataram, ainda, a necessidade de maior companheirismo por parte de seus parceiros. Revelando, assim, neste estudo, uma divisão de trabalho organizada de forma desigual, no contexto de uma artificial separação das esferas de ação em relação aos trabalhos domésticos, e de reprodução da família.

O planejamento reprodutivo foi apontado, nos discursos, como necessário para se viver melhor, e, no centro destas aspirações aparecem as/os filhas/os como uma dimensão que confere sentido à vida das mães e dos pais, tal como disse o Sr. João *a casa já tava precisando de uma criança*. Entretanto, para muitos dos/as entrevistados/as, suas/seus filhas/os não podem ser numerosos, justamente para *melhor cuidar delas/es*.

Tal como destacam os estudos de Ariès (1981), Freire Costa (2004), Badinter (1985), Rohden (2003) e Venâncio (1997), nem sempre a criança gozou de atenção central das mães e dos pais. E, assim aponte que a atual centralidade que as/os filhas/os assumem na constituição dos núcleos familiares é resultado, em parte, de uma política estatal desenvolvida em fins do século XIX e início do século XX que, como citam Freire Costa (1994) e Rohden (2003, p. 38), ampliou a atuação médica a qual disseminou ideais, tais como: *só o casamento saudável poderia garantir que a espécie se reproduzisse de maneira “adequada”, O modelo de família previsto e adequado à construção de uma moralidade pública Tratava-se da família sem inúmeros agregados que tinha uma habitação própria e não morava nos cortiços sem privacidade.* Estas ações fizeram parte de um projeto estatal de modernização do Brasil, no qual a família tinha um papel central.

Nesse contexto houve a redefinição dos papéis de mães e pais, incentivada pelas políticas, da chamada Era Vargas, de valorização da maternidade e da infância com a criação de várias medidas que garantiu a sua proteção. E assim foram surgindo leis e programas sociais como, o *Programa Nacional de Paternidade Responsável* em 1978, reforçando a idéia de que pais e mães devem ser responsáveis pelas/os filhas/os.

A partir dos relatos pude perceber que uma das principais atribuições sociais de mães e de pais é representada como, a capacidade de regular o número de filhas/os para melhor mantê-las/os, o que segundo as/os entrevistados é ser *responsável*. Uma vez exposto isto, argumentei que as representações constroem posições de sujeitos e produzem identidades e foi com base nos estudos de Foucault (2000), ao destacar que os sistemas jurídicos de poder produzem os sujeitos que, subsequentemente, passam a representar, que aponte que a representação da *responsabilidade* foi produzida discursivamente pelas políticas públicas de assistência à família.

Ao entender que os sujeitos deste estudo são motivados por aspirações subjetivas, projetos de ascensão social e pelo cumprimento de suas atribuições sociais para regularem a sua fecundidade, pude apreender os meios e os conhecimento que eles detêm para fazer isto.

O aprendizado, das/os interlocutores sobre a reprodução se constrói, primeiramente, no contexto familiar em meio a informações que devem ser conhecidas e não conhecidas, sobretudo, no âmbito de divisão social de gênero. Os homens declararam que não foram

educados para prevenção contra a gravidez e a educação que as mulheres receberam, em geral, aparece mais como “informativa” fundamentada no aconselhamento e destacando, sobretudo, o medo da possível ocorrência da gravidez.

As palestras oferecidas pelo PPF do HUMI não transformam as experiências que elas/eles têm de si e que as suas representações sobre a concepção e a contracepção passam, em parte, pelo o que informa o discurso médico. Isto foi visível quando citaram o útero, ovário, espermatozóide e hormônios, mas estas não são as únicas; a percepção do corpo que reproduz como, também dos métodos para evitar uma gravidez, passa, também, por referência e idéias mais correntes no grupo social ao que estas pessoas estão inseridas.

Nas relações conjugais, estas pessoas tendem para práticas mais próximas dos ideais de modernidade, tal como o trabalho remunerado de algumas das mulheres e o compartilhamento entre homens e mulheres da provisão do núcleo familiar. Mas, por outro lado, mantêm práticas que resultam de experiências comuns a gerações antecedentes. Dentre a maioria das/os usuárias/os de contracepção reside a percepção de que a responsabilidade pela contracepção é uma incumbência das mulheres.

Um importante destaque diz respeito às aspirações e aos projetos de regulação da fecundidade que esbarram na pouca efetivação das políticas públicas de saúde reprodutiva. O PPF do HUMI, não cumpre na íntegra a lei n.º 9.263/96 que regulamenta o planejamento familiar. A aplicação da lei é feita sob a livre interpretação do profissional de saúde, o qual acredita que não é adequado se esterilizar uma pessoa menor de 25 anos de idade, acreditando, nestas condições, que a pessoa é jovem demais para fazer uma cirurgia praticamente irreversível.

Frente à postura da/o profissional, questionei a quem cabe o direito de decidir sobre o que se deve fazer com o seu corpo? Com a sua própria vida? Destas perguntas, mais do que respostas antevejo muitos outros questionamentos que implicariam numa ampla discussão sobre o Saber-Poder que se estabelece como definidor em nossas existências. Será tarefa para um outro estudo.

O fato que se tornou mais visível, neste estudo sobre práticas reprodutivas, é que as desigualdades entre os gêneros perpassam por todas as relações que as envolvem. Desde a educação que é recebida na família desresponsabilizando os homens da preocupação com a contracepção e incumbindo às mulheres esta atividade, continuando nos relacionamentos

conjugais, nos quais há pouco compartilhamento no cuidado com os filhos e nas responsabilidades domésticas e reprodutivas, chegando ao hospital, pois o próprio Programa de Planejamento Familiar do HUMI é destinado às mulheres, como declarou a coordenação, e não ao casal. E estas desigualdades desrespeitam até aos direitos reprodutivos das mulheres, pois o acesso à laqueadura tubária é muito mais cheio de empecilhos do que o acesso à vasectomia.

O que se tornou mais satisfatório na construção deste estudo foi o contato que fiz com o rico mundo das experiências vividas. Foi, para mim, muito relevante dar voz às pessoas e empenhar-me no esforço de descrevê-las e compreendê-las. Por meio dos seus relatos apresentei o que as tornam singulares na busca pelo acesso à contracepção e, ao mesmo tempo, diversas, pois cada uma tem sua própria maneira de vivenciar essa experiência.

Durante o período que estive em campo era freqüente ver mulheres que buscavam a laqueadura tubária, grávidas da/o segunda/o filha/o, isto é, eram mulheres com uma fecundidade considerada baixa e bem aceita socialmente, até que, certo dia, chegou ao PPF do HUMI uma senhora de 29 anos, que declarou ter 07 filhos/as e estar grávida do oitavo. Ela foi vista com espanto pelas demais mulheres e iria ter um *tratamento emergencial* por parte das funcionárias, pois no seu caso, não necessitaria assistir mais a segunda palestra, já que, um dos objetivos desta é fazer com que a usuária repense a opção pela laqueadura tubária para evitar futuros arrependimentos. Perguntei-lhe se ela sofria preconceito pelo número de filhos que concebera, ela respondeu *muito* e começou a chorar. Por que o caso desta Sr.^a merecia um tratamento especial? Com este questionamento sugiro que, no PPF do HUMI faltam recursos humanos mais qualificados para lidar com a diversidade.

Com o largo uso dos relatos, destes exemplos de vida, pude perceber as desigualdades entre os gêneros e as dificuldades de acesso aos meios contraceptivos. As camadas menos favorecidas economicamente são mais dependentes do Estado para ter acesso aos métodos de regulação da fecundidade e a garantia do livre exercício da sexualidade, daí a necessidade da ampliação da Política Nacional de Planejamento Familiar para melhor assisti-las.

Assim, acredito ter contribuído para alargar as discussões em torno da política de saúde reprodutiva que tem sido oferecida pelo Estado brasileiro. Apontei a partir do caso

das/os usuárias/os do PPF do HUMI, que esta política, ainda, carece de reflexões/ações para sua melhor efetivação no sentido de superar algumas de suas falhas e garantir os Direitos Reprodutivos.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Miriam et al. **Juventude e Sexualidade**. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.

ARAÚJO, Clara; SCALON, Celi (org.). **Gênero, família e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FVG, 2005.

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ALVES, José Eustáquio Diniz. População pobreza e direitos reprodutivos. **ENCE**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em <http://www.ence.ibge.gov.br/textodiscussão/textodiscussao.html>. Acesso em 10 nov 2006.

ÁVILA, Maria Betânia de Melo. Modernidade e cidadania reprodutiva. **CFEMEA**, Brasília, 1994. p.9-25.

_____. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S465-S469, 2003. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 Aug 2007. Pré-publicação.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

_____. *Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde 1996*. BEMFAM. Março, 1997.

BERQUÓ, Elaza. A família do século XXI. **Ciência Hoje**, v.10, n.58, out., 1989.

_____; CAVENAGHI, Suzana. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2003, 19 Supl. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a25v19s2.pdf>. Acesso em: 20 Jun 2007.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4.ed. São Paulo: Ática, 2003.

BONETTI, Alinne; FLEISCHER, Soraya. (org.) **Entre saias justas e jogos de cintura**. Florianópolis: Ed. Mulheres; Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2007.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 4 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

_____. **O poder simbólico**. 7 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

_____. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, Renato. (org). **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática. Coleção grandes Cientistas Sociais, n. 39, 1983. p. 46- 81.

BONZON, Michel. Amor, sexualidade e relações sociais de sexo na França contemporânea. **Revista Estudos Feministas**. Rio de Janeiro, v.3, n.1, p. 122-135, 1995.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. 31 ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

BRITO, Fausto. O Deslocamento da população brasileira para as metrópoles. **Estudos Avançados**, 20 (57), 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v20n57/a17v2057.pdf>. Acesso em 20 nov 2007.

BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha. **Mulher, casa e família: cotidiano nas camadas médias paulistas**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, Vértice, Editora Revista dos tribunais, 1990.

BUTLER, Judith P. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilizações Brasileira, 2003.

CARVALHO, Marta Lucia de Oliveira; SCHOR, Néia. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 5, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Aug 2007. Pré-publicação.

COSTA, Ana Maria. **Planejamento Familiar no Brasil**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v4/planeja.html>. Acesso em 20 jun 2007.

COSTA, Jurandi Freire. **Ordem médica e norma familiar**. 5 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

COSTA, Rosely Gosme. Reprodução e Gênero: paternidade, masculinidade e teorias da concepção. **Revistas de Estudos Feministas**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2. disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14961.pdf>. Acesso em: 02 Jul 2007.

COSTA, Tonia; Stotz, Eduardo Navarro; Grynszpan, Danielle; Souza, Maria do Carmo Borges de. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2006, vol.10, n. 20.

DALSGAARD, Anne Line. **Vida e Esperança: esterilização feminina no Nordeste**. São Paulo: Editora Unes, 2006.

DIAS, Marli de Jesus Sá. **Educação sexual de mulheres: estudo sobre a prática de um hospital-universitário**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2002.

_____. **O programa de planejamento familiar enquanto instrumento pedagógico: uma experiência do Hospital Universitário.** São Luís, UFMA, 1998.

DURKHEIM, Emile. **As Regras do Método Sociológico.** São Paulo: Martins Fontes, 1995.

FARIA, Vilmar E. Política Populacional No Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, 1992.

FERNANDES, Magda Fernanda Medeiros. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jul 2007. Pré-publicação.

FERREIRA, Mary. **As Caetanas vão à luta: feminismo e políticas públicas no Maranhão.** São Luís: EDUFMA; Grupo de Mulheres da Ilha, 2007.

FIGUEIREDO, Argelina Cheibub, TORRES, Haroldo da Gama and BICHIR, Renata Mirandola. A conjuntura social brasileira revisitada. **Novos estudos - CEBRAP**, July 2006, no. 75, p.173-183. ISSN 0101-3300. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/nec/n75/a12n75.pdf> . Acesso em: 02 dez. 2007.

FONSECA SOBRINHO, Délcio. **Estado e População: uma história do planejamento familiar no Brasil.** Rio de Janeiro: FUNAP, 1993.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: a vontade de saber.** 16 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

_____. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1993.

_____. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975 – 1976).** São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão.** 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. **Arqueologia do Saber.** 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

FRANÇA, José de Ribamar. **Saúde Reprodutiva no município de São Luís: contribuição para as políticas públicas de saúde.** São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 1997.

GEERTZ, Clifford. **Nova Luz sobre a Antropologia.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: Editora UNESP, 1993.

GIFFIN, Karen Mary. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 1991. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 Aug 2007.

HEILBORN, Maria Luiza (org.). **Família e sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

_____. BOZON, Michel et al. Aproximações socioantropológicas da gravidez na adolescência. **Horizonte Antropológico**. vol. 18 jun. n. 17, Porto Alegre, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Senso demográfico 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/20122002censo.shtm>. Acesso em 12 dez 2005.

ITABORAÍ, Nathalie Reis. Trabalho feminino e mudanças na família no Brasil (1984 – 1996): explorando relações. **Revista brasileira de Estudos Populacionais**, Campinas, v. 20, n. 2, p. 157-176, jul./dez. 2003. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol20_n2_2003/vol20_n2_2003_4artigo_p157a176.pdf. Acesso em: 02 out 2007.

LACERDA, Marisa Alves. **Perfis de demanda insatisfeita por contracepção nos municípios de belo horizonte e recife, 2002**. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. Faculdade de Ciências Econômicas – UFMG. Belo Horizonte, 2005.

LARROSA, Jorge. **Tecnologias do Eu e Educação**. In: SILVA, Tomaz Tadeu (org.). **O Sujeito da Educação: estudos Foucaultianos**. Petrópolis: vozes, 1994.

LEAL, Ondina Fachel. **Corpo e Significado: ensaios de Antropologia Social**. 2 ed. Rio Grande do Sul: Editora da Universidade, 1993.

_____. & LEWGOY, B. **Pessoa, aborto e contracepção**. [Trabalho apresentado na 9 Reunião da Associação Brasileira de Antropologia, Niterói, 1994.

LE BRETON, David. **La Sociologie du corps**. 4. ed. Paris: Quadrige/Universitaires de France, 2000.

_____. **Anthropologie du corps et modernité**. 2.ed. Paris: Quadrige/Universitaires de France, 2001.

LEITE, Iúri da Costa. Descontinuação de métodos anticoncepcionais no Nordeste do Brasil, 1986-1991. **Cad. Saúde Pública**., Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, 2003. Disponível

em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000400023&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 19 Ago 2007. Pré-publicação.

MAIOR, Heraldo Pessoa Souto. Durkheim e a família: da “Introdução à Sociologia da Família” à “Família Conjugal”. **Revista AntHropológicas**. Recife, ano 9, v.16(1), p.7-30, 2006. Ed.Universitária da UFPE.

MARTIN, Emile. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINS, Ana Paula Vosne. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Estudos Feministas**. Florianópolis, v.7, n.3.p.645-665. UFSC, 1999.

MATOS, Maria Izilda Santos de; Soihet, Rachel (org.). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora UNESP, 2003.

MINAYO, Maria Cecília. S. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Definidos os valores dos contraceptivos no "Aqui tem Farmácia Popular"**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=31877. Acesso em: 15/06/07.

OSIS, Maria José Martins Duarte PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública** v.14 supl.1 Rio de Janeiro,1998.

_____.Conseqüências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 Ago 2007. Pré-publicação.

QUADROS, Marion Teodósio. **Homens e a Contracepção: práticas, idéias e valores masculinos na periferia de Recife, 2004**. Centro de Filosofia e Ciências Humanas - UFPE. Recife, 2004.

RAMIRES, Vera Regina Röhnelt. **O exercício da paternidade hoje**. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos tempos, 1997.

RÊGO, Adriana. **Discurso sobre sexualidade em estudantes Universitárias de São Luís-MA**. Universidade Federal do Maranhão, 2006.

RIBEIRO, Sérgio Conti et all. Laparoscopic Tubal Anastomosis: Preliminary Results. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2002, vol.24, n. 5, ISSN 0100-7203.

ROHDEN, Fabíola. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio do século XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

_____. A construção da diferença sexual na medicina. **Cad. de Saúde Pública**. v.19, supl.2, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 jun 2007.

SALEM, Tânia. O casal igualitário. **RBCS**, n.9, vol. 3, fev, 1989.

_____. “Homem...já viu, né?”: representações sobre sexualidade e gênero entre homens de classe popular. In: HEILBORN, Maria Luiza (org.). **Família e sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

SCAVONE, Lucila (org.). **Tecnologias Reprodutivas: gênero e ciência**. São Paulo: Editora UNESP, 1996.

_____. **Dar e cuidar da vida: feminismo e Ciências Sociais**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

_____. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2001. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista8/ensaio3.pdf>. Acesso em: 19 ago 2007.

SEMPRINI, Andréa. **Multiculturalismo**. Florianópolis: EDUSC/VERBUM, 1997.

SERRYA, Suzanne. **Mulheres esterilizadas: submissão e desejo**. Belém: Universidade Federal do Pará, 1996.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL – BEMFEM. **Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil no Nordeste**. Rio de Janeiro: BEMFEM, 1994.

_____. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996 (PNDS 1996)**. Rio de Janeiro: BEMFEM, 1997.

SOUSA, Guaraci Adeodato Alves de. A formação de proles e a criação de filhos na Bahia. In: Ribeiro, Ivete et al. **Família em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira**. São Paulo: Loyola, 1995.

SOUSA, Sandra Maria Nascimento. **Mulher e Folia: a participação das mulheres nos bailes de máscaras do carnaval em São Luís, nos anos 1950 a 1960**. São Luís: Plano Editorial SECMA/Lithograf, 1998.

_____. SEXO E GÊNERO: construção e delimitação de eixos da identidade, do desejo e do prazer. **Caderno Pós Ciências Sociais**. São Luís, v.2, n.1, 2005. EDUFMA.

SILVA, Alberto José Tavares Vieira da. **Aspectos médico-jurídico da esterilização feminina (laqueadura tubária)**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 1987.

SCOTT, Joan W. **Gênero: uma Categoria útil para a análise histórica**, 1993. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/generodh/gen_categoria.html. Acesso 10/06/2006.

SCOTT, Parry. A família brasileira diante das transformações no cenário histórico global. **Revista AntHropológicas**. Recife, ano 9, v.16(1), p.217-242, 2006. Ed.Universitária da UFPE.

VAITSMAN, Jani; GIRARDI, Sábado (org.). **A Ciência e seus impasses: debates e tendências em filosofia, ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

VENÂNCIO, Renato Pinto. Maternidade negada. In: PRIORE, Mary Del (org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997.

VERAS, Rosângela de Sousa. **Práticas e representações em torno da sexualidade, reprodução e contracepção entre usuários do Programa de Planejamento Familiar do Hospital Universitário Materno Infantil**. (projeto de pesquisa, 2006).

_____. **Mulheres laqueadas: a expressão do desejo feminino a espera de um atendimento adequado por parte das políticas públicas**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 1988.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. O arrependimento após a esterilização feminina. **Cad. Saúde Pública**, v.14, supl. 1. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 ago 2007.

_____. A Esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. **Revista de Saúde Pública**, 1994, 28:440-448 .

_____. Fábio, Suzi Volpato; Gueleri, Wagner; Picado, Miriam Pinheiro; Yoshinaga, Elizabeth; Souza, Luiz de. Characteristics of candidates for surgical sterilization and factors associated with type of procedure. **Cad. de Saúde Pública**. vol.21, n. 6, 2005. ISSN0102-311X. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000600026&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 ago 2007.

APÊNDICES

Apêndice A – Questionário aplicado com a equipe multiprofissional.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS.

Pesquisa: *Práticas e representações em torno da sexualidade, reprodução e contracepção entre usuários do Programa de Planejamento Familiar do Hospital Universitário Materno Infantil.*

Autoras: Rosângela de Sousa Veras e Sandra Maria Nascimento Sousa.

Questionário Aplicado à equipe Multiprofissional do PPF do HUMI.

- 1) O que é planejamento familiar?
- 2) O programa de planejamento Familiar está funcionando desde quando no HU Materno Infantil?
- 3) Desde quando você trabalha no Programa de Planejamento do HU Materno Infantil?
- 4) Quais são as metas do programa?
- 5) Desde quando o programa vem oferecendo os métodos contraceptivos reversíveis?
- 6) Desde quando estão sendo ministradas as palestras?
- 7)Quais são os métodos reversíveis oferecidos pelo Hospital Materno Infantil?
- 8) Desde quando se vem realizando laqueadura e vasectomia?
- 9) Qual é o tempo de espera entre o pedido dos contraceptivos (comprimido, injetável, e camisinha) e o seu acesso?
- 10) Qual é o tempo de espera entre o pedido do DIU e a sua implantação?
- 11) Qual é a demanda por camisinha masculina? E a feminina?
- 12) Existe demanda pela pílula do dia seguinte?
- 13) Qual é o tempo de espera entre a solicitação pela cirurgia de laqueadura e a sua efetivação?
- 14) Qual é o tempo de espera entre a solicitação pela cirurgia de vasectomia e a sua efetivação?
- 15) As mulheres que almejam conciliar o parto à laqueadura conseguem? Caso negativo, conseguem em quanto tempo?
- 16) E as mulheres grávidas que não estiverem fazendo pré-natal no hospital Materno Infantil, não podem se candidatar à laqueadura?
- 17) Você quer acrescentar alguma informação com relação a seus cursos de capacitação na área ou qualquer outra contribuição?

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Tendências atuais nas opções contraceptivas feminina e as implicações na sua identidade, sexualidade e saúde reprodutiva.

Você está sendo convidado para participar desta pesquisa que tem como objetivo analisar através das suas experiências de gravidez e controle do número de filhos, quais os meios que você utiliza para evitar uma gravidez indesejada, por que escolheu este meio, quem o ajudou na sua escolha, como você negociou sua escolha com o seu parceiro, com os seus familiares, com o seu médico (a) e quais as conseqüências ou dificuldades dessa escolha.

Participam desta pesquisa as pessoas que utilizam ou não o Serviço de Planejamento do Hospital Materno Infantil e que de livre vontade aceitam responder a questões colocadas pela pesquisadora Sr.^a Rosângela de Sousa Veras. Também fazem parte desta pesquisa outras pessoas que você queira indicar para ser entrevistado (a).

Na entrevista você informará seus dados pessoais, responderá a perguntas e a sua opinião, se você permitir, será gravada por um gravador digital.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Somente a pesquisadora Sr.^a Rosângela de Sousa Veras e a sua orientadora Prof.^a Dr.^a Sandra Maria Nascimento terão conhecimento dos seus dados. Parte de sua entrevista pode ser publicada, mas você não será identificado. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre contracepção, saúde reprodutiva, política de saúde e seus usuários. O conhecimento que será construído a partir desta pesquisa e suas entrevistas poderá contribuir para que se conheça o modo de pensar particulares do (as) entrevistados (as) contribuindo para o progresso do conhecimento humano. A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.

Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Você não tem nenhum envolvimento obrigatório, você tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora 32461441, através da sua orientadora Prof.^a Dr.^a Sandra Maria Nascimento que trabalha na Coordenação do Mestrado em Ciências Sociais situado a Av. dos Portugueses, Campus do Bacanga, CCH, Bloco 6, telefones n.º 2109 8353 ou 32277481 e, se necessário através do coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa localizado à Rua Barão de Itapary, 227, Centro. Hospital Universitário Presidente Dutra. 4.º andar e telefone n.º 2109-1223.

Declaro que li e entendi todas as informações passadas pela pesquisadora. Concordo em participar voluntariamente desta pesquisa.

Local: _____

Data: ____ ____ / ____ ____ / ____ ____

Assinatura do sujeito de pesquisa: _____

Assinatura do responsável pela pesquisa: _____

Apêndice C

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1 – Você pode me contar um pouco da sua experiência de ter se tornado pai/mãe?
- 2 – Como ocorre uma gravidez?
- 3 – Qual o período mais fácil para se engravidar?
- 4 – Como você ficou sabendo que uma gravidez acontece assim?
- 5 – Com quem você conversou? Quem te ensinou que acontece assim?
- 6 – Você conversa esse assunto com sua mãe/pai, irmã/irmão, tia/tio?
- 7 – Quantos filhas/os você tem?
- 8 – Você ainda quer ter filhos?
- 9 – Qual é o número de filha/os que você acha ideal? Por quê?
- 10 – Você se preocupa em evitar uma gravidez?
- 11 - O que você faz para evitar uma gravidez?
- 12 - Como você conheceu esse método?
- 13 – Quais você já usou?
- 14 – Você conversou com o seu/sua parceiro/a para escolher este método?
- 15 - Você conversou com o seu/sua pai/mãe escolher este método?
- 16 – Foi sua/seu médico quem indicou esse método?
- 17 – Você gosta desse método?
- 18 – Qual é o melhor método na sua opinião? Por quê?
- 19 – Por que você quer planejar o número de filhos que você tem?
- 20 – Se você tivesse outra condição financeira, você teria mais filhos? Por quê?
- 21 – O que é ser pai/ mãe?

ANEXOS

Anexo A

FICHA Nº		DATA	PRONTUÁRIO	
NOME:			NATURALIDADE:	
DATA/NASC: ____/____/____	ESTADO CIVIL:	COR:	ESCOLARIDADE:	OCUPAÇÃO:
ENDEREÇO				
ENCAMINHADA POR:				
ANTECEDENTES PESSOAIS		ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS		
	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	MENARCA _____ ANOS	CICLO MENSTRUAL: ____ / ____ / ____	DUM ____ / ____ / ____
CARDIOPATIAS	<input type="checkbox"/>	CARACT. FLUXO MENSTRUAL:	DISMENORRÉIA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
DOENÇAS TROMBO.	<input type="checkbox"/>	IDADE DA 1ª GESTAÇÃO		
HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/>	GESTA:	PARA:	
DIABETES	<input type="checkbox"/>	GRAV. ECTÓPICA:	CESÁREAS:	RN BAIXO PESO (- 2500 GR):
ICTERÍCIA HEPATITE	<input type="checkbox"/>	FILHOS VIVOS:		NATIMORTOS:
ENXAQUECAS	<input type="checkbox"/>	ÚLTIMA GESTAÇÃO:		OUTROS DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS:
ANEMIA	<input type="checkbox"/>	PARTO NORMAL <input type="checkbox"/> CESÁRIA <input type="checkbox"/> OUTROS: <input type="checkbox"/>		ABORTO: ESPONTÂNEO <input type="checkbox"/> PROVOCADO <input type="checkbox"/>
NEOPLASIAS	<input type="checkbox"/>	ESTÁ AMAMENTANDO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
DOENÇAS ENDÊMICAS	<input type="checkbox"/>	VIDA SEXUAL: INÍCIO _____ ANOS		FREQUÊNCIA DE RELAÇÃO SEXUAL:
ALERGIA	<input type="checkbox"/>	LIBIDO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	ORGASMO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
CIRURGIAS	<input type="checkbox"/>	DST <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	TRATOU <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
FUMO	<input type="checkbox"/>	ANT FAM: DIABETES <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ART. <input type="checkbox"/> ENFARTE <input type="checkbox"/> CÂNCER MAMA <input type="checkbox"/>		
DROGAS	<input type="checkbox"/>			
OUTROS	<input type="checkbox"/>			
OBSERVAÇÕES:				
EXAME FÍSICO: P.A. ____/____/____ PESO: _____ ESTATURA: _____ ESTADO GERAL: _____				
MUCOSAS: _____ CARDIO-PULMONAR: _____				
MAMAS:		ABDÔME:	VARIZES: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
EXAME GINECOLÓGICO: VULVA:			VAGINA:	COLO:
ÚTERO: VOLUME:		POSIÇÃO:		MOBILIDADE:
ANEXOS:				
OBSERVAÇÕES:				
HISTÓRIA CONTRACEPÇÃO:				
A.O.	DIU	DIAFRAGMA	G/E	CONDOM
INJETÁVEL	OUTROS	MÉTODO ATUAL		T. USO
INTERCORRÊNCIAS				
MÉTODO DESEJADO				
PARTICIPOU DE ATIVIDADE EDUCATIVA ANTES DE ESCOLHER O MÉTODO: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> EM GRUPO <input type="checkbox"/>				
SEU PARCEIRO CONCORDA EM PLANEJAR A FAMÍLIA: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO OPINOU <input type="checkbox"/>				
MÉTODO INICIADO:				DATA: ____/____/____
ESCOLHA DO CASAL OU MULHER <input type="checkbox"/>		ACONSELHADO: <input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>		
PRÓXIMA CONSULTA: ____/____/____		Assinatura - CARIMBO		

MSA-278

Anexo C



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 (versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa: Tendências atuais nas opções contraceptivas feminina e as implicações na sua identidade, sexualidade e saúde reprodutiva.			
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) 7 - CIÊNCIAS HUMANAS 7.02 - SOCIOLOGIA		3. Código: 7.02	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4)
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()
8. Unitermos: (3 opções): Práticas contraceptivas, Saúde Reprodutiva, Sexualidade.			
SUJEITOS DA PESQUISA			
9. Número de sujeitos No Centro : Total:		10. Grupos Especiais: <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica (x)	
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
11. Nome: Sandra Maria Nascimento Sousa.			
12. Identidade: 62817-557-MA	13. CPF.: 011.992.263-00	19. Endereço (Rua, n.º): Av. dos Portugueses, s/n. Campus do Bacanga.	21. Cidade: São Luis
14. Nacionalidade: Brasileira	15. Profissão: Socióloga.	20. CEP: 65085-580	22. U.F.: MA
16. Maior Titulação: Doutorado em Ciências Sociais.	17. Cargo: Professora Adjunta, Regime: Dedicção exclusiva.	23. Fone: 32277481 / 81167934	24. Fax:
18. Instituição a que pertence: Departamento de Sociologia e Antropologia - UFMA			25. Email: sandramns@terra.com.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 26/02/2007			
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome: Hospital Universitário.		29. Endereço (Rua, n.º): Rua Barão de Itapary, n.º227	
27. Unidade/Orgão: Hospital Materno Infantil - Setor de Planejamento Familiar.		30. CEP: 65020-000	31. Cidade: São Luis
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (x)		33. Fone:	34. Fax:
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (x) Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição) : Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: Maurício de Souza Cargo: Diretor Geral Data: 3/03/2007			
PATROCINADOR			
36. Nome:		39. Endereço	
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
45. Data de Entrada:	46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado ()	48. Não Aprovado ()
____/____/____	____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: ____/____/____			
Encaminhamento a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação () 52. Data: ____/____/____		53. Coordenador/Nome _____ Assinatura	Anexar o parecer consubstanciado
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
54. Nº Expediente :		56. Data Recebimento :	
55. Processo :		57. Registro na CONEP :	
58. Observações:			

Anexo D

<small>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</small>		PROTOCOLO	
		NÚMERO: <i>1347/2006</i>	
DATA	DISTRIBUIÇÃO		
<i>16/11/06</i>	<i>CEP</i>		
NOME	<i>Lucyela da Costa Veras</i>		
ASSUNTO	<i>Projeto Pesquisa</i>		
PREENCHIDO POR:			
<i>Wibaru.</i>			
<small>SOMENTE SERÃO PRESTADAS INFORMAÇÕES SOBRE A MARCHA DO PROCESSO COM A APRESENTAÇÃO DESTES CARTÃO.</small>			

ADM-067



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº. 28/07

Pesquisador(a) Responsável: **Sandra Maria Nascimento Sousa**

Equipe executora: **Sandra Maria Nascimento Sousa, Rosangela de Sousa Veras**

Tipo de Pesquisa: **Projeto de Pesquisa – Mestrado Ciências Sociais – UFMA - FAPEMA**

Registro do CEP: **218/06** Processo Nº. **33104-1347/2006**

Instituição onde será desenvolvido: **HUMI – Setor de Planejamento Familiar**

Grupo: **III**

Situação: **COM PENDÊNCIAS**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia 09.02.2007 o processo Nº. 33104-1347/2006, referente ao projeto de pesquisa: “Tendências atuais nas opções contraceptivas feminina e as implicações na sua identidade, sexualidade e saúde produtiva”, cujo objetivo geral é “analisar os fatores socioculturais que influenciam na demanda por métodos contraceptivos e as suas consequências na sua identidade, na sexualidade e na saúde reprodutiva feminina”. Na metodologia: Trata-se de um estudo observacional por meio de entrevistas.

Apesar de estar bem fundamentado, o protocolo apresentou as seguintes pendências:

- Falta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Deve ser refeita a Folha de Rosto no item Pesquisador Responsável, a ser assinado pela professora orientadora;
- Deve constar no corpo do projeto o nome da orientadora.
- Falta orçamento e cronograma.

O prazo para atendimento das pendências é de até sessenta (60) dias a contar da data de hoje.

São Luis, 09 de fevereiro de 2007..

Wildoberto Batista Garcel
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da UFMA

Ethica homini habitat est

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luis – Maranhão Tel: (98) 3219-1223
E-mail huufma@huufma.br

Anexo E



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº. 55/07

Pesquisador(a) Responsável: **Sandra Maria Nascimento Sousa**

Equipe executora: **Sandra Maria Nascimento Sousa, Rosângela de Sousa Veras**

Tipo de Pesquisa: **Projeto de Pesquisa – Mestrado Ciências Sociais – UFMA - FAPEMA**

Registro do CEP: **218/06** Processo Nº. **33104-1347/2006**

Instituição onde será desenvolvido: **HUMI – Setor de Planejamento Familiar**

Grupo: **III**

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **09.02.2007** o processo Nº. **33104-1347/2006**, referente ao projeto de pesquisa: **“Tendências atuais nas opções contraceptivas feminina e as implicações na sua identidade, sexualidade e saúde produtiva”**, cujo objetivo geral é **“analisar os fatores socioculturais que influenciam na demanda por métodos contraceptivos e as suas conseqüências na sua identidade, na sexualidade e na saúde reprodutiva feminina”**. Na metodologia: Trata-se de um estudo observacional por meio de entrevistas.

Na sua primeira avaliação apresentou pendências, que veio atendê-las satisfatoriamente a tempo. Assim, estando bem fundamentado, tendo importância social e atendendo aos princípios da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, o protocolo é considerado **APROVADO**.

Lembramos a V.Sª que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, e deve receber uma cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 06/03/2008 e ao término do estudo, gravado em CD ROM.

São Luis, 06 de março de 2007

Wildoberto Batista Gurgel
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da UFMA

Ethica homini habitat est

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luis – Maranhão Tel: (98) 3219-1223
E-mail huufma@huufma.br

ADM-14