

Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil

org.
Paula Miranda-Ribeiro
Andréa Branco Simão

Demografia
em Debate

Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil

org.
Paula Miranda-Ribeiro
Andréa Branco Simão

1ª edição
Belo Horizonte, 2008

Demografia
em Debate

Este livro é dedicado às mulheres e homens que participam de pesquisas qualitativas e que, com enorme generosidade e desprendimento, abrem seus baús de memórias e seus corações para dividir conosco um pouco das suas histórias de vida, dos seus sentimentos, medos, anseios e opiniões, contribuindo, de forma decisiva, para o avanço do conhecimento.

Diretoria da Abep (2007-2008)

Presidente: George Martine

Vice-Presidente: José Eustáquio Diniz Alves

Secretária Geral: Paula Miranda-Ribeiro

Tesoureiro: José Ribeiro Soares Guimarães

Suplente: Tirza Aidar

Conselho Consultivo

Haroldo da Gama Torres

Heloisa Soares de Moura Costa

Maria Coleta Ferreira Albino de Oliveira

Maria Isabel Baltar da Rocha

Simone Wajnman

Sonia Onufer Corrêa

Conselho Fiscal

Cássio Maldonado Turra

Flávio Henrique Miranda de Araújo Freire

Stella Maria Barberá da Silva Telles

Projeto Gráfico da Coleção e Diagramação

Traço Publicações e Design

Flávia Fábio

Fabiana Grassano

Assistente: Gabriel Villas Bôas Camargo

Apoio

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas

Allana Armitage - Representante

Taís de Freitas Santos - Representante Auxiliar

Ficha catalográfica: Maria Célia Carvalho Resende (UFMG)

Q1 Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil / org. por Paula Miranda-Ribeiro; Andréa Branco Simão. - Belo Horizonte: ABEP : UNFPA, 2008.

452p. (Demografia em debate; v.2)

ISBN 978-85-85543-19-8

1. Saúde reprodutiva – Pesquisa - Metodologia - Brasil. 2. Comportamento sexual - Pesquisa - Metodologia - Brasil. 3. Fecundidade humana - Pesquisa - Metodologia - Brasil. 4. Pesquisa qualitativa. I. Miranda-Ribeiro, Paula. II. Simão, Andréa Branco. III. ABEP. IV. UNFPA. V. Série.

CDD 304.63981

Sumário

Apresentação da coleção (ABEP)	7
George Martine e José Eustáquio Diniz Alves	
Apresentação da coleção (UNFPA)	9
Taís de Freitas Santos	
Apresentação do volume	11
Paula Miranda-Ribeiro	
Prefácio	13
Maria do Carmo Fonseca	
Análises qualitativas na Demografia: um exercício de autocrítica dos fundamentos e práticas no campo demográfico	23
Dimitri Fazito	
Learning about the birds and the bees: information about sex in three Brazilian communities in 1996-97	39
Paula Miranda-Ribeiro	
<i>Ser virgem é coisa do passado?... A primeira relação sexual e a virgindade na perspectiva de mulheres em Belo Horizonte</i>	75
Andréa Branco Simão	
Non-coercive sexual debuts: qualitative evidence from Belo Horizonte, Minas Gerais and Recife, Pernambuco	101
Ann M. Moore	
Contraceção e planejamento reprodutivo na percepção de usuárias do Sistema Único de Saúde em Pernambuco	119
Ana Paula Portella	
Maria Sheila Bezerra	
Verônica Ferreira	
Maria Betania Ávila	
Rivaldo M. Albuquerque	
A consulta ginecológica vista sob uma ótica qualitativa: perspectivas e desafios na cidade de Belo Horizonte	141
Maria Eponina de Abreu e Torres	
Paula Miranda-Ribeiro	
Carla Jorge Machado	
Getting sterilized in Brazil: stories of success and failure	167
Kristine Hopkins	

	Aborto provocado: uma realidade ilegal	185
	Rebeca de Souza e Silva Carmen L. B. Fusco	
	Passagem solitária: parto hospitalar como ritual em Salvador da Bahia, Brasil	205
	Cecilia McCallum Ana Paula dos Reis	
Juventude, gênero e saúde: um estudo com alunos da Rede Estadual de Ensino Público de Santos, São Paulo, 2007		233
	Kátia Cibelle M. Pirotta	
	Saúde reprodutiva de adolescentes atendidas na Maternidade Odete Valadares: concepções metafóricas sobre sexualidade e maternidade	259
	Lilian Valim Resende Maria do Carmo Fonseca	
	Homens e anticoncepção: um estudo sobre duas gerações masculinas das “camadas médias” paulistas	275
	Maria Coleta Oliveira Elisabete Dória Bilac Malvina Muszkat	
	Reprodução e sexualidade juvenil: a paternidade na adolescência em foco	313
	Cristiane S. Cabral	
	Novas uniões, novos filhos? Projetos e dinâmicas reprodutivas de homens recasados	325
	Glauca dos Santos Marcondes	
	Paths to safer sexual practices amongst young men in low income groups	347
	Taís de Freitas Santos Fatima Juarez Morvan de Mello Moreira	
	Gênero(s), sexo e proteção: com a palavra, eles!	365
	Marisa Alves Lacerda	
	“É igual chupar bala com papel”: a vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids e o uso de camisinha em Belo Horizonte e Recife	391
	Paula Miranda-Ribeiro Andréa Branco Simão Marisa Alves Lacerda Maria Eponina de Abreu e Torres	
	Práticas sexuais e vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro. Considerações sobre as desigualdades de gênero, raça e geração no enfrentamento da epidemia	417
	Sandra Garcia Elza Berquó Fernanda Lopes Liliam P. de Lima Fabiana Mendes de Souza	
	Sobre os autores	449

Apresentação da coleção (ABEP)

George Martine
José Eustáquio Diniz Alves

A ABEP está ampliando a sua linha editorial com o lançamento da coleção de e-books *Demografia em Debate*. Atualmente, a ABEP conta com a Revista Brasileira de Estudos de População (REBEP), de grande prestígio no meio acadêmico, disponível no SciELO e com boa avaliação no Qualis CAPES; a série Demographicas; os Textos Didáticos; os Anais dos Encontros bianuais; os Anais de Encontros de GTs; e o Informativo ABEP. A partir de agora, com a coleção de e-books *Demografia em Debate*, @s abepian@s e o público em geral têm acesso a uma nova série, mais ágil e dinâmica, mas com a mesma qualidade das demais publicações da ABEP.

O termo e-book, uma abreviação das palavras “eletronic book” ou “livro eletrônico”, é um livro como qualquer outro, com a diferença de estar, desde sua origem, no formato digital e não em papel, como no livro tradicional. É um livro ecologicamente correto, uma vez que pode ser lido na tela do computador, ainda que, evidentemente, possa ser impresso, no todo ou em parte, a critério do leitor.

A principal vantagem do e-book é a sua acessibilidade transterritorial. Como se encontra no formato digital, pode ser acessado via internet, em qualquer parte do mundo. Além disso, o e-book tem baixo custo de produção, possibilitando que se multipliquem as iniciativas com um volume limitado de recursos, sem prejuízo da qualidade. Uma outra vantagem específica desta coleção é o fato de que ela estará disponível sem nenhum custo para o leitor.

Além de fortalecer e dar agilidade à sua linha editorial, os e-books ABEP possibilitarão um maior volume de publicações em Demografia, seja sob a forma de coletâneas temáticas, livros resultantes de seminários ou de autoria única, seja em português ou em língua estrangeira. Desta forma, abre-se um canal para a publicação acadêmica e científica para todos os pesquisadores, incluindo os jovens demógrafos e cientistas sociais.

A ABEP tem sido pioneira no uso das tecnologias da informação para difundir idéias e incentivar o debate e a participação entre os seus filiados, pesquisadores em geral e a mídia. As listas de discussão do GT População e Gênero, criada em 6/12/2000, e da Diretoria, denominada População e Pobreza, ou simplesmente P&P, criada em 6/5/2005, têm cumprido um papel importante de “demografizar” o debate público e ampliar o campo de atuação da Associação. Agora, com a coleção de e-books *Demografia em Debate*, esta experiência será potencializada, contribuindo para o fortalecimento da página da Associação. Várias organizações oferecem bibliotecas especializadas sobre diferentes temas e esperamos que, em breve, a Demografia, através da ABEP, também possa oferecer uma variedade de livros que divulguem a nossa produção e reforcem a sua relevância social.

Os dois primeiros volumes tratam, respectivamente, da previdência social e da saúde sexual e reprodutiva, temas que ultrapassam as fronteiras da comunidade acadêmica, uma vez que estão fortemente relacionados com as políticas públicas.

Gostaríamos de fazer um agradecimento especial à nossa secretária Paula Miranda-Ribeiro, que trouxe essa idéia para a Diretoria da ABEP e batalhou pela sua implementação. Agradecemos, também, à equipe da Traço Publicações e Design, Fabiana Grassano e Flávia Fábio, responsáveis pela identidade visual desta coleção, que souberam captar com maestria o espírito que queríamos dar aos e-books; à Ana Paula Pyló que, com disposição e sorrisos incansáveis, viabiliza muitas das nossas idéias, incluindo esta; e ao Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, cujo apoio financeiro permitiu deslanchar mais esta iniciativa.

Por fim, convidamos todos @s abepian@s a ler e divulgar os e-books, bem como contribuir com esta coleção. Esperamos que, com ela, a Demografia permaneça sempre em debate!

George Martine e José Eustáquio Diniz Alves
presidente e vice-presidente da ABEP

Apresentação da coleção (UNFPA)

Taís de Freitas Santos

Uma vasta gama de questões populacionais tem ocupado a agenda global, em especial após a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994. De fato, questões como as inter-relações entre população, crescimento econômico e desenvolvimento sustentável, distribuição espacial, urbanização, migração, mudanças na estrutura etária, igualdade de gênero e vários outros temas, tudo visto sob a ótica dos direitos humanos, têm estado sistematicamente presentes em diversos fora. Subsídios para intervenções apropriadas e eficazes, por meio de ações, programas e políticas têm sido garantidos com uma discussão persistente, em particular da comunidade acadêmica.

Nessa área, a ABEP tem desempenhado um papel extremamente proativo, seja via grupos de trabalho formalmente constituídos, seja por listas virtuais de discussão sobre população e pobreza e sobre gênero, em seus encontros bianuais ou, ainda, por meio de sua linha editorial, com destaque para a Revista Brasileira de Estudos Populacionais (REBEP).

A coleção de e-books *Demografia em Debate* representa mais uma forma de contribuir para as discussões técnicas em diversas áreas de conhecimento da Demografia, Saúde, Sociologia, Ciência Política, Antropologia, Meio Ambiente e várias outras. A proposta é que este seja, também, um espaço para a divulgação e compartilhamento de resultados de estudos e pesquisas de especialistas brasileiros, sendo, ainda, bem-vindas as contribuições de especialistas de outros países.

Um fato marcante desta coleção é seu caráter inovador na produção científica da Demografia brasileira. A otimização do uso da tecnologia disponível possibilita a universalização do acesso ao livro, isenta de qualquer custo adicional e sem perda de qualidade. É importante destacar que esse caráter de inovação tem caracterizado o trabalho da ABEP ao longo de toda sua existência. Lembre-

se, por exemplo, que a ABEP foi pioneira no Brasil no lançamento, em CD, dos Anais dos encontros da instituição.

Parabenizamos a ABEP pela iniciativa, desejando que esta seja mais uma atividade multidisciplinar bem sucedida, que sirva para encorajar a publicação e o compartilhamento de artigos de pesquisadores e estudantes do Brasil e de outras partes do mundo.

Taís de Freitas Santos

Representante Auxiliar do Fundo de População das Nações Unidas

Apresentação do volume

Paula Miranda-Ribeiro

Desde 1998, ano em que ofereci na pós-graduação em Demografia do Cedeplar/UFMG, pela primeira vez, a disciplina Métodos Qualitativos Aplicados à Demografia, eu acalentava o sonho de, um dia, sob forma de livro, reunir artigos baseados em pesquisas qualitativas em Demografia. O plano inicial era reunir alguns trabalhos da própria disciplina – a qual serviu de ponto de partida, por exemplo, para o artigo de Dimitri Fazito, que abre esta coletânea. Algumas pesquisas e orientações depois, esse sonho ficou um pouco mais focalizado, pois imaginei um volume sobre saúde sexual e reprodutiva na perspectiva qualitativa. Um passo adiante foi o convite que fiz a Andréa Branco Simão, minha primeira orientanda de Doutorado e grande parceira nas pesquisas que venho desenvolvendo, para dividir comigo a organização do livro, que passou a ser, então, um sonho compartilhado por nós duas. Pudemos, enfim, torná-lo realidade através desta nova coleção de livros eletrônicos da ABEP – Associação Brasileira de Estudos Populacionais, *Demografia em Debate*, financiada pelo UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas.

Este livro adquire um significado ainda mais especial por ser lançado pouco depois do lançamento da PNDS 2006 – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Não apenas o momento é oportuno, já que as atenções estão voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, mas também esta coincidência serve para reforçar a complementaridade entre as pesquisas de cunho quantitativo, tal qual a PNDS, que oferecem um retrato fiel da realidade, e as pesquisas qualitativas, restritas na abrangência e sem representatividade estatística, mas capazes de oferecer análises mais profundas, jogar luz nas dinâmicas e processos e explicar razões e motivações por trás de atitudes, crenças e comportamentos.

Aqueles que me conhecem sabem que aprecio títulos. É o título de um trabalho que faz a primeira tentativa de convencer o leitor e a leitora a lê-lo (ou não) . No caso deste livro, ainda não tinha chegado a um título que me agradasse quando, por questões operacionais, precisei defini-lo

imediatamente. Andréa e eu já havíamos criado vários títulos quando, sabiamente, fui trocar idéias com meu colega Roberto do Nascimento Rodrigues. Graças a ele, o título deste volume reflete seu conteúdo. Obrigada, Roberto!

Tenho muitos outros agradecimentos não menos importantes a fazer: aos meus queridos colegas de diretoria da ABEP George Martine, José Eustáquio Diniz Alves, José Ribeiro Soares Guimarães e Tirza Aidar, que aceitaram essa coletânea para publicação; aos autores e autoras dos artigos que compõe esse volume, que aceitaram o convite para publicar seus artigos em formato novo e que (ainda) foge ao *mainstream*; à Tais de Freitas Santos, representante auxiliar do UNFPA, sempre disponível para discutir novas idéias e sem a qual esta coleção não existiria; à Fabiana Grassano e Flávia Fábio, da Traço Publicações e Design, sempre tão atenciosas e generosas nos prazos; ao Cedeplar, minha casa, que há uma década abriu suas portas para a entrada da pesquisa qualitativa, em cujas instalações esse volume foi produzido e algumas das pesquisas aqui relatadas foram realizadas; e à Andréa Branco Simão, minha colega, amiga e parceira, com quem dividi as ansiedades, as angústias e a euforia em torno de mais um projeto conjunto.

Paula Miranda-Ribeiro
Belo Horizonte, julho de 2008

Prefácio

Maria do Carmo Fonseca

As organizadoras deste livro foram bastante felizes por terem conseguido construir um todo a partir de uma seleção de trabalhos realizados por diferentes autores, nas mais diversas áreas do Brasil e versando sobre a grande temática saúde sexual e reprodutiva. Cada um dos 18 trabalhos, apesar da sua particularidade, oferece aos estudiosos da saúde sexual e reprodutiva uma vasta gama de achados, que propõem novas questões acerca desta temática. Como um todo, os trabalhos tangenciam as complexidades dos conceitos, percepções e conteúdos do tema saúde sexual e reprodutiva: falam de sexualidade e da (des)informação sobre o assunto; de mudanças nas gerações de homens e mulheres, na adolescência e na vida adulta; de gravidezes não planejadas; de aborto, contracepção, esterilização e parto; de maternidade e paternidade; de vulnerabilidades relacionadas ao HIV/AIDS; e do sistema de saúde, naquilo que se relaciona ao acesso e ao atendimento à saúde reprodutiva no Brasil. Sexualidade, raça/cor e desigualdade social são temas comuns nos artigos que compõem este livro. Há, como forma de ligação entre eles, pilares teóricos que permeiam todos os trabalhos. A vivência e prática da sexualidade e da reprodução são diferentes para indivíduos de diferentes grupos sociais, mas o eixo unificador que perpassa todos os trabalhos é o de gênero. Não poderia ser diferente! Embora nem sempre explícitas, as perspectivas analíticas necessariamente vão imbricar nos sistemas e contratos de gênero prevalentes na nossa sociedade. Por exemplo, a socialização de gênero em alguns dos trabalhos vão desde uma perspectiva de cunho patriarcal mais arcaico a comportamentos mais modernos, quando se trata de uniões, recasamentos, relacionamentos entre homens e mulheres. Quando nos deparamos com os achados de alguns trabalhos sobre a questão do aborto, temos de nos perguntar se ainda estamos nos referindo à primeira década do século XXI, pois nos parece que muito pouco mudou relativamente às dores, medos, angústias e solidão sofridos pelas mulheres que se defrontam com uma gravidez não planejada. Os riscos e as barreiras que elas têm de enfrentar são ainda piores quando pertencem aos segmentos socioeconômicos mais baixos.

Há que se lembrar que, em 1933, uma norueguesa feminista, em uma de suas conferências, defendeu o direito das mulheres de administrarem o tamanho de suas famílias. “Eu sonho com o dia em que cada criança nascida é planejada e bem-vinda, quando homens e mulheres forem iguais e a sexualidade seja uma expressão de intimidade, prazer e carinho”. Por sua posição de defesa dos direitos reprodutivos da mulher, Elise foi banida da Noruega e mudou de nome para exercer a profissão de jornalista na Suécia. Como Elise, outras feministas que lutaram e continuam a lutar na defesa do direito das mulheres de controlarem o próprio corpo e sua sexualidade são “mal vistas” por grupos sociais, religiosos e conservadores, da mesma forma com que aquelas mulheres que ajudavam as outras na hora do parto ou davam chás às suas clientes foram consideradas bruxas e nefastas à sociedade.

Outro aspecto a destacar no conjunto de trabalhos aqui reunidos é o uso de métodos qualitativos para investigar os mais diferentes temas e subtemas. Entrevista em profundidade, entrevista semi-estruturada, grupo focal e outras técnicas são utilizadas para se entender comportamentos e percepções ou, ainda, para obter um maior aprofundamento de achados inesperados. O trabalho de *Fazito*, que abre este volume, tem caráter epistemológico e chama a atenção para o fato de que os métodos qualitativos podem ser de extrema relevância nos estudos demográficos, quando estes estão entrelaçados aos processos históricos e sociais, nos quais a significação de comportamentos depende de outras disciplinas, tais como sociologia, etnografia, história. Para o autor, um maior aprofundamento das variáveis e componentes demográficos se torna mais rico quando se integram ou combinam estratégias metodológicas quantitativas e qualitativas, fazendo uma crítica às questões de objetividade e subjetividade, alegando que, raramente, os fenômenos e fatos demográficos estão isentos de subjetividade.

Um grupo de trabalhos trata de temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. As fontes de informação sobre assuntos ligados à sexualidade é tema do artigo de *Miranda-Ribeiro*. A pesquisa, realizada em meados dos anos 90 em Montes Claros, uma favela na cidade de São Paulo e uma vila de dois mil habitantes no Rio Grande do Norte, utilizou grupos focais para contrastar a opinião de adolescentes do sexo masculino e feminino com a de uma coorte mais velha, composta por mães de adolescentes. A conclusão é de que a geração das mães de adolescentes contava basicamente com as amigas para obterem informações sobre sexo, ao passo que, na geração mais nova, além dos pares, a mídia passou a ser uma fonte de informação importante. No entanto, o papel da família pouco mudou.

O trabalho de *Pirotta* também está focado em adolescentes de ambos os sexos, alunos da Rede Estadual de Ensino Público. A autora discute profundamente os significados de maternidade e

paternidade na adolescência, usando um levantamento quantitativo de caráter sócio-demográfico com alunos da rede pública além de realizar 40 entrevistas em profundidade, visando uma maior compreensão de como se faz a escolha de métodos e quando se usa o serviço de saúde. As entrevistas permitem compreender o “universo de crenças, de valores e significações que orienta as vivências e as práticas, sobretudo no âmbito da construção das identidades de gênero”. Chama a atenção, em seus resultados, o fato de que um número significativo de adolescentes do sexo feminino relata não gostar de camisinha e, mesmo que os parceiros insistam, elas não gostam. Ao mesmo tempo, não relatam ter projeto de maternidade para o curto prazo. A questão é que este grupo estaria vulnerável às DSTs e HIV/AIDS e, assim, necessitariam estar em programas específicos de sexualidade para saber dos riscos de uma relação desprotegida.

Rezende & Fonseca investigaram as concepções de adolescentes sobre maternidade, sexualidade e gravidez, utilizando entrevistas semi-estruturadas e grupo de discussões. A análise foca nas metáforas utilizadas pelas adolescentes para identificar seus sentimentos próprios, de seus familiares e seus parceiros diante de uma gravidez não planejada. Sentimentos de culpa, incertezas perante o futuro e as surpresas de sentir seus corpos fragmentados foram analisadas sobre a ótica do modelo teórico conceitual de Lakoff e Johnson.

Tratando de aborto, o artigo de *Silva & Fusco* traz à tona o terror e a angústia de jovens que se deparam com a gravidez e não tem condições econômicas e psicológicas de levá-la a termo, principalmente sendo pobres e não podendo contar com o parceiro. Para essa adolescente, a educação sexual e informações sobre o uso de anticoncepcionais adequados não chegaram até ela. Onde encontrar os métodos eficazes, fazer consultas informativas sobre sexualidades/DST parecem não fazer parte do seu cotidiano.

Cabral também trata de gravidez na adolescência, mas sua análise parte da premissa que a paternidade é pouco visibilizada nos estudos de saúde reprodutiva. A autora entrevista 15 adolescentes entre 18 e 24 anos que são pais e 14 do sexo feminino, já mães, e encontrou que o comportamento contraceptivo não é planejado, ou seja, é pós facto. Com o reconhecimento da paternidade, pode acontecer a coabitação, mas o mais comum é as famílias apoiarem (estrutural e materialmente) a situação de conjugalidade. O problema maior é quando o “pai não reconhece a paternidade”, então todo o ônus recai sobre a família materna: os avós passam para categoria de “pais” e toda a rede familiar contribui para as despesas.

O artigo de *Simão* utiliza a técnica de grupo focal, com recortes por idade, escolaridade e cor, constituindo duas coortes de mulheres: um de 20 a 24 anos e outro de 50 a 59 anos. A questão da virgindade para mulheres negras de baixa escolaridade parece ser mais importante do que para

jovens brancas, principalmente quando o resultado é a chegada de um filho. Neste caso, acham pouco provável encontrar um companheiro. Na coorte de idade mais jovem, mulheres negras de alta escolaridade têm percepção diferente: avaliam que experiências prévias podem levá-las a conhecer melhor os seus parceiros e se ter experiência. A pressão grupal pesa muito na hora de se ter a primeira relação. Coortes mais jovens, brancas e de mais escolaridade separam sexo de casamento e como tal apontam experiência sexual prévia como um dado importante para a vida marital. Entretanto, para as brancas de educação baixa, a virgindade deve ser preservada “mulher tem de si valorizar e não se oferecer aos homens”. O grupo de mulheres mais velhas critica as mais jovens por iniciarem a relação sexual em idades muito jovens. Existe um consenso de que elas deveriam esperar até os dezoito anos. Também valoram mais os rituais como namoro, noivado e casamento. Dizem que a primeira relação deve estar vinculada ao casamento. Segundo a autora virgindade ainda é um “atributo feminino” do ponto de vista de suas entrevistadas. Algumas delas defendem a virgindade como ponto de honra para as mulheres que pensam em construir família. Está implícito nestas respostas que, apesar de sentirem muita “liberdade”, ainda estão presas a antigos valores que eram cultivados pela família patriarcal. Apesar de parecer contraditório, tal achado está consoante com o baixo poder que as mulheres têm relativamente ao homem. Não importa idade ou raça – as duas coortes apresentam pouco poder de barganha e têm de “mascarar” um pouco os seus desejos nas práticas sexuais por viverem numa sociedade onde igualdade e equidade de gênero estão bem aquém do que se esperaria neste primeiro decênio do século XXI.

O trabalho de *Moore* também nos fala da experiência da primeira relação sexual. Usando a técnica de grupo focal para grupos de mulheres residentes em Belo Horizonte e Recife, a autora explora inicialmente temas como “quem iniciou a relação sexual”, “onde aconteceu”, “falaram de sexo”, “se discutiram o uso de algum anticoncepcional”, “se a relação foi planejada ou não”. Os recortes por idade e educação apresentam pouca diferenciação. Uma grande maioria declarou como razão principal para o “sexual debut” o desejo de “saber como era”. O grupo 30-39 anos e de classe média de Belo Horizonte e Recife, falando da primeira experiência, declaram que tinham medo de “engravidar”, “ser abandonada”, “ficar falada”, e “perder a respeitabilidade junto a sua família”. Usando outras expressões, a geração mais jovem também tem os seus medos, dentre os quais engravidar é o pior de todos. Fica patente que, com tantos temores, a grande maioria não relata ter sentido prazer em seu “debut”. Pelo contrário, preocuparam-se em dar prazer ao parceiro, “pois já sabem que são egoístas e só pensam no seu prazer”. Apesar de perceberem estas diferenças de gênero, as mulheres deste grupo pesquisado não estão empoderadas o suficiente para desejarem mudanças comportamentais na área da sexualidade, ou seja, elas se comportam como as gerações mais velhas.

Quando se trata de virgindade, este grupo se parece com as mulheres pesquisadas por Andréa Simão, pois a razão instrumental para o debut foi a pressão do grupo de referência.

De maneira similar, no artigo de *Resende & Fonseca*, cuja pesquisa foi realizada na Maternidade Odete Valadares, em Belo Horizonte, a coorte mais jovem utiliza, para se referirem à virgindade, “amiga perdeu”, “eu perdi a mim mesma”, “não segurou a onda”. O mais surpreendente está no fato de que as mulheres da coorte mais velha (30-39 anos) se “sentem na obrigação de “dar prazer ao companheiro”, pois assim evitam que o parceiro as “abandone”. Para estas mulheres, parece que liberação e liberdade ainda não fazem parte de seus cotidianos, pois pensam como suas mães e suas avós. A sexualidade destas mulheres parece estar mais no campo do sofrimento do que do prazer.

Os artigos de *Torres, Miranda-Ribeiro & Machado*, de *Portella et al* e de *McCallum & Reis* têm, em comum, a questão de analisar os serviços oferecidos à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Em Belo Horizonte, *Torres et al* mostram que as mulheres reclamam dos serviços médicos dizendo, inclusive, que não fariam mais consulta ginecológica devido ao tratamento que recebem – consideram-se desrespeitadas e têm uma extrema vergonha quando o profissional é do sexo masculino. Ao serem perguntadas como trabalhariam se fossem elas os profissionais, respondem que melhorariam a qualidade da consulta atendendo com carinho e paciência, entabulando conversa e diálogo com a paciente, ao invés do tratamento frio e sem interação que receberam. Para as de escolaridade mais baixa, que talvez sejam as que têm sentimentos mais negativos em relação à consulta, não há necessidade de ir ao médico, a não ser quando se está grávida. Já para as de alta escolaridade, a primeira consulta deveria se dar na puberdade, que seria o momento oportuno para se inteirar acerca da sexualidade e buscar informações sobre métodos anticoncepcionais e as DSTs.

Em Pernambuco, *Portella e colegas* ressaltam a importância da informação como um fator fundamental no uso da contracepção, pois é ela que permite à mulher o uso informado de métodos contraceptivos – ponto central para o movimento feminista. Apesar dos avanços nos serviços de saúde, os resultados do estudo indicam que, embora atualmente a maior parte das mulheres faça uso de contracepção, suas escolhas ainda são feitas como há vinte anos, em um contexto que não lhes oferece opções reais e, em muitos casos, premidas pelas relações difíceis ou violentas que vivem com seus parceiros.

Em Salvador, o artigo de *McCallum & Reis* sobre a assistência ao parto numa maternidade pública considerada referência em saúde reprodutiva faz uma análise sob a vertente antropológica, verificando os sentimentos que as mulheres demonstram relativamente a todo o processo da interação com os profissionais, bem como os seus sentimentos com relação à experiência. Os sentimentos são de solidão, porque não podem ser acompanhadas por parentes, e de abandono, pois a interação

com os profissionais se faz apenas no que diz respeito aos seus corpos. Assim, as autoras interpretam todo esse processo como sendo um rito de passagem, que vai legitimar a maternidade e, como as próprias mulheres dizem ao sair de lá, não gostariam de retornar.

Hopkins analisa os estudos de casos sobre mulheres que queriam a esterilização como método contraceptivo e tiveram de traçar estratégias das mais variadas para a obtenção ou não da ligadura tubária. Examinou casos em hospitais públicos e privados em Porto Alegre e Natal, realizando 321 entrevistas com mulheres no puerpério no período de 1995-1996. Esta é, portanto, uma época em que não havia ainda a regularização da esterilização pelo SUS. Mesmo assim, a autora apurou que 48% de mulheres desejando a ligadura a conseguiram em um estabelecimento público, enquanto apenas 15% a conseguiram em estabelecimentos particulares. Chama a atenção a tenacidade e perseverança das mulheres na busca de suas estratégias reprodutivas. Alguns casos estudados constituem verdadeiras sagas, como a de “Rosângela” com 24 anos e 4 filhos, que tentou de várias maneiras, durante a gestação, conseguir um médico que lhe fizesse o procedimento de ligadura tubária. Não conseguiu. Durante o último parto, no entanto, apresentou problemas, teve de se submeter a uma cesárea sob forte hemorragia e o médico fez a esterilização por razões médicas. Quando foi informada que o procedimento fora feito, ela ficou extremamente agradecida, pois após nove meses de luta, tendo até mesmo oferecido votos a um político em troca da ligadura, ela a obteve sem pedir, quando ainda estava anestesiada.

A população masculina é o foco dos trabalhos de *Oliveira, Bilac & Muszkat* e de *Santos, Juarez & Moreira*. *Santos e colegas* investigam as atitudes e percepções de homens adolescentes e jovens de classes mais baixas em Recife, relativamente à não prática de sexo seguro. Nos seus achados, indicam que o grupo detém conhecimento sobre DST/AIDS e que só a camisinha os protege. No entanto, são poucos os que praticam sexo seguro. Estabelecem quatro categorias de razões pelas quais os jovens não utilizariam sexo seguro: ausência de informação; relação não planejada; atrapalha o prazer e conhecimento prévio da pessoa e/ou medo de engravidar a parceira. Dentre as quatro categorias, o “tira o prazer” e o “medo de engravidar” pesam mais, apesar de reconhecerem o risco elevado das DSTs/AIDS. Os autores sugerem, ao final, que, para mudar o comportamento de risco em populações jovens, devem ser desenvolvidos programas contínuos e campanhas informativas que trabalhem a auto-estima e a equidade de gênero, pois do contrário muda-se pouco ou quase nada nos comportamentos de risco.

Oliveira, Bilac & Muszkat, por sua vez, escolhem duas gerações de homens de classe média paulista como seus entrevistados, para explorar e compreender as suas percepções de reprodução e, mais especificamente, a contracepção. Estabeleceram duas coortes geracionais (nascidos em 1937

e 1957) para a pesquisa. Os métodos são avaliados pelos dois grupos em função de sua eficácia, facilidade de uso e interferência no prazer. Na percepção desses grupos, os métodos menos utilizados e de baixa apreciação são os de barreira (diafragma e preservativo). O DIU e o contraceptivo oral seriam os desejados. Há que se observar que estes dois últimos são “métodos femininos” e são quase invisíveis ao olho masculino e não interferem na questão do prazer, mas são de risco relativamente alto quanto às DSTs/AIDS. Métodos considerados tradicionais, como o coito interrompido/ritmo e camisinha, podem estar presentes nas relações consideradas estáveis (aquelas que envolvem laços afetivos mais duradouros). O conceito de naturalização da reprodução (responsabilização da mulher no que diz respeito à “vigilância” para não haver gravidez não planejada, desejo e busca da maternidade) permeia a maior parte do grupo – independentemente da profissão e da idade. Nesta mesma linha da naturalização dos gêneros, as mulheres, segundo o grupo, foram feitas para construir famílias e, portanto, fazer filhos, enquanto os homens apreciam e fazem sexo. Recriminam tanto a esterilização quanto a vasectomia como métodos que levam à castração/mutilação. Seguindo a linha da naturalização, também cabem as mulheres o cuidado com a contracepção e, assim, ficam perplexos quando a parceira engravida. O aborto, além de sua dimensão ilegal, constitui experiência traumática para eles, que têm sentimentos de culpa. Dizem que lhes restam dar apoio e serem solidários. O grupo mostra-se informado e participa de decisões da reprodução mas, pela sua socialização de gênero, percebem as mulheres como as maiores responsáveis por esta dimensão reprodutiva. Da perspectiva de gênero, a naturalização permeia todos os entrevistados.

Marcondes também escolhe os homens como seu grupo de análise, chamando a atenção para a construção/socialização de gênero, na qual o masculino está interligado à dimensão do provedor e o feminino está na esfera do reprodutivo, da “naturalização da reprodução”. Esta percepção se apresenta semelhante ao grupo pesquisado por *Oliveira et al* e que pertence às camadas médias, com formação universitária. *Marcondes* focaliza sua investigação nas dinâmicas reprodutivas de homens recasados, investigando que tipo de vínculo eles criam com os filhos em situações de status diferenciados. O filho próprio é visto como um “rito de passagem” para a vida adulta. Enteados são vistos como de alçada da responsabilidade da esposa, mas também traz mudanças e reavaliação de valores, pois têm de conviver com os “filhos de outros”. Já o filho comum da atual união é bem-vindo, pois, promove uma consolidação da relação.

Três dos trabalhos apresentados neste livro tratam do HIV/AIDS. *Garcia et al* tratam das práticas sexuais e vulnerabilidades tendo como objetivo “investigar as inter-relações entre as variáveis sócio-demográficas e as práticas sexuais da população negra e não negra de ambos os sexos, pertencentes às faixas etárias de 16-24 e acima de 45 anos”. Utilizam a combinação de métodos

quantitativos e qualitativos, tendo como banco de dados o Inquérito Populacional gerado pelo GEPAIDS, denominado “Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre o HIV/AIDS – 2005”. Dois grandes objetivos nortearam a investigação para se compreender o processo de vulnerabilização de segmentos populacionais. Primeiramente, queriam identificar as inter-relações entre as variáveis sócio-demográficas e econômicas e as práticas sexuais desses segmentos. Num segundo plano, explorariam o significado das percepções e práticas sexuais em São Paulo e no Recife. O artigo utilizou a perspectiva de gênero, levando em conta raça e geração, para um maior aprofundamento dos temas tais como “conhecimento e percepção sobre aids”, “percepção de risco individual e social”, “negociação e uso de preservativo” e “testagem anti-hiv”.

Também com o tema HIV/AIDS, mas envolvendo apenas homens, está o trabalho de *Lacerda*, que teve como objetivo verificar as percepções relacionadas ao uso do preservativo, usando a perspectiva de gênero como seu eixo teórico. Utiliza entrevistas em profundidade (72 no total) com duas coortes de homens (uma mais jovem e outra mais velha), para verificar se há diferenças na socialização de gênero. O que se verifica, na verdade, é que a idade não será o “divisor de águas”, pois os valores de gênero permeiam o grupo como um todo. Seus principais resultados: estando em relações ditas estáveis, nas quais a mulher usa contracepção, a ele/homem não cabe usar o preservativo – vigora o princípio da fidelidade. Em relações do tipo ocasional, usam a camisinha para se preservarem das DSTs/AIDS e, mais ainda, para não ocorrer uma gravidez, o que complicaria em muito a sua situação (uma visão masculina). Estando a mulher em relação dita estável, torna-se extremamente difícil barganhar o uso do preservativo – esta, talvez, seja uma das razões da feminização da AIDS em mulheres vivendo em relações heterossexuais.

Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre as mulheres é o tema do artigo de *Miranda-Ribeiro et al.* Utilizando 83 entrevistas em profundidade realizadas em Belo Horizonte e Recife, as autoras verificam que, além das razões tradicionais apontadas pelas mulheres para o não uso da camisinha – gravidez, vontade de engravidar, parceiro fixo e impossibilidade de negociar o uso da camisinha por ser desempoderada, há um quinto motivo que não costuma ser badalado pela literatura: muitas mulheres não usam camisinha porque não gostam. Este achado também aparece no trabalho de *Pirotta*, com adolescentes do sexo feminino. Em geral, o pressuposto é o de que quem não gosta de camisinha é o homem e que a mulher nada mais é do que uma vítima desta iniquidade de gênero. Será que elas de fato não gostam ou já incorporaram o discurso masculino de que usar camisinha “é como chupar bala com papel”?

Os trabalhos, de uma maneira em geral, em seu conjunto, demonstram muito pouca transformação do modelo tradicional de representação dos gêneros: existe o provedor, que

desempenha o papel social-político, enquanto a cuidadora é a responsável pelo domicílio, pela família e pela reprodução (por isso, contracepção é de responsabilidade das mulheres). Scott, ao introduzir a dimensão do poder nas relações de gênero, inclui também a questão política, que se encontra no cerne da questão de gênero. Comparativamente, os trabalhos aqui reunidos, em maior ou menor grau, colocam as mulheres em situações de subordinação e conflito, situações estas distantes de serem solucionadas, pois a solução depende de muita negociação e esta se torna difícil perante à desigualdade e à inequidade de gênero que perpassam a nossa sociedade. Segundo Scott, estudar gênero é entranhar-se nos meandros dos sistemas predominantes e, através deles, tentarmos entender as particularidades das relações de gênero que governam os subsistemas (família, trabalho, etc.). Esta discussão não teria sido possível sem pesquisas de natureza qualitativa, tais como as apresentadas aqui. É exatamente isto que as autoras dos 18 trabalhos reunidos neste volume, organizado por Miranda-Ribeiro e Simão, trazem brilhantemente: uma qualificação dos números.

Análises qualitativas na Demografia: um exercício de autocrítica dos fundamentos e práticas no campo demográfico

Dimitri Fazito

O fato da Demografia ser identificada em geral com análises formais (matemáticas ou estatísticas) e estratégias de pesquisa fundamentalmente quantitativas (como os censos e *surveys*) não deve ser assumido de maneira trivial e inconseqüente por aqueles que “fazem” a Ciência.

Cabe-nos compreender porque a Demografia é freqüentemente aclamada como um campo de investigações de natureza formal, enquanto as estratégias da pesquisa qualitativa são colocadas em segundo plano, configurando-se apenas como “medidas complementares” e “subordinadas” a uma causa mais nobre.

Este tema parece pouco discutido e aprofundado no campo acadêmico, ainda mais quando ele provoca um complicado exercício de autocrítica quanto às práticas científicas inscritas nos domínios da análise demográfica. Entretanto, a Ciência parece não avançar satisfatoriamente sem o exercício constante da crítica e reavaliação de seus fundamentos e estratégias.

Ao avaliar o papel das pesquisas qualitativas na Demografia e, especialmente, as conexões possíveis entre diferentes estratégias de pesquisa (qualitativa e quantitativa), percebe-se que o problema vai mais além das idiosincrasias dos pesquisadores ou pressupostos rigorosos no trato do fenômeno demográfico.

Enfim, as tensões, composições e derivações das pesquisas qualitativas e quantitativas na Demografia expõem problemas fundamentais de ordem epistemológica (para não dizer mesmo sobre a ontologia do seu “objeto” de estudo) que, de maneira geral, parecem ausentes dos programas acadêmicos e, conseqüentemente e infelizmente, ausentes dos debates cotidianos e das teses produzidas.

O exercício da autocrítica, através da análise e debate sobre os fundamentos científicos da Demografia, representa a tomada de consciência daqueles que praticam e compõem uma “tradição de pesquisa” e, assim, mostra-se crucial para o desenvolvimento da própria Ciência.

O que se pretendeu a todo instante neste trabalho, foi reforçar a necessidade de uma tomada de consciência sobre a análise demográfica, a partir da avaliação crítica das contribuições de pesquisas qualitativas e quantitativas no processo de construção do “objeto” demográfico.

1 A Economia Política dos Conceitos Demográficos

Por que grande parte dos praticantes da demografia tende a não reconhecer a eficácia e validade das estratégias qualitativas em suas pesquisas? Na defesa de sua posição algum demógrafo poderia afirmar a inconsistência lógica e, principalmente, a ausência de controle sobre os aspectos subjetivos da estratégia qualitativa. Contudo, esses dois argumentos, freqüentemente canalizados contra os partidários da pesquisa qualitativa, não são problemas exclusivos ou inerentes a esta.

A inconsistência lógica nas pesquisas sociais (e também nas ciências naturais) é difusa e pode ocorrer em qualquer situação de pesquisa. Em outras palavras, o problema específico de ordenamento causal dos eventos, variáveis e outras categorias é, de fato, função do “desenho da pesquisa” e não da natureza do fenômeno estudado (DAVIS, 1985; BABBIE, 2000). Qualquer pesquisador está sujeito a utilizar estratégias e instrumentos de pesquisa inadequados ao problema empírico. Pesquisadores bem treinados nas artes da modelagem quantitativa podem, vez por outra, lidar inadequadamente com problemas empíricos tanto quanto os adeptos da qualitativa.

Quanto à chamada “ausência de controle” sobre a subjetividade (para muitos) inerentes à pesquisa qualitativa, parece-me também que se comete outro equívoco, talvez ainda maior, pois muitos acreditam sinceramente serem capazes de produzir “conhecimento axiologicamente neutro”. Em especial, quando lidamos com problemas sociais, independentemente da perspectiva assumida, nos defrontamos com a *reflexividade* do “objeto” que impõe limites evidentes a toda busca pela “objetividade científica” (BOURDIEU e WACQUANT, 1992).

Mesmo quando os demógrafos lidam com os agregados populacionais humanos em busca de regularidades e funções, estão sujeitos não apenas às suas próprias interpretações e categorizações cognitivas daquilo que observam (e esse não é o maior problema, ao contrário do que se pode supor do clássico debate entre Karl Popper e Thomas Khun nos anos 1960), mas principalmente os demógrafos também são reféns da ação reflexiva dos atores em seu contexto social.

Por exemplo, a difusão de métodos contraceptivos em uma população não é apenas função de fatores biológicos e estratégias individuais de sobrevivência econômica, mas (sem descartar os fatores citados) também depende das interações e interpretações inseridas na estrutura social da população.

Quando Pierre Bourdieu (1992) fez a crítica sobre as relações de poder no campo de produção acadêmica, responsáveis pela determinação das regras e procedimentos para a produção, validação e

utilização do conhecimento científico, procurava ressaltar a interferência das experiências cotidianas dos cientistas em sua maneira de perceber e explicar a realidade objetiva – engrossando as fileiras defendidas por Ludwig Wittgenstein e Thomas Khun.

Contudo, também alertava que o problema não é apenas a *interpretação* do cientista sobre o fenômeno, mas sim ser ele mesmo *parte* do fenômeno social. Isso ocorre porque o cientista (o demógrafo) antes de ser cientista é um ator social, e está sujeito ao conhecimento “objetivo” adquirido socialmente. As categorias cognitivas dos atores moldadas sobre as formas sociais possibilitam que determinados eventos concretos sejam percebidos como “realidade objetiva” e auto-evidente, enquanto outros eventos podem ser classificados simplesmente como caóticos e ilógicos – ou podem ser sistematicamente ignorados enquanto fatos objetivos (DURKHEIM e MAUSS, 1968)¹.

Em outras palavras, dir-se-ia vulgarmente que o cientista, assim como qualquer ser humano em suas atividades cotidianas, está preparado para ver, perceber e conhecer aquilo que lhe é facultado **socialmente**. Não se está com isso querendo dizer que tudo o que existe concretamente se deve a uma percepção unicamente coletiva da realidade. Apenas se sugere que a **natureza concreta das coisas** é apreendida através de categorias cognitivas (conceitos) construídas socialmente (a partir de um substrato biológico e psicológico). Isto é, a realidade objetiva não deixa de ser uma “imagem filtrada” segundo aspectos sociais conjugados aos psicológicos e biológicos.

Nesse sentido, a lógica da pesquisa também se organiza a partir das categorias cognitivas que orientam as comunidades científicas. Thomas Khun (1987) ao falar dos “paradigmas” e “revoluções” no curso da ciência normal estava expondo o processo que determina a legitimidade ou não de determinado “programa científico” e, assim, sustentava que as categorias cognitivas dos cientistas e suas comunidades eram capazes de interferir não na “natureza concreta das coisas”, mas na “realidade objetiva” tomada como uma “imagem filtrada” socialmente.

Por exemplo, o núcleo duro da demografia (KEYFITZ, 1996; BURCH, 1996 e 2000; MASON, 1997; CALDWELL, 1996) que se constitui fundamentalmente de aspectos formais matemáticos, tem como eixo central os conceitos e teorias acerca do “equilíbrio e estabilização populacional”. A conhecida “equação de Lotka” (PRESTON ET ALL, 2000) é produto de um esforço programático para formalização daquelas regularidades concretas observadas pelo cientista em determinadas populações *biológicas*.²

1 Como defendiam Émile Durkheim e Marcel Mauss (1968) as categorias lógicas do entendimento humano (conceitos e categorias cognitivas que se expressam através da linguagem humana) não existem à priori (ou seja, não são entidades metafísicas), mas são produtos da morfologia social, produtos de uma **lógica organizacional coletiva**.

2 Também é sabido que Alfred Lotka (1976) estudou especificamente sociedades não-humanas, fato que tem implicações objetivas sobre o estudo das populações humanas através dos conceitos de “equilíbrio” e “estabilidade”.

O ponto aqui é reconhecer a legitimidade da “equação de Lotka” como “imagem filtrada” **adequada** à natureza concreta de um determinado fenômeno. Em si mesma, a equação tem uma função genuína garantida por sua natureza formal (logicamente adequada e matematicamente correta). Contudo, a imagem produzida pela equação seria adequada para a percepção e compreensão funcionais da natureza concreta do comportamento populacional *humano*?

Pode-se dizer que a estratégia formal e quantitativa adotada através da “equação de Lotka” é bem sucedida na análise demográfica, já que a maior parte das teorias e conceitos demográficos se orientam a partir de modelos genéricos de populações estáveis (como é o caso clássico da Teoria da Transição Demográfica).

Por outro lado, sem diminuir a real importância da “equação de Lotka” e, principalmente, a inegável originalidade dos modelos de populações estáveis, pode-se verificar que, ao tomarmos uma posição autocrítica quanto aos modelos formais, percebemos que são bastante úteis enquanto instrumentos conceituais e teóricos apropriados a determinados problemas empíricos, mas incompletos com relação a outros aspectos do comportamento populacional humano.

Eventualmente, como mostraram tanto Popper e Khun, conceitos e teorias são substituídos ou complementados no sentido de apreender mais adequadamente a “natureza das coisas”. Para Popper essa “adequabilidade” progressiva se deve à lógica evolutiva singular da pesquisa científica e ocorre através do *falseamento* de hipóteses e teorias; para Khun, entretanto, a adequação das teorias, conceitos e hipóteses à “natureza das coisas” ocorre através da mudança **paradigmática** na ciência (processos de revolução científica) que, na realidade, é uma resposta à mudança nos padrões cognitivos de toda a comunidade científica (entendida como uma comunidade de atores sociais e não apenas de cientistas).

Portanto, de tempos em tempos, um modelo científico (como o de “populações estáveis”) pode sofrer alterações de ordem puramente lógica (falseamento) ou ser adequado a novas situações e padrões cognitivos (novo paradigma) e “revelar” uma realidade objetiva não percebida ou compreendida anteriormente.

As estratégias quantitativas e qualitativas são “manipuladas” constantemente no campo de produção acadêmica da demografia. As análises quantitativas se confirmaram como estratégias dominantes de pesquisa desde o início dos estudos populacionais. Mesmo em Malthus, em que pese a profundidade de suas análises históricas, filosóficas e sociológicas, o principal objetivo é a formalização do argumento central na “Lei dos Rendimentos Decrescentes”.

A forte associação das análises demográficas, primeiro com a formalização matemática (herdada dos estudos de populações “biológicas”, de Alfred Lotka) e, posteriormente, com a

modelagem econômica e estatística, desenhou um campo aparentemente “livre” das inconsistências lógicas e do conteúdo subjetivo das pesquisas sociais (CALDWELL, 1996). Como já foi dito aqui esta aparência asséptica é enganosa.

As análises qualitativas têm ocupado um espaço cada vez maior na demografia (acredito que elas sempre estiveram presentes, embora muitas vezes negadas ou ignoradas) porque as estratégias quantitativas também têm suas limitações e problemas. O principal deles é especialmente a crença de que está livre da subjetividade no processo de produção e aquisição do conhecimento objetivo.

Estratégias típicas da pesquisa quantitativa, como os censos e *surveys*, são essenciais para a formulação de modelos gerais, ordenação causal e desenvolvimento da capacidade preditiva. O problema é que nem sempre essas estratégias conseguem atingir tais objetivos, particularmente quando os fenômenos empíricos são demasiadamente complexos (e a complexidade pode envolver a ação reflexiva e outros fatores emergentes e dinâmicos de um sistema).

2 Sistemas Demográficos e as Análises Qualitativas

O demógrafo David Coleman (1986: 18), ao avaliar o atual estado das teorias demográficas, afirma que a principal questão a ser respondida pelos pesquisadores é de “como surge a compatibilidade entre componentes demográficos e sociais e como eles se sustentam em um regime coerente”.

A idéia aqui é associar o comportamento “populacional” à estrutura social, pois diferentemente de uma população de formigas, os seres humanos caracterizados pela *reflexividade* de suas ações constituem um sistema complexo e dinâmico, onde a organização social se mostra capaz de interferir no ordenamento causal das variáveis demográficas.

Então, como compatibilizar os componentes demográficos e sociais?

As estratégias quantitativas sejam elas aplicadas à demografia ou às outras áreas das ciências sociais, apresentam a particularidade de se constituírem de argumentações **categóricas** e **sintéticas**. Isto é, as metodologias empregadas no processo de quantificação exigem a organização do conteúdo empírico em “categorias de atributos” – por exemplo, as variáveis são categorias ou unidades definidas por determinados atributos genéricos como sexo, idade, renda, etc. Além disso, tais variáveis devem ser sintéticas no sentido de descreverem apenas os atributos comuns e regulares presentes em uma população geral.

Dada essa particularidade argumentativa a análise quantitativa tende a “concentrar” um fenômeno empírico em unidades fixas espaço-temporais e pode, algumas vezes, perder a noção processual e dinâmica características de sistemas complexos.³

Outro aspecto desestabilizador desse tipo de análise é que a elaboração das categorias de atributos (variáveis) se dá a partir de “rótulos” muito genéricos e descolados do contexto vivido pelos atores sociais – ou seja, à revelia das interações sociais estabelecidas entre as pessoas, responsáveis pela construção de sentido de tais “categorias de atributos” (mais uma vez, os seres humanos constituem populações bem diferentes de “formigas ou parafusos”).

Por exemplo, a categoria “sexo” descreve uma realidade empírica que só existe em si mesma quando condicionada ao substrato biológico. A utilização da categoria sexo (como variável demográfica) apenas para a avaliação do perfil populacional e o **potencial** da reprodução humana é bastante plausível. Porém, quando se procura determinar **a natureza e causalidade** da reprodução humana, já não basta identificar o número de homens e mulheres, pois entre a nossa espécie o potencial da reprodução biológica é moldado de acordo com a organização social e a contextualização das ações reflexivas dos atores sociais – veja-se, por exemplo, o caso extremo vivenciado pelas populações de caçadores-coletores como o povo San no deserto de Kalahari, na África, onde a complexa organização social dos grupos é responsável direta pelos limites de controle de natalidade (HOWELL, 1986).

Uma alternativa a esse tipo de variável demográfica é a definição de outra categoria de atributos, o “gênero”. Contudo, ainda assim, na maior parte dos estudos demográficos, as variáveis apenas mudam de nome, pois o processo das relações e eventos que determinam o significado de “gênero” em um contexto é sistematicamente ignorado – especialmente quando se utilizam estratégias inadequadas para qualificação dessa categoria, que deve ser tomada como um componente demográfico inserido em uma determinada estrutura social.

Em uma estratégia tradicional quantitativa o “gênero” pode ser medido através de *proxies* extraídas de um *survey*. Os indivíduos são então perguntados sobre seus comportamentos, atitudes

3 Um caso especial são os estudos de migração. Frequentemente as pesquisas que pretendem investigar a natureza e conexões causais do fenômeno migratório não vão além de comparar retratos estáticos, o antes e o depois do movimento migratório, enquanto o deslocamento (espacial e social) em si mesmo permanece obscuro e sem sentido. A crítica a ser feita aqui procura relacionar a natureza do fenômeno empírico com a melhor estratégia de investigação – se a migração tem uma natureza concreta fundamentalmente **relacional** (ou seja, trajetórias que conectam interdependentemente indivíduos e contextos em uma estrutura espacial e social), então é de se esperar que a estratégia de análise sobre a **natureza e causalidade** do fenômeno não seja exclusivamente **categórica e sintética**.

e preferências pessoais. Categorias intermediárias são criadas e, finalmente, uma única categoria “média” é formulada.

Primeiro, as *proxies* muitas vezes são aproximações grosseiras da realidade empírica e, de acordo com o contexto, as interpretações dos atores que dão as respostas aos questionários (pré-categorizados) e dos próprios analistas, podem alterar sensivelmente o valor desses artifícios e dizer absolutamente nada sobre o problema.

Segundo, as categorias ou variáveis são representações sintéticas e “médias” porque sugerem um padrão mais freqüente ou comum entre a população. Não raro a representação média de uma variável pode corresponder a **nenhum** exemplar vivo da realidade empírica e, desse modo, podem não conter qualquer **significado** em diversos contextos aos quais o pesquisador procura estabelecer “ordem” e sentido.

Terceiro e igualmente importante, as estratégias para coleta de dados para posterior definição das variáveis podem ser inadequadas ao tipo de problema em mãos (o que ocorre com maior freqüência do que se imagina, FEAGIN ET ALL, 1991; MARSHALL e ROSSMAN, 1999; BABBIE, 2000).

No caso de estudo sobre gênero as análises quantitativas pecam ao se basearem em dados extraídos a partir de *surveys* limitados às questões fechadas e previamente categorizadas. O fenômeno das relações de gênero é complexo e dinâmico, alternando comportamentos e atitudes de acordo com o contexto (estrutura social) das interações entre atores (inclusive pesquisadores) – não por acaso, nos “estudos feministas” as estratégias de pesquisa mais utilizadas são entrevistas em profundidade, análises de narrativas e ação participativa (MARSHALL e ROSSMAN, 1999).

Quando as estratégias qualitativas são utilizadas há uma aproximação das análises ao “objeto” de estudo em seu contexto de ação (BECKER, 1998). Esse aprofundamento torna possível o confronto de categorias cognitivas (percepções dos pesquisadores e de outros atores) e a identificação das ordenações causais localizadas na estrutura social.

Nesse sentido, as metodologias qualitativas podem ser bastante úteis no processo de integração dos componentes demográficos e sociais em um “regime” coerente, como propõe David Coleman (1986).

3 As Pesquisas Qualitativas na Demografia

Nesse tópico procuro explorar as aplicações das estratégias qualitativas nas análises demográficas. É preciso, antes de qualquer coisa, identificar quais as situações de pesquisa onde as estratégias qualitativas se mostram mais adequadas.

A demografia parece ser tradicionalmente pensada como a “ciência” descritiva de grandes agregados populacionais. No entanto, ela faz mais do que “contar” indivíduos de uma população e descrever seus atributos específicos. Se fosse apenas isso, não seriam necessários o desenvolvimento de modelos preditivos e a identificação das conexões de causalidade entre categorias de indivíduos e comportamentos demográficos gerais.

A maior parte das análises demográficas, ao avançar para além da mera descrição, utiliza o suporte dos modelos matemáticos e estatísticos. Porém, com frequência, o modo de se integrar componentes demográficos em um “regime” coerente não ocorre através da simples agregação de atributos populacionais, mas sim da compreensão dos paradigmas conceituais (categorias cognitivas) e procedimentos teórico-metodológicos empreendidos pelos analistas em suas pesquisas.

Ao tratar a “população” como uma categoria (cognitiva e analítica) associada à “estrutura social” se promove o deslocamento da análise demográfica para o processo dinâmico e complexo das interações cotidianas entre os atores sociais (tanto instituições como indivíduos e sua reflexividade)⁴.

Portanto, a população não deve ser vista apenas como um *composto de agregação mecânica* ao qual indivíduos, inseridos diferencialmente na estrutura social, são submetidos através da “categorização” *a priori* dos analistas. A “população” deve ser entendida como o resultado das **relações concretas e cotidianas** dos atores em determinados contextos (da estrutura social), e não uma “categoria” produzida pelo analista pela simples agregação de atributos individuais que, em si mesmos, nada significam (DEGENNE e FORSE, 1999).

Por exemplo, a grande questão dos processos migratórios: quais as causas que promovem o deslocamento populacional (sejam causas macro ou micro estruturais)? Se verifico pela agregação de atributos individuais que os fluxos de uma região A para B se compõem majoritariamente de indivíduos do sexo masculino em idade produtiva, não posso com isso afirmar com certeza que ser “homem” e ter 25 anos é causa da decisão de migrar – pois para muitos indivíduos com idênticos atributos a decisão é continuar em casa.

Por outro lado, se pergunto **como e porquê** a maioria dos migrantes são homens em idade produtiva desloco não apenas as conexões de causalidade entre os fatores bem como o foco do

4 Sobre este ponto dois trabalhos na demografia se apresentam especialmente relevantes e ilustrativos: a tentativa de Melinda Mills (2000) de aplicar a “Teoria da Estruturação” do sociólogo Anthony Giddens às análises demográficas sobre fecundidade; e principalmente, o desenvolvimento do conceito de “Regime Demográfico” como sistema cultural na perspectiva teórica adotada pelo demógrafo Philip Kreager (1986).

problema original: quais os mecanismos e processos estruturais (macro e micro) *podem tornar* indivíduos do sexo masculino e em idade produtiva mais propensos ao deslocamento?

Nesse caso, toma-se a migração como **evento vital** integrado às estruturas sociais de um sistema social, ou seja, analisamos a migração como componente de um “regime demográfico”. Desse modo, torna-se possível a definição de uma lógica demográfica inerente ao “ato de migrar”, que **relaciona o deslocamento populacional (em diferentes níveis de agregação) ao significado socialmente percebido e atribuído a esse movimento pelas pessoas no seu curso de ação**. Em outras palavras, encontra-se o que há de universal e, concomitantemente, singular ao processo migratório.

Segundo Philip Kreager (1986: 133) a *percepção* das pessoas sobre os eventos vitais, e a experiência (*ação*) efetiva de tais eventos ao longo de todo um ciclo de vida, são responsáveis pelo mecanismo de *feedback* sobre as estruturas sociais. Isto é, os “comportamentos” populacionais possuem uma significação construída sobre as experiências dos indivíduos e grupos e, desse modo, refletem a dinâmica destes atores na estrutura social ao longo do tempo e do espaço.

É o que se observa empiricamente quando determinados mecanismos demográficos esperados não se confirmam em outros contextos. Embora a utilização de métodos contraceptivos modernos possa se constituir na forma mais eficaz para manter a fecundidade “racionalmente” controlada, muitas vezes a construção do significado dessa experiência (controle moderno da natalidade) para determinados grupos humanos pode passar por categorias cognitivas completamente distintas que, ao final, produzem e legitimam comportamentos demográficos totalmente inesperados (como no caso dos povos caçadores-coletores, onde tabus e outras normas coletivas ordenam socialmente a reprodução [HOWELL, 1986]).

Deparamo-nos então com os aspectos mais vantajosos das estratégias qualitativas na pesquisa demográfica. A compreensão sobre o processo de construção, percepção e atribuição de significados aos eventos vitais (e conseqüentemente, às próprias variáveis e componentes demográficos) empreendidos pelos atores sociais (além dos analistas), na maior parte das vezes só pode ser obtida satisfatoriamente através do aprofundamento do “conhecimento objetivo” das interações entre atores e estruturas.

Em outras palavras, ao reconhecer a importância dos processos históricos e sociais responsáveis pela significação dos comportamentos e componentes demográficos, tomamos consciência do importante papel desempenhado pela pesquisa qualitativa na produção dos modelos demográficos.

No quadro abaixo, Alan Bryman (1993) sintetiza as principais diferenças entre a pesquisa quantitativa e qualitativa – aqui eu gostaria de discutir os pontos 4, 6 e 8 à luz do que foi dito até agora.

QUADRO 1
Algumas diferenças entre a pesquisa quantitativa e qualitativa

	Quantitativa	Qualitativa
1. papel da pesquisa qualitativa	preparatória	exploratória sobre as interpretações dos atores
2. relação entre pesquisador e sujeito	distante	próxima
3. posição do pesquisador em relação ao sujeito	outsider	insider
4. relação entre teoria/conceitos e pesquisa	confirmação	emergente
5. estratégia de pesquisa	estruturada	não estruturada
6. resultados	nomotéticos	ideográficos
7. imagem da realidade social	estática e externa aos atores	processual e socialmente construída
8. natureza dos dados	duros, confiáveis	ricos, densos

Fonte: BRYMAN, 1993: 94.

Concernente ao quarto ponto, a relação entre teoria, conceitos e pesquisa, há uma tendência tradicional entre os “cientistas normais” (sentido *khuniano*) de considerar as pesquisas mais próximas aos modelos das ciências naturais como ideais, mesmo ao se tratar um “objeto” complexo e dinâmico (porém bastante diferente do fenômeno *caótico* na física, aquele que diz respeito à *reflexividade* humana).

Assim, enquanto as pesquisas que utilizam o método quantitativo são “aceitas” como confirmatórias de determinado quadro analítico (teoria) as pesquisas qualitativas são negligenciadas. Os efeitos emergentes dos fenômenos empíricos sujeitam toda forma de compreensão e explicação causal, e não apenas a pesquisa qualitativa (BECKER, 1998).

As pesquisas qualitativas também podem ser confirmatórias, tanto quanto as quantitativas que, por sua vez, podem sofrer os efeitos emergentes de determinado contexto. Não é a “natureza da pesquisa” (quantitativa ou qualitativa) que deve determinar a “natureza das coisas”, mas o contrário. E então, a natureza de um fenômeno poderia permitir que uma estratégia qualitativa fosse mais adequada que a quantitativa no processo de confirmação de uma teoria.

Outro aspecto questionável é a produção de “conhecimento objetivo”. Como foi defendido anteriormente, a “objetividade” – e, necessariamente, a percepção e avaliação humana sobre ela – é produto das experiências individuais e coletivas situadas na estrutura social (BOURDIEU e WACQUANT, 1992). Desta forma, o “conhecimento objetivo” é de fato um “conhecimento prático” e instrumental, construído e manipulado, tributário das experiências humanas e da luta cotidiana pela sobrevivência.

Por sua vez, o “conhecimento nomotético”, vedete do *projeto científico moderno*, não é estratégia absoluta de “conhecimento” e, muito menos a única maneira de estabelecer conexões

causais e identificar padrões e regularidades, especialmente quando se trata da sociedade humana.

Em diversas estratégias qualitativas, como a etnografia, estudos de caso ou análises de narrativa, os resultados obtidos podem fornecer um quadro ordenado causalmente e válido para conclusões mais gerais (MARSHALL e ROSSMAN, 1999; FEAGIN ET ALL, 1991; LIEBLICH ET ALL, 1998). Ocorre que as disputas acadêmicas em torno das “categorias cognitivas” e programas de pesquisa ainda desqualificam sistemas alternativos de conhecimento objetivo (BECKER, 1998; BOURDIEU e WACQUANT, 1992) – embora, segundo as pesquisadoras Catherine Marshall e Gretchen Rossman (1999), esse comportamento entre os cientistas sociais venha mudando gradativamente.

Essa tomada de consciência sobre as alternativas de “conhecimento objetivo” é importante, pois com freqüência, especialmente entre pesquisadores jovens e iniciantes, costuma-se associar a “boa” pesquisa com a que produz resultados nomotéticos e, conseqüentemente, com a pesquisa quantitativa – e, talvez pior que isso, associa-se o aspecto nomotético direta e exclusivamente à explicação causal e capacidade preditiva. Muitas vezes pesquisas qualitativas bem elaboradas estão aptas a produzir boas explicações causais sobre determinados processos, além de serem também capazes de predizerem com alguma eficácia certos fenômenos empíricos⁵.

Assim, sobre o oitavo ponto quanto à natureza dos dados devo dizer também que as pesquisas qualitativas podem produzir resultados confiáveis e válidos, pois estes não são exclusivamente “duros”. Contudo, em geral, para que os dados qualitativos sejam confiáveis e válidos necessitam seguir um procedimento teórico-metodológico bastante rigoroso, além de serem mais limitados quanto ao suporte de generalizações.

Aparentemente, no campo acadêmico da demografia, utilizam-se mais estratégias qualitativas que possam se associar à pesquisa quantitativa (CALDWELL ET ALL, ??; WATKINS, 1993; BENDER e EWBANK, 1994). John Knodel e seus colaboradores (?: 41) afirmam expressamente a preocupação de associar as estratégias qualitativas à pesquisa quantitativa demográfica. Assim, as técnicas de grupos focais em suas pesquisas se constituem em método privilegiado de acesso às estruturas normativas de grupos sociais particulares.

Através do grupo focal os autores acreditam poder explorar os valores, normas e comportamentos cotidianos que qualificam a significação de procedimentos contraceptivos em um contexto marcado culturalmente. Aqui a estratégia qualitativa é exploratória e subordinada,

5 Pode-se fazer diversas referências aqui às etnografias clássicas (como “Os Nuer” de Evans-Pritchard, por exemplo), estudos de caso (como o estudo de William Foote-White sobre as gangues mafiosas em Chicago), análises de narrativa, estudos clínicos, etc.

pois segundo a afirmação de Knodel e seus colaboradores, embora a pesquisa quantitativa por si só não seja capaz de revelar a compreensão “nativa” e racionalidade dos tailandeses sobre o papel dos métodos contraceptivos “importados”, a pesquisa qualitativa não poderia ser generalizada para outros contextos empíricos.

A posição assumida pelos pesquisadores parece representativa daquilo que ocorre na demografia em geral. Mesmo ao salientar a importância dos métodos qualitativos (grupos focais nesse caso) na demografia, existe uma preocupação excessiva em ressaltar a validade e confiabilidade dos dados e sua aplicação subordinada ao eixo dominante da pesquisa quantitativa – afinal é aquela que fornece os dados nomotéticos, isto é, a possibilidade de generalização, a estratégia mais “eficaz e importante”.

Assim ocorre nos trabalhos de Susan Watkins (1993, sobre análise de conteúdo) e de John Caldwell (1996). Em geral, os demógrafos parecem se ressentir ainda da capacidade explicativa e legitimidade das pesquisas qualitativas, e assim, a garantia está em “submeter” as estratégias qualitativas ao projeto quantitativo e formal.

Em princípio não parece haver empecilho à aplicação de diferentes estratégias qualitativas na análise demográfica, sejam elas combinadas ou não a outras estratégias quantitativas. Como já foi salientado o que importa é o desenho da pesquisa e a natureza do fenômeno empírico.

No quadro abaixo sintetizei as classes (desenho de pesquisa) e estratégias (técnicas) de pesquisa qualitativa. De forma geral, acredito que qualquer uma delas é aplicável aos estudos demográficos, pois a “natureza das coisas” (do fenômeno empírico) proporciona diversidade e complexidade à qualquer tentativa de ordenação lógica e explicação causal.

QUADRO 2
Classes e estratégias da pesquisa qualitativa

Classes	Estratégias
Estudos de Caso	Observação participante; histórias de vida; <i>survey</i> semi-estruturado; análise de narrativas e conteúdo; grupos focais;
Etnografia	Observação participante; entrevistas; narrativas; histórias de vida; análise de conteúdo; ação participativa;
Estudos Clínicos (experimentos)	Sociografia; observação; grupos focais; entrevistas; etnometodologia;
Etnografia Radical (teoria crítica)	Etnografia do cotidiano; ação participativa; intervenção crítica (estudos feministas e raciais); interacionismo simbólico e etnometodologia;

Fonte: A partir de MARSHALL E ROSSMAN, 1999.

Estudos de caso e etnografias são formas tradicionais de pesquisa nas ciências sociais e podem ser bem aplicadas às análises demográficas (FEAGIN ET ALL, 1991; BECKER, 1998). Por

exemplo, nos estudos sobre fecundidade ou migração, a análise de casos “exemplares” e etnografias aprofundadas auxiliam uma melhor compreensão sobre os diversos níveis de agregação populacional, além de poderem revelar “ordenações de causalidade” inacessíveis através de uma pesquisa quantitativa tradicional (independentemente das técnicas e modelos estatísticos utilizados).

Jaqueline Hagan (1998), ao estudar a migração ilegal de guatemaltecos para Houston (EUA) no início da década de 1980, utilizou basicamente o desenho de pesquisa de estudo de caso associado à etnografia. Sua pesquisa produziu uma gama de dados em profundidade (sobre as interações cotidianas dos atores, suas categorias cognitivas, interpretações e a inserção na estrutura social do processo migratório através das redes sociais) que se revelaram confiáveis e válidos para a interpretação da “ordem causal” estabelecida pelos fluxos imigratórios que, através de um único membro da comunidade original em 1980 “facilitou” a consolidação da comunidade étnica com mais de 1800 membros ilegais em 1987.

Mais importante que isto, o estudo de Jaqueline Hagan possibilitou conclusões importantes sobre as causas da migração de forma geral. Ao salientar o papel e mecanismo causal de funcionamento das redes sociais de migração, a autora possibilitou através do estudo de um caso exemplar, compreender a relação de componentes demográficos (fluxos migratórios) e sociais (redes e gênero) e especificar os diferentes níveis de agregação e atribuição de significado às várias alternativas de comportamento.

Como afirmam Catherine Marshall e Gretchen Rossman (1999: 150), as análises qualitativas pretendem **estabelecer afirmações gerais sobre categorias específicas de relações**, e os dados qualitativos expressam esse objetivo. A chamada *grounded theory* é também uma classe de pesquisa qualitativa, onde a integração permanente entre coleta de dados e análise permite a produção de um conhecimento objetivo denso e, ao mesmo tempo, generalizável (até o limite de categorias específicas de relações).

Quanto aos estudos clínicos e etnografias radicais a aplicação no campo demográfico é menos evidente, e talvez, mais restrita à exploração do fenômeno empírico a ser pesquisado.

Especialmente as etnografias radicais e intervencionistas das feministas e outras análises de etnografia do cotidiano sobre consumo e comunicações (MARSHALL E ROSSMAN, 1999), podem se mostrar interessantes para a exploração, confirmação e/ou revisão de desenhos de pesquisa quantitativa e crítica das categorias analíticas, como as questões de gênero e raça, ou questões de padrões de consumo familiar, por exemplo.

4 Considerações Finais

Procurei fazer não apenas uma defesa em favor da utilização das pesquisas qualitativas em demografia, mas principalmente procurei mostrar a relação entre teoria (conceitos), metodologia, experiência cotidiana dos atores e “natureza do fenômeno”, e a importância da conscientização disso para formulação de todo o desenho de pesquisa (de maneira geral nas ciências sociais e aplicadas).

No caso da demografia, tradicionalmente habituada a “ver” a “natureza das coisas” segundo categorias cognitivas e analíticas pré-figuradas pelo projeto iluminista e cartesiano, torna-se difícil o reconhecimento da validade e eficácia das pesquisas qualitativas para a descrição e análise dos processos demográficos.

É um equívoco relegar as pesquisas qualitativas simplesmente às **técnicas** que elas desenvolvem. Não por acaso, como sugeri, boa parte dos demógrafos utiliza as estratégias qualitativas de maneira subordinada às pesquisas quantitativas. A compatibilização das duas perspectivas, quantitativa e qualitativa, é na maior parte das vezes feita em detrimento da segunda, pois em última instância há sempre uma desconfiança e descrença na eficácia das estratégias qualitativas – especialmente como possibilidades analíticas generalizantes ou reveladoras de uma ordem causal.

Isso não se justifica, pois as pesquisas qualitativas quando teórica e metodologicamente bem desenhadas e ajustadas à natureza do fenômeno empírico, é bastante eficiente na produção de conhecimento objetivo, comparável e generalizável sob determinadas circunstâncias (tanto quanto se faz através das pesquisas quantitativas).

É um erro utilizar técnicas isoladas, sejam grupos focais ou análises de conteúdo, quando todo o desenho de pesquisa está focalizado em uma perspectiva quantitativa.

Além disso, acredito que o maior erro possível está na falta de sensibilidade na compreensão, percepção e interpretação do fenômeno empírico estudado. Na maior parte das pesquisas a “natureza das coisas” é desconsiderada, e se cria a falsa noção de que qualquer instrumento de pesquisa é capaz de dar conta de um fenômeno.

Quando lidamos com a realidade complexa e dinâmica das sociedades humanas nos deparamos fundamentalmente com a *reflexividade* das “unidades” e categorias, além de tudo aquilo que nos é dado a conhecer (aspecto cognitivo). Esse é um **limite** que deve ser respeitado e tomado com plena consciência.

5 Bibliografia

BABBIE, Earl (2000) Métodos de Pesquisa de Survey, Editora UFMG, Belo Horizonte, Brasil.

BECKER, Howard (1998) *Tricks of the Trade – how to think about your research while you are doing it*, The Chicago University Press, USA.

BENDER, D. E. e EWBANK, D. (1994) The Focus Groups as a Tool for Health Research: issues in design and analysis, in **Health Transition Review**, 4(1): 63-80.

BOURDIEU, Pierre e WACQUANT, Loic (1992) *An Invitation to Reflexive Sociology*, The University of Chicago Press, USA.

BRYMAN, Alan (1993) *Quantity and Quality in Social Research*, Routledge, London, UK.

BURCH, T. K. (1996) Icons, strawmen and precision: reflections on demographic theories of fertility decline, in **The Sociological Quarterly**, 37: 59-81.

BURCH T. K. (2000) Explaining Human Fertility: one theory or many theories?, paper apresentado na **2000 Annual Meeting of The Population Association of America**, Los Angeles, California, USA.

CALDWELL, John (1996) Demography and Social Science, in **Population Studies**, 50(3): 305-33.

CALDWELL, John ET ALL, (s.d.) *Micro-Approaches to Demographic Research*, Kegan Paul International, London, UK.

COLEMAN, David (1986) "Population Regulation: a long range view", in David Coleman e Roger Schofield (eds.) **The State of Population Theory: forward from Malthus**, Blackwell, Oxford, UK.

DAVIS, James (1985) *The Logic of Causal Order*, University Paper Series, 55, SAGE Publications, London, UK.

DEGENNE, Alain e FORSÉ, Michel (1999) *Introducing Social Networks*, SAGE Publications, London, UK.

DURKHEIM, E. e MAUSS, M. (1968) *De Quelques Formes Primitives de Classification*, Editions de Minuit, Paris, França.

FEAGIN, Joe ET ALL (1991) *A Case for the Case Study*, The University of North Carolina Press, USA.

HAGAN, Jaqueline (1998) Social Networks, Gender and Immigrant Incorporation: resources and constraints, in **American Sociological Review**, 1998: 55-67.

HOWELL, Nancy (1986) "Feedbacks and Buffers in Relation to Scarcity and Abundance: Studies of Hunter-Gatherer Populations", in David Coleman e Roger Schofield (eds.) **The State of Population Theory: forward from Malthus**, Blackwell, Oxford, UK.

KEYFITZ, Nathan (1996) Population Growth, Development and the Environment, in **Population Studies**, 50: 335-59.

KHUN, Thomas (1987) **A Estrutura das Revoluções Científicas**, 2ª. Edição, Editora Perspectiva, São Paulo, Brasil.

KNODEL, John ET ALL (s.d.) *Thailand's Reproductive Revolution – rapid fertility decline in a third world setting*, The University of Wisconsin Press, USA.

KREAGER, P. (1986) "Demographic Regimes as Cultural Systems", in David Coleman e Roger Schofield (eds.) **The State of Population Theory: forward from Malthus**, Blackwell, Oxford, UK.

LIEBLICH, Amia ET ALL (1998) *Narrative Research: reading, analysis and interpretation*, SAGE Publications, London, UK.

LOTKA, Alfred (1976) *Teoría Analítica de las Asociaciones Biológicas*, CELADE, Santiago de Chile.

MARSHALL, Catherine e ROSSMAN, Gretchen (1999) *Designing Qualitative Research*, 3rd edition, SAGE Publications, London, UK.

MASON, Karen (1997) Explaining Fertility Transitions, **Demography**, 37(4): 443-54.

MILLS, Melinda (2000) Social Theory, Fertility and Family Formation, paper apresentado na **2000 Annual Meeting of The Population Association of America**, Los Angeles, California, USA.

PRESTON, Simon H. ET ALL (2000) *Demography – Measuring and Modeling Population Process*, Blackwell Publishers, Massachusetts, USA.

WATKINS, Susan (1993) If All We Knew About Women Was What We Read in *Demography*, What Would We Know?, in **Demography** 30(4):551-77.

Learning about the birds and the bees: information about sex in three Brazilian communities in 1996-97¹

Paula Miranda-Ribeiro

1. Introduction

In the 1990s, Brazilian teenagers knew very little about human reproduction. This indication comes from the Demographic and Health Survey, which has an entire section devoted to knowledge about contraception and reproduction. In the case of Northeast Brazil in 1991, the results suggest an astounding lack of knowledge about the reproductive cycle – only 12% of the 15 to 19 year-old females answered the question “when a woman is most likely to get pregnant” correctly.

How much do teenagers know about sex in Montes Claros, Vila Feliz, and Macambira? This paper presents evidence on the sources of information about sex that teenagers from those places rely on – peers, the *rua*, parents, relatives, school, books, magazines, and television. Data come from thirty-six focus groups conducted by the author between September 1996 and January 1997 with teenagers and mothers of teenagers. In addition to reviewing what I found regarding the ways that teenagers in the mid 1990s learned about sex, I also review what their mothers told me about their own learning experiences, or the lack of it, in this realm. Special focus is given to the methodology. Results indicate that parents and schools do not seem to provide sufficient or accurate information. Moreover, many teenagers feel ashamed or embarrassed to talk about sex with family members or teachers. Thus, in order to avoid shame, teens in these communities rely on peers and the mass media as their main source of information about sex.

¹ This paper is based on chapters 4, 6, and 7 of my PhD dissertation, “The sexuality transition among teenagers in Brazil,” supervised by Joseph E. Potter and presented to the Department of Sociology, the University of Texas at Austin in December 1997.

2. Data and Methods

This research project was part of a larger endeavor called “The Social Impact of Television on Reproductive Behavior in Brazil,”² a multi-institutional and multi-disciplinary project involving researchers both in the US and in Brazil, organized around one specific telenovela, the Globo Network’s eight o’clock³ *O Rei do Gado* (The King of Cattle), which aired between June 17, 1996 and February 21, 1997. The project was carried out in *Vila Feliz*⁴, a *favela* (shanty town) in the city of São Paulo, the city of *Montes Claros*, state of Minas Gerais, and *Macambira*⁵, a rural village in the state of Rio Grande do Norte. The idea was to contrast three different settings: a large metropolitan area, a mid-sized city not very close to or directly influenced by any metropolitan area, and a small community in the Northeast – the poorest region of the country. Between September 1996 and January 1997, I conducted thirty-seven focus group meetings with teenagers and mothers of teenagers at the three sites, as well as a quota-sampling survey of 550 14 to 17 year-old teenagers in Montes Claros.

Montes Claros was a rapidly growing mid-sized city of 250 thousand inhabitants⁶ in the northern portion of the state of Minas Gerais. Its economy was based on cement and biomedical industries, as well as grazing, sugarcane, and commercial forestry for industrial fuel. The Catholic Church was very strong in Montes Claros and part of the city’s cultural traditions.

Vila Feliz was among the largest *favelas* in the city of São Paulo, with an estimate of 32.5 thousand inhabitants. It was surrounded by a very upscale neighborhood where the upper-middle class lives in mansions and highly guarded skyscraper condominiums with a view to the *favela*. The two worlds were separated by an avenue and meet when the *favela* inhabitants “cross the border” to work in the rich neighborhood as security guards, nannies, cooks, cleaning ladies, personal drivers, gardeners, and other domestic workers.

Macambira was a village of two thousand inhabitants⁷ located off the coast in the *Sertão do Seridó*, an arid region 190 miles from Natal (the state capital) and 15 miles from Caicó (the fifth largest city of the state with approximately 50 thousand inhabitants). Embroidery, a predominantly

² The methodologies utilized in that project included a historical and institutional analysis, a content analysis of telenovelas over time and of print material (newspapers and magazines) about *O Rei do Gado*, a GIS (Geographical Information Systems) analysis, three household surveys with males age 20 to 59 and females age 20 to 49, three ethnographies and focus group discussions with adult males and females.

³ Although this slot is known as the “eight o’clock telenovela,” it actually aired at 8:30 PM, following the national newscast.

⁴ Following the anthropological tradition to assure that participants will not be identified, the real name of the *favela* was omitted.

⁵ Once again, because of confidentiality problems, the real name of the village was not used.

⁶ According to the 1991 census.

⁷ According to the 1991 census.

female occupation, was Macambira's main economic activity. The city hall was also an important source of employment. Despite the adverse weather conditions, agriculture was another option of employment for males. Due to the lack of good opportunities for males, temporary migration took place frequently⁸.

2.1 *The Focus Groups*

2.1.1 Theory

Focus group discussions first began with Robert Merton (Merton et al, 1956) and were developed originally for research on radio morale programs during World War II. It started in November of 1941, when Merton was invited by Paul Lazarsfeld to watch a test of audience response to be conducted by one of his assistants. After the test, as Lazarsfeld asked Merton his opinion about what he had seen, Merton had a long list of critiques and suggestions to improve the interviewing procedure. Lazarsfeld invited Merton to conduct the next session of tests that was about to begin and to implement the changes he had just suggested. The technique was later named focussed group-interviews (with double "s") (Merton et al, 1990). That author prefers the word grouping rather than group because, sociologically speaking, a group implies shared norms and goals, common identities, and a continuing unity that the individuals brought together for the meeting do not share. Yet for the purpose of this work, I will use the word group and grouping interchangeably.

Focus group research is used for obtaining in-depth information that would be impossible to obtain otherwise. Its main strength lies in the fact that the data are generated through interaction among individuals. Focus group discussions have been used by social researchers to provide insights into the dynamics of attitudes, opinions, motivations, and concerns. Unlike other qualitative methodologies, focus group discussions provide information about norms, as well as discussions around what constitutes normative behavior. The technique can be easily combined with surveys, participant observation, ethnography, and individual interviews. Yet focus groups can be self-contained so that "the results of the research can stand on their own" (Morgan, 1988: 25). The participants are recruited from a specific target group -- according to the profile defined by the researcher -- and have a set of common characteristics that are of interest to the investigation. The group is composed of six to twelve participants who are usually but not necessarily unfamiliar with each other. Members of one particular grouping should have the same socioeconomic status in

⁸ For a more detailed site description, see Miranda-Ribeiro, 1997.

an attempt to avoid inhibition and embarrassment. The conversation is facilitated by a moderator, who tries to create a non-judgmental, relaxed and permissive environment so that the participants can freely express their points of view and perceptions about the subject. The moderator can have a high to low level of involvement, depending on the degree of control the researcher wants to impose on the conversation. The conversation generally follows an outline but there is flexibility to change the order of the topics, talk about emerging issues that had not been previously planned, and even change the outline as a response to previous meetings. The group discussions should be conducted in a neutral and quiet environment. Separate meetings with participants of different profiles allow comparisons between views of individuals with distinct characteristics. The meetings are usually tape-recorded and sometimes video-taped. There is an ethical issue of confidentiality that has to be resolved before the meetings take place and announced to the participants -- who will be allowed to listen to the tapes and/or watch the tape. The analysis can be more ethnographic -- using quotes to illustrate the topics of interest -- or closer to content analysis -- where the number of times each topic is mentioned is taken into account (for more details, see Morgan, 1988; Krueger, 1988; Merton et al, 1990; Folch-Lyon and Trost, 1981; Knodel and Pramulratana, 1987; Knodel et al, 1988).

Focus groups discussions have been successfully used in Demography -- both in a self-contained form and combined with other methods, especially surveys. Pioneered by John Knodel and colleagues in Thailand, focus group findings have helped demographers answer some questions that traditional survey methods are unable to tackle (Knodel et al, 1987). Family planning research has relied on focus groups as a means of getting individual's responses on sensitive topics such as contraceptive use and preferences, ideal family size, sexually transmitted diseases, and other reproductive- and sex-related issues (for a recent example, see Blanc et al, 1996).

Focus group research is a relatively new and unused methodology in Brazilian demography. The method was used to gather qualitative information on issues raised by the *Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem* (Survey on Reproductive Health and Sexuality among the Youth). Carried out among 15 to 24 year-old males and females in three metropolitan areas (Recife, Rio de Janeiro, and Curitiba) in 1989, the survey was followed by a set of eighteen focus groups conducted in Rio de Janeiro in 1990 (BEMFAM, 1993). In 1994, Diana Sawyer's research project on land use and health in the Center-West region used focus groups with miners and settlers to "apprehend the social representation, beliefs and behavior developed by the population who is massive(ly) exposed to malaria" (CEDEPLAR, 1995).

2.1.2 Practice

In a Training Seminar class in the Fall of 1994, while presenting ideas of what I thought would become my dissertation proposal one day, one of my fellow students criticized me for planning to conduct focus groups without any prior experience. This person suggested that I hire a professional to moderate the groups. Based on my intuition, I responded saying that I might not know how to conduct a focus group meeting, but I knew exactly what I wanted to get out of the discussions. My argument was that it is easier to learn how to moderate a focus group discussion than to brief someone about all I wanted to learn from the participants. Later on, reading one of Knodel's papers on the subject, I learned that he and his colleague also share my opinion and caution researchers against the "[temptation] to hire a professional marketing firm with experience with focus groups" (Knodel and Pramulratana, 1987: 5). The Summer of 1994 had offered me the opportunity to watch several group discussions conducted by professionals in Brazil. In the Summer of 1995, I conduct five meetings with low-income female teens based on my own outline⁹. Today, after the thirty-seven focus groups I conducted for this project, I am glad I followed my intuition and Knodel's piece of advice. Although I have made mistakes along the way, I had the chance to explore new territories, try new approaches, and talk about topics that were not initially planned. In addition, the fact that I conducted the meetings helped me with the data analysis. I feel I know the data thoroughly. More than designing the outline, I was part of the whole enterprise. After all, I was there. It is always easier to report on something that was experienced first-hand.

2.1.2.1 Selection of Participants

Due to the number of meetings that I conducted, I had a chance to try different recruiting processes as well as distinct ways to mix and match participants. I recruited teenagers at schools and through natives (residents of the city) and/or the ethnographer in residence at each site. Most of the meetings were single-sex except for the final round, where I conducted three coed meetings with teenagers. Table 1 presents a summary of the thirty-seven focus group discussions conducted for this project. Among the thirty-six groups that were used in the analysis, seven of them were composed by mothers of teenagers and twenty-nine had teenage participants; nineteen of them were conducted in Montes Claros, nine in Macambira, and eight in Vila Feliz; fourteen of them brought together lower income participants, thirteen had upper income participants, three were

⁹ This was made possible by the 1994 and 1995 Summer Research Grant from The Andrew W. Mellon Foundation, awarded through the Population Research Center, The University of Texas at Austin.

composed by teenage mothers or mothers-to-be, three had dropout¹⁰ girls, and three of them used other recruiting criteria¹¹. Among the twenty-nine groups with teens, four of them were coed, nine were composed by male participants, and sixteen had female participants only.

TABLE 1
Focus Group Discussions

where	when	who			how many groups	type of recruitment		
		age	sex	socioec. status				
Montes Claros, MG	Sep.1996	14-17	F	lower income	03	school		
		14-17	M	lower income	03	school		
		14-17	F	upper income	02	school		
		14-17	M	upper income	02	school		
	Jan.1997	14-17	coed	lower income	01	native		
		14-17	coed	upper income	02	native		
		14-20	coed	drug users	01	ethnographer		
		14-17	F	dropouts	01	native		
		14-17	M	dropouts	01	native		
		14-18	F	teen mothers	01	native		
		adults	F	lower income	01	native		
		adults	F	upper income	01	native		
		adults	F	Catholic	01	ethnographer		
		adults	F	lower income	01	school		
Macambira, RN	Oct.1996	14-17	M	lower income	01	school		
		14-17	F	upper income	01	school		
		14-17	M	upper income	01	school		
		14-17	F	Caicó girls	01	native		
		14-17	F	dropouts	01	native		
		14-18	F	teen mothers	01	native		
		adults	F	less educated	01	native		
		adults	F	more educated	01	native		
		Vila Feliz, SP	Nov.1996	14-17	F	lower income	01	school
				14-17	M	lower income	01	school
14-17	F			upper income	01	school		
14-17	M			upper income	01	school		
14-17	F			dropouts	01	native		
14-18	F			teen mothers	01	native		
adults	F			lower income	01	native		
adults	F			upper income	01	native		

10 The idea of including dropout girls comes from Romo and Falbo's (1996) work with Latino high-school girls who, despite the high proportion of school dropouts among Latino students, have defied the odds and graduated. The authors followed one hundred students in Austin, Texas, between 1989 and 1993, in an attempt to identify the factors behind school dropout and the strategies used by those who earned a high-school diploma.

11 Drug users and Catholic mothers in Montes Claros, and females studying in Caicó, close to Macambira.

Because my target group consisted of teenagers 14 to 17 years of age, I decided to work with students in the 8th grade. I had every 8th grader in five schools¹² answer a recruiting questionnaire¹³. The questionnaire was administered by myself and my assistant on an individual basis¹⁴ and aimed at getting the profile of the student in terms of age, race, religion, living arrangements, socioeconomic and family background, and telenovela viewing. The students were told that the participants in the group meetings would be randomly drawn -- to avoid anxieties -- but in reality they were chosen according to sex, age, and socioeconomic background. The participants were defined according to ABIPEME criteria -- widely known and used by the commercial media industry in Brazil¹⁵ that takes into account the existence and the number of certain appliances and some characteristics of the household, as well as the education of the head of the household¹⁶. Each item contributes to an overall index that increases as the number of items existent in the household and the education of the head increase. According to the number of points the interviewee scores, he/she is classified into classes ranging from A (higher) to E (lower). Whenever possible, all participants were viewers of *O Rei do Gado*. Although this selection could impose a bias, even the teenagers who claimed not to watch the telenovela under study knew the plot quite well. The group discussions were held in each of the respective schools and were fully filmed and recorded. The five schools had television sets and VCRs but the rooms were not always quiet, which affected the quality of the recording and, later, the quality of the transcription. The principals at the three public schools allowed me to conduct the meetings within school hours, whereas the private schools offered me a room but did not let the students miss any class periods for that purpose. The fact that I had to conduct the meetings after school hours created a problem -- some students were not willing and/or not able to return to school later in the afternoon in spite of the fact that those selected promised to return. The result was meetings with smaller groups than I had previously expected. For example, one of my focus groups at Secular Private School contained only three participants but the small size may

12 Medium Public School, Low Public School, Evening Public School, Secular Private School, and Catholic Private School.

13 In one of the public schools I interviewed teens who study in the evening shift (usually from 7 to 10:30 PM). As these students tend to be behind in terms of age, I decided to cover teens from 4th to 8th grades. In this particular school, a census type of recruiting questionnaire was not possible because of the size of the school and the lack of a person to guide me around the classrooms.

14 The Catholic Private School did not allow the students to leave the classroom on a one by one basis and therefore we had to hand the questionnaires out in class and help them answer the questions. Thus, in this school the recruiting questionnaire was self-administered.

15 Despite the criticisms that involve these criteria, I decided to apply it because of its wide use and acceptance.

16 The items included in the ABIPEME criteria are: radio, television set, car, living maid, refrigerator, bathroom, VCR, vacuum cleaner, washing machine, dishwasher, microwave oven, and CD player. In addition, it also takes into account the education of the head of the household.

have enhanced the quality of discussions at certain times¹⁷. Although the literature suggests that meetings with young participants should not be conducted in places ruled by adults (Krueger, 1988), my experience indicates that it would have been impossible to take the teens someplace else during or after school hours. Despite the fact that some principals requested that someone from the school participate as an observer, I did not comply with the request and made sure that there was no “adult” in the room.

Another issue that deserves attention is the large number of meetings (including the recruitment of participants) that I conducted in a very short period of time. Contrary to advice given by Krueger (1988), I conducted my interviews in a relatively short span to reduce the costs of being in another city. Yet the personal costs were high in terms of physical and especially mental exhaustion. Moderating a group meeting means paying close attention to every single detail that is said to be able to change subjects, ask questions, and probe at the right time. However, after two (and sometimes three) meetings in the same day, I had problems concentrating and intervening at the right moment. This problem was easily noticed when I later heard the tapes -- several times I forgot what I was going to say next, especially if it was the last meeting of the day. Another disadvantage was the fact that there was less time (and energy) to take notes after the meetings were over. The organization of the material -- tapes and participants names -- was not as comprehensive as I would have liked.

The first round of focus group discussions took place in Montes Claros, Minas Gerais, between September 8 and 18, 1996¹⁸. Only teens attending school were included. With the help of Heloísa Buarque de Almeida, the ethnographer in residence, I contacted a sociologist who works at the city hall as well as at the teachers’ union and the state university. I explained to her the type of diversity I wanted -- public schools serving the breadth of socioeconomic levels, and private schools with different orientations (one Catholic, one secular) -- and she gave me names of schools and directors that I should contact. From there, I called several principals and ended up working with five schools -- three public and two private. A total of ten groups were conducted in these five schools -- a male and a female group in each of them. In order to assure confidentiality, I will call the schools Medium Public School, Low Public School, Evening Public School, Catholic Private School, and Secular Private School.

17 Although methodologically complicated due to the limited number of participants, this discussion was profoundly enlightening of many of the issues I wanted to uncover.

18 Sandro Andrade Batista was my assistant and note-taker for this first round of focus groups. Heloísa Buarque de Almeida was an observer at some meetings.

The second round of focus groups took place in Macambira, Rio Grande do Norte between October 25 and 31, 1996¹⁹. In addition to lower and upper income male and female teens attending school, I had meetings with mothers of teenagers, teen mothers or mothers-to-be, girls studying in private schools in Caicó, and dropout girls, yielding a total of nine meetings. The definition of upper and lower income had to be flexible and adapted to the reality of the town -- if I had followed the ABIPEME criteria strictly, I would not have found upper income teens in the public schools. Thus, I used a measure of relative wealth -- teens classified as class C were considered upper income, vis-à-vis teens classified into classes D and E, who were the lowest income group. Antonio La Pastina, the ethnographer in residence, applied the recruiting questionnaires to the teens attending school prior to my arrival and contacted a resident of the town to help recruit the participants that had to be reached outside the public schools of Macambira. It proved extremely helpful to have someone taking care of the logistics before my arrival, especially when my colleague was a highly qualified and educated person living in the community for six months. The group meetings were held at a senior citizen's social center located close to two of the three schools in town. Although there was a television set and a VCR in the location, we experienced technical problems and had to rent equipment from a native. My camcorder did not want to cooperate, either, but this same native happened to be the town videomaker and had a professional one I was able to use.

Following the advice available in interview literature, I decided to hold a methodological experiment and asked La Pastina to conduct one of the male groups. The same experience had taken place in Montes Claros, when Sandro Batista, my assistant, conducted one of the male meetings with no female present in the room. According to some specialists, the moderator and the respondents should be the same sex so that males talk to a male interviewer and females talk to a female interviewer (Krueger, 1988). Despite La Pastina's lack of experience with focus groups, he had already watched a few that I had conducted and was completely aware of the research interests I had. His group went quite well, although I was sometimes uncomfortable by the method he used to elicit the answers he wanted. The male group I conducted the next day did not go as well. The participants only answered my questions monosyllabically and I got very frustrated. In the middle of the meeting, we decided to shift gears -- La Pastina took charge and I left the room. I was hoping that the boys would feel more comfortable talking to him without having a female in the room. However, the conversation kept the same tone after I left. The same was true with Batista's meeting in Montes Claros. Therefore, in that case, the sex of the moderator did not seem to matter. That evidence further supported my argument that

19 Antonio La Pastina was the note-taker for this round of meetings.

my gender was not an impediment to my research with males. During one of meetings, I had noticed that the male teens were aware of my presence as a female but yet felt very comfortable belittling or disparaging girls in front of me as they did not perceive me as having anything in common with the girls they were talking about. Thus, I was a complete outsider as Amuchástegui found also to be the case in her research in three Mexican communities (Amuchástegui, 1996).

Participant: Nowadays you can see that today's woman is more shameless. You can see that nowadays, to find a girlfriend, you have to have at least a motorbike. Otherwise it's difficult.

Participant: Self-seeking.

Paula: Really? Are they self-seeking?

Participant: Indeed. It's not discrimination against you women, but it's reality. [Laughter]

Paula: Feel free to say whatever you want.

Participant: I'm not talking about you. It's in general.

Paula: Of course it's general! We are only talking in general. We're not saying anything personal about anyone. It's all general.

(Medium Public School boys, Montes Claros)

The third round of meetings was carried out in Vila Feliz, São Paulo between November 25 and 30, 1996²⁰. Thanks to Esther Hamburger and Ronaldo de Almeida's ethnographic work, I was granted access to the favela and was able to make contacts with the principal at the public school, as well as with a native resident who helped recruit the participants outside the school. In this case, the native was the videomaker of the *favela* and also the coach for the female teen soccer team. He had very good access to the community. As in Macambira, I conducted focus groups with lower and upper income male and female students between 14 and 17 years of age, dropout girls, teen mothers or mothers-to-be, and lower and upper income class mothers of teenagers. Two meetings were held at the school and the remaining meetings took place in the neighborhood association building.

The fourth and final round of focus groups took place in Montes Claros, Minas Gerais, between January 25 and 30, 1997²¹. The recruiting process was different from the first round in the same city and, instead of recruiting at schools, I decided to hire two natives and have them recruit every participant, including students. I thought it would be interesting to have teens from different schools in the same meeting. Coed meetings with teens were conducted in an attempt to witness their tension and friction between males and females, as well as to observe their difference in attitudes and opinions in front of each other. Ten groups participated in this round: two with private

²⁰ Esther Hamburger and Ronaldo de Almeida alternated as observers in this round of discussions.

²¹ Dulce Benigna Dias de Alvarenga Baptista and Mariane Miguel Chaves alternated as assistants and note-takers for this final round.

school teens (males and females at the same time), one with public school teens (also coed), one with dropout girls, one with dropout boys²², one with a group of drug user teenage male and female friends²³, one group of teenage mothers or mothers-to-be, one group of low income mothers of teens, one group of upper-income mothers of teens, and one group of “active” Catholic mothers of teenagers. The meetings were held in a hotel meeting room.

2.1.2.2 Outline and Meetings

The outline for the focus group meetings was developed with the aid of vignettes from *O Rei do Gado*. I selected thirteen scenes from the beginning of the telenovela (up to August 1996) dealing with thirteen topics of interest -- family relations, divorce, infidelity, domestic violence, condom use, virginity, pregnancy, marriage, gossip, reputation, female initiative, prostitution, and abortion. At some point, I thought of having new vignettes for the last round of groups in Montes Claros because the telenovela was about to end by then and much had transpired. However, using new scenes as stimuli would make comparison between different rounds of meetings more difficult and would add one more “variable” to the already complicated web of data. Thus, I decided to use the same vignettes for the four rounds, and now I am glad that I did.

After each participant briefly presented him/herself, the plan was to talk about telenovelas in general and *O Rei do Gado* in particular -- why they watched it, how often, with whom, their favorite characters, if they thought telenovelas influenced people’s lives and, if so, how. The second part was based upon the vignettes -- after watching one at a time, they gave me their opinion about what they had seen, including if they thought the scene seemed real or not. Finally, I wanted to see how much they knew about sex and sex-related topics. I invented a game called “Play Magazine” where I would play the part of a teenager who had written a letter to an advice column in a magazine and I would ask them to respond to the question of me, “the teen.” The correct answers to the questions were offered at the end of the meeting. Most of the participants said they knew enough about sex and did not need extra information thus declining to hear the correct answers, but in some cases the participants were willing to know not only the correct answers but also my personal opinion about certain topics. Due to time constraints, this give and take did not happen in all meetings and, in order to improve continuity, was moved from the third to the second topic after the first few meetings.

²² This group was dropped from the analysis.

²³ One of them was older than my target group --20 years-old. However, I decided to keep him because this was a special group and I thought his opinions were worth listening to despite his age.

The meetings with mothers of teens were a little different. Although I followed the same outline, the mothers did not play the game and, in some cases, did not even see the vignettes. They did not need any type of stimuli to talk about the topics of interest which appeared spontaneously during the conversation.

Time was a constraint in many of the meetings (especially the ones with mothers of teenagers) and some meetings would have lasted twice as long if I had let them go. Most of them lasted between one and a half and two hours. I was aware that I had many topics to be covered and that the vignettes were time-consuming. Most of the groups did not see all the vignettes as the topics the scenes were supposed to raise came up naturally during the conversation. Krueger (1988) suggests that group discussions with teenagers be short to avoid boredom. My meetings were by no means short due to the number of topics I wanted to cover. However, the vignettes helped make the meetings more dynamic and less predictable -- the participants never knew which scene they would watch next. Nonetheless, I did notice fatigue and, whenever that happened, I tried to cut the meetings short.

The meetings began with an explanation of what was going to happen and why I was filming and recording everything in regular and micro cassettes (whenever the equipment²⁴ permitted). I assured them that despite all the electronic paraphernalia, our conversation was confidential and no names would ever appear anywhere. I told them I was there not to teach but rather learn from them and would appreciate everyone's contribution to the discussion, even (and especially) when participants disagreed. There was always a note-taker/observer in the room and I made sure that he/she did not disturb or inhibit the conversation. Food, candies, chocolate, and sodas were available on the table and participants were encouraged to help themselves at any time. The normal pattern was to see participants relax as the conversation progressed. Although they were never asked to talk about personal experiences but rather about young people's experiences in general, I often heard personal stories and comments.

The literature suggests that participants in a focus group tend to talk in the third person, trying to transfer their own experiences to someone they know -- a friend, a relative, a neighbor. A female teenager in Vila Feliz was the perfect example of that. First, she told the story of a friend that might have to have an abortion against her will because of ectopic pregnancy -- or, in the participant's own words, pregnancy in her tubes. Some time later in the conversation, when the topic had switched

24 Due to technical problems, not all groups were filmed and recorded. The technical problems that I faced were failure of one of the tape recorders and failure of the camcorder. In the first round of Montes Claros and in Macambira, I hired professionals to film the meetings after experiencing problems with the first group in each of the two sites.

from abortion to domestic violence, she said her boyfriend physically abused her and then she finally told the true story about the abortion and admitted to be the one who might have to have it.

Participant: The case I was talking about, the pregnant girl, it's me.

(Dropout girls, Vila Feliz)

At the end of the meeting, each participant received a small gift as my acknowledgment of his/her participation. Although the literature suggests monetary compensation, dealing with teenagers requires extra caution and the distribution of money seemed inappropriate when dealing with teens. In addition, a small gift seemed more personal and more appropriate as a way of demonstrating my appreciation for their presence and their cooperation.

2.1.2.3 Data Analysis

The thirty-seven group discussions were recorded, filmed²⁵ and later fully transcribed²⁶. Due to equipment failure, it was important to have a second tape recorder operating as a backup to the first one. Sometimes the recording apparatus had problems and I only found out that the tape had blanks or did not run as expected long after the meetings were over. I also found out about other tape problems during transcription. One of the transcriptions was made out of the VCR tape as it was the only recording that actually worked. The quality of the transcription varied according to the quality of the recording, which had to do with the level of outside noise during each meeting. School libraries were not the best place to conduct such meetings because they were noisy during class breaks, or sometimes because of some outside activity carrying on at the same time. However, I had no choice and was grateful to have been granted a room in the school -- it would have been impossible to take students elsewhere during or after the regular school hours. The neighborhood center in Vila Feliz was under construction, and quite often there was too much noise to hear. The senior citizen's center in Macambira tended to be quiet, as was the hotel meeting room in Montes Claros.

The data analyzed here was drawn from the transcriptions of thirty-six focus groups. One of the original thirty-seven was discarded due to my incapacity to get answers worth using (the dropout boys who were recruited by a native in Montes Claros only laughed at my questions and only two of them were actively speaking and their answers tended to be yes or no). Their lack of experience with the school system probably played a role in their failure to adapt to the classroom-like situation. My

²⁵ When equipment permitted. In some cases, the videocamera was professional; in others, I used my own camcorder.

²⁶ The interviews were transcribed by Sandro Andrade Batista, Eduardo dos Santos Andrade, Adriana Miranda-Ribeiro, and Juliana Velloso.

lack of experience with this type of teenager made it so that I was unable to conduct the meeting and find an alternative to the predetermined outline when things began to deteriorate.

After the transcriptions were done, the first step in the data analysis was to read the material -- one transcript at a time -- in an attempt to capture the wholeness of the group and, at the same time, to identify topics that emerged during the conversation. The search for topics proved to be crucial, tiring, and yet very dynamic. I did not find the right classification at first and had to go back and forth several times before the quotes were grouped in a coherent manner. I am afraid a final classification has never been achieved. While analyzing the data, I still found myself moving quotes from one topic to the other.

Having refreshed my memory about each group and the topics that were discussed, a second step involved a second subsequent reading to select interesting quotes that illustrated each one of the topics. The quotes were cut and pasted, and grouped by topic in four computer files -- one for each round of meetings.

A third step was the mixing of rounds and the creation of a file for each topic, drawing from the four original files. Thus, I had one file for each topic, as well as a file for each round. In other words, I had the same quotes grouped in two different ways -- by round of discussion and by topic. In addition to two groupings of selected quotes, the original transcripts were also used whenever recapturing the whole was necessary.

With 340 pages of selected quotes, the fourth step included the color coding of the citations. I chose to code the quotes grouped by topic as I thought they would be easier to handle when writing the analysis. First of all, the mothers' speeches were separated from teens' voices by different colors to have an idea about generation differences. Then, each of the four rounds also got a different color, so that it would be easier to identify regional differences. Socioeconomic background and sex of the participants were also color coded. In the end, each citation had four colors attached to it: a generation color, a geographic color, a socioeconomic color, and a gender color. Yet some quotes had no socioeconomic color as the group was selected based on another underlying characteristic -- such as being a school dropout or a teenage mother. In addition, comments were handwritten on the margins.

Last but not least, the quotes had to be translated. This is no easy task for a non-native speaker of the language of the final report and the amount of work should never be underestimated. In addition, teenagers use a great deal of slang in their conversations and it was sometimes hard to find the best word to keep the original meaning. I chose to leave some words in Portuguese and try to explain them later. In an attempt to save time and energy, I translated only the quotes that I was going to use in the final text.

I am aware there was available computer software to help with the coding and the grouping of quotes. However, I acknowledge my laziness to learn one of them and my necessity to be able to see and touch each and every one of my transcripts and quotes. Thus, I am a user of the “scissors and sort” method of using markers and scissors to color, cut apart, sort, and pile the quotes by topic (Morgan, 1988).

I have lost track of how many times I have read the quotes and the transcripts. Dozens, maybe hundreds of times. I feel that I know my material well enough but, at the same time, I am absolutely sure that I would find more interesting quotes were I to read my material one more time.

The data were analyzed according to the steps listed above. In addition, I tried to follow my advisor’s as well as Golden-Biddle and Locke’s (1997) same piece of good advice: “Just tell your story.” Using the voices of teenagers and mothers of teenagers, I will discuss the teenage demand for information about sex to suggest that the mass media play an important role in satisfying this demand as well as promoting changes in ideas, attitudes, and behaviors. Whenever possible, I will point to regional, gender, and socioeconomic differences.

3. Information about sex?

3.1 Peers and the Rua

The majority of the mothers of teenagers who participated in the focus group discussions in the three communities did not receive any kind of information about sex from their parents. Sex was a taboo topic and talking about it was usually not allowed within the domains of the household. On the contrary, information about sex came from the street. Borrowing DaMatta’s (1991) terminology once again, although acceptable sex – for reproductive purposes – should be done in the *casa* (house), learning about sex could only happen in the *rua* (street), with peers. It seems that, in the past, not only unmarried females could not have sex but also they did not know very much about it. Why should an unmarried female know about sex if she was not supposed to do it? After the marriage, the husband, expected to be sexually experienced, was supposed to be in charge and teach his wife the secrets of sex. Mothers of teenagers complain about being naive and ignorant about sex at the time of marriage. One mother reports she tried to scream for her parents when her husband wanted to touch her. After all, she had always been taught that touching was wrong and bad.

Participant: (...) my mother didn’t have the habit [of talking about sex] with us. Mother didn’t come and talk about sex, about this, about that, so, what happened was that we looked for that in the rua, [we] learned in the rua, you know?

Participant: Our generation learned everything in the rua.

Participant: In the rua, because our parents [didn't talk about it].

(Catholic mothers, Montes Claros)

Participant: Some times [we learned about sex] with our [female] colleagues. I learned with my [female] classmates at school, with my [female] friends in the rua. And my [mother] was also too strict [to tell us anything about sex].

Participant: Mine too.

(More educated mothers, Macambira)

Participant: Because my mom never said anything, I didn't know [anything]. When I got married, it was hard because my husband wanted to sleep with me, you know, he wanted to touch me, and I told him "This is wrong, my mother said this is sinful, you shouldn't do it, it's sinful. I'll scream for my dad and mom." He covered my mouth and said "But we are married!"

(Upper income mothers, Vila Feliz)

Today's teenagers certainly have more options than their mothers did in terms of learning about sex. Yet their voices suggest that the *rua* (or peers) is still both males' and females' main source of information. Word of mouth – "one teaches the other" – is not restricted to the mothers' generation. As one teenager explains, the advantage of learning from peers is to avoid the embarrassment one would feel if one had to talk to a teacher or to parents about sex. Differently from their mothers' generations, they mention TV as a source of information.

Participant: I think my mom and dad lived in a time that didn't exist for real, because they discriminated, I think, everything. (...) my mother says something like, "Oh, be careful about diseases," this kind of thing, "Look at what you're going to do," every time I go out she says "Juízo" [literally judgment; means take care], that's the only thing she says, "Juízo." But she's never come to me and said like, "Bia don't deal with this," "Bia don't do that," "Bia take care with this," "Bia (...)" No, it's like I said, everything I know, I know from life, life taught me, you know?

(female at Drug users, Montes Claros)

Paula: And where do girls your age learn about sex?

Participant: I think it's more in the rua.

Participant: Yeah.

Participant: In my house, at least, my father never sat down and talked to me about sex.

Participant: My father does.

Participant: My father doesn't even know how old I am!

(Catholic Private School female teens, Montes Claros)

Paula: Where do today's teens learn about sex?

Participant: In the rua.

Participant: In the rua. Most of them.

Participant: With [female] friends.

Participant: One teaching the other.

Participant: Because there is always one who knows more, and says “Ah, you didn’t know [that]?” “No, how can that be?”

Participant: It’s always among [female] friends.

Participant: My mother is very old-fashioned, you know? My 11 year-old sister went to her and asked “Mom, what is menstruation?” She didn’t want to explain, she said “No, you don’t (...)”

Participant: My mom also never explained [to me].

(Dropout girls, Vila Feliz)

Paula: And where do teens like you learn about sex?

Participant: (...) in books, conversations.

Participant: We talk.

Participant: On television, at school. (...)

Participant: But it’s more among friends.

Paula: Really?

Participant: [We] make a circle, and each one says what we think, what we know, what we don’t know.

Participant: I think this is very good, [it] helps, because sometimes one clears up the [other’s] doubt (...)

Participant: Because also when it’s at school, people are like, ashamed to ask the teacher, and among friends they’re not ashamed.

(Public School teens, Montes Claros)

As daughters, mothers of teenagers have one complaint regarding the way they learned about sex when they were younger – they all wished they had some form of dialogue at home. They resent the fact that they could not count on their parents and especially their mothers as a source of information about sex-related matters. But how do they act as parents when it comes to talking about sex with their own children? Are they doing things differently? How do teenagers feel about that?

3.2 Parents

As mothers, part of the older generation is trying to do things differently. Some of the mothers try to avoid repeating the same pattern they experienced as daughters and report taking the initiative to talk to their children about sex. As one mother in Vila Feliz explains, she wants to avoid that her children have the same difficulty in having a relationship with their partners as she experienced with her husband.

Participant: I think that sex, we are mothers, we have to call our sons and daughters, whatever [the problem] is, and talk to them. This is how I do it [instruct them].

(Lower income mothers, Montes Claros)

Participant: But I don't think it is right for the parents not to orient their children, just like I wasn't oriented, and I think many of them [the other participants] here as well. We were raised in the same rhythm and it takes a lot of sacrifice to have a relationship with men later on in life, you know? It's very bad, it's very difficult.

(Upper income mothers, Vila Feliz)

Participant: Some times I talk about that [how ignorant I was about sex when I was young] to instruct my children, I don't know if this is wrong (...)

(Catholic mothers, Montes Claros)

Other mothers are a little ashamed but yet try to fulfill the role they believe parents should have – despite the fact that they tend not to take the initiative to talk about sex, they claim to be available and willing to answer whatever questions their children may have. Yet their children do not feel comfortable enough to approach them with questions about sex.

Paula: Do you talk to your children about sex? I mean, if they ask you something?

Participant: If he asks, I answer.

Paula: Really?

Participant: Yes. But for me to talk about it, I don't.

Paula: What about you?

Participant: If they ask, I answer, but if they don't.

Paula: Do they usually ask you anything?

Participant: No, it's very difficult [rare].

Participant: No.

Participant: No, mine doesn't, either.

Participant: Mine neither.

Participant: All I tell my boy is to take care and use a condom. That's all.

(Less educated mothers, Macambira)

Finally, some mothers are too embarrassed to talk about sex at all. The explanation for the embarrassment and even shame of their own bodies seem to come from the way mothers were raised and how they experienced their own coming of age. For some, any bodily manifestation was considered wrong and bad, even if strictly biological and totally unavoidable such as menarche. As Parker (1991) points out, "Menarche makes visible and real [female] sexual potential in its most concrete sense, and thus calls into action a complex set of processes aimed at circumventing, controlling, and even denying this new reality" (1991: 56). Some mothers consider sex still a taboo topic and rely on other sources of information to their children, such as television or the school. In some cases, there is more to it than just embarrassment. Some mothers acknowledge they do not know enough about sex to be able to teach their children.

Participant: The men didn't see our bodies, we didn't see theirs, we lived with a man for years and didn't know what [how] our husbands were. But today, today it's different. We were raised like this, I doubt that Mara, Dona Candida, and others here (...) Do you have the courage to be naked close to [your husband]?

Participant: Close to [my husband]? Never (...)

Participant: (...) trauma (...)

Participant: (...) shame [because of] the way we were raised. I would never [be] naked close to my husband. Nowadays a couple walks naked around the house.

(Lower income mothers, Montes Claros)

Participant: I say that my husband has never seen me naked.

Participant: Mine neither. (...)

Participant: I'm too reserved.

Participant: Of course he's seen [me naked], but I didn't feel him looking [at me], I was too ashamed.

Participant: Look, I'm 53 years-old and my husband has [never] seen me naked like this (...)

Participant: I hide because I'm fat, you know.

Participant: (...) I leave the bathroom wrapped in a towel, you know, then when he wants to enter the bedroom he asks me "Cida, have you changed?" Then I say "No, I'm here," then he says "OK, you can change." He knows perfectly well that I don't like it [being seen naked], I mean, I really don't like it, you know?

(Catholic mothers, Montes Claros)

Paula: Are you in favor of the school teaching about sex? Or do you think they shouldn't teach it?

Participant: I'm not against it.

Participant: It's easier, you know?

Participant: Because for us who are mothers, we don't have the courage to talk [about sex], I don't have the courage to talk to my daughter, so I think.

Participant: But they [the children] know everything.

Participant: If the school teaches, it's easier to explain.

(...)

Paula: Do you talk to your children about sex?

Participant: I don't.

Participant: I've never talked [about it].

Participant: I don't.

Paula: Do they ask anything?

Participant: Mine [daughter] doesn't.

Participant: No.

(Lower income mothers, Vila Feliz)

Participant: We had this thing, I had this thing in my mind, more or less. You know, it wasn't like sex that I knew. I thought: because the young ladies who get married, they have babies; we, who never married, don't have babies. Because I had this foolish idea in my mind, you know, but [it was] not a reality. Did you understand? So this is very hard for

us. That's why, I'm not against it, I cooperate with the mothers, with the kids, but I don't know how to talk right, to go to my son and talk openly, because when they were born, it was cesarean, so later my son asked me and I was ashamed to tell. Then he said "Mom, how was I born?". So I wasn't embarrassed to say, the doctor cut and took him out. But he learned this recently, [because] he sees everything on television. And the teachers tell (...) even I didn't know exactly how it was, so how could I teach my son?

(Upper income mothers, Vila Feliz)

Switching to the teenagers' perspective, some of them acknowledge receiving information from parents, suggesting changes if compared to the world their mothers lived in. Yet there are parents who talk openly about sex and take the initiative and there are others who are embarrassed and talk about the subject only when questioned by their children. It is interesting to note that, sometimes, the children are the ones who are embarrassed to talk about sex with their parents. Some mothers notice their children's embarrassment and use it to explain the fact that teens prefer to talk to peers about sex rather than with parents.

Participant: In my case, as I said before, my information I always got at home from my dad and my mom, always, always. It's even embarrassing, you know, when your dad and mom sit and start [saying] "It's like this, it's like that, this is how it happens and this is how you should do, this is how you take care," you know, all this leaves you like, you know, [embarrassed].

(Private School teens I, Montes Claros)

Paula: What about you? Where do you learn [about sex]?

Participant: My mom, she tells [me] everything. What's right, what's wrong, [she advises me] to do the right things.

Participant: She starts speaking, but she gets embarrassed to talk.

Participant: She's ashamed to talk in general (...)

(Low Public School female teens, Montes Claros)

Paula: And do you talk at home about this subject [sex]?

Participant: With my father and my mother?

Participant: No, no way!

Participant: I just can't talk [to them].

Participant: I talk [to them], you know?

Participant: My mom, no way.

Participant: She [mother] told me to talk to her. But I'm embarrassed to talk to my mother, I'm ashamed. (...)

Participant: I think I don't have the courage to have a conversation about this [sex] with my dad and my mom.

(Upper income male teens, Vila Feliz)

Participant: They [our children] don't come to us and open themselves and ask [questions about sex]. They prefer to learn out there.

(Lower income mothers, Montes Claros)

Despite the fact that some parents do talk to their children about sex, many teenagers have the same complaint their mothers' generation had – they still cannot count on their families as a source of information about sex. For those, more dialogue with parents seems to be part of their wish list.

Participant: (...) if I depended on mom, poor little me. I wouldn't see [know] anything [about sex].

(Private School teens II, Montes Claros)

Participant: I think mothers have a very important role in explaining [about sex].

(Young mothers, Vila Feliz)

Participant: I can't talk to my mom [about sex]. If I go to talk to her, she says "This is a lack of morality for you to come and say this to me."

(Dropout girls, Macambira)

3.3 Relatives, Schools, and Books

In addition to peers, the *rua*, and parents, other options teenagers have in terms of learning about sex include school, books, older siblings and other relatives. Some female teens also report learning about sex with their more experienced boyfriends.

Paula: And where young people learn about sex nowadays?

Participant: At school.

Paula: Really?

Participant: The school explains a lot.

Paula: Really? Everybody here learned at school?

Participant: I learned at school because my mother didn't tell [me] anything.

Participant: Yeah. Our parents are like, they don't, my parents didn't talk to me. And they thought it was wrong for the school to teach [about sex], they thought the school.

Participant: It's lack of shame.

Participant: It was lack of shame. Then, when we make mistakes, like, then they keep saying "You didn't learn this, we gave you so much advice." I've never heard any advice.

(Young mothers, Vila Feliz)

Participant: I learn with my older sister, because she, I think she's gone through a lot of stuff in her life, you know? So, she learned a lot with life. So, she talks to me a lot and is always giving me advice, something we don't like but is always good, and in the *rua* too, with friends, with the group.

(Catholic Private School female teens, Montes Claros)

Participant: I have a boyfriend that she [another participant] met. He doesn't live here, he lives [elsewhere]. So the first time I had intercourse with him, I was very ashamed (...) but the next time I went back there he bought me a magazine, "Positions to love." He gave it to me as a gift.

Participant: Yeah, but not all [boyfriends] are like that.

Participant: Nowadays in general even the girls, the boys learn everything in the rua. With friends.

Participant: Or you get an experienced guy who has years of experience in the business and learn [from him].

(Dropout girls, Vila Feliz)

Books were mentioned only a few times, reflecting the fact that the participants that I talked to were, in general, poorly educated. One mother of high socioeconomic background reported reading a book her older sister had for brides-to-be, which apparently taught all a bride should know about sex. Despite the book, which she read without permission, she admits she did not know anything about sex when she got married.

Participant: (...) like me, for example, [when] I married I was a complete little fool, what I learned I learned in books because my oldest sister, when she got married she bought this book, "Questions and Answers." So it had everything.

Participant: I [also] read it.

Participant: You did? Well, I took the book without anyone knowing, put it under my mattress, and every small opportunity I knew there wasn't anyone [around] I ran I read this book. (...) I learned a lot of things.

Participant: My mom never taught me, because if she was talking, like, with someone, a friend of hers, who were we to stay around? She only did, (...)

Participant: She only looked.

Participant: But I gave some amassos [hugs and kisses].

Participant: (...) It's funny, but [only when I was] 17 did I hear how sexual intercourse took place, I was already engaged (...) It doesn't seem true, you know, that with 17 years of age [I didn't know what intercourse was like].

Participant: But I also was like that when I married.

Participant: I [didn't know] anything, I knew what I couldn't do, you know, I knew [I couldn't] hug, kiss (...)

(Catholic mothers, Montes Claros)

A few teenagers also learn about sex from books, which are used by more educated parents as a strategy to provide information about sex without having to actually approach their children and talk about it. The book mentioned by one participant in Montes Claros in the next quote is authored by Marta Suplicy²⁷.

27 In the mid 1990s, Marta Suplicy was Brazil's most famous sexologist, a feminist, a federal representative in the House (deputada federal) affiliated to PT - Partido dos Trabalhadores (the worker's party), and married to Eduardo Suplicy, a PT senator. She was a pioneer in the 1980s, when she appeared on a daily morning show called TV Mulher (TV Woman) on Globo Network. In addition to the anchors, the show had several specialists in different areas such as law, consumer rights, and sexology, among others, who answered letters from viewers.

Participant: (...) in the beginning they [my parents] didn't talk to me [about sex], they bought books and told me to read them. Dad bought the first one when I was 10 years-old, he gave me a book called "What is happening with me" and that transformation from child to pre-adolescent to adolescent. And then they gave me a book, what is it? "Sex for adolescents," a big book by...

Paula: By Marta Suplicy.

Participant: Yes, exactly, I read that book.

(Drug users, Montes Claros)

3.4 Magazines and Television

In the case of the United States, television and other mass media have become the most important sources of sex education for adolescents (Strasburger, 1995). The explanation, according to Ward (1995), lies on the fact that teens frequently cannot find adequate information elsewhere. Although there are no statistics for the Brazilian case, the voices of teenagers who participated in the focus group discussions suggest that magazines (both porno and female teen-oriented) and television (basically telenovelas and films) play an important role in providing them with information about sex.

3.4.1 Pornographic Magazines

Parker (1991) suggests that pornographic magazines play a role in the process of identification through which males define themselves individually and as a group. In addition to verbal instructions and sometimes even arrangements for sexual initiation, males provide other males with printed (and graphic) sources of information. Parker indicates that this type of publication became available in Brazilian newsstands during the 1970s not only in urban areas but also in rural communities, although on a smaller scale. The law that forbids minors to be able to buy such publications is not enforced and, indeed, some male participants reported they learn about sex from porno magazines.

Paula: (...) Do you think young people learn about sex in any other place rather than biology classes?

Participant: In films, porno movies you learn a lot about sex.

Participant: I learned from magazines.

Paula: Really? What kind of magazine?

Participant: Porno magazines.

Participant: I think it's the main source of learning about sex. It's like, it's kind of bad because you see a type of sex that scares you (...)

(males at Drug users, Montes Claros)

Antonio: Where do you learn about sex, besides from telenovelas?

Participant: There are magazines.

Participant: Yeah, there are magazines that talk [about sex]. There's that one, *Ele & Ela*, it talks a lot about sex.

(Upper income male teens, Macambira)

Although porno magazines are a source of information about sex for some males, the readers seem to be aware of the type of sex they learn from those publications. Females also learn from magazines -- not porno, but teen-oriented. In this case, the information provided is more accurate if compared to porno magazines. In addition, female teen magazines do not rely on images of naked to boost their sales and maintain their "reader"'s interest.

3.4.2 Female Teen-Oriented Magazines

According to female teen participants, they learn about sex from several teen-oriented magazines such as *Capricho*, *Querida*, *Carícia*, *Toda Teen*, and *Atrevida*. But how much information about sex do these magazines really have? In a content analysis of 275 letters to the editor of *Querida*²⁸ published between April 1994 and December 1995, I found that 43% of the letters ask sex-related questions, including topics such as virginity, masturbation, orgasm, first time, contraception, menstruation, and STDs. The remaining letters ask about beauty (49%) and other topics such as careers (8%) (Miranda-Ribeiro, 1996). The letters to the editor are an indication that female-teen magazines rely on information about sex to attract readers, and the results of the focus group discussions suggest they are successful in doing so. Magazines constitute an important source of information not only to females of higher socioeconomic status -- those who can afford to buy those magazines. One way or another, even lower income female teens manage to have access to this type of magazine. Their circulation also seems to overcome geographical distance -- female teens rely on magazines not only in Vila Feliz and Montes Claros, but also in Macambira. However, the focus group data do not allow the assessment of possible differences regarding access to the magazines. It is impossible to know how often the female teens who report reading the magazines in fact get a chance to do so. Some females report subscribing to the magazines while others borrow them from friends and schoolmates.

Paula: What about television? Do you think it teaches [about sex], besides telenovelas?
Television in general, like movies, documentaries?

Participant: Magazines.

Participant: (...) There's *Capricho*, *Carícia*, all of those.

Paula: Really? Are the girls used to reading these magazines here?

Participant: Yeah, a lot!

28 *Querida* was a teen-oriented magazine published by Editora Globo every other week.

Participant: (...) I know a lot of friends of mine (...) [who] subscribe to it.
(females at Private School teens II, Montes Claros)

Paula: Do you think magazines teach anything about sex?

Participant: They do.

Participant: Capricho has, talks about, you know, everything about sex. [There is] always a page talking [about that]. You write to them, what you want to know, and they answer you. But you don't need to put your name, just your initials. I love this part because everything you want to know, they answer.

Participant: (...) There's Querida that also talks [about sex].
(females at Public School teens, Montes Claros)

Some mothers seem to be aware of the fact that their daughters rely on teen-oriented magazines for information about sex. According to one mother in Montes Claros, female teens like those magazines so much because it is always easier to read about sex than have to overcome the embarrassment of asking parents about it. In addition, many females do not have the option of talking to parents anyway. This same mother is critical of those magazines because, according to her, they have too much sex. One male teenager also has a critical position regarding female teen-oriented magazines because he claims they are too superficial.

Participant: You asked how they [teenagers] are getting information [about sex]. I think that, at the level of information, it's very much [based on] magazines. Capricho, Querida, Atrevida, Toda Teen, I think it's very much like that. Because they [teenagers] have a certain shyness to come to us [mothers] and ask. I notice that, you know? In my house I believe that things are a little different because there we're a bit messy. We're open. But I notice my daughters' friends, that they are really ashamed, and I think the last person they would ask is their mothers. She can ask even to a teacher, to a friend's mother, but to her mother, I think [she] still has too much shame. So, it's still very much [based on] these magazines (...)

Participant: But don't you think it's in an exaggerated manner? The subjects are like: how to win your gato [literally cat, means cute boy], how to give up your gato. Isn't it? I'm going to send them some suggestions, because it can't be like that.

Participant: How the first time is, how to do it. (...)

Participant: Everything. Those are the subjects. The magazines are saturated with sex.
(Upper income mothers, Montes Claros)

3.4.3 Television

In addition to printed material, teenagers also relied on television as a source of information about sex. However, there is no consensus whether television actually teaches about sex. Some teens are less specific and report learning about sex in general. Others, such as a female group in

Macambira, recall learning from *Malhação*²⁹ what menstruation is. One female in Montes Claros notes that, although she learns about sex from her parents, she actually sees how sex is on television.

Participant: [We] learn a lot [about sex] from television, you get to learn, you know?

Participant: Television teaches a lot of stuff.

Participant: Yeah, [television teaches] about sex, you know?

(Lower income male teens, Vila Feliz)

Participant: (...) television shows, television has a lot of information about that [sex] all the time, if you don't see it is because you don't want to see. [In] telenovelas, newscasts, documentaries, there are a lot of things, if you look for it, you find it.

(Private School teens I, Montes Claros)

Participant: There are some mothers that don't explain to the daughter what menstruation is. In the telenovela there are people who talk about that.

Participant: *Malhação*.

Participant: In *Malhação* they showed this [about menstruation]. Then she gets to know [about it] from the telenovela.

(Caicó girls, Macambira)

Participant: There are those [girls] who learn from television, too. Like me, [although my parents explain everything to me], I found out how it [sex] was, because my dad and my mom aren't going to show me, you know? [I found out] how sex was (...) on television.

(Secular Private School female teens, Montes Claros)

Television and telenovelas may play a role in bringing about the changes observed between the two generations being compared. Telenovelas may influence viewers in two different ways. First, telenovelas produce short-term changes recognized by the audience which are coherent with Greenberg's (1988) drench hypothesis. Telenovelas influence the way people dress, talk, dance, how they style their hair, the kind of songs they listen to. In addition, telenovelas may induce changes that are beyond the perception of most viewers. As Meyrowitz (1985) suggests, telenovelas expose certain ideas, attitudes, and behaviors that originally belonged to the backstage, helping change the perception regarding their appropriateness.

When it comes to sex, there is no consensus whether television teaches about it or not. Some claim television just shows sex but does not teach about it. Others report learning with television on that matter. The participants indicate television satisfies the teenagers demand for information about sex.

²⁹ *Malhação* is a slang related to exercise. It is the name of a telenovela like series that airs every weekday in the afternoon on Globo Network and targets adolescents. In 1996-97, the plot took place in a gym and there were very few adults among the characters. It was (and still is) very popular among teenagers.

Paula: Does the telenovela teach anything about sex? Do you think (...)?

Participant: Ah, I think it shows a lot but teaches little.

(Catholic Private School male teens, Montes Claros)

Participant: It [the telenovela] shows only how sex is, you know, but I think that teaching, [it doesn't].

(Lower income male teens, Vila Feliz)

Participant: When it's only my husband and I [watching sex scenes on telenovelas], I think it's good, because it's giving me more experience about things that I don't know. I think it's good, I feel like doing it [sex].

(Young mothers, Macambira)

Whether focus group participants learn about sex from television or not, sex is one aspect they dislike about telenovelas. This idea seems contradictory at first but reflects the ambivalence the viewers feel with regard to sex on television. With very few exceptions, both teenagers and mothers of teenagers claim there is too much sex on telenovelas and some of them even point to sex as the reason why telenovelas are so successful. They seem to perceive sex as something that sells.

Paula: And why do you think people like telenovelas so much?

Participant: (...) I think it's because a lot of things happen in the telenovela, that they are indecent, you know?

(Dropout girls, Montes Claros)

The participants' main concern regarding sex scenes on telenovelas lies on the fact that it can be used as a source of script, especially by children, who are not old enough to understand and may want to imitate what they see. Therefore, the viewers seem to perceive sex as being harmful to others and not to themselves. As the literature suggests (Davison, 1983; Gunther, 1991), viewers tend to point to a third person when talking about influences of mass media -- the media do not influence either "you" or "me," but a third person. Teenagers and mothers of teenagers provide several accounts of children who have mimicked behavior that is not considered appropriate for their age. Yet some participants recognize telenovelas are not as violent or sexually explicit as other television programs.

There was a neighbor of my aunt who had a boy and a girl, you know, a couple. Then they watched these things and one day she found them kissing in bed, but a child is not like a grown-up. (...) [They were] saying they were going to do the same as in the telenovela.

(Dropout girls, Macambira)

Participant: I was watching some kids play, they exchanged kisses, "I only accept it if it's in the mouth." What? Six, seven year-olds? So, what is this? Television. The telenovelas. Because they [the kids] are there, it's the mass media. They are there, watching. So, if

they are watching, they think they can also do it, "Oh, I'm going to do it, too." They are innocent, you know, children like that are innocent. But there it begins.

(Upper class mothers, Montes Claros)

Participant: I also think that telenovelas, each one has a different mind, you know, depending on the child's mind, she mirrors on that actor, on that stage of that character, and so "I'm like him, I want to be like him." (...) But [telenovelas] aren't as heavy, such as other things that are on television.

(Lower income mothers, Montes Claros)

Even some teenagers agree that sex scenes can serve as a source of script for themselves. Other teens, on the contrary, tend to think it is OK for them to watch those scenes because they know (all) about sex.

Participant: Because, let's suppose. We, young people, see this thing [the characters Léia and Ralf lovers in bed], you know? Then we want to see it, you know? And then we want to do the same, and we can get screwed up. It's not a very good idea to see these things, you know?

(Medium Public School male teens, Montes Claros)

Participant: Because look, (...) it showed in the telenovela, I don't remember the name of it anymore, that [he] took the woman to the beach, and all the drama with her happened there, I mean, they had sex on the beach. This shouldn't be on television, because many people have never done these things, they may try and get screwed. Because many of them [females] do it but the guy doesn't take responsibility. So I think it shouldn't be [on telenovelas].

Dropout girls, Macambira)

Paula: And what do you think of this type of scene [Léia and Ralf in bed], what do you think of it?

Participant: Well, I understand, because I know about it. [But] for the little ones [it may be harmful] (...)

(Upper income male teens, Vila Feliz)

Some mothers completely disagree that teenagers are mature enough to watch sex scenes on television. They do not consider teenagers old enough to distinguish right from wrong and believe certain things that television shows -- such as sex or violence -- are responsible for certain behaviors children and teenagers have, functioning as a source of bad scripts.

Participant: I think like this, I think that they see it, so they think they have to do it, too, and they grow up, you know, with that in their minds, day by day they see more and more of it. So, I think it happens more that adolescents give of themselves more quickly, earlier, because of this kind of thing.

(Lower income mothers, Vila Feliz)

Participant: (...) we are adults, we know how to distinguish what's right from what's wrong, the adolescent doesn't, he only sees, you know, the fantasy, he doesn't know (...)
 "Oh, I saw that in the telenovela, so let's do it?"

(Catholic mothers, Montes Claros)

Other mothers recognize television as a window to the real world and believe their teenage children should not be shielded from it. Even if reality means exposing them to sex scenes. Some teenagers also agree with this view and notice that, compared to their peers, those who are not allowed to watch anything on television are too "naive." Mothers perceive television as mirroring reality and, therefore, it would not present something that is "abnormal" or "unreal." It is interesting to notice, in the next quote, that homosexuality is not considered a "normal" behavior.

Participant: I approve any scene on television, sex scene. Because on television, they are not going to show a man having intercourse with another man, they are going to show what really happens, so (...) they have to see what is normal. (...) Television teaches, they [the kids] are watching, they learn.

(Lower income mothers, Montes Claros)

Participant: The problem I think is that, I think it's right not to hide reality, because there are so many people (...) there are some friends of mine that are naive because of too much protection. (...) The father doesn't let her watch (...) The father doesn't say anything, doesn't discuss about anything (...) [She] learns everything outside [of the family], sometimes [she] becomes too rebel or too protected.
 And [she] isn't prepared to the world (...)

(Secular Private School female teens, Montes Claros)

Some mothers agree that children should watch anything on television as long as parents supervise them and show them right from wrong. Mothers who share this point of view tend to be interested in what their children watch and frequently watch television along with them.

Participant: I think it's our role to orient [our children] about the scenes they're watching. (...) And sometimes, they watch [it but] there isn't preparation. I think it's the parents' role to orient [them]. [We have to show them] that everything has a limit: they cannot go beyond it. This is my opinion.

(More educated mothers, Macambira)

Participant: I think education, the real education, comes from home (...) I have a sister, I raised her since she was 7 years-old [because my mother died], you know, she watches everything, everything on television and if she comes to me and asks if I find that right or how you do that, I'm not ashamed to tell her -- it's like this, it's like that, if you want to do it it's your problem, but this is wrong and this is right. I think true education comes from home. If you know how to raise children, television, at least in my house, doesn't influence anyone, as long as you know how to educate [your children].

(Young mothers, Montes Claros)

Besides influencing people's way of dressing, talking, and dancing, telenovelas also influence the way people behave. They offer scripts and teach viewers about political, social, and economic problems. Sex on television is a controversial issue but most participants believe television shows too much too often too early. Some viewers are concerned with the influence sex scenes may have on children and even teenagers. Yet some support television's attempt to portray reality, even if it includes sex.

Several mothers consider television a source of conflict and friction. Some of them do not agree with the content of certain messages conveyed by television in general and telenovelas in particular. They feel that television invades their homes and tries to erode family values. They perceive television as going against the way schools and families try to educate their children.

There's no way, there's no way the school can educate, and also we at home, because we say one thing, [school] says something else, they see on television in a different way, (...) "Oh, Mom, but I saw it like this, and this." And what do you [do], you understand? It's difficult.

(Lower income mothers, Montes Claros)

(...) The telenovelas, they invade our homes without giving us a chance to give our opinions about what is being presented at lunch time, at dinner time, during leisure time, at any time of the day.

(Upper income mothers, Montes Claros)

Some mothers take advantage of telenovela scenes -- even the ones they disapprove. They have discovered telenovela content as a very powerful way to approach their children and discuss certain issues that may affect their children's lives. Some teenagers also use that same avenue to communicate with their parents.

Participant: I take advantage of the telenovela topics to talk with my daughters about it [sex], because sometimes it's hard for you to just say "And so, have you kissed your boyfriend, has he touched you?" There's no way, you know. So, I sometimes like to watch the telenovela, and exactly for that [purpose] -- to try to show them a little bit of what I consider good.

(Upper income mothers, Montes Claros)

Participant: I don't get to my mom like that and say (...) I take advantage when the telenovela is on like this (...) then I go and insinuate (...)

(Medium Public School female teens, Montes Claros)

Participant: I'm with my mom, sitting there, then a sex scene appears, then my mom many times tells me "This is on television, you can see how much she's suffering. It's about the same thing (...) You can't do it either because it'll be worse for you later on."

She always advises me, tells me what I should do, what I shouldn't. Many times it's from television.

(Evening Public School female teens, Montes Claros)

Other mothers hope to use telenovelas to raise their children to be critical of what is not good for their future life and relationships. As Meyrowitz (1985) suggests, telenovelas offer the audience certain social situations that otherwise would not be visible to everyone. Therefore, being exposed to a situation that is considered bad or inappropriate may help teenagers try to avoid it in the future.

Participant: The telenovela, many times, brings unpleasant scenes, heavy ones, which harm the family, you know, a family that wants to keep the family values. But if we manage to raise our kids to be critical, they'll also criticize that [telenovelas] end up not being good for family relationships, you know? (Catholic mothers, Montes Claros)

Indeed, some mothers seem pleased with the fact that television is taking over the role of educating children and teenagers about certain issues such as sex. In reality, some of them do like the fact that television may be replacing the school or the family as the sources of reliable information about sex -- they either consider television as the most appropriate means for that or they feel too embarrassed to talk to their sons and daughters about it. Teenagers also notice the role television plays in providing information about sex in the cases in which the family fails to do so.

It's better for them to see [sex scenes] on television than learn from the teacher, you know?

(Less educated mothers, Macambira)

But I like [the fact] that children [learn about sex on television] (...). At least I don't need to say anything to her. When she asked me something, I don't know if what I felt was embarrassment to answer that. I don't know, I didn't have words to answer.

[You] weren't prepared, right?

I wasn't prepared for that, she saw it on television! She said "Oh, mom, this is like this, this and that." I thought it was much better [that she saw it on television]! I had, I wasn't prepared to answer what she asked. I didn't know how to answer.

(More educated mothers, Macambira)

For the people who don't have dialogue at home, I think it [television] teaches [about sex], but for me, all that they show I already know! I talk a lot with my mom and my dad, so for me it doesn't teach anything. But for those people who have an absent mother or father at home, I think it helps a lot.

I agree.

(Secular Private School female teens, Montes Claros)

During a telenovela chapter, it is not unusual to see a scene with some kind of sexual content. What happens when the family is watching the telenovela together and a "hot scene" is aired?

Although the families are not always together during telenovela watching, the reactions are very diverse. Some report embarrassment, depending on who else is present in the room. Others say they do not mind. Some viewers deceive and pretend not to be paying attention to the TV set. In other living-rooms, there is silence. As expected, male teens are more ashamed of their mothers whereas female teens feel more embarrassed in front of their fathers. Yet there are exceptions in which teens tend to be ashamed in front of both parents or none of them. In the most extreme cases, parents turn the television off or change channels if they disapprove what is being showed. In this case, as the second part of the third-person effect hypothesis (Davison, 1983) suggests, parents take action against the messages they believe to be harmful to their children. Finally, there is an interesting pattern that deserves mention -- the fact that, very often, the parents are the ones who leave the room, embarrassed to see sex scenes in front of their children.

Participant: In my home there's argument, it's a war, because my husband doesn't like it [telenovelas] and doesn't let my daughter watch because he says she isn't mature enough, but I like it.

(Catholic mothers, Montes Claros)

Participant: In my house fortunately she [my mother] stays in her room and we stay in the living-room.

(Upper income male teens, Vila Feliz)

Participant: With mom I don't feel ashamed. But with my dad it's not shame, I am (...)

Participant: When I go like, because it's very late, you know, the telenovela, and I'm at home, dad is watching, then I (...) scenes, then I think "I'm going to pretend I'm sleeping" (...)

(Caicó girls, Macambira)

Participant: When these things are on, my dad goes and turns the television off. [researcher changing audio tapes] Then he says that television only has stupidities, that we keep watching and that's all we learn and nothing else, and that's why we don't want to know about school.

(Evening Public School female teens, Montes Claros)

Although turning the television off is a radical solution for the conflict, some mothers see it as a temporary solution only. Because they are working mothers and/or do not stay at home twenty-four hours a day, they are aware of the fact that they cannot control everything their children watch. One case in Montes Claros illustrates the argument that parents do not have full control over what their children watch. A female teen reports taking advantage of the absence of her father to watch even "heavier stuff" such as porno movies. It also gives an example of how important and strong the father figure is in Montes Claros, vis-à-vis the other two communities.

Participant: Nowadays, as the majority, we are working mothers, we're out of the home. (...) And this is what bothers me, because how are you going to treat a (...) not to let [him/her] watch television? How are you going to be present in the moments when the erotic scenes, those distortion of values are aired? You're not going to be there.

(Upper income mothers, Montes Claros)

Participant: [Children] know much more than we do, it's true. They know about such things, they ask us such questions that sometimes we get a little confused to answer to their questions. This is all [because of] the telenovela they learn from. Sometimes we go out, and they stay at home. There's no way they're not going to watch it.

(More educated mothers, Macambira)

Participant: It's like in my house, when dad's traveling, we get a lot of movies [from a video store] to watch, and these movies [porno] are always among them, but I've recently lost interest in them.

(Catholic Private School female teens, Montes Claros)

The story I have told so far indicates that television has a strong presence and an important role in people's lives. But how was life before television became so widespread and so accessible to every age group? In other words, how different are teenagers' lives if compared to the lives of their mothers?

Mothers of teenagers recognize they did not know as much as their children know today, especially regarding sex. They complain about their lack of information during adolescence, suggesting that television has played a key role in making information about sex available.

Participant: In the past, in our epoch, wasn't it true that everything was forbidden to us? And we didn't have that curiosity and didn't do [and know] what children do today.

(More educated mothers, Macambira)

Participant: I think like, a child sees that [sex on television], they know many things that are happening, you know? They aren't, in fact I think they're right because they're not from my time, they're not like me. I got married a moça (virgin) when [I was]28, almost 28, I was 27 years-old, and I didn't know how a man was. I didn't. So I think like this. I never saw it in telenovelas, I never saw sex anywhere, neither on television nor anywhere else. And they, my kids, see [it] and know all about it.

(Upper income mothers, Vila Feliz)

Sometimes in the telenovela, couples practically naked, only covered with sheets, [are] doing love scenes. So the children, I don't know, they just stay there [watching it]. Because in our time there wasn't television, so we weren't well informed about things. (...) In the past, 12 year-old children didn't know anything. Today, 12 year-old children know everything.

(More educated mothers, Macambira)

Telenovelas seemed to be an object of desire for those who could not watch them. It was not uncommon to find mothers whose parents completely forbade telenovelas and set a specific bed time. Yet some of them found a way to watch telenovelas.

Participant: In my time, in my house, telenovelas weren't allowed, especially the 8 o'clock ones, after the newscast, it was a forbidden telenovela.

Participant: There was this thing [parental advisory] on television, 18 years-old, 16.

Participant: It's because my dad was very rigorous, so we really wanted to watch, we went to our friends' houses to watch it, we didn't miss it.

(Upper income mothers, Montes Claros)

Mothers criticize telenovelas but, at the same time, seem to recognize their importance as a source of information about sex. They acknowledge the difference television and telenovelas make in the lives of their children with respect to what teens know about sex vis-à-vis what they knew about it when they were teenagers. Despite the fact that mothers think there is too much sex on television, I did not hear any of them wishing their teenage children were as naive and ignorant about sex as they were. Therefore, it seems that mothers recognize the importance of information about sex and, somehow, acknowledge the importance of television as a source of information.

Concluding Remarks

If information is the key element for empowerment, the withholding of information is the key element for control (Parker, 1991). Silence or lack of information used to be a strategy to control female sexuality in the mothers' generation. Their only sources of information were peers and the *rua*.

Today's teenagers have a variety of sources to satisfy their need for information. However, the *rua* is still the main source of information about sex for today's teenagers, similar to what happened in their mothers' generation. In addition to peers and the *rua*, teenagers also rely on television and magazines, which are impersonal sources of information and avoid the embarrassment of a face-to-face interaction. With very few exceptions, schools and parents – the most important institutions – fail to provide teens with the type of information about sex they need.

These findings have important policy implications. First, schools must be prepared to offer reliable information about sex-related matters. Second, the mass media must be aware of its importance, so that they also offer reliable, correct information. Third, parents must be aware of the media in general and television in particular, so that they monitor the kind of information their children are receiving through them. Fourth, parents should change their attitude regarding sex-related matters. Learning about the birds and the bees should not happen only away from home.

References

- Amuchástegui, Ana. 1996. "Research Bias in the Field of Sexuality and Reproductive Health." In *Learning about sexuality: A practical beginning*, eds. Sondra Zeidenstein and Kristin Moore. New York: The Population Council and International Women's Health Coalition, pp.86-97.
- BEMFAM. 1993. "Sexualidade na Adolescência: Um estudo sobre jovens no município do Rio de Janeiro." Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM, Departamento de Pesquisas Sociais - DEPES, unpublished manuscript.
- Blanc, Ann K., Brent Wolff, Anastasia J. Gage, Alex C. Ezeh, Stella Neema, and John Ssekamatte-Ssebuliba. 1996. *Negotiating Reproductive Outcomes in Uganda*. Calverton, Maryland: Macro International Inc. and Institute of Statistics and Applied Economics [Uganda].
- CEDEPLAR. 1995. "A Research and Education Initiative on Human Health and Effective Utilization of Tropical Forests." *Annual Report to The Rockefeller Foundation (Land Use and Health Project)*, May 1994 to May 1995.
- DaMatta, Roberto. *A Casa e a Rua*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 4th edition.
- Davison, W. Phillips. 1983. "The Third-Person Effect in Communication." *The Public Opinion Quarterly* 47, 1: 1-15.
- Folch-Lyon, Evelyn and John F. Trost. 1981. "Conducting Focus Groups Sessions." *Studies in Family Planning* 12, 12 (December): 443-9, Special Issue, Focus Group Research.
- Golden-Biddle, Karen and Karen D. Locke. 1997. *Composing Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Greenberg, B. S. 1988. Some uncommon television images and the drench hypothesis. In: S. Oskamp (ed.), *Television as a social issue*. Newbury Park: Sage, p.88-102.
- Gunther, Albert. 1991. "What We Think Others Think: Cause and consequence in the third-person effect." *Communication Research* 18, 3: 355-72, June.
- Knodel, John and Anthony Pramulratana. 1987. "Focus Group Research as a Means of Demographic Inquiry." *Research Report No. 87-106* (April), Population Studies Center, University of Michigan.
- Knodel, John, Aphichat Chamrathirong and Nibhon Debavalya. 1987. *Thailand's Reproductive Revolution: Rapid fertility decline in a Third-World setting*. Madison: The University of Wisconsin Press.
- Knodel, John, Anthony Pramulratana and Napaporn Havanon. 1988. "Focus Group Research on Fertility Decline in Thailand: Methodology and findings." In *Micro-Approaches to Demographic Research*, eds. John C. Caldwell, Allan G. Hill and Valerie J. Hull. London: Kegan Paul International, pp.41-55.
- Krueger, Richard A. 1988. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Newbury Park: Sage.
- Merton, Robert K., Marjorie Fiske and Patricia L. Kendall. 1990. *The Focused Interview: A manual of problems and procedures*. New York: The Free Press, second edition (first edition, 1956).
- Meyrowitz, Joshua. 1985 *No Sense of Place*. New York: Oxford University Press.

Miranda-Ribeiro, Paula. 1996. *Querida Querida: A construção do feminino através de uma análise do conteúdo das cartas ao editor da revista Querida*. In *Anais do X Encontro Nacional da ABEP*, Caxambu 1996, vol. 4, pp. 2755-68.

MIRANDA-RIBEIRO, Paula. 1997. Telenovelas and the sexuality transition among teenagers in Brazil. Ph.D. Dissertation presented to the Sociology Department, Graduate School of Arts, The University of Texas at Austin.

Morgan, David L. 1988. *Focus Groups as Qualitative Research*. Sage University Paper Series on Qualitative Research Methods, Vol.16. Newbury Park, California: Sage.

Parker, Richard G. 1991. *Bodies, Pleasures, and Passions: Sexual cultures in contemporary Brazil*. Boston: Beacon Press. ROMO, Harriet D. and FALBO, Toni. 1996. *Latino High School Graduation: Defying the odds*. Austin: University of Texas Press, 324p.

Strasburger, Victor C. 1995. *Adolescents and the Media: Medical and Psychological Impact*. Thousand Oaks: Sage.

Ward, L. Monique. 1995. "Talking about Sex: Common themes about sexuality in the prime-time television programs children and adolescents view most." *Journal of Youth and Adolescence* 24, 5: 595-615 (October).

Ser virgem é coisa do passado?... A primeira relação sexual e a virgindade na perspectiva de mulheres em Belo Horizonte¹

Andréa Branco Simão

Introdução

Estudos realizados em diferentes regiões do Brasil mostram que as jovens estão tendo a primeira relação sexual mais cedo do que as de gerações passadas. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), de 1996, por exemplo, enquanto as mulheres da coorte de 45 a 49 anos tiveram sua primeira relação sexual em torno dos 21 anos, aquelas da coorte de 25 a 29 anos fizeram sexo pela primeira vez em torno dos 19 anos (BEMFAM, 1996). Apesar do declínio da idade mediana de início da vida sexual, a idade mediana ao primeiro casamento, segundo os dados da PNDS, permaneceu em torno dos 21 anos para as mulheres de diferentes gerações, sugerindo que houve, além de uma ruptura na relação entre casamento e início da vida sexual, uma redução na importância atribuída à preservação da virgindade feminina até o casamento.

Os dados da pesquisa Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/cor (SRSR), realizada entre 2001 e 2003, pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar), com mulheres entre 15 e 59 anos, residentes nos municípios de Belo Horizonte (MG) e Recife (PE), também revelam que as mulheres das gerações mais jovens estão tendo a primeira relação sexual mais cedo do que tinham as de gerações passadas. No caso de Belo Horizonte, município alvo deste estudo, os dados mostram que, para as jovens da coorte de 20 a 29 anos, a idade mediana à primeira relação sexual foi de 18 anos. Já para as da coorte de 50 a 59 anos esta idade foi de 21 anos. Assim como os dados da PNDS de 1996, as informações da pesquisa SRSR (2004) também apontam para um descolamento entre início da vida sexual e casamento, já que a idade mediana de primeiro casamento indica que,

¹ Parte dos resultados deste artigo são apresentados na tese de doutorado em Demografia do Cedeplar/UFMG, defendida em março de 2005, sob o título *A primeira relação sexual, o primeiro casamento e o nascimento do primeiro filho: um estudo quantitativo e qualitativo de duas coortes de mulheres em Belo Horizonte*.

para as mulheres da coorte mais jovem, este evento acontece aproximadamente 05 anos depois da primeira relação sexual (SIMÃO, 2005).

Mudanças na idade de primeira relação sexual não foram observadas somente entre mulheres de diferentes gerações. Na verdade, está variável também se diferenciou conforme a escolaridade, sendo mais elevada para aquelas com mais anos de estudo. De acordo com os dados da PNDS (1996), a idade mediana de início da vida sexual das mulheres entre 20 e 49 anos, com 12 ou mais anos de estudo, foi de aproximadamente 22 anos. Já para aquelas do mesmo grupo de idade, mas sem nenhuma escolaridade, está idade girou em torno dos 18 anos. Estes resultados apontam para uma correlação positiva entre o aumento no nível de escolaridade feminina e a entrada mais tardia na vida sexual (BEMFAM, 1996).

Embora importante para o entendimento de diversas questões relativas ao comportamento sexual das jovens brasileiras, a variável raça/cor não foi contemplada na PNDS de 1996, inviabilizando comparações que levem em conta este quesito. A pesquisa SRSR (2004), por outro lado, representativa para os municípios de Belo Horizonte (MG) e Recife (PE), captou informações de forma a permitir, além de outras, comparações por raça/cor. De acordo com os resultados desta pesquisa, no município de Belo Horizonte, entre as jovens da coorte de 20 a 29 anos, brancas e negras, a idade mediana de início da vida sexual foi de 18 anos. Já entre as mulheres da geração de 50 a 59 anos, a idade mediana à primeira relação sexual foi de 22 anos para as negras e de 19 anos para as brancas (SIMÃO, 2005). Uma possível explicação para a diferença observada nas idades medianas da coorte de mulheres mais velhas pode ser a de que, há algumas décadas, a primeira relação sexual era estreitamente vinculada ao casamento e, dado que as negras tinham maior dificuldade no mercado matrimonial, acabavam se casando e iniciando a vida sexual mais tardiamente do que as brancas. Adicionalmente, pode ser que, para as negras da coorte mais velha, a virgindade fosse considerada como garantia para um bom casamento.

Ao analisarem questões relativas a iniciação sexual dos jovens, CASTRO, ABRAMOVAY & SILVA (2004) observam que a virgindade, em diferentes capitais brasileiras, ainda permanece como uma referência que guia comportamentos femininos e masculinos. Se, por um lado, permanece a cobrança para que a vida sexual dos meninos comece o mais cedo possível, por outro, prevalece o argumento de que as meninas devem preservar a virgindade enquanto puderem, pois ela é vista como um atributo positivo, que pode funcionar até mesmo como uma estratégia de seleção para relacionamentos. De acordo com as pesquisadoras, embora os resultados quantitativos tenham mostrado um certo relativismo quanto ao valor virgindade, os resultados qualitativos revelaram uma defesa veemente da preservação da virgindade, particularmente para as jovens.

MIRANDA-RIBEIRO(1997) enfatiza que, mesmo diante da maior liberdade nos relacionamentos, a virgindade feminina ainda tem um papel central na construção, manutenção e na perda da boa reputação. Segundo a pesquisadora, este papel certamente teve um peso muito maior para as mulheres de gerações passadas, as quais tinham suas chances de casamento reduzidas caso não preservassem sua virgindade ou poderiam ser devolvidas para a família após o casamento caso o noivo descobrisse que a jovem não era mais virgem. É indiscutível, portanto, que a questão da virgindade tem projeção nos mais variados aspectos da vida individual, familiar e coletiva e ocupa lugar importante em assuntos relacionados à honra, principalmente a honra feminina.

Considerando as colocações anteriores, este estudo vai apresentar, a partir da percepção de mulheres de diferentes gerações, raça/cor e escolaridade, algumas reflexões acerca de três questões: 1) Existe uma idade ideal para que uma mulher tenha sua primeira relação sexual? 2) O que motiva uma mulher a ter a primeira relação sexual? 3) O que elas pensam sobre a questão da virgindade?

O item a seguir apresenta detalhes sobre a metodologia e os dados utilizados neste estudo.

Dados e Metodologia

Para alcançar os objetivos propostos, o método de pesquisa utilizado neste estudo foi o de natureza qualitativa. De acordo com MINAYO (2006), *“o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”* (p.57). Dentro deste contexto, a técnica utilizada para a coleta de dados foi a dos grupos focais, os quais, ao propiciar a interação entre as pessoas participantes, as estimula *“a falar umas com as outras, a perguntar, a trocar histórias e a comentar sobre as experiências e os pontos de vista umas das outras”* (KITZINGER, 2005, p. 31).

Os resultados apresentados neste estudo são provenientes de dezessete grupos focais realizados no município de Belo Horizonte, entre 2003 e 2004. Para participar destes grupos, foram selecionadas mulheres entre 20 e 24 anos e entre 50 e 59 anos, brancas e negras (pretas e pardas) com diferentes níveis de escolaridade. A estratégia de selecionar mulheres de diferentes coortes de idade foi adotada para que se pudesse, além de conhecer os motivos que levam uma mulher a ter a primeira relação, captar a percepção que gerações distintas apresentam acerca da idade de início da vida sexual e da virgindade, verificando se houve mudanças, ou não, nesta percepção quando se compara uma geração com a outra.

Considerando a importância da variável raça/cor para a ampliação do entendimento de diferentes questões, neste estudo foram selecionadas mulheres brancas e negras, sendo consideradas

como negras todas aquelas que não se definiram como brancas (ex. preta, parda, morena). Assim, as mulheres convidadas para participar da pesquisa foram divididas, segundo a auto-classificação, em dois grupos: o de brancas e o de negras. Esta divisão foi adotada para facilitar a comparação dos resultados obtidos com os de estudos realizados por outros pesquisadores brasileiros que também utilizam esta forma de categorização.

A relevância da variável escolaridade nos estudos relativos ao comportamento sexual já é bastante difundida e, em função disto, ela também foi considerada como um parâmetro para a seleção das participantes dos grupos focais. Levando em conta que, ao longo das décadas, as mulheres apresentaram grandes conquistas educacionais, a classificação de escolaridade variou de acordo com a coorte de idade. Assim, foram consideradas como mulheres de baixa escolaridade aquelas que, tanto da coorte das mais jovens quanto das mais velhas, tinham ensino fundamental incompleto ou completo. Para serem consideradas mulheres com alta escolaridade, as mais jovens deveriam ter curso superior incompleto ou mais e, as mais velhas, ensino médio completo ou mais.

Os recortes por idade, escolaridade e cor resultaram em oito grupos com características distintas. A teoria a respeito de grupos focais postula que o ideal é que os grupos sejam realizados até que o tema em questão atinja um ponto de saturação. Entretanto, em função das limitações financeiras, o estudo foi desenhado para que fossem realizados, pelo menos, dois grupos por subgrupo populacional. O trabalho de campo foi concluído com um total de 17 grupos válidos.

A seleção das participantes dos grupos focais ocorreu de diversas formas. Em muitas ocasiões, o recrutamento foi feito pela própria autora. Em outras, alunas de diferentes cursos de UFMG se ofereceram como voluntárias para auxiliar no recrutamento. Além disso, pessoas fora da academia também ajudaram na seleção de participantes, indicando e/ou contatando mulheres com as características desejadas. Em geral, os contatos eram feitos pessoalmente e, em algumas situações, através de telefone. As redes de contatos foram extremamente úteis para o andamento desta fase do trabalho.

Um protocolo de contato foi elaborado para recrutar as mulheres com o perfil desejado. No primeiro momento, a participante em potencial deveria ser informada sobre os objetivos do estudo e indagada se possuía interesse em participar de um dos grupos. Ela era, também, informada de que precisava ser residente no município de Belo Horizonte. Caso demonstrasse interesse, era questionada sobre sua idade, sua escolaridade e sobre como se classificava em termos de raça/cor. A auto-classificação da raça/cor e a informação sobre a escolaridade serviam como base para incluir a mulher em um determinado grupo. Para assegurar a presença das que aceitavam participar,

contatos posteriores eram estabelecidos para relembrar a data, horário e local do encontro e reforçar a importância da presença de cada pessoa para a realização do grupo e sucesso do estudo.

As discussões realizadas nos grupos foram feitas a partir de um roteiro de questões previamente elaboradas, formuladas em função dos objetivos do estudo, da literatura na área, de diálogos informais com adolescentes e jovens e da observação de três grupos focais, realizados em Recife, com mulheres acima de 18 anos, para discutir sobre o grau de controle feminino à primeira relação sexual (MOORE, 2004).

Todos os grupos realizados foram gravados e, posteriormente transcritos por um profissional habilitado. Depois de transcritos, o material foi analisado seguindo os passos da proposta de ATTRIDE-STIRLING (2001), denominada redes de temas, a qual incluiu seis passos básicos: 1) a codificação do material, que consiste na seleção de segmentos de textos que tenham significado relevante para a análise; 2) identificação dos temas a partir da codificação; 3) construção de redes temáticas, que implica agrupar temas semelhantes em um mesmo grupo, nomeando-o; 4) descrição e exploração das redes temáticas, que consiste na análise; 5) sumário dos temas, que é o momento onde se verificam os principais temas e padrões encontrados, e; 6) interpretação dos padrões encontrados, que consiste na análise minuciosa e detalhada de todo o material organizado.

Para permitir que os resultados reflitam de forma mais fidedigna possível o que foi realmente dito pelas participantes, as falas são apresentadas sem correções de erros de concordância. Adicionalmente, para manter o sigilo a respeito das participantes, os nomes reais foram substituídos por nomes fictícios. Este procedimento também deixa evidente que as falas apresentadas refletem opiniões que vêm de diferentes pessoas e não de uma mesma.

Respeitando-se as determinações relativas às pesquisas que envolvem seres humanos, este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Resultados

Dos dezessete grupos focais realizados, 11 foram com mulheres entre 20 e 24 anos e 06 com mulheres entre 50 e 59 anos. Ao todo, 109 mulheres participaram dos grupos, sendo que, destas, 71 tinham entre 20 e 24 anos e 38 entre 50 e 59 anos. A Tabela 1, apresentada a seguir, mostra o número de participantes nos grupos focais, segundo algumas características sociodemográficas.

As percepções que mulheres de diferentes gerações, raça/cor e escolaridade apresentam sobre a existência, ou não, de uma idade ideal para a primeira relação sexual, sobre os motivos que

levam as mulheres a terem a primeira relação sexual e sobre o que elas pensam sobre a questão da virgindade são apresentadas a seguir.

TABELA 1
Características sociodemográficas das participantes dos grupos focais, segundo coorte de idade e raça/cor, Belo Horizonte, 2002 e 2003

Características	Coorte de 20 a 24 anos		Coorte de 50 a 59 anos	
	Branca	Negra	Branca	Negra
Alta escolaridade	23	18	13	12
Baixa escolaridade	12	18	07	06
Total	35	36	20	18
Solteira	25	24	04	06
Casada/unida	10	12	10	08
Separada/divorciada	0	0	02	03
Viúva	0	0	04	01
Total	35	36	20	18
Sem filhos	28	30	04	06
Com filhos	07	06	16	12
Total	35	36	20	18

Fonte: Elaboração própria.

Existe uma idade ideal para primeira relação sexual?

As vozes das mulheres de diferentes gerações, raça/cor e níveis de escolaridade indicam que não existe uma norma a respeito da idade de início da vida sexual. Para algumas, fatores como maturidade e capacidade para assumir os resultados de um ato sexual são apontados como aspectos mais importantes do que a idade, por si só, para indicar se uma pessoa está preparada para começar a ter relações sexuais. Para outras, no entanto, estes aspectos só surgem à medida que a mulher fica mais velha e, por esta razão, o ideal seria que a primeira relação sexual só acontecesse quando a jovem tem, pelo menos, 18 anos.

A percepção da coorte mais jovem

As jovens negras de baixa escolaridade argumentam que, para elas, o ideal seria que as mulheres esperassem ter, pelo menos, 18 anos pois, antes disso, acreditam que as meninas têm pouca maturidade, são menos capazes de dizer “não” ao homem e estão pouco preparadas para cuidar de um filho, caso a relação resulte em gravidez. O extrato de um diálogo, apresentado a seguir, mostra a percepção destas participantes, acerca da idade de início da vida sexual.

Moderadora: Existe uma idade certa, ou mais adequada, para a mulher ter sua primeira relação sexual?

Maiara: Acho que existe uma idade certa sim...acho que é melhor depois dos 18 anos.

Caciana: Acho que 18 é muito jovem...jovem não é bom...não tem maturidade...a mulher não sabe dizer não...aí, se engravida, é problema na certa.

Grupo 1, 20 a 24 anos, negras, baixa escolaridade

Uma explicação possível para a percepção apresentada pelas jovens negras de baixa escolaridade pode estar no fato de que praticamente todas as participantes com estas características tiveram a primeira relação sexual e engravidaram durante a adolescência. Em função disto, muitas tiveram que parar de estudar, precisaram trabalhar e relataram dificuldades para encontrar um parceiro que aceitasse a criança que traziam de um relacionamento anterior. O diálogo a seguir aclara esta questão.

Bibiana: Mas hoje, na verdade, ocê tem o bebê, cria uma dificuldade pra namorar e pra casar...

Dalila: Mas o que mais acontece mesmo é de ir até a gravidez, a maternidade e o trabalho...tem filho, tem que trabalhá.

Daisa: O estudo e o casamento, às vezes, ficam pra trás.

Grupo 2, 20 a 24 anos, negras, baixa escolaridade

Diferente das jovens negras de baixa escolaridade, as negras de alta escolaridade argumentam que não existe uma idade ideal para que a mulher inicie sua vida sexual. Para elas, independente da idade, a primeira relação sexual só deve acontecer se a mulher tiver possibilidades de usar contraceptivos e de assumir uma possível gravidez. Estes argumentos estão ilustrados no extrato do diálogo a seguir.

Fabiele: Eu acho que não tem uma idade certa. Mas, eu acho que a jovem deve ter condição de se prevenir. Que mesmo com todos os métodos tem a possibilidade de pegar uma dst, uma AIDS ou até mesmo uma gravidez.

Francine: Então...se ocê num tem...responsabilidade ainda, pra assumir uma gravidez, caso ocorra alguma coisa que você não tá planejando, aí ocê num deve ter uma relação sexual.

Grupo 4, 20 a 24 anos, negras, alta escolaridade

Um aspecto relevante observado na fala das jovens negras, tanto de baixa quanto de alta escolaridade, refere-se ao fato de que a gravidez não planejada é o resultado mais temido da relação sexual. Uma possível explicação para este sentimento pode estar baseado no fato de que as doenças sexualmente transmissíveis (inclusive o HIV/Aids) podem ser mantidas em segredo, pelo menos por um tempo maior do que a gravidez. Mesmo mostrando uma apreensão maior em relação a gravidez,

as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS são mencionadas como uma preocupação pelas jovens de alta escolaridade, provavelmente, porque elas são mais capazes de avaliar as conseqüências de uma DST, quando comparadas com as menos escolarizadas.

As jovens brancas de baixa escolaridade acreditam que, embora não exista uma idade ideal para que as mulheres tenham sua primeira relação sexual, todas deveriam esperar o máximo que pudessem. Para elas, quanto mais jovem uma mulher inicia sua vida sexual, mais jovem ela se torna mãe. Os depoimentos das participantes mostram claramente esta questão.

Ana Maria: Tem que namorá e transá na hora certa, no tempo certo. Porque se começa cedo fica assim que nem eu. Namorei cedo, tive menino cedo. Então, hoje em dia, o que eu podia tá começando agora, comecei com 16 anos. Então não precisa correr, correr pra que?

Adriana: É verdade. Corre pra que? Eu não escutei a minha mãe, aí ó [indicando que teve a primeira relação sexual e engravidou].

Grupo 15, 20 a 24 anos, brancas, baixa escolaridade

As jovens brancas de alta escolaridade, assim como as de baixa escolaridade, também colocam que não há uma idade ideal para a primeira relação sexual. Para elas, a maturidade, a existência de um companheiro com o qual tenham alguma afinidade e a oportunidade para que a relação aconteça são fatores mais importantes do que a idade por si só, como retrata o diálogo a seguir.

Heloá: Idade não. A mulher tem que ter maturidade e isso depende de cada um. Pode ser que, de repente, com 14 anos uma menina tenha maturidade, pra outra, isso pode acontecer com...17 anos.

Gilca: Não é só idade, mas também oportunidade. Às vezes ela não teve oportunidade.

Iêda: Exatamente. Independente da idade, às vezes aparece um cara legal, né?

Geórgia: No meu caso assim, eu perdi a minha virgindade com 15 anos, com meu primeiro namorado. Eu tive sorte. Ele era um cara muito legal, mas muitas meninas têm medo porque não têm um namorado na época assim, e não tão afim de transar com qualquer um.

Heloá: Eu acho muito complicado. Enquanto tem umas de 14 anos que estão super preparadas, têm outras que acham que estão preparadas. Essa questão da idade é super complicada.

Grupo 5, 20 a 24 anos, brancas, alta escolaridade

Para estas jovens, maturidade significa preparo para assumir os riscos e as conseqüências de uma relação sexual. O parceiro "legal", segundo elas, é aquele que, em geral, é carinhoso com a companheira e mostra que a deseja como mulher, mas não força a relação. A oportunidade se refere à existência de um local para que a relação aconteça. Sobre este aspecto, MOORE (2004) ressalta que a falta de privacidade e o contínuo monitoramento social de jovens por seus pais, vizinhos,

empregados ou outros adultos, particularmente entre as jovens de melhor nível socioeconômico, são aspectos identificados como obstáculos para a primeira relação sexual.

A percepção da coorte mais velha

Para as mulheres negras da geração mais velha, tanto de baixa quanto de alta escolaridade, o melhor é que as jovens esperem para iniciar sua vida sexual.

As negras de baixa escolaridade, mais velhas, assim como as negras de baixa escolaridade da geração mais jovem, também alegam que a primeira relação sexual não deveria acontecer antes que a mulher tivesse, pelo menos, 18 anos. Segundo elas, ao esperarem até os 18 anos, as jovens podem se preparar melhor para o futuro, pois terão a oportunidade de concluir uma parte de seus estudos.

Edmara: Ah! eu acho que a pessoa tem que tê pelo menos 18 anos.

Moderadora: Por que?

Edmara: Porque nessa idade de dezoito anos, é uma época que elas estão se realizando no estudo, se preparando prô futuro, entendeu? Então, porque dos sete anos, até os dezoito, é o período de escola. Elas não têm que esquentá a cabeça. Porque depois que tem a primeira [relação sexual], tem a segunda, tem a terceira, a quarta, aí...

Adelaide: É, aí vai embora..então melhó é esperá.

Nair: Eu acho que tem que começá mais velha mesmo, porque hoje em dia, menina, a primeira coisa que, no primeiro encontro: vamo prá cama!

Grupo 3, 50 a 59 anos, negras, baixa escolaridade

Embora não apontem a idade de 18 anos como um marcador para o início da vida sexual, as mulheres mais velhas, negras e de alta escolaridade argumentam que as jovens que iniciam muito cedo a vida sexual estão sujeitas a traumas emocionais, pois não estão preparadas para escolher o parceiro e não sabem se, realmente, desejam ter a relação.

Sueli: Eu acho que existe [uma idade certa].

Moderadora: Por que?

Ruth: Porque a gente tem que se prepará e tem que gostá realmente [do parceiro]...

Sara: E querer mesmo.

Isa: E querer mesmo. E tem muitas mulheres que entram novas numa relação assim... só prá... concluir aquele ciclo da vida sem preparo, ocê entendeu? E a mulher sofre muito com isso. Mas, sofre mesmo.

Marilda: É porque esse entrar tão nova numa relação pode fazer com que a mulher fique traumatizada [emocionalmente].

Sara: Eu acho que as muito novas não estão preparadas para decidir e escolher direito se querem ter sexo..

Edir: E não busca o parceiro de acordo, às vezes, né? Num... num faz aquela escolha realmente certa, né?

Grupo 14, 50 a 59 anos, negras, alta escolaridade

Entre as participantes brancas da geração mais velha, a questão da idade é polêmica. As de baixa escolaridade alegam que não tem idade para que uma mulher inicie sua vida sexual. O fundamental é que exista carinho e um relacionamento mais maduro, como mostra o relato a seguir.

Joice: Eu acho que num tem idade não. Eu acho que sexo é consequência (com ênfase). Tá namorando, aí vem o carinho, aí com o tempo amadurece aquele namoro e vem o desejo.

Grupo 7, 50 a 59 anos, brancas, baixa escolaridade

Entre as de alta escolaridade, as opiniões são divididas: enquanto algumas dizem que não tem idade para a primeira relação, outras acham que a jovem deve esperar até os 18 anos. Aquelas que defendem que é melhor esperar para ter a primeira relação, dizem que as jovens que iniciam a vida sexual antes dos 18 anos têm seus projetos de vida comprometidos, pois algumas atividades são interrompidas e muitas etapas são saltadas. As falas a seguir expressam esta questão.

Silvana: Dezoito, é uma idade boa.

Maria Inês: Eu acho que não tem uma idade marcada, não.

Goreth: É, mais aí podem achá que é com doze, então...

Maria Inês: Essa fase da adolescência é tão boa, que a gente tem tanta coisa que num deve sê interrompida prá podê passá prô namoro, prum relacionamento mais profundo
....

Grupo 12, 50 a 59 anos, brancas, alta escolaridade

De uma maneira geral, as falas sugerem que não existe uma norma quanto a idade ideal ou mais adequada para que uma mulher tenha sua primeira relação sexual. Entre as participantes que acreditam que existe uma idade ideal, 18 anos é a idade apontada como um marcador. As percepções a respeito da idade à primeira relação sexual está muito entrelaçada com os motivos que levam a esta relação. Assim, o item a seguir aborda esta questão.

O que motiva uma mulher a ter sua primeira relação sexual?

Os motivos que levam as mulheres a terem a primeira relação sexual são inúmeros e vão desde a mera curiosidade até a pressão por parte de amigos e do próprio homem. Diferente das participantes da coorte mais velha, que alegam que o casamento era o grande motivo para que mulheres da geração delas tivessem a primeira relação sexual (muitas mesmo sem se sentirem preparadas ou desejarem a relação), as mulheres da coorte mais jovem alegam que ela acontece por diferentes razões mas, em geral, porque elas querem. A maior parte das participantes mais velhas tiveram a primeira relação sexual quando se casaram, diferente das mais jovens, onde a maior

parte fez sexo pela primeira vez com um namorado ou com algum amigo pelo qual se sentiam atraídas fisicamente. Os diálogos e extratos de falas apresentados a seguir ilustram as percepções das participantes acerca dos motivos que impeliram ou impelem as mulheres a fazerem sexo pela primeira vez.

A percepção da coorte mais jovem

Para as jovens negras de baixa e alta escolaridade, um dos motivos que levam as mulheres a terem a primeira relação sexual, particularmente antes do casamento, é a necessidade de terem experiências que permitam com que elas avaliem se têm, ou não, compatibilidade sexual com o companheiro. A percepção das jovens é de que, em geral, a mulher que não tem experiência sexual idealiza a relação e, quando o sexo não é bom, muitos relacionamentos acabam em frustração. O diálogo de participantes negras de alta escolaridade, apresentado no quadro a seguir, mostra essa questão.

Francine: Você cria uma... uma expectativa tão grande, né? De uma coisa tão mágica...

Fabiele: Assim, a probabilidade de se frustrar depois é... é bem maior.

Grupo 4, 20 a 24 anos, negras, alta escolaridade

Além de ressaltarem a importância de conhecer o parceiro, as negras de baixa escolaridade também apontam a pressão dos amigos como um dos fatores que influencia na decisão da mulher de ter, ou não, a primeira relação sexual. Segundo as falas de muitas participantes, é comum que as virgens sejam motivo de chacota.

Lúcia: Tem gente que fala...

Leocádia: Você tá passada heim?! Tá ficando velha!

Lenita: Vai deixar pra terra comer?!

Grupo 8, 20 a 24 anos, negras, baixa escolaridade

De acordo a percepção destas jovens, além de serem motivos de piadas, muitas meninas se sentem chateadas e excluídas da turma e acham que são tratadas de maneira diferenciada quando permanecem virgens. Para evitar este tipo de situação, fazem sexo pela primeira vez.

Lenita: Talvez por medo. Porque se ocê for numa escola de adolescente de 16 a 18 anos, a maioria deles tem uma vida sexual ativa. Então é...é...se todas as meninas naquele meio têm uma vida sexual ativa e eu não...de repente elas vão me trata como diferente. Eu acho que isso influencia muito.

Grupo 8, 20 a 24 anos, negras, baixa escolaridade

Além da pressão vinda de amigos, para muitas participantes negras de baixa escolaridade a televisão exerce um poder expressivo sobre o comportamento das pessoas, as quais, muitas vezes,

seguem o padrão determinado por novelas e séries, sem refletir muito se estão fazendo o que realmente desejam.

Lenita: Acho que...a pessoa tem que se senti preparada pra...pra aquilo. Não é porque alguém falo não! Ocê tem que ir, cê tem que fazer isso porque ocê quer...não porque a televisão manda...

Grupo 8, 20 a 24 anos, negras, baixa escolaridade

Na percepção das jovens brancas de alta escolaridade, sexo e casamento não podem ser coisas interligadas – elas podem e devem ser independentes e, este fato, por si só, já é um motivo para que as mulheres tenham a primeira relação sexual. É interessante observar que, embora estas jovens defendam com firmeza a separação ente sexo e casamento, em geral elas vinculam estes eventos apontando a experiência sexual como um aspecto que pode auxiliar a mulher a manter o seu casamento. O extrato de fala e o diálogo de algumas participantes expressam claramente este aspecto.

Helena: Eu acho também que é assim, o casamento é uma instituição, né?! Uma instituição social mesmo e não uma coisa natural, né?! É uma forma de organização, uma instituição mesmo, né?! Social. E daí?! Só que a nossa vida sexual é independente disso... completamente. E é desejável, mesmo, que as mulheres iniciem sua vida sexual antes do casamento, nem sei porque, mas é uma coisa tão óbvia...

Grupo 5, 20 a 24 anos, brancas, alta escolaridade

Mailza: Se você já tem experiência, isso vai favorecer o casamento, isso vai te favorece no casamento. Porque muitas pessoas, elas têm problemas com sexo e aí, se ela num conhece...depois ela chega no casamento e se depara com uma coisa que talvez seja...

Magnólia: Diferente do que ela imagina...

Madalena: É...é aquela coisa, né?! Casamento não é sexo, né?! Mas também é sexo (risos).

Grupo 9, 20 a 24 anos, brancas, alta escolaridade

Para as brancas de baixa escolaridade, atualmente muitas mulheres têm sua primeira relação sexual antes do casamento porque não se valorizam. Na percepção destas jovens, uma grande parte das mulheres faz sexo na tentativa de conquistar um namorado ou marido. Na visão de algumas participantes, nos dias de hoje as coisas estão muito diferentes do que eram há algum tempo atrás, quando era o homem que procurava a mulher e insistia para que ela fizesse sexo com ele. Segundo algumas jovens brancas de baixa escolaridade, hoje são as mulheres que procuram os homens e insistem para que façam sexo com elas.

Amélia: É. Eu acho que as mulheres ...podiam se valorizá melhor, né?! Elas que tem que se valorizá.

Moderadora: E o que elas fazem para se desvalorizar?

Sandra: Se oferecem, né?

Luciana: Tem muita mulher que se oferece pro homem, perde a virgindade e pronto.

Suzana: É. Hoje em dia...tá muito assim...a mulher que perde a virgindade e se oferece..

Luciana: Não, não é o homem que procura a mulher. Tem mulher que insiste e sai e vai atrás do homem.

Grupo 16, 20 a 24 anos, brancas, baixa escolaridade

As vozes das participantes jovens indicam que os motivos que levam uma mulher a ter sua primeira relação sexual divergem de um grupo para outro. Entre as jovens negras há um consenso de que a experiência sexual permite que a mulher conheça o companheiro sexualmente e isto, de acordo com estas participantes, é fundamental para determinar o sucesso de um relacionamento e evitar futuras frustrações. Por outro lado, os diálogos revelam que as jovens negras menos escolarizadas percebem a pressão de amigos e da televisão como fatores que também pesam na decisão acerca da primeira relação sexual.

Enquanto as jovens brancas de alta escolaridade enfatizam a separação entre sexo e casamento, as de baixa escolaridade sugerem que as mulheres estão sendo menos valorizadas pelos homens pelo fato de demonstrarem que desejam ter sexo. É interessante ressaltar que muitas destas jovens, durante os grupos focais, enfatizaram que, quando um casal tem desavenças, é comum que o homem “jogue na cara” da mulher que foi ela quem o procurou e a acuse de vulgar ou “oferecida”. Durante os grupos, as falas das jovens de baixa escolaridade sugerem que elas assimilam e difundem, de certa maneira, este tipo de discurso.

A percepção da coorte mais velha

Para as mulheres mais velhas, existem muitos fatores que levam uma jovem a ter a primeira relação sexual. Os motivos das jovens de hoje, segundo a percepção destas participantes, é diferente dos motivos da época em que eram jovens e estavam começando a experimentar relacionamentos mais próximos com os rapazes.

Para as negras de baixa escolaridade, da coorte mais velha, as mulheres de hoje são mais permissivas e, na tentativa de arrumar um companheiro, vão “deixando as coisas acontecerem”. Portanto, assim como as jovens brancas de baixa escolaridade, elas vêem o desejo de conquistar um companheiro estável como um dos motivos que levam as mulheres a terem a primeira relação sexual. O diálogo de um grupo de participantes elucidou esse ponto.

Edmarize: Hoje eles vão chegando perto da moça e elas já vão deixando ele passar a mão e tudo mais. E ela acha que ele vai casa com ela?? As moças perdem o valor porque o homem é maldoso.

Ilse: Não casa não...

Adelaide: Ele aproveita dela e pega outra!

Grupo 17, 50 a 59 anos, negras, baixa escolaridade

Além disso, assim como as jovens negras de baixa escolaridade, as mais velhas de baixa escolaridade também percebem a pressão como um fator que motiva a relação sexual. Segundo elas, o namorado ou parceiro tende a cobrar da mulher o início da vida sexual, colocando em dúvida, muitas vezes, se ela ainda é virgem.

Ilse: É...o cara vai falar: tá amarrando sô! Cê dava pra fulano, por que não quer dá pra mim? Ocê tá amarrando!

Grupo 3, 50 a 59 anos, negras, baixa escolaridade

Para as negras mais velhas, de alta escolaridade, as meninas de hoje em dia têm a primeira relação sexual quando encontram alguém de quem elas gostam e têm confiança. Na percepção destas participantes, as jovens de hoje estão mais responsáveis e, em geral, têm a primeira relação quando sentem que é o que elas realmente desejam. O diálogo a seguir aponta a visão destas mulheres.

Zélia: É. Então, hoje elas não fazem questão de perder a virgindade assim, né? Irresponsavelmente ou...

Margarete: Por perder, né? Transar por transá.

Zélia: Por perder, né? E num importa se tem quinze, dezesseis, dezessete anos, né? Num tem uma idade. Hoje eu vejo que elas não se incomodam de casá virgem, mas, se incomodam sim de... de se entregarem pra pessoas que elas... não têm confiança, que tem mais a ver com elas, né? Que tenha um relacionamento mais...saudável.

Diva: Mais próximo. Mais... seguro, sei lá. Mais profundo.

Grupo 17, 50 a 59 anos, negras alta escolaridade

Para as brancas de baixa escolaridade o medo da mãe é um aspecto importante a ser considerado na discussão sobre os fatores que motivam a primeira relação sexual. Segundo a percepção de algumas participantes, muitas jovens, na época delas, não tinham relações com o namorado porque temiam demais os pais. Para muitas, as conversas sobre sexo com as mães, quando aconteciam, eram sempre permeadas por muitos tabus. Na percepção destas mulheres, hoje em dia, isso já não acontece mais, pois as jovens já não têm mais medo dos pais como elas tinham. Algumas jovens, de acordo com a visão destas mulheres, falam com os pais e os taxam de "caretas" quando estes não concordam ou questionam o fato de terem relações sexuais com os namorados. O extrato de um dos diálogos, apresentado a seguir, retrata a questão do medo que as mulheres mais velhas sentiam dos pais e como a questão do sexo era tratada.

Isaura: Minha mãe me prendeu demais... Eu só num fiz sexo com ele porque eu tinha muito medo. Eu achava uma coisa de doido. Mas só que hoje...

Isis: Eu também. A minha mãe era exigente. Minha mãe falava que sexo pra ela era uma coisa que não podia tê de jeito nenhum. Então a gente tinha medo, né?!

Grupo 7, 50 a 59 anos, brancas, baixa escolaridade

Para as mulheres brancas mais velhas e de alta escolaridade, a questão dos estudos era uma prioridade e alguns eventos, tais como namoro, casamento, início da vida sexual e maternidade, deveriam acontecer na ordem tradicionalmente esperada. Assim, o desejo dos pais de que elas estudassem e, depois, namorassem, se casassem era respeitado e, conseqüentemente, fazia com tivessem a primeira relação somente depois de terem concluído os estudos. Em geral, a primeira relação sexual estava vinculada ao casamento.

Márcia: É porque minha mãe me educo assim: primeiro estuda, primeiro forma, tem que tê independência pra depois fazê....

Grupo 11, 50 a 59 anos, brancas, alta escolaridade

As falas das participantes da coorte mais velha indicam que os motivos para a primeira relação sexual têm uma ligação estreita com a valorização da mulher, por parte dela mesma e, também, com fatores externos, tais como pressão dos amigos, do companheiro, dos pais. As brancas, tanto de alta como de baixa escolaridade, argumentam que a pressão dos pais (exercida pelo medo ou pelo estabelecimento da ordem em que os eventos deveriam acontecer) influenciava a decisão das mulheres de gerações mais antigas. Para elas, isto já não acontece com as jovens de hoje. Já as negras de baixa escolaridade percebem a pressão do companheiro e a desvalorização das mulheres como aspectos que influenciam na motivação para a primeira experiência sexual. As negras de alta escolaridade, por outro lado, apontam que encontrar um parceiro carinhoso e confiável, que permita a vivência de uma sexualidade mais saudável é o que leva muitas jovens a terem sua primeira relação.

O que as mulheres pensam sobre a virgindade?

De uma forma geral, é possível dizer que há um consenso entre as participantes dos grupos focais de que a virgindade ainda continua sendo vista como um atributo feminino importante. Entre as da coorte mais jovem, somente as brancas de alta escolaridade não percebem a virgindade como uma característica feminina relevante nos dias de hoje. Mas por que a virgindade é considerada importante? Para algumas mulheres, tanto mais velhas quanto mais jovens, porque ela representa a possibilidade de valorização da mulher pelo companheiro. Para outras, porque significa um limite imposto pela sociedade, um atributo que controla a liberdade feminina. Uma parte das percepções apresentadas pelas participantes dos grupos focais está exposta a seguir.

A percepção da coorte mais jovem

Embora as jovens enfatizem que, hoje em dia, a virgindade ainda é considerada uma característica desejável entre as mulheres, elas frisam que existem inúmeras pressões para que uma mulher deixe de ser virgem. Os amigos e a televisão são as principais fontes de incentivo para que uma menina perca sua virgindade. Algumas jovens lembram, ainda, que o valor atribuído à virgindade pode variar em função dos locais onde as pessoas vivem. Em cidades menores, a perda da virgindade é encarada com mais preconceito do que nas cidades maiores. Em grandes centros urbanos, como é o caso de Belo Horizonte, ser virgem é considerado quase como um comportamento fora do normal e as pessoas que optam por permanecerem virgens são motivos de piadas e comentários jocosos. Apesar disto, muitas jovens enfatizam que gostariam de se casar virgens, pois a liberdade para ter sexo antes do casamento gerou uma certa banalização nas relações.

Os depoimentos das jovens negras e de baixa escolaridade mostram que a virgindade ainda permanece como um valor importante e como um demarcador das diferenças de gênero. Enquanto para a mulher a virgindade representa uma possibilidade de valorização, para o homem, ela não tem este mesmo significado. Segundo as participantes, para que um homem seja bem visto por seus amigos, pelas mulheres ou até mesmo por sua família ele não precisa ser virgem. Diferente das mulheres que, em geral, são criticadas quando perdem a virgindade fora do casamento.

Na visão destas jovens, a preservação da virgindade feminina até o casamento tem um lado positivo e um negativo, os quais são exemplificados nas falas a seguir.

Moderadora: E virgindade? O que jovens como vocês pensam sobre isto?

Caciana: Eu acho que virgindade é importante...se eu pudesse casar de novo, casaria virgem. Acho que isso valoriza a mulher, valoriza um pouquinho mais o casamento...pra quem vai casar vestida de noiva na igreja...

Bibiana: Tipo assim, uma menina... querendo casá virgem, ela pensa: vô esperá aquele home, e vai, e casá virgem com aquela pessoa. E depois do casamento viu que não era aquilo que era queria, que ela pensou, vai e... separa.

Maiara: Tipo assim, eu acho que... em muitos casos... a mulher casa virgem e o home não, né? Prá ele isso não é importante. É tipo assim, a gente dedica, quer se entregá prá aquela pessoa, mas, depois que se entrega, não é aquilo que a gente qué.

Grupo 1, 20 a 24 anos, negras, baixa escolaridade

Os depoimentos das jovens negras e de alta escolaridade também deixam evidente que, mesmo hoje em dia, existe uma preocupação, por parte das mulheres, em se “guardar” para o marido. A perda da virgindade, na concepção de algumas destas participantes, é vista como algo muito especial e que só deve acontecer quando a mulher encontra um companheiro que dá o devido valor para o “tesouro” que ela conserva para lhe oferecer. Assim como as negras de baixa escolaridade,

as de alta escolaridade acreditam que, mesmo se “guardando” para o homem ideal, a jovem corre o risco de não ser valorizada pelo companheiro. Neste caso, a frustração com a situação parece ser o sentimento mais comum. O diálogo a seguir é elucidativo neste sentido.

Francine: ...a moça tenta se guardar prá marido... pensando na questão da virgindade como um tesouro. Assim... do que ela tem de melhor prá oferecer.

Vani: É. E de repente ela se casa e ...ela espera uma valorização do marido, pelo fato dela ter se guardado prá ele. E quando ela percebe que não acontece essa valorização aí que ela diz: ah, não acredito.. (risos).

Geiza: Eu me guardei prá esse cara, olha o quê ele faz. Quando acontece uma situação assim, aí que vem essa frustração. Quando... não... não tem aquela valorização que ela esperava.

Francine: Você cria uma... uma expectativa tão grande, né? De uma coisa tão mágica...

Fabiele: Assim, a probabilidade de se frustrar depois é... é bem maior.

Grupo 4, 20 a 24 anos, negras, alta escolaridade

Mesmo acreditando que permanecer virgem até o casamento não assegura satisfação sexual e valorização pelo companheiro, algumas jovens negras de alta escolaridade revelam que gostariam de se casar virgens. Para elas, o fato de, atualmente, não existir tanta pressão para que a mulher se case virgem faz com que muitas banalizem os relacionamentos e se desvalorizem, tendo relações sexuais somente porque as demais pessoas estão tendo. Adicionalmente, para estas mulheres, ser virgem, hoje em dia, é motivo para críticas. O diálogo a seguir revela estes aspectos.

Ilza: Eu acho que isso modificou. Antigamente,... a maioria das pessoas casava virgem. Era uma pressão até mesmo social.

Ingrid: Verdade.

Ilza: Hoje em dia isso modificou um pouco....é mais uma questão de princípio até mesmo dentro da família...

Iris: ...igual eu falei, eu namoro há três anos. Eu não, não tive relação e não pretendo tê. Eu queria mesmo, é o sonho mesmo, casá sem... eu acho que não precisa necessariamente você ir já com alguma experiência. Mesmo porque eu acho assim... que... a banalização tá tão grande, né? ... Eu acho que a gente tem que se valorizá, apesar de que, igual ela falô, se amanhã ou depois achá que tá na hora e tudo, tudo bem... mas, eu acho que não tem que sê feito porque tá todo mundo fazendo. Agora, é, é, é... mudô, os tempos mudaram. Agora, você já não tem que casá,... mais virgem e tal.

Ingrid: Então assim, eu acho que... por mais que a sociedade tenha mudado ...acho que é... tudo questão de valor mesmo. É uma coisa minha, é um princípio meu.

Irma: ...essa questão da virgindade é motivo de crítica, de risada.

Grupo 6, 20 a 24 anos, negras, alta escolaridade

Entre as brancas, jovens e de baixa escolaridade, a questão da virgindade também é vinculada à valorização da mulher. Para elas, nos dias de hoje, a mulher está sendo desvalorizada pelo homem

porque o procura para iniciar sua vida sexual, ou, nas palavras das participantes, “se oferece”. As falas das jovens deste grupo também indicam que, além da responsabilidade pela valorização ser uma tarefa feminina, ela só é conquistada se a mulher preservar a sua virgindade, não se “oferecendo” ao homem. Aquelas que perdem a virgindade, segundo a concepção das participantes deste grupo, “não são flores que se cheirem”. O diálogo a seguir retrata esta concepção.

Sandra: Ah! Os namoros de hoje em dia tão, tão assim que... (risos) num dá prá falá muito.

Suzana: Tão desvalorizando a mulher, né?

Amélia: As mulheres ficam bem... desvalorizadas.

Moderadora: É? Por que os homens estão desvalorizando as mulheres.

Helena: Ah! Hoje em dia é difícil. Um ali... enrola a mulher, depois sai fora, arruma outra. Tá tudo assim. Tudo descarado.

Cândida: Mas, isso depende delas também, né?

Suzana: É. Também depende da mulher ... se a mulher não for flor que se cheira...

Grupo 16, 20 a 24 anos, brancas, baixa escolaridade

Já as jovens brancas de alta escolaridade ressaltam que muitas pessoas, ao saberem que uma mulher ainda é virgem, expressam um certo espanto. Para elas, o significado atribuído à virgindade se modificou ao longo dos tempos. Na percepção destas participantes, enquanto as mulheres de gerações passadas eram valorizadas por preservarem a virgindade até o casamento, as de hoje, que optam pela virgindade até o casamento, são motivo de crítica. O diálogo a seguir elucida estas questões.

Açucena: As pessoas hoje te perguntam espantadas: você é virgem?

Edmare: Antigamente, se não era, tinha surpresa, né?

Manuela: Você vê como que as coisas mudam...

Daniela: Antes, ser virgem era ser valorizada...hoje...

Manuela: Não, uma pessoa que quer casar virgem, coitada, ela...

Cláudia: É muita influência da mídia, sabe?

Edmare: É novela.

Elizete: Virgem agora é coisa de passado...

Olívia: É motivo... antigamente era motivo... você... quando transava, era motivo de zombaria. Nossa! Que pilantra e tal. Hoje, se você num faz isso, você é motivo de sê... boba, sabe? De gozação das pessoas.

Grupo 10, 20 a 24 anos, brancas, alta escolaridade

Além disto, as jovens brancas de alta escolaridade também mencionam a existência de diferenças regionais em relação à questão da virgindade. Para elas, nas cidades de interior, as mulheres ainda continuam sendo valorizadas por serem virgens e o preconceito com as não-virgens é claramente percebido nas atitudes dos homens. Na capital, a forma de encarar a virgindade, tal

como sugerem as falas destas participantes, é diferente do interior, o qual segundo elas, parece ter parado no tempo. MIRANDA-RIBEIRO (1997) também obtém resultados similares em seus grupos focais. Segundo a autora, algumas jovens também relatam diferenças regionais na percepção da virgindade, alegando que, na capital, ou nas cidades maiores, as atitudes, idéias e comportamentos com relação ao sexo são mais permissivos do que em localidades menores. O diálogo, a seguir, mostra estas questões.

Edmare: Mas, eu num sei. Vocês vieram do interior... também, né? Eu morei um tempo no interior. Então, a coisa aqui em Belo Horizonte é muito diferente do que eu percebi na cidade que eu morei.

Olívia: Como assim?

Veridiana: Porque a coisa lá [na cidade do interior], ela parece que parô mesmo no tempo. (risos). Continua tendo problemas. Ah! A menina num é virgem mais, e tal. Não que ela vai tê... tem que casá virgem. Mas... existem alguns problemas assim, certos preconceitos masculinos com relação à mulher que não é mais virgem...

Manuela: Eu acho que é medo...

Grupo 10, 20 a 24 anos, brancas, alta escolaridade

A percepção da coorte mais velha

A mudança no significado e no valor conferido à virgindade, ao longo dos tempos, é apontada por muitas participantes. As mulheres entre 50 e 59 anos revelam que, quando eram jovens, havia dois tipos de mulheres solteiras: as virgens e as que não eram mais virgens. Enquanto as virgens eram valorizadas e bem vistas pela sociedade, as que não eram mais virgens eram consideradas como mulheres fáceis. A virgindade feminina servia, portanto, para garantir uma boa reputação às jovens, definida em uma das falas da seguinte maneira: *“Quando era jovem, a reputação da gente ficava exatamente entre as pernas”*. Atualmente, de acordo com grande parte das participantes da coorte mais velha, isto já não ocorre de maneira tão clara.

Apesar de um certo consenso a respeito do declínio que ocorreu na importância da virgindade, ao longo dos tempos, muitas participantes negras de baixa escolaridade são enfáticas ao dizer que a virgindade ainda permanece um atributo importante. Apesar disto, muitas ressaltam que este fato não significa que as jovens de hoje precisam se casar virgens, como acontecia com elas. A fala de uma das participantes mostra a relevância da virgindade feminina em décadas passadas.

Ilse: A virgindade, na minha época era... coisa que deveria ser guardada... muito bem guardada. Moça que não era virgem na minha época, não tinha mesmo valor. E era, inclusive o que a minha mãe passava prá mim assim que... se no dia do casamento, se a gente não fosse virgem o rapaz devolve a gente pro pai. Eu sempre ficava com aquela...

expectativa, né?. E... eu sempre tinha aquela... aquela, aquela cisma, né? Que sempre eles falavam: a moça que não é virgem, ela é devolvida.

Grupo 3, 50 a 59 anos, negras, baixa escolaridade

A fala de outra participante do mesmo grupo revela a percepção de uma parcela destas participantes acerca da virgindade entre as jovens de hoje. Para ela, assim como para algumas outras, hoje as jovens não precisam esperar até o casamento para terem a primeira relação. Na visão desta participante, que ilustra as de outras, o importante é que a primeira vez seja com alguém de quem a mulher goste e que ela possa se proteger para evitar uma gravidez não planejada ou uma DST. Para estas mulheres, a vinculação entre virgindade e casamento não deve mais ser imposta às jovens.

Isaura: Olha, eu num quero que vocês guarde a virgindade pro casamento não! Não tem necessidade! Tem vontade...gosta do rapaz?! Não tem problema não! Usa camisinha, cuida direitinho. Tenham uma relação saudável...num é pelas esquinas, num é no sofá! É na hora certa!

Grupo 3, 50 a 59 anos, negras, baixa escolaridade

As falas das negras de alta escolaridade sugerem a existência de controvérsias a respeito da questão da virgindade. Enquanto para algumas, ser virgem ainda é relevante; para outras, isso já não tem mais importância.

Zélia: Eu acho que é importante ser virgem, sim.

Margarete: Eu não sei...

Marisa: Eu acho que não.

Elieth: Eu acho que não, mas, tem que está...

Margarete: Preparada para perder...

Zélia: Ter maturidade, pelo menos, né? No caso das minhas filhas, e dos... dos amiguinhos que eu conheço dela. Que... elas não fazem... não estão fazendo questão, porque eu acho que uma época, houve uma época que quanto mais jovem perdesse a virgindade era mais legal. Hoje, pra elas isso já não tem importância.

Grupo 17, 50 a 59 anos, negras, alta escolaridade

Apesar das diferentes percepções, estas mulheres também deixam claro, assim como as de baixa escolaridade que, na época delas, a boa reputação de uma jovem estava estreitamente vinculada com a virgindade. As moças que “se entregavam” para os rapazes eram vistas como sem moral e dificilmente encontrariam homens que quisessem se casar com elas.

Elieth: Se alguém descobrisse que a gente tinha perdido a virgindade, era falada, né? Mulher falada.

Marisa: Perdia a moral.

Zélia: Nem casava, né? Às vezes nem casava.

Carmem: Ficava como se fosse uma marca.

Elieth: É. A reputação da mulher naquela época, naquele tempo lá, né? Quando era jovem a reputação da gente ficava exatamente entre as pernas. Todo mundo sabia se você era virgem ou não. (risos).

Diva: As meninas que transavam, todo mundo sabia que elas já não eram virgens...Tinha uma separação.

Zélia: Tinha. As galinhas, as cocotas, as num sei o quê. Tinham um rótulo as meninas que transavam, né? E... e a gente que num transava, que era mais... que era careta tinha até... um desconforto de ficar junto com essas meninas.

Elieth: Ah! Não podia.

Margarete: É, aí a gente ficava com... um rótulo ... que se a gente andasse com a fulana de tal. Ah, não, fulana de tal... não pode andar com ela não. Era como se fosse uma doença. Uma doença grave. Contagiosa. (risos).

Grupo 17, 50 a 59 anos, negras, alta escolaridade

Entre as brancas, existe um consenso de que a virgindade não é importante. Segundo a percepção destas participantes, ter a liberdade de iniciar uma vida sexual ainda na juventude e, em alguns casos, antes de casar, faz com que as pessoas aumentem suas chances de terem relacionamentos melhores. Para elas, *"hoje é mais importante ter experiência"*. Assim como para as jovens, a maior parte das mulheres desta coorte de idade também acredita que existe uma pressão para que as moças, hoje em dia, deixem de ser virgens.

Apesar de acreditarem que hoje em dia estão mais abertas e preparadas para conversarem com suas filhas sobre temas como a virgindade, há relatos de participantes brancas da coorte de 50 a 59 anos que sinalizam a existência de dificuldades em lidar com o tema no âmbito familiar. No testemunho a seguir, está a indicação de uma das participantes a respeito do problema que teve em dialogar com a filha, quando soube que a mesma havia tido uma relação sexual com o namorado. Outro aspecto importante que esta fala traz à tona se refere à ligação estabelecida entre experiência sexual e casamento. Na concepção desta participante, o relacionamento sexual entre namorados pode servir para indicar se o casamento deve, ou não, acontecer. Esta percepção é bastante difundida entre as mulheres mais velhas.

Isaura: Eu acho que por mais que a gente procure acompanha tudo isso, a gente não consegue...eu sei que minhas filhas não contam tudo prá mim. Eu quero que elas estejam bem preparadas, eu não acho que as mulheres precisam se guardar. Eu achava, né? Eu falava isso, né? Eu acho mulher não tem que [se guardar] ... porque eu acho que se eu não tivesse me guardado, se eu tivesse experimentado antes, não teria casado com ele, né? Então, eu pensava isso, tudo isso. Eu pensava assim: eu vô prepará minhas filhas, eu vô prepará as minhas filhas. A... minha terceira filha, com quatorze anos, eu peguei ela num flagra, no maior... garra [sexo] com o rapaz no sofá, foi um susto, né? Aí, a gente tenta, né?

Grupo 7, 50 a 59 anos, branca, baixa escolaridade

A visão apresentada anteriormente é compartilhada por muitas companheiras do grupo, as quais mencionam que também acham muito difícil ter um diálogo aberto sobre sexo com seus filhos e filhas. Além disto, elas também revelam que se casavam sem saber nada sobre sexo e com muito medo do que aconteceria na noite de núpcias. Para elas, se soubessem que não teriam afinidade sexual com o parceiro, e da importância que isto têm na vida de um casal, não teriam se casado.

Considerações finais

Os resultados obtidos neste estudo revelam aspectos importantes acerca das normas e dos valores pertinentes à primeira relação sexual e à virgindade. Entre as jovens de alta escolaridade, brancas e negras, as falas sugerem que não existe uma idade ideal para que a mulheres iniciem a vida sexual. Para as negras, particularmente, a mulher só deve iniciar sua vida sexual se tiver condições de utilizar contracepção e de assumir uma possível gravidez. Para as brancas, a maturidade, as condições oportunas e um parceiro ideal determinam quando a relação pode acontecer pela primeira vez.

Nos grupos de jovens de baixa escolaridade, por outro lado, as falas sugerem que a primeira relação sexual deve ocorrer somente depois dos 18 anos. Embora as normas e valores propalados pelas jovens de baixa escolaridade considerem a maioridade como condição ideal para a primeira relação sexual, a grande maioria das participantes revelou ter iniciado a vida sexual na adolescência e, em torno dos 16 anos, uma parcela expressiva já havia tido o primeiro filho.

Nos grupos focais compostos por mulheres da coorte mais velha, a maioria defendeu que a idade ideal para a primeira relação é após os 18 anos. Este resultado é coerente com o resultados quantitativos, que mostram que esta é a idade mediana de primeira relação sexual das mulheres mais jovens de Belo Horizonte. Para as negras de baixa escolaridade, quanto mais cedo uma jovem inicia a vida sexual, maiores serão os prejuízos para a sua vida escolar. Em outras palavras, as mulheres mais velhas associam a dificuldade de progressão escolar ao início da vida sexual.

Na maioria das falas dos grupos focais de mulheres jovens, a virgindade é uma característica que valoriza a mulher e, para muitas, deveria ser preservada até o casamento. Apesar disto, estas jovens observam que a maior parte das mulheres de hoje não se casa virgem. A pressão das amigas e as mensagens passadas pela mídia, particularmente pela televisão, são apontadas como as grandes razões para que as jovens tenham a primeira relação sexual. Pode ser observada uma contradição entre o valor dado à virgindade pelas mulheres mais jovens e o seu comportamento sexual. Apesar de a virgindade estar, segundo as participantes, associada à virtude feminina, na prática esta norma não se aplica. A princípio, o fato delas acreditarem que a idade ideal para a primeira relação sexual é 18 anos não deveria parecer contraditório, dado que esta é a idade mediana de primeira relação.

Entretanto, elas argumentam que a virgindade é um atributo que valoriza a mulher, a qual deveria esperar até o casamento para ter sua primeira relação sexual. Existe, então, uma lacuna entre a idade de primeira relação sexual e de primeiro casamento onde, supostamente, a primeira relação deveria acontecer, segundo as mulheres mais jovens.

Para a geração mais velha, a virgindade separava as mulheres em dois grupos: as de boa reputação e as de má reputação, denominadas “galinhas”. Esta pode ser uma possível explicação para o fato da idade mediana da primeira relação sexual ser de 21 anos. Apesar de colocarem que foram educadas para valorizar a virgindade, estas mulheres acreditam que as jovens não precisam se casar virgens. Para elas, atualmente, as mulheres solteiras que mantêm relações sexuais antes do casamento já não são vistas de maneira tão negativa como eram em décadas passadas. Esta é, possivelmente, uma das razões pela qual a idade à primeira relação sexual é mais baixa para as mulheres mais jovens. Além disto, estas mulheres ressaltam que ter uma vida sexual ativa antes do casamento é importante porque confere às mulheres um maior poder de decisão sobre o casamento. Grande parte das participantes destes grupos associa uma maior liberdade sexual à emancipação feminina. Somente as negras de baixa escolaridade acreditam que a virgindade ainda valoriza a mulher e deveria ser preservada até o casamento. A visão das mulheres da coorte mais velha revela uma abertura, uma redefinição de valores em torno da sexualidade e do casamento.

Os resultados dos grupos focais revelam que, embora existam algumas percepções diferenciadas a respeito da idade de início da vida sexual, dos motivos que levam uma mulher a ter sua primeira relação e da importância atribuída à virgindade, a primeira experiência sexual continua a representar um momento importante na vida das pessoas. Mesmo implicitamente, as vozes das mulheres enfatizam que ela pode ser marcada tanto por aspectos positivos, tais como descobertas, intimidade, amor e planos para o futuro, quanto por aspectos negativos como ausência de diálogo, relações insatisfatórias, gravidez não planejada, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/aids.

Para que os aspectos positivos prevaleçam é importante que ações públicas sejam delineadas de forma a permitir que as mulheres, em geral, consigam vencer os obstáculos impostos por normas e valores tradicionais que guiam, com rigidez, as ações sociais e definem alguns comportamentos como bons ou más, desejáveis ou indesejáveis. Neste sentido, a educação para a vivência de uma sexualidade saudável é fundamental.

A Tabela 2, apresenta uma síntese dos resultados qualitativos apresentados neste estudo.

TABELA 2
Síntese dos resultados qualitativos por coorte de idade, escolaridade e raça/cor – Belo Horizonte – 2002 e 2003

Temas	Crupos					
	20 a 24 anos		50 a 59 anos		Baixa escolaridade	
	Alta escolaridade	Baixa escolaridade	Alta escolaridade	Baixa escolaridade	Branças	Negras
Idade à primeira relação sexual	Branças	Esperar pelo menos até os 18 anos. Antes disso: *Não são maduras. *Não sabem dizer não. *Não estão preparadas para ter um filho. *Mulheres desejam saber se são sexualmente compatíveis com o companheiro. *Pressão de amigos. *Ser virgem é motivo de chacota.	Não tem idade ideal, deve acontecer somente quando a mulher: *tiver condições de usar contracepção. *puder assumir uma gravidez.	Não tem idade ideal, mas é melhor esperar até os 18 anos, pois é maior a chance de ter: *Maturidade. *Parceiro ideal.	Não tem idade ideal, mas é melhor esperar, pois as mais velhas têm: *Maior poder de decisão. *Mais habilidade para escolher parceiro.	Esperar pelo menos até os 18 anos, pois: *Estudo deve ser priorizado. *A primeira relação gera o desejo de outras.
	Negras	Não tem idade ideal, mas é melhor esperar, pois: *Quando a relação é cedo, tudo é mais cedo.	Não tem idade ideal, mas é melhor esperar até os 18 anos, pois é maior a chance de ter: *Maturidade. *Parceiro ideal.	Não tem idade ideal, mas é melhor esperar até os 18 anos, pois é maior a chance de ter: *Maturidade. *Parceiro ideal.	Não tem idade ideal, mas é melhor esperar, pois as mais velhas têm: *Maior poder de decisão. *Mais habilidade para escolher parceiro.	Esperar pelo menos até os 18 anos, pois: *Estudo deve ser priorizado. *A primeira relação gera o desejo de outras.
Motivação	Branças	*Fato de sexo e casamento não serem mais eventos vinculados.	*Mulheres desejam saber se são sexualmente compatíveis com o companheiro. *Pressão de amigos. *Ser virgem é motivo de chacota.	*Pais exigiam que estudassem e que esperassem até o casamento.	*Mulher tem alguém de quem ela gosta.	*Mulheres não se valorizam. *Mulheres são mais permissivas.
	Negras	*Fato de sexo e casamento não serem mais eventos vinculados.	*Mulheres desejam saber se são sexualmente compatíveis com o companheiro.	*Pais exigiam que estudassem e que esperassem até o casamento.	*Mulher tem alguém de quem ela gosta.	*Mulheres não se valorizam. *Mulheres são mais permissivas.
Virgindade	Branças	Não é importante. *Já não é valorizado. *É diferente no interior e na capital. *Novelas têm um papel importante.	É importante. *Valoriza a mulher. *Novelas têm papel importante.	Não é importante, pois: *Hoje é fundamental ter experiência sexual. *Novelas influenciam jovens.	Controvérsias. *Antigamente reputação dependia da virgindade. *Hoje reputação feminina desvinculada da virgindade.	É importante, pois: *Valoriza a mulher.
	Negras	Não é importante. *Já não é valorizado. *É diferente no interior e na capital. *Novelas têm um papel importante.	É importante. *Valoriza a mulher. *Novelas têm papel importante.	Não é importante, pois: *Hoje é fundamental ter experiência sexual. *Novelas influenciam jovens.	Controvérsias. *Antigamente reputação dependia da virgindade. *Hoje reputação feminina desvinculada da virgindade.	É importante, pois: *Valoriza a mulher.

Fonte: Elaboração própria.

Referências bibliográficas

ATTRIDE-STIRLING, Jennifer. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. **Qualitative Research**, v. 1, n.3, p.385-405, 2001.

BEMFAM. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1996. 182p.

CASTRO, Mary Garcia, ABRAMOVAY, Miriam; SILVA, Lorena Bernadete da. **Juventudes e sexualidade**. Brasília: UNESCO, 2004. 428p

KITZINGER, Jenny. Grupos focais com usuários e profissionais da saúde. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas (Org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 31-40.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 9a ed. São Paulo:Hucitec, 2006.

MIRANDA-RIBEIRO, Paula. **Telenovelas and the sexuality transition among teenagers in Brazil**. 1997. 216f. Tese (Doutorado em Sociologia) – The University of Texas, Austin, 1997.

MIRANDA-RIBEIRO, Paula, CAETANO, André J. e SANTOS, Taís de Freitas. **SRSR - Saúde reprodutiva, sexualidade e raça/cor – Relatório Descritivo**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2004.

MOORE, Ann Marie. **Female control over first sexual intercourse in Brazil: case studies of Belo Horizonte, Minas Gerais and Recife, Pernambuco**. 2004. 182f. Tese (Doctor of Philosophy) - The University of Texas at Austin, Austin, 2004.

PNDS (1996). SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde (PNDS)**, 1996.

SIMÃO, Andréa Branco. **A primeira relação sexual, o primeiro casamento e o nascimento do primeiro filho: um estudo quantitativo e qualitativo de duas coortes de mulheres em Belo Horizonte**. 2005. 266f. Tese (Doutorado em Demografia) – Universidade Federal de Minas Gerais – Cedeplar – Belo Horizonte, 2005.

SRSR (2004). **Saúde reprodutiva, sexualidade e raça/cor – Relatório Descritivo**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2004.

Non-coercive sexual debuts: qualitative evidence from Belo Horizonte, Minas Gerais and Recife, Pernambuco

Ann M. Moore

The most salient feature of a sexual experience is whether the sexual experience was wanted. Yet whether the experience was wanted is not always clear. Conflicted meanings and messages attached to female sexuality can leave the female unsure as to how she feels about the event. For example, while a female may want the intimacy of sexual intercourse, she may fear an unwanted pregnancy. Conversely, while a female may not want to have sexual intercourse, she may want the financial support that having sexual intercourse may bring. This chapter treats what I deem to be women's non-coerced sexual experiences, looking at why females said they had sex for the first time, whether they planned their sexual debuts, and how they conceived of the hierarchy of sexual needs in the relationship to give the reader insight into factors which influence female decision-making about her control at her sexual debut experience from these two qualitative samples in Brazil. Beginning with a detailing of positive, agentic female sexual debuts and progressing to less positive non-coercive sexual debuts, the discussion which follows is an attempt at informing female sexual decision-making and consequently agency in that gray area between wanted and unwanted sexual debut experiences.

I invoke the dimensions laid out by Simon and Gagnon's tri-dimensional model of sexual scripts (1987) to understand females' reasons for engaging in sexual debut. Reasons to have sexual intercourse can be intrapsychic, meaning having sexual intercourse for personal, egoistic reasons, or cultural/interpersonal, meaning having sexual intercourse for someone else (one's partner) or because of the social consequences of having sexual intercourse (which I am calling instrumental sex). A female who does not express agency at sexual debut may have sexual intercourse for

intrapyschic reasons just as a female who does express agency may have sex for cultural reasons. Yet I find it valuable to make the distinction between the reason for having sex and agency since I expect that a female who has sexual intercourse for intrapsychic reasons is more likely focused on the event itself whereas a female who has sexual intercourse for cultural reasons is more likely to be focused on the consummation of the act rather than on the process of the act. Thus, for females in the latter category, issues of control, respectfulness of the partner, and so forth, may be ancillary to what that female finds most important about the experience.

Methodology

Studying female sexual agency at sexual debut requires trusting participants' renditions of the stories they choose to tell since the event under study is by its very nature hidden from everyone but the participants and their sex partners. Although using individuals' own renditions of events may be flawed, it remains the best research method for sociologists to learn about this intimate event. I selected focus groups as my methodology, thereby privileging group interaction about sexual agency and coercion over personal disclosure. In selecting this method, I sought to capture females' observations of normal sexual experiences at sexual debut.

Study sites:

This study was conducted in 2002 the southeast city of Belo Horizonte, Minas Gerais, and the northeast city of Recife, Pernambuco. Both cities are large metropolitan areas and the capitals of their respective states. With approximately 80 percent of the Brazil's population residing in cities, 10 of which have more than a million inhabitants, it was fitting to carry out an urban study. The two cities provide an interesting comparison between the wealthier, industrial southeast and the more impoverished, agrarian northeast. I determined participants' city of residence by recruiting at locations only within the city limits of the two cities in the study.

I conducted one set of focus groups with women ages 18-21 and another set with women 30-39 to capture the sexual experiences of two different generations. The lower end of the age range began at age 18 so as to not have to worry about obtaining parental consent. I chose a narrow age range for the younger age groups since puberty and young adulthood bring with them many rapid changes. I extended the age range in the older age groups since adults do not experience such rapid social change, which facilitated recruitment. All respondents were recruited through informal networks. Within each age group, focus groups were conducted by a native Portuguese social science researcher with lower-income and middle-income respondents rendering a total of 24 focus groups.

The respondents' demographics are presented in Table 1. The author was present at all the focus groups acting as note-taker.

The discussions covered what dating had been like when respondents had been girls; women's expectations of their sexual debut experiences compared to the lived sexual debut experiences with which they were familiar exploring topics such as the extent to which females were able to exercise control over their sexual debut experiences (who initiated sexual intercourse, where would it take place, would the couple talk about sex, would they discuss the use of contraception, etc.); sexual communication; sexual negotiation strategies; and sexual pressures. While the moderator encouraged the participants to discuss social norms and popularly accepted behavior in the Brazilian context, the participants usually gravitated towards talking about personal experience. The focus groups ranged in length from an hour and a quarter to almost three hours. The audio tapes were transcribed and the transcripts were cleaned in Portuguese and I translated only selected quotes into English. While respondents' thoughts and experiences regarding coercive sexual debut have been documented elsewhere (Moore 2004), the analysis below is limited to the non-coerced sexual debut experiences.

Positive sexual debut experiences

Females who experienced positive sexual debuts related a number of significant characteristics of their debuts which, taken together, sketch a portrait of common elements of wanted debuts. Some of the characteristics of positive sexual debut experiences are that the females planned their sexual debuts by choosing the partner and the time for sexual intercourse to happen and they had sexual intercourse for intrapsychic reasons.

I begin with narratives of strikingly agentic females who orchestrated their own sexual debuts. They stand out because of the control they exercised at their sexual debuts as well as the satisfaction they expressed with the event. This respondent detailed the preparations she and her partner made for her sexual debut.

We decided the date when his family was traveling. He couldn't go because of his work. He stayed at home and we discussed at length the best time, the best day, what contraceptive method we'd use. I had never gone to a gynecologist, *né?* So the only option we had was condoms. The city [we were living in] was this size [using her hands to show a very small circle] and if you'd have bought condoms on whichever corner, the whole world would have found out. He went to another city to buy condoms [laughter]. It's true.

--Belo Horizonte, middle-income, 31 years old, white, 15 years of education, not married, no children

The way this participant went about getting information about sexuality further demonstrated her high level of sexual agency.

I never had this conversation [about sexuality] in my house, I always informed myself through books, friends and all that. I went to the library and grabbed a book from the librarian, and I hid it inside another book [while I read it at the library], *né?* That's how I informed myself. But in spite of that, all the information that I sought, that I collected, this did not diminish my fears and my anxieties.

--Belo Horizonte, middle-income, 31 years old, white, 15 years of education, not married, no children

In spite of her ability to obtain information, this participant still voiced experiencing fear and anxiety at sexual debut, underscoring the ubiquity of those emotions at sexual debut.

Another unusually agentic narrative emerged from another older respondent:

I arranged everything. It was a relationship that had ended; he had been my first boyfriend. I was 17 years old and he and I ended because he started having sex with a friend of mine, friend [she made air quotes around the word friend]. And I didn't have any more emotional strength to continue in this relationship. After that, I was on vacation, I was already working, I worked since the age of 15, and I said [to myself], 'I'm going to take a vacation and go to Maceió. I'm going to call this [ex-boyfriend] and I'm going to have sex with him there.' So I chose the hotel, everything. I chose everything and called him. 'Look, it's like this, I'm on vacation and I wanted to know if you want to go with me to Maceió. Will you come?' [He said:] 'Geez, have you gone crazy?' [I said:] 'No, I'm asking you, are you going to come or not? We'll spend a week there.' He said, 'Tomorrow, right?' [I said:] 'Tomorrow.' [He said:] 'Let's go.' So I went and got him. [...] I was driving and I arrived and said, 'It's today.' It was. I bled. [...] It was just like that. [...] I prepared myself. I permed my hair. I remember I cut it, I waxed [my body hair], and I did a spa treatment. I prepared myself for that moment, like I was going to get married. I did all the same preparations exactly as if I was going to get married, washing, bathing this, bathing that. 'I will be beautiful, marvelous.' Just like that. When I got to the hotel, I didn't want to [have sexual intercourse] immediately. I will take a bath—so that everything's just right. [I told him:] 'You don't take a bath with me, you stay there, be quiet, wait.' [laughter]

--Recife, middle-income, 32 years old, morena, 15 years of education, separated/divorced, no children

This participant had a number of distinguishing characteristics that set her apart from the other focus group participants. First, she ascribed to more egalitarian gender roles than other focus group participants. She also had a very open relationship with her parents about sex. Her mother taught her feminist ideas regarding sexual issues, telling the participant that the pain females experience at sexual debut was because of psychological repression. Her father, for his part, made sure she had books about sexuality available to her. Her parents had reassured her that if she had gotten

pregnant as a teenager, they would have assumed the raising of the child. “I was very respected, very safe at home, and we talked about everything, everything openly,” she related. She explained:

My dad had a bookstore, so we had books by the mountains. He never asked us to read, he [just] always left [the books] very accessible. Books for all ages—from age nine through I don’t know when—were there on the lowest shelf. Me and my brother talked when we had any doubts. They had cartoons, I don’t know what else. Me and my brother would play. He’d show me his penis, ‘Look, Dinha, mine’s like this.’ Really little, and my mom never cooled this down. She’d say, ‘They’re touching each other, they can desire each other, they can want each other.’ Everything was very normal in the house, we talked about everything, about anal sex, the preliminaries [making out], caresses, what was cool, what is good for you and to always [have sexual intercourse] with whom you like.

--Recife, middle-income, 32 years old, morena, 15 years of education, separated/
divorced, no children

While perhaps alarming for some readers, this treatment of sexuality in her household sets her apart from the other participants who primarily related stories of sexual repression in the home.

These agentic sexual debut testimonies reflect the commonality among all the positive sexual debut testimonies shared in the focus groups which was that the participants who had positive sexual debuts had had information about sexual intercourse, whether it was presented to them or they sought it out. That both of these positive debut experiences were from middle-income participants draws attention to the fact that access to information was easier for middle-income individuals.

Abstract, active female sexual agency was endorsed by younger, lower-income participants. These participants advocated demanding sexual attention, using the Bible as a justification.

Participant1: The Bible says, ‘Love your neighbor like you love yourself.’ I think you have to love yourself first before you can love another person. [Because it’s like] you love another person, and then what position does that leave you in? Like was already said here, ‘A woman starts having sexual relations and her partner spills his sperm before she...’ né, so...

Participant2: It’s because it’s difficult for a woman... what’s the name? How do they say it?

Participant3: Get to orgasm? [Everyone helps her come up with the word orgasm]

Participant 2: That’s it. For a woman to get to orgasm. He gets there before she does.

Participant1: So she has to open her mouth and say, ‘I haven’t reached it yet. Wait a little! [laughter] Are you thinking you’re the only one here? I also want to feel [an orgasm].’ So I think you have to say, open your mouth, because if you don’t open your mouth... Quem não fala Deus não escuta, Deus não ouve [God doesn’t hear, God won’t listen to those who don’t open their mouths]. So you have to open your mouth, talk, bellow, and there, what will happen will happen.

--lower-income 18-21 year olds, Recife

The fact that one participant could not come up with the word orgasm and the rest of the participants helped her come up with it was indicative of the level of comfort and knowledge in this group since the word orgasm did not come up in the majority of groups. Curiosity was a motivation to have sexual intercourse in some positive sexual debut narratives.

The day that it happened, we had talked, and he was saying that he wanted to get to know me better [“Wanting to get to know her better” was a euphemism for having sexual intercourse] and I went along accepting that he would get to know me better, because I also had a certain curiosity, you know? In knowing him better, and everything, you know? And he talked to me and I asked him if he could give me some time, you know? And he gave me time, and all, and it was very well prepared. I was in a cool restaurant, I had arranged my clothes, hair, and it was this good thing, this dating, you know? The right atmosphere and all. And after that we followed the itinerary that we had planned, you understand?

--lower-income 30-39 year olds, Belo Horizonte

Desire to have sexual intercourse was discussed as the primary reason to engage in sexual intercourse among the lower-income 18-21 year olds and the middle-income 30-39 year olds in Recife. Otherwise, desire was talked about as present at other times prior to sexual debut; as a motivator to engage in sexual intercourse in the abstract sense; and imperative to the sexual experience, again in the abstract sense. Yet middle-income 30-39 year olds from Belo Horizonte and Recife named significant impediments to experiencing desire at sexual debut: general fear, fear of being abandoned, fear of becoming pregnant, fear of social taboos around sex; and predatory male sexuality. These individuals were self-aware of the cultural scenarios getting in the way of experiencing sexual intercourse for intrapsychic reasons.

A minority of participants, spanning income levels and age groups, felt that they had had positive sexual debuts because they had been treated respectfully. These narratives do not contain examples of female sexual agency, except perhaps in that the females were discerning about with whom they had their sexual debut experiences.

My [sexual debut] was different. He was concerned because he had never gone out with someone who bled [at sexual debut] because he'd always gone out with *mulheres* [sexually experienced women]. Then suddenly to go out with a virgin who bled—he was totally preoccupied, completely attentive. ‘How are you? How is that thing? I don’t know how! I didn’t think you were a virgin...’ (lower-income 30-39 year olds, Recife, Group 19). I was with him five years of my life, and it was three years and a little of having sexual relations and all that...in our sexual relations, he was tender with me, asked me sometimes which way I wanted it. He really concerned himself with me (lower-income 18-21 year olds, Recife, Group 21).

With me, [my sexual debut] happened with great care, [he had] a preoccupation not to hurt me, it was done with total tenderness (middle-income 30-39 year olds, Recife, Group 23).

The first participant quoted above identified that her sexual debut as different, detailing the care expressed by her partner. The quotation from the lower-income 18-21 year olds from Recife supports the contention made by the participants at large that males were more attentive to virgins than non-virgins.

Information about sexuality appears to be related to class. The middle-income, 30-39 year old participants who told agentic narratives of their sexual debuts also related access to information. The lower-income female who cited curiosity as a primary reason for engaging in sexual intercourse may have been motivated out of a lack of information. While one lower-income 18-21 year old participant from Recife supported advocating for one's own sexual pleasure, that was a comparatively aggressive approach that was not advocated elsewhere. Only a few participants felt they had respectful partners at sexual debut. Agency appears not to be a prerequisite to having a positive sexual debut experience, but it seems to help.

Non-coercive instrumental reasons for having sexual intercourse

I now turn to the cultural reasons for having sex such peer pressure or wanting to leave home. Peer pressure was the most commonly cited cultural reason for having non-coercive sexual intercourse at sexual debut. It was most frequently discussed as an abstract feeling created out of a general perception about when it was appropriate to have one's sexual debut.

Participant1: But this question about saying 'no,' it's interesting because like...there are times when things seem to be in style, right? Like, I think lots of times people make decisions, not like you're wanting it at that time, but because you've become influenced. Or, like, with television, this type of media talks a lot about pleasure, sexuality. People sometimes, they get...it awakens an interest, you know? So, lots of times a person makes a decision not because she wants to be different, but to 'follow the wave,' you know? 'If my colleagues, if they have kids, I'll have to have a kid also.' [...]

Participant2: I have a friend who's the same age as me, and she's a virgin, and she says, 'Oh, I'm scared to death of dying a virgin.' [laughter] [inaudible speech] A friend of my sister's is 19 years old and she's still a virgin. And they start talking, 'But you're a museum piece, [laughter] after 19 years, virgin!' [laughter] And I started thinking that this thing of being a virgin has become a little bit uncommon, you know? Until like...because it's natural that a 19 year old person's not a virgin, you know?

--lower-income 18-21 year olds, Belo Horizonte

Participant1: There's also the person that thinks, 'All of my friends have already had sex; I'm the only one who hasn't. I'm different... I can't be.' There's a lot of risk in thinking like this, of course.

Participant2: You have to think like that. 'Is there some objective in not having had sex yet?' I think you have to think, you have to think like that.

Participant3: [...] I think there are lots of girls who suffer from pressure from their own friends--

Participant4: --from their own friends, most definitely!

Participant5: I also think so. Sometimes you don't feel like getting a boyfriend, you're not interested in dating, but all of your friends have boyfriends, all of your friends already had sex, so you'll have sex just this once, you know? [Your friends say:] 'You don't know anything.' So you wind up feeling like, displaced, you know?

--lower-income 18-21 year olds, Belo Horizonte

Participant1: When you asked about behavior within a circle of friends, for example one thing for me was really noteworthy. On the question of sexuality [...] after 17 [years of age], sexuality, virginity, was lived liked it was a problem, you know? So you had this thing where a friend *perdeu* [lost her virginity], another *perdeu*, I also have to *perder*. [...] I was 18, going on 19, and I was uncomfortable because I was a virgin [laughter].

Participant2: [...] My group that I hung around with, young adolescents, you had to, in quotes, had to do it [have sexual intercourse] [...]

Participant3: There was this other thing, also, which was the question of moving to the big city because that's when one began living in dormitories. We started to drink and smoke and you had to have sex. It was to leave behind being a little girl from the Interior and to be someone from the big city. I saw lots of cases that happened like that, *né?* I think it was for this reason—to insert oneself socially, for many of them, to insert themselves socially.

--middle-income 30-39 year olds, Belo Horizonte

The importance of 'fitting-in' in adolescence cannot be underestimated (Wiseman 2002). Feeling singled out as the token virgin, whether overtly or simply through the absorption of social norms, plays a role in young women deciding to have sex. When females felt pressured to engage in sexual intercourse, it decreased their probability of a positive intercourse experience.

[Sex] is not like girls imagined it. [...] [Out of peer pressure], she gets a guy and finds out that he doesn't have a drop of tenderness in him, isn't patient, and she becomes traumatized for the rest of her life (lower-income 18-21 year olds, Belo Horizonte, Group 10).

Lower-income, older participants cited wanting to leave the house as another primary interpersonal reason for having sex. During the time of their sexual debuts, women would leave the house through marriage after having had sexual intercourse. Women most commonly wanted to

leave the house away from under a strict father. His strictness was manifested in closely controlling his daughter's behavior such as not letting her date, wear make-up, wear the types of clothes she wanted to wear, etc.

Moderator: Was the desire to leave the house to gain some freedom a reason to have sex?

Participant1: Many times.

Participant2: You did this, or you 'lost yourself.'

Moderator: Lost yourself how?

Participant2: In the arms of a man [laughter] [inaudible speech] and lost your virginity.

Moderator: Yeah?

Participant3: That was one way to do it. Losing one's virginity meant that the boy was obligated to marry you or instead meant that you left the house.

Moderator: You had to get married?

Everyone: Yes.

Participant1: It still is.

Moderator: It is?

Participant1: Yeah, but it used to be even more so. [laughter] [inaudible speech]

Participant: You don't have to do it anymore.

Participant2: [inaudible speech] If she were no longer a virgin, she'd get married. [inaudible speech] She won, right? [inaudible speech] She'd take him to the police. It wasn't at the notary's office like today; it was at the police where she would get married. [inaudible speech] 15, 20 years ago.

Participant3: It used to be that when a girl was no longer a virgin, it was a case for the police, she had to get married at the police

--lower-income 30-39 year olds, Belo Horizonte

Moderator: Do girls think about marrying when girls think about having sex?

Participant: [A friend of mine] married at 16. She married pregnant and she only had sex because she wanted to leave the house. She said that she only had relations with him and married because she wanted to leave the house because she didn't have any freedom at home. So she thought that if she got married, she could get out from under her father and he'd [her father] leave her in peace.

--lower-income 18-21 year olds, Belo Horizonte

Moderator: Did they have sex to have sex or to get married?

Participant: They wanted to get married. I had the opportunity to meet up with a friend recently who I knew as an adolescent who had sex to marry her partner, and she married him, she's still with him today

--middle-income 30-39 year olds, Belo Horizonte

This behavior was familiar to older participants in both socio-economic groups. This prescription for leaving the house is no longer as common as it was a generation ago, as the first group quoted

above pointed out. The majority of younger and middle-income participants felt that having one's sexual debut was not a reason to have to leave the house, whereas getting pregnant was.

For some lower-income, older women, sexual debut was performed as a marital obligation.

Moderator: In your day and age, it [having sexual intercourse] wasn't much out of impulse, was it?

Participant1: Under no circumstances [was it out of impulse]!

Moderator: Yeah? Why?

Participant1: Yeah, because you arranged a boyfriend. Your parents agreed that you could marry and you also agreed that you would marry. Do you understand?

Participant2: It wasn't out of curiosity.

Participant3: No, it wasn't out of curiosity.

Participant2: No it wasn't.

--lower-income 30-39 year olds, Belo Horizonte

Just because sexual intercourse happened for the first time within the context of marriage does not necessarily mean that it was anticipated. Older, lower-income focus group participants related that they had no idea what their husband had expected on their wedding night since they did not have any information about sexual intercourse or sexual education.

These cultural reasons for having sexual intercourse: peer pressure, to get out of the house, and marital obligation, all serve to disappear females' feelings about engaging in sexual intercourse. In these situations, females were placing instrumental reasons above personal reasons for engaging in this most intimate of acts. Adolescents' perceptions of the level of sexual experience among their peers have a strong influence on adolescents' sexual behavior (Kirby 1999, Bearman 1999) yet its role influences female sexual behavior as been looked at less frequently than peer as a force encouraging males to have sexual intercourse (for an Nicaraguan example, see Rani et al. 2003).

Females placed male sexual pleasure first

Even in these more positive sexual experiences, females across age groups, socio-economic statuses, and cities generally felt that males were extremely self-centered when it came to sexual pleasure. (However, almost all participants agreed that males were most careful, respectful and attentive to their female partners when the partner was a virgin.)

Participant1: In my time, there were the preliminaries, there was the kiss, after the kiss there were those attempts, the hugs, a penetration. I didn't feel much. [...] Do you understand how it was? He took grabs here, there, and it all happened fast. I think with him I was looking for pleasure for him because I didn't know anything; I didn't look either

to give lots of pleasure. I think he was ignorant. He thought with penetration he was giving pleasure.

Participant2: I don't know if this is a question of culture. I think the guys from here...the story is like this. Women are depositories of sperm [...] and women see at that moment that it can't be like that and that it has to change.

Participant1: He doesn't try to explore, look for our G-spots.

Participant3: He's not concerned about this. The majority of men just want it [sexual intercourse] to happen and it doesn't matter at all to them if she's being satisfied, if you're liking it or not.

Moderator: The first time is it like this?

Participant3: For me it was. [...]

Participant4: It was [like that] the first time. [...]

Participant3: It was on the thigh. The making out, the kisses, the hugs, the grabby-grabby, but he masturbated himself on my thighs. That is to say, he satisfied himself, I didn't orgasm at all, *né*, it was just that, just that for him. To have a boyfriend who is satisfied... he thought that he was loving me.

Participant5: And you thought so too.

Participant3: I did. It's because I hadn't had experience with an orgasm. I didn't have penetration, anything. He was the one who was rubbing himself, he was feeling excited, and you? Only in the kisses [did I experience sexual excitement]. The experience that I had was this.

--middle-income 30-39 year olds, Recife

I had the preconception that a woman was obligated. If males wanted to have sex, women were obligated to satisfy their male desire, you understand? I never thought that males...like...had, that is to say, that a male had to give pleasure to a woman. What kind of pleasure would he give? What is a woman's pleasure when she's with a man? He'd arrive and want to have relations with her and not even want to know if she liked it, that's what happened, right?

--lower-income 30-39 year olds, Belo Horizonte

Moderator: Do you think the first time females had sex that they were concerned about giving tenderness to the male?

Participant1: [We thought about] pleasing him. You have to please him so as not to lose him. [You'd think:] 'I'm already having sex with him, I'm with him,' let's say for the first time, 'and I have to please him.'

Participant2: The females thought more about pleasing him than pleasing herself.

Participant3: Yeah.

Participant4: Yeah. [...]

Participant4: Sex used to be very oppressed, it didn't exist [i.e. no one talked about it]. Today we have the knowledge that women can experience various types of pleasure. Before, we didn't know this. Lots of times, men only thought of themselves. He didn't look to the woman to see if she was satisfied or not.

--lower-income 30-39 year olds, Recife

While there was wide recognition of the male behavior of masturbating himself against women's thighs in the middle-income group quoted above, this male behavior was acknowledged with rue and disbelief. Since vaginal penetration did not happen, this experience did not constitute sexual debut yet it frequently was a precursor to sexual debut. Females looked back in resentment at how the males acted selfishly as well as their own ignorance at that time about their bodies. A lower-income female quoted in the second group expressed trying to cater to her partners' sexual needs, demonstrating that some females further reified this selfish male behavior by striving for the males' sexual satisfaction too.

Older participants perceived males of today to be less sexually self-centered than when they were adolescents because of the changes underway in gender roles moving in the direction of a more egalitarian treatment of the sexes. In addition, older participants perceived younger people to possess greater sexual knowledge than they did at that age. However, data from the majority of younger groups of both socio-economic statuses in both cities did not substantiate this perception.

Moderator: The first time [a female has sexual intercourse], are males concerned about a female's orgasm?¹

Participant 1: No. Normally a man isn't concerned with a woman's orgasm at all.

Moderator: No?

Participant 1: They're more concerned with their own orgasm, *né?*

Moderator: Really?

Participant 1: Really. They...when they orgasm...that's it. If they orgasm, they've reached their goal. That's it.

--lower-income 18-21 year olds, Belo Horizonte

Participant 1: I was emotionally chantageada [tricked].

Moderator: What happened?

Participant 1: He was like, 'Oh, my darling, if you don't want to now, that's okay. I want to. But if you want to marry a virgin, if you want to, I'll wait. I'll wait, of course I'll wait for you. But think about me a little bit also.' [inaudible syntax] That's why I did it. I wasn't forced. But it also wasn't because I wanted to. It was like that. I think like this. He does everything I want to, do you understand? He's the guy that I want. I think I have to stop being egotistical, *né?* That's how it happened.

--lower-income 18-21 year olds, Belo Horizonte

1 Female sexual pleasure was interpreted to mean almost uniformly female orgasm. Therefore, in spite of the fact that extremely few females experience orgasm at sexual debut and that there are many other ways of experiencing sexual pleasure than sexual orgasm, this question is indicative of the way that the focus group respondents spoke about female sexual pleasure.

Moderator: Now I'm curious about something. You said you thought about what the boy would think: 'If he'll stay with me, if he won't stay with me.' And the girl, did she think of herself?

Participant1 and Participant2: No.

Participant3: No. For her desire?

Participant4: We thought more about satisfying the partner than we did about satisfying ourselves. We satisfied him. We thought like this. What he thought was good for us was completely perfect.

Participant5: I am not like that.

Participant2: But the majority of women are...

Participant4: There are women who don't have the courage to go to him and say, 'I am not liking it like this.' But the thing is she sees the guy likes it, the guy is excited to do it, so she continues, even until...women know how to fake [an orgasm]² and males don't. There's no way they can fake [an orgasm] for women.

--lower-income 18-21 year olds, Recife

Using the sexual pleasure argument, females related how males were able to dissuade females from using condoms at sexual debut.

Participant1: They really did it [had sex without contraception] to satisfy the guy because guys don't like having sex with a condom. They allege that it's uncomfortable. So the woman does it to satisfy him since he wants to have sex without a condom.

Participant2: The guys say, 'Having sex with a condom is like sucking a candy with the paper on.'

Moderator: And you think girls do it that way just to satisfy the guy?

Everyone: Yeah [loudly].

Participant3: Yeah, it's just to satisfy...because they're scared of losing the guy and they think that they'll lose him. 'I'll have sex with him before marriage, practicing sex all the different ways, all the different modes, without a condom, without anything, so that I can keep the guy.'

--lower-income 18-21 year olds, Recife

Moderator: When girls start thinking about their first sexual relation, do they or do they not think about contraception?

Participant1: There are some who I think thought about it. Then there are others that do not think about it because at the moment of truth, it all happens according to the criteria of the males. They [males] have the power to say, 'Oh, no, with a condom it's lousy, and it hurts a lot.' They can stick those ideas in the head of the girl, who will have rubber³

² Faking sexual pleasure was discussed as a common occurrence by many of the focus group participants.

³ The word 'rubber' is not used to denote condoms in Brazil, as it is in the United States. The way it is used in this quote is to say "rubber" and not "a rubber" would be entering inside of her.

entering inside of her, so she'll be less interested [in using contraception]...[The males say:] 'It's a candy with paper'⁴.

Participant2/3/4: [Laughing and covering their faces].

Participant1: They [males] always say the same thing. We could protect ourselves. We could say, 'Oh, no, my first time I want it to be with a condom.' But at the moment when it's going to happen, he arrives [and says:] 'No, because it's a really lousy thing [to use a condom], and you will feel bad.' They want it more like this, they want to feel good and they don't even think about the woman at all. The majority of times she's giving pleasure to him and that's it. So her passing pleasure to him is what's important, irrespective of whether condoms were used or not.

--lower-income 18-21 year olds, Recife

The expectation that males know more about sexual matters than do females facilitates males' manipulation of the sexual encounter to maximize their own sexual pleasure. The fact that females accepted foregoing contraception to maximize male sexual pleasure shows how far females were willing to go to accommodate male sexual pleasure. The anger these younger females feel about being sexually manipulated was clearly palpable.

There was a consensus across all the focus groups that males are in general sexually self-centered but they were presumed to be the least sexually self-centered at a partner's sexual debut. While older respondents perceived this to be changing, younger respondents still believed that males were sexually self-centered to the point of cajoling their partner into having sex without a condom because it would reduce his pleasure. With hindsight, females were angry about how self-centeredly males acted. The anger females expressed regarding males' self-serving sexual interests is an example of the disjuncture between females' intellectual grasp of their rights and their ability to enforce adherence to those rights. They understood that they were more than "sperm receptacles" but did not have the ability to enforce greater sexual respect from their partners.

Conclusion

The reasons participants gave for having sexual intercourse at sexual debut came from an open-ended question about why they and their peers had had sex the first time. The fact that peer pressure was only cited in Belo Horizonte and not Recife may reveal something about the different sexual cultures of the two cities. In Belo Horizonte, it was mentioned within all the divisions of focus groups. The fact that females said they had sexual intercourse most frequently out of instrumental reasons may indicate that females' interest in and expectations of control at sexual debut are being

⁴ The common expression, which this participant was abbreviating, was "Having sex with a condom is like eating a candy with the wrapper on."

moderated by an ultimate focus in the consummation of the sexual encounter. Curiosity was the only intrapsychic reason cited with regularity for engaging in sexual intercourse, and that reason was cited much more frequently in Recife than in Belo Horizonte.

The most typical profile of a lower-income, 18-21 year old woman's non-coercive sexual debut experience from Belo Horizonte was that the female engaged in sexual intercourse out of peer pressure with the male's sexual pleasure demanding preeminence in the sexual interaction. Lower-income, 30-39 year olds in Belo Horizonte typically had their sexual debuts to leave the house or as a marriage obligation. Middle-income, 30-39 year olds in Belo Horizonte primarily had sexual intercourse out of peer pressure and to leave the house. Lower-income 18-21 year olds from Recife were most likely to cite curiosity as their reason for engaging in sexual intercourse. The amount of control wielded by males in the sexual interaction—control that he either claimed or that she gave him—was made clear by the respondents. These experiences represented the most positive experiences at sexual debut of women in the sample. Therefore, the fact that so few of the cases happened on the woman's terms or transpired in a way that left the woman feeling positively is discouraging and worrying.

The most outstanding characteristic of females who were more in control of their sexual experiences than their peers was that these female possessed information and a sense of entitlement to determine what happened to their bodies. Aside from the minority of participants whose partners treated them thoughtfully and with respect at sexual debut, the rest of the focus group participants expressed anger at how males had placed their own sexual interests first at the participants' sexual debuts. One participant related how she collaborated with the male so that he could achieve the maximum amount of pleasure without either of them paying attention to her own needs. Some women related how they would go so far as to fake orgasm. There could be many reasons for why women found it to their advantage to fake sexual pleasure. Possibilities include to validate male sexual prowess, to demonstrate her sexual responsiveness (connoted with being good in bed), or simply a desire to bring about the end of the sexual interaction⁵. The few overtly positive experiences related by the respondents do provide a blueprint for tools that should be imparted to young women to increase the probability that their debuts will happen more on their own terms.

As long as gender inequalities in other aspects of life remain unaddressed, any attempt at changing females' power at the sexual debut dynamic is unlikely to succeed (Salgado de Snyder,

5 Phillips found in her research in the United States that faking orgasm was one way for females to bring an unwanted sexual situation to an end (Phillips 2000).

Acevedo et al. 2000). Villela and Barbosa concluded that reproductive health must be addressed through the power differential between males and females in Brazil (Villela and Barbosa 1996). Yet how does one address these power differences without overhauling gendered social interaction writ large? Assuming that a consummate overhaul of gender interactions is beyond the scope of a policy solution, the challenge lies in females gaining more control in the sexual sphere even in the absence of a more egalitarian restructuring of Brazilian gender relations.

Involving the parents of youth in discussions about traditional gender roles so as to get their assistance in encouraging a more egalitarian distribution of responsibilities within the home could provide a good example for young people (Paiva 1994, Paiva 1996). Bringing males into the process of change is vital not only so that they understand the implications of their actions but also in the hopes that they will consequently reject the sexually dominant roles into which they were socialized. Freire's *conscientização*⁶ could be a model to educate boys that sexual disregard for one's partner is not erotic. Solutions have to be arrived at in conjunction with the disenfranchised, the females, and in particular, the poor, with the aim of gradually establishing a new idea among females regarding their consciousness on the topic of sexual agency. When females experience their negative sexual experiences as an individual problem, they fail to see how their experience is indicative of a greater social dynamic.

References

- Bearman, P.S. and H. Brückner. (1999). Peer effects on adolescent sexual debut and pregnancy: an analysis of a national survey of adolescent girls. *Peer potential: Making the most of how teens influence each other*. Washington, D.C.: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Pgs. 7-26.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Continuum.
- Kirby, D. (1999). Antecedents of adolescent sexual risk taking, pregnancy, and childbearing: Implications for research and programs. Washington, D.C.: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Moore, A.M. (2004). "Female Control over First Sexual Intercourse in Brazil: Case Studies of Belo Horizonte, Minas Gerais and Recife, Pernambuco." Dissertation. Austin, TX: The University of Texas at Austin.
- Paiva, V. (1994). Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/AIDS. *A AIDS no Brasil: 1982-1992*. R. G. Parker. Rio de Janeiro, Relume-Dumará: 231-250.

⁶ *Conscientização* ["consciousness-raising"] was coined by Freire (1970) in his famous book "Pedagogy of the Oppressed" which he used to mean bottom-up cultural change so that the most disenfranchised can set the agenda regarding what they need to reach empowerment which he formulated specifically having to do with education.

Paiva, V. (1996). Sexualidades Adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual. *Sexualidades brasileiros*. R. G. Parker and R. M. Barbosa. Rio de Janeiro, Relume-Dumará: 129-149.

Phillips, L. M. (2000). *Flirting with Danger: Young Women's Reflections on Sexuality and Domination*. New York, New York University Press.

Rani, M., M. E. Figeroa, et al. (2003). "The psychosocial context of young adult sexual behavior in Nicaragua: Looking through the gender lens." *International Family Planning Perspectives*. 29(4): 174-181.

Salgado de Snyder, V. N., A. Acevedo, et al. (2000). "Understanding the Sexuality of Mexican-born Women and their Risk for HIV/AIDS." *Psychology of Women Quarterly* 24: 100-109.

Simon, W. and J. H. Gagnon (1987). A sexual script approach. *Theories of human sexuality*. J.H. Greer and W. T. O'Donohue, eds. New York, Plenum.

Villela, W.V. and R.M. Barbosa (1996). Representando as relações entre gênero e sexualidade... *Sexualidades Brasileiras*. R. G. Parker and R. M. Barbosa. Rio de Janeiro, Relume Dumará: 189-199.

Wiseman, R. (2002). *Queen bees and wannabes: helping your daughter survive cliques, gossip, boyfriends, and other realities of adolescence*. New York, Crown Publishers.

Annex

TABLE 1
Respondents' Demographic Characteristics
(BH=Belo Horizonte; L=Lower-income; M=Middle-income; RE=Recife)

	BH L 18-21 (n=26)	BH L 30-39 (n=20)	BH M 18-21 (n=20)	BH M 30-39 (n=24)	RE L 18-21 (n=25)	RE L 30-39 (n=28)	RE M 18-21 (n=13)	RE M 30-39 (n=23)
Mean age	19.5	33.9	20.1	32.3	19.8	35.1	19.7	35.2
Currently attending school								
Yes	18	2	20	10	16	7	11	7
No	7	18	0	6	9	21	2	16
Missing	1	0	0	8	0	0	0	0
Mean years of schooling completed	11.0	6.5	11.8	12.5*	7.3	7.4	12.0	13.3
Color								
Branca [White]	8	1	9	10	7	5	8	8
Morena	7	14	9	3	11	17	2	8
Negra	5	2	2	0	1	2	1	0
Amarela [Yellow]	2	0	0	0	0	1	0	0
Parda	2	1	0	1	0	0	3	3
Marrom	1	0	0	0	0	0	0	0
Morena clara	1	0	2	1	4	2	0	3
Preta [Black]	0	2	0	1	1	1	0	0
Mestiça	0	0	0	0	1	0	0	0
Branca/parda	0	0	0	0	0	0	0	1
Missing	0	0	0	8*	0	0	0	0
Marital status								
Never in union	22	4	17	10	17	7	12	4
In union	1	9	2	1	1	2	1	3
Married	0	5	0	5	6	12	0	7
Separated/Divorced	2	2	0	0	1	7	0	9
Missing	1	0	1	8*	0	0	0	0

* Data were not collected on this question from one of the focus groups in this cell.

Contraceção e Planejamento Reprodutivo na Percepção de Usuárias do Sistema Único de Saúde em Pernambuco

Ana Paula Portella
Maria Sheila Bezerra
Verônica Ferreira
Maria Betania Ávila
Rivaldo M. Albuquerque

Há pelo menos quatro décadas o uso de contraceptivos modernos faz parte do cotidiano das brasileiras. Assim como em outros países ocidentais, a disseminação massiva do uso da pílula se dá no Brasil a partir dos anos 60 e, desde então, a regulação da fecundidade se institui como parte da vida reprodutiva da maioria das mulheres. Para o movimento feminista, que também ganha força e se atualiza nesse mesmo período, a defesa do uso informado de métodos anticoncepcionais tem sido uma questão central. A contracepção permite a separação entre a sexualidade e a reprodução e, ao fazê-lo, torna a maternidade uma escolha das mulheres e não mais um destino. Contracepção e liberdade, portanto, são parte de um mesmo processo, em cujo horizonte estão as relações igualitárias entre os sexos e a emancipação das mulheres das relações sociais patriarcais.

Para a vivência desta liberdade, porém, há um caminho freqüentemente tortuoso: é preciso ter informações e conhecimentos sobre os métodos e sobre o próprio funcionamento dos processos reprodutivos; é preciso ter acesso aos métodos e saber como usá-los; é necessário ainda saber identificar os sinais de interferência dos métodos sobre a saúde e ter condições de procurar ajuda profissional para resolver esse tipo de problema; é importante também que se tenha a possibilidade de identificar entre diferentes métodos qual o mais adequado para os diversos momentos da vida e, *last but not least*, é desejável algum grau de diálogo com os parceiros sobre essas questões.

Tantos senões só fazem sentido porque a maior parte dos métodos contraceptivos produzem, em maior ou menor grau, efeitos sobre a saúde e o bem-estar e, por essa mesma razão, podem ter sua eficácia limitada e podem afetar a vida sexual e o cotidiano das mulheres. Mulheres que sentem os efeitos negativos da pílula, por exemplo, tendem a descontinuar o seu uso como uma forma de

minorar o mal estar. Além disso, a maior parte dos métodos são medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica e manipulados por profissionais de saúde – médicos/as em sua maioria – e, nesse caso, o risco de ampliação do poder médico sobre o corpo das mulheres é algo que deve ser seriamente considerado, sob pena de se perder aqui a liberdade anteriormente conquistada.

Foram questionamentos desta natureza, levantados pelas feministas, que levaram à formulação dos direitos reprodutivos em meados da década de 80. Até então, as questões ligadas à contraceção eram vivenciadas pelas mulheres na esfera privada e socialmente tratadas pela via do mercado. Oferecidas como produtos, a pílula era obtida nas farmácias e a laqueadura nos serviços privados de saúde, sendo, portanto, muito mais acessíveis às mulheres de maior poder aquisitivo do que às mulheres pobres. No Brasil, o debate sobre os direitos reprodutivos é contemporâneo da formulação das propostas iniciais da Reforma Sanitária, que culminaria no Sistema Único de Saúde, e que tem como base a idéia de saúde como direito de cidadania. O PAISM-Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher foi inteiramente inspirado pelos princípios do direito, da cidadania, da liberdade e da autonomia das mulheres e, nesse sentido, incorporou em sua formulação o conceito de direitos reprodutivos, propondo-se como um programa capaz de realizá-los praticamente no âmbito do sistema público de saúde. Já naquele momento, as feministas brasileiras reconheciam a necessidade de que a contraceção, como parte dos direitos reprodutivos, deveria ser oferecida a toda a população e, para isso, certos requisitos deveriam ser observados, como, por exemplo, a qualidade na assistência, a ampliação do leque de opções contraceptivas, o respeito à autonomia e às decisões das mulheres e a universalização do acesso, entre outros.

O PAISM entra em discussão e começa a ser implementado em um contexto de ampla disseminação das ações da Benfam – Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil, que operava no vazio dado pela inexistência de um sistema público de saúde nacional e universal. A distribuição gratuita de pílulas pela Benfam e, mais tarde, a oferta de esterilizações a baixo preço por clínicas privadas e por profissionais da rede pública que se utilizavam do esquema clientelista da troca de votos, já havia criado um perfil de demanda que, de certo modo, se mantém até os dias de hoje. Pílula e laqueadura são os métodos de preferência das mulheres brasileiras, pela eficácia e facilidade de uso – e, nesse último aspecto, se inclui a capacidade de evitar conflitos com os parceiros, uma vez que são métodos femininos, que não (ou pouco) interferem com o cotidiano do casal. As proposições feministas do PAISM, incorporadas pelo governo brasileiro em seu sistema público de saúde, enfrentam-se com este perfil já consolidado e, portanto, com resistências à ampliação do leque de métodos, especialmente por parte dos/as médicos/as e de outros/as profissionais de saúde.

Não se pode afirmar que o PAISM chegou a ser inteira e satisfatoriamente implementado e, por isso, até o início do século XXI nunca houve, de fato, uma política de planejamento familiar – ou reprodutivo – que atendesse integralmente aos princípios e requisitos ali colocados. O melhor a que se chegou, e isso não é irrelevante, foi à regulamentação e normatização dos procedimentos de esterilização feminina e masculina que, sem dúvida, vêm contribuindo para desativar os esquemas clientelistas e garantir o direito de acesso gratuito a estes procedimentos (Berquó e Cavenaghi, 2003). Como conseqüência, consolida-se de tal modo o perfil de uso de contraceptivos que, em 2006, 21,8% das brasileiras que usam métodos já estão esterilizadas (Benfam, 1997), chegando-se a uma taxa de fecundidade total de 1,8 filhos por mulher – abaixo do nível de reposição. Os contraceptivos hormonais, porém, são a primeira opção das mulheres (25,7%) e, como dado novo, observa-se a ampliação do uso do preservativo masculino, utilizado por 12,9% das mulheres, muito mais associada à prevenção do HIV/aids do que à contracepção propriamente dita (Brasil, 2008).

A partir de 2003, dá-se um passo além com a formulação da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher que incorpora princípios e conteúdos do PAISM, alçando-lhe à condição de política do SUS. O planejamento reprodutivo e as ações de contracepção são tratados tomando-se como base a autonomia das mulheres e o direito de escolha informada a partir da oferta de todos os métodos seguros e eficazes existentes no mercado. Em 2005, o Ministério da Saúde iniciou a distribuição dos métodos para todos os municípios. Resta saber, porém, de que forma essas ações chegam às mulheres e de que modo elas percebem as suas experiências de contracepção na relação com os serviços de saúde.

É grande o volume de estudos e pesquisas sobre contracepção, parte importante deles produzidos por pesquisadoras feministas que buscavam identificar e compreender as vivências das mulheres nesse campo. A pesquisa que deu origem a este artigo se inscreve nessa vertente: realizada por feministas, procura entender se e como a contracepção é vivida pelas mulheres com liberdade e autonomia. Considerando que, nos últimos 20 anos, os serviços públicos de saúde se constituíram em uma das principais fontes de acesso a métodos contraceptivos, também procurou compreender como as mulheres percebem e se relacionam com os serviços. Com isso, pretendeu-se colaborar para a qualificação das políticas e serviços, de modo que possam se constituir em mecanismos efetivos de acesso e usufruto dos direitos reprodutivos.

Apresenta-se aqui alguns dos resultados da pesquisa Contracepção e Planejamento Reprodutivo na Percepção de Usuárias do SUS para o estado de Pernambuco. Tratou-se de uma pesquisa multicêntrica qualitativa, realizada em cinco estados do Brasil, com o objetivo de estudar o acesso e a qualidade do atendimento em planejamento reprodutivo na rede pública de saúde do

Brasil na perspectiva de usuárias residentes em áreas urbanas e rurais. A pesquisa foi desenvolvida em 2005 e 2006, por solicitação da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde¹, com o apoio do Fundo de População das Nações Unidas.

Este foi um trabalho de parceria, que envolveu as Universidades Federais do Amazonas e de Santa Catarina, as Universidades Estaduais do Rio de Janeiro e de Pernambuco e as organizações não governamentais feministas SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia, de Pernambuco, e Grupo Transas do Corpo, de Goiás², contando com o acompanhamento de técnicas e pesquisadoras do Ministério da Saúde. Neste artigo, porém, apresenta-se apenas os resultados referentes ao estado de Pernambuco.

1 Procedimentos metodológicos

Este estudo pretendeu identificar e analisar as características do acesso e atendimento de mulheres usuárias do SUS em contraceção e planejamento reprodutivo a partir da percepção das próprias mulheres, que foram os sujeitos da pesquisa. Nestes termos, tomou como base aspectos qualitativos da relação entre mulheres e serviços de saúde, apreendidos através de entrevistas estruturadas. A investigação foi orientada por e para a apreensão da perspectiva das usuárias, tendo como objetivo geral *"estudar o acesso e qualidade do atendimento em planejamento reprodutivo na rede pública de saúde do Brasil na perspectiva de usuárias residentes em áreas urbanas e rurais"* e os seguintes objetivos específicos: i. verificar a frequência e a natureza da utilização dos serviços de saúde pelas mulheres; ii. conhecer como se dá o acesso ao planejamento reprodutivo e aos métodos contraceptivos pelas mulheres usuárias do SUS; iii. conhecer quando e como as decisões acerca da utilização de métodos contraceptivos são tomadas pela usuária e a influência dos serviços de saúde sobre estas decisões; iv. identificar os métodos utilizados pelas mulheres, o histórico e as características atuais de uso; v. investigar a relação entre efeitos dos contraceptivos e ocorrência de queixas e adoecimentos e o modo como foram consideradas pelas mulheres e pelos serviços de saúde (caso tenham sido tratadas nesta esfera) e vi. analisar as mútuas implicações entre utilização da contraceção, planejamento reprodutivo e vida sexual e reprodutiva das mulheres.

1 Coordenada na época pela Dra. Maria José Araújo.

2 Além das/os autoras/es deste artigo, a equipe nacional da pesquisa, responsável pelo desenho metodológico, elaboração dos instrumentos e pela análise global dos resultados foi integrada por Kátia Lenz e Denise Gutierrez (UFAM), Marta Rovey (Transas do Corpo). Maria Luiza Heilborn, Cristiane Cabral e Elaine Reis Brandão (UERJ) e Luzinete Simões Minella (UFSC).

A pesquisa foi realizada em unidades da rede pública de saúde, junto a usuárias destes serviços. O instrumento de pesquisa, um questionário semi-estruturado, foi elaborado coletivamente pela equipe nacional de pesquisa e, em paralelo a este processo, realizou-se à seleção das unidades de saúde que comporiam o universo de pesquisa, a partir da consulta a gestores/as e da visita *in loco* aos serviços. De acordo com os critérios definidos pela equipe nacional, deveriam ser selecionadas três unidades de saúde: duas localizadas na capital, uma das quais deveria ter um serviço de planejamento reprodutivo estruturado, e uma unidade localizada em município do interior do estado, que atendesse à população rural, embora não necessariamente devesse se situar em área rural. Para a unidade do interior, foi seguida a orientação de procurar municípios com baixas taxas de urbanização e facilidade de acesso à unidade em termos de distância, transporte, custos e relação com gestores. Nestas unidades, a residência em área rural foi um critério de elegibilidade das mulheres para entrevista.

Em Pernambuco, a partir do contato com as Secretarias Municipais de Saúde de Recife e de Palmares e com a diretoria do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, foram selecionadas as seguintes unidades de saúde: *Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – Serviço de Planejamento Reprodutivo*: unidade de saúde da capital que contava com serviço estruturado de planejamento reprodutivo; *Unidade de Saúde da Família de Três Carneiros, bairro do Ibura*: unidade básica de saúde, também da capital, que oferece ações de planejamento reprodutivo como parte da assistência geral à população; *Unidade de Saúde da Família do Engenho Lajedo, município de Palmares*: unidade com as mesmas características da situada em Três Carneiros, estando no interior do Estado, localizada em área rural, mais especificamente em um engenho de cana de açúcar.

O município de Palmares foi escolhido por se situar relativamente próximo da capital, cerca de duas horas de viagem por terra, e pela boa relação que a equipe mantinha com a secretaria municipal de saúde. Além disso, conta com uma área e população rural relativamente extensa, o que permitiu alcançar mulheres que residiam fora das áreas urbanas. A versão final do questionário, sob a forma de roteiro com questões abertas e fechadas, contém três sessões -- Caracterização da Entrevistada, Sexualidade e Reprodução, Percepções sobre os Serviços de Saúde e Planejamento Reprodutivo -- e, no total, foram incluídas 138 questões. Em Pernambuco, assim como nos demais estados, a equipe de campo contou com duas pesquisadoras, recebendo a supervisão da equipe central, composta por quatro pessoas e que estava aqui sediada. As entrevistadoras participaram do treinamento nacional realizado em Brasília, em maio de 2005, fizeram o pré-teste do questionário em um pequeno piloto com quatro entrevistas no próprio serviço de planejamento familiar do Cisam. A partir de suas observações, junto com as das outras equipes, foi possível ajustar o questionário e os procedimentos de campo.

A entrada nas unidades foi formalmente autorizada pelos respectivos gestores, após a apresentação e discussão sobre a proposta da pesquisa, momento em que também foram acordados os procedimentos éticos e técnicos a serem seguidos pela equipe. O trabalho de campo foi realizado entre junho e setembro de 2005. A pesquisa foi avaliada e recebeu parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco e, posteriormente, do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, do Ministério da Saúde, por se tratar de pesquisa multicêntrica nacional.

As entrevistas foram feitas em locais reservados nas próprias unidades de saúde, de modo a assegurar a privacidade das mulheres. Foram entrevistadas mulheres que foram à unidade de saúde em busca de qualquer tipo de atendimento, antes ou depois da consulta e procurou-se diversificar o grupo selecionado do ponto de vista etário e do tipo de atendimento procurado, entrevistando-se mulheres mais jovens e mais velhas, grávidas e não grávidas, em busca de planejamento familiar e de outro tipo de atenção. Todas as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Informado antes de iniciar a entrevista e este está anexado a cada um dos questionários. Além de anotadas no próprio roteiro, as entrevistas foram gravadas e foi solicitado às mulheres que consentissem explicitamente no uso do gravador, havendo um campo específico para esta informação no Termo de Consentimento. As entrevistas tiveram a duração de cerca de uma hora, havendo muito poucas recusas, em geral porque a mulher temia perder a hora da consulta. Como previsto, foram entrevistadas 60 mulheres, 20 em cada unidade de saúde.

2 Breve contexto dos serviços de saúde em Pernambuco

Na área da saúde, Pernambuco apresenta, junto com a Bahia e o Ceará, uma das melhores situações da região, em termos de estruturação da rede física, leitos e equipamentos. Pernambuco tinha, em 2005, 3509 mil estabelecimentos de saúde, dos quais 77% eram públicos (24.121) ou conveniados ao SUS (293), e 22.489 leitos, com 18.299 disponíveis para o SUS (IBGE, 2006). Junta-se a essa estrutura uma oferta razoável de profissionais de saúde (19.000 médicos/as e 3.954 enfermeiros/as ocupados/as, em 2002), mas, a despeito disso, nos últimos dez anos, o setor público de saúde vem passando por uma crise na qual é evidente a desestruturação dos serviços e a baixíssima qualidade da assistência, especialmente no interior do estado. O processo de descentralização do SUS vem encontrando resistências por parte dos gestores municipais e estaduais, que relutam em liderar os acordos relacionados aos pactos de gestão necessários.

No que se refere à saúde da mulher, a secretaria estadual de saúde conta com uma coordenação específica para esta área, mas, assim como para as demais áreas, suas ações e resultados

deixam muito a desejar. Em 2005, em todo o estado, havia apenas três serviços credenciados para a realização da esterilização masculina e feminina: o Hospital Agamenon Magalhães, o Hospital das Clínicas e o CISAM.

São significativas também as discrepâncias regionais em Pernambuco e, em cada região, os contrastes entre áreas urbanas e rurais são marcantes. Esta pesquisa foi realizada na capital do estado, Recife, e em Palmares, município da Zona da Mata sul, onde entrevistamos usuárias de uma unidade básica de saúde localizada em um engenho de cana de açúcar. Na capital, uma das unidades estava localizada em um bairro central e outra em um bairro de periferia. Com isso, pretendemos nos aproximar de diferentes contextos – todos precários -- nos quais vivem as mulheres usuárias do SUS. Apresenta-se abaixo um quadro-síntese de alguns indicadores sócio-econômicos, no qual é possível perceber as diferenças entre as duas cidades.

QUADRO 1
Indicadores sócio-econômicos, Recife e Palmares

Indicadores	Recife	Palmares
População (estimativa 2005)		
Rural	0	43.452
%	0	77,90%
Urbana	1.422.911	12.338
%	100,00%	22,10%
Total	1.422.911	55.791
%	100,0%	100,0%
Rendimento nominal – médio mensal homens (2000)	R\$ 974,68	R\$ 411,44
Rendimento nominal – médio mensal mulheres (2000)	R\$ 639,89	R\$ 267,85
Pessoas com renda insuficiente (abaixo de 50% do SM) (2000)	13,6%	31,4%
Pessoas pobres (2000)	31,5%	55,0%
Taxa de escolaridade (2004)	79,4%	62,8%
Acesso a serviços básicos (2004)		
Rede de água	88,5%	78,0%
Rede de esgoto	41,1%	36,7%
Coleta de lixo	96,1%	72,8%
Rede elétrica	99,9%	96,2%

Fonte: www.ibge.gov.br; PNUD, 2000

Quase 20% das famílias de Recife são chefiadas por mulheres com filhos e sem cônjuges; esse percentual sobe para 30% quando se incluem parentes nestas famílias. Pouco mais de 6% das famílias têm um rendimento nominal mensal per capita abaixo de $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, mas quando consideramos aquelas chefiadas por mulheres, essa proporção sobe para 9,6%. Recife foi a segunda capital do Nordeste a apresentar a maior proporção de adolescentes de 15 a 17 anos com filhos: 8,13% em 2000. Em 1991, elas representavam 5,48%. Para as mulheres, a expectativa de vida ao nascer é de 68,6 (PNUD/PCR, 2005). Em 2005, havia em Recife 353.409 mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos). A taxa de fecundidade total foi de 1,8 em 2000, abaixo da taxa de reposição (IBGE, 2006).

Nos últimos seis anos, a rede pública de saúde de Recife passou por um completo reordenamento. A estratégia Saúde da Família vem sendo implementada com o objetivo de atingir 100% da população de baixa renda da cidade. Em 2005, já se havia alcançado 70% desta população. A área técnica de saúde da mulher do município é coordenada por uma feminista e é perceptível o esforço da gestão em implementar suas ações em diálogo com os movimentos sociais e com a população feminina do município. Como resultado, pode-se verificar uma maior atenção à saúde reprodutiva e sexual, inclusive no que se refere ao planejamento familiar (www.recife.pe.gov.br).

A prevalência de uso de contraceptivos em Recife era, em 2002, superior a 80% (Miranda-Ribeiro e Caetano, 2005), sendo a demanda insatisfeita por contracepção de apenas 7% (Lacerda, 2002). Cerca de 40% das mulheres que usam contraceptivos estavam esterilizadas em 1996, último ano para o qual se tem dados sobre o uso de contracepção no município (BENFAM, 1997). Esse dado foi reconfirmado em 2002, na pesquisa de Miranda-Ribeiro e Caetano, quando observou-se ainda que entre as mulheres esterilizadas as negras superam as brancas em 23%. De acordo com Gualberto (2002), as mulheres negras, diferentemente das mulheres brancas, tendem a “preferir” a esterilização, mesmo que não tenham abandonado completamente a idéia de ter filhos.

O município é responsável pela oferta de serviços de planejamento familiar, o que deve ser feito pela rede de atenção básica, para a maior parte dos métodos e para as ações educativas, e pelos serviços credenciados que realizam esterilização feminina e masculina e procedimentos de reprodução assistida.

Os métodos contraceptivos, assim como as palestras de orientação e educação em saúde, devem ser oferecidos em todas as unidades de saúde da família do município, ainda que seja o Ministério da Saúde o responsável pela compra e envio dos mesmos. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, estas ações estão implementadas em unidades da rede básica e em maternidades ou serviços de maior complexidade. Recife conta com três maternidades municipais e cinco maternidades estaduais e/ou federais.

Em 2004, em todas as unidades de Recife que realizam ações de planejamento familiar, foram registradas 20,5 inserções de DIU por 10 mil mulheres, em 2004. Já para o diafragma, só há registro de 0,1 (dispersão) para 10 mil mulheres. Para a laqueadura tubária e para a vasectomia, esses valores foram de 58,97 e 9,63 por 100 mil mulheres e homens, respectivamente (Datusus)³.

Em pesquisa realizada em 2004, Alves *et al* encontrou que 47% dos profissionais de saúde da rede pública de Recife sabiam da existência da contracepção de emergência (CE) nos serviços, mas

³ www.datasus.gov.br

apenas 43,7% a divulgavam. Quase um quinto destes profissionais consideravam a CE abortiva, mas 91,1% reconheciam a CE como um direito das mulheres, inclusive das adolescentes, embora nunca a tivessem prescrito (85,2%). Os resultados mostram que mesmo sendo ofertada nos serviços, a CE não consegue chegar à população, o que se deve, segundo o estudo, a uma junção entre a falta de conhecimento técnico dos/das profissionais agregado a valores morais.

Palmares é uma das cidades mais antigas e tradicionais de Pernambuco. Distante 125km de Recife, está localizada na Zona da Mata Sul de Pernambuco e tem como principal atividade econômica a agroindústria açucareira.

Em Palmares, estão cadastrados 26 estabelecimentos de saúde: 18 públicos e 8 privados, sendo que, destes, três são conveniados ao SUS. Existem 215 leitos para o município, dentre os quais 208 estão disponíveis para o SUS.

De maneira geral, nos últimos anos há melhoria em todos os indicadores básicos de saúde (aumento da cobertura vacinal básica; ampliação do número de consultas de pré-natal; redução nas taxas de mortalidade infantil por diarreia, na prevalência de desnutrição, nas taxas de hospitalização por pneumonia e de hospitalização por desidratação) como resultado da implementação do PSF. À exceção da proporção de crianças com aleitamento materno exclusivo, que sofreu redução, todos os demais indicadores apontam para uma melhoria da situação de saúde a partir de 2000. A cobertura de consultas de pré-natal, por exemplo, passa de 39% para 71% nesse período. Não há dados sobre o uso de contraceptivos no município.

Mais especificamente na área rural, a população local enfrenta problemas para acessar os serviços de saúde, especialmente quando o período é chuvoso e as localidades ficam alagadas e as famílias ou passam a depender de caronas para chegar aos serviços de saúde, ou se submetem à longas caminhadas.

Na unidade de saúde do Engenho Lajedo são realizados 85 atendimentos diários, e a população atendida é, em sua maioria, de trabalhadores e trabalhadoras rurais e prestadores(as) de serviço da usina Catende, com um perfil sócio-econômico e cultural extremamente carente. Não há saneamento básico ou água tratada; o abastecimento hídrico fica por conta dos rios e açudes próximos aos engenhos. A unidade de saúde localizada no engenho não possui telefone, o contato com a sede do município é feito através de rádio.

3 Os serviços de saúde na percepção das mulheres

As mulheres vão aos serviços para consultas de clínico geral, ginecologia e pediatria. A diáde materno-infantil, ainda que institucionalmente não haja integração formal entre essas duas áreas,

continua a dar o tom nas relações entre as mulheres e os serviços de saúde. E as mulheres continuam a ir aos serviços para cuidar de si e de outros familiares, o que reafirma seu lugar de cuidadora do grupo familiar – em Pernambuco, apenas duas mulheres não cumprem com essa função, indo aos serviços exclusivamente para cuidar de sua própria saúde.

Em geral, as mulheres têm opiniões positivas sobre os serviços, com uma preferência muito clara pelo atendimento por profissional de medicina ou de enfermagem, pela capacidade que apresentam de dar solução aos problemas e necessidades que elas levam aos serviços. A idéia de resolutividade e/ou de eficácia está presente aqui e irá aparecer nas respostas das mulheres associadas a outras questões. Importa reter aqui a idéia de que os serviços e as ações de saúde são vistos como mecanismos de resolução dos problemas de saúde e é para este resultado final que as mulheres parecem olhar quando avaliam o atendimento recebido. Se o problema de saúde foi resolvido, ainda que tenha se tratado, por exemplo, apenas do alívio temporário de uma situação dolorosa, a tendência é que a avaliação final ou global do serviço seja positiva (Espiridião, 2005; Espiridião e Trad, 2006).

Isso não quer dizer que elas não tenham críticas aos serviços, sendo a principal as dificuldades para marcar consultas e ser atendidas, expressas na espera em longas filas, que ainda se iniciam na madrugada, e na recepção da unidade. Apesar da estratégia Saúde da Família ter se expandido significativamente nesses últimos anos, seus impactos sobre a reorganização dos serviços ainda não se fizeram sentir completamente entre as mulheres que foram entrevistadas para esta pesquisa. A adscrição de clientela, que limita o número de pessoas atendidas e reduz a demanda espontânea, e a presença das agentes comunitárias de saúde, que se responsabilizam pela marcação das consultas, são os mecanismos que teriam como resultado o fim das filas e da espera. De qualquer forma, em Pernambuco há um bom número de mulheres que marcou consulta por telefone ou através da agente comunitária de saúde – embora nem sempre este mecanismo tenha sido bem avaliado. Talvez por isso tenha se encontrado uma grande proporção de avaliações “ótimas” para a categoria ‘tempo de espera’ para ser atendida.

Com relação especificamente às unidades de saúde, é possível traçar uma gradação entre elas que vai da pior (Três Carneiros) para a melhor (Cisam). Esperava-se que, dada a precariedade dos municípios da zona da mata, a USF de Palmares apresentasse o pior quadro ou fosse pior avaliada pelas usuárias mas o que verificou-se foi que, na periferia de Recife, as condições de acesso e assistência são negativamente avaliadas pelas usuárias.

De maneira geral, as mulheres conhecem pouco os serviços de planejamento reprodutivo e os utilizam com alguma freqüência, obtendo os métodos que procuram. O foco do conhecimento

das mulheres está sobre a oferta de métodos, o que indica que a sua relação com este tipo de serviço pode estar limitada às idas periódicas para apanhar os métodos. Confirma essa suposição a indicação generalizada de que os métodos oferecidos pelos serviços são a pílula e a camisinha; todos os demais foram referidos por um número reduzido de mulheres. A exceção aqui fica por conta do Cisam, para o qual as usuárias referiram participação nas palestras.

A partir das informações dadas pelas mulheres que usaram estes serviços, vimos que, em geral, eles funcionam diariamente, as consultas são feitas por médicos/as e enfermeiras e o atendimento inclui a entrega dos métodos e, em muitos casos, as palestras – preconizadas pelo Ministério da Saúde como uma ação fundamental para garantir o direito à escolha livre e informada. Esse processo, porém, é severamente limitado pelas poucas opções de métodos oferecidos pelos serviços (Osis et al, 2006). No próprio Cisam, serviço mais estruturado e melhor avaliado, houve queixas quanto aos limites na oferta de métodos: “É muito difícil [conseguir o que se quer], pois só dão comprimido e camisinha, injeção vc tem que comprar e não colocam DIU. O atendimento não é bom”. No Ibura, houve queixas explícitas quanto ao atendimento: “não gostei do atendimento, a médica era muito grossa”

O problema da limitação da oferta, aliás, tem conseqüências na própria configuração da demanda das mulheres por contraceptivos. Em geral, elas procuram pela pílula e pela camisinha e, nos serviços especializados, procuram pela laqueadura. Instala-se, como já foi verificado em vários estudos (Citeli *et al*, 1998; Correa e Ávila, 1983; Ávila, 1993; Portella, 2005) um círculo vicioso do qual, por falta de informação e de condições concretas de mudanças através do acesso a outros métodos, dificilmente as mulheres poderão sair. Nesse contexto, a resposta dos serviços às demandas das mulheres é, na maior parte das vezes, positiva, pois elas procuram apenas o que o serviço tem a oferecer.

A proporção de mulheres que não utilizou o serviço é grandemente determinada pelas esterilizadas, que já fizeram uso dos serviços para isso, e pelas grávidas. As poucas que não os utilizam obtém contracepção em outras fontes. Não parece haver, portanto, uma demanda não atendida por contracepção; não se esperava, ademais, que isso ocorresse, considerando o perfil reprodutivo e contraceptivo das brasileiras, já moldado pelo uso de métodos modernos, particularmente pela pílula e esterilização. Por outro lado, o fato de as mulheres conseguirem pílula e preservativo masculino em outras fontes pode indicar a ocorrência de problemas nas unidades básicas de saúde, já que o planejamento reprodutivo deveria ser parte da rotina de assistência neste nível do sistema.

As palestras, que são parte integrante e fundamental na tríade educação-assistência-oferta de métodos, não ocorrem com a freqüência desejada – que, de acordo com o Ministério da Saúde, deveria

ser em todos os casos de busca pelo planejamento reprodutivo. Parte das mulheres, especialmente em Três Carneiros e em Palmares, nunca participou de qualquer ação educativa relacionada a estas questões. A ausência das ações educativas rompe mais uma vez com o princípio da decisão livre e informada, limitando as possibilidades de escolha das mulheres. Reforça essa afirmação a avaliação positiva que as mulheres fazem das palestras, quando tiveram a oportunidade de delas participar: “são ótimas, esclarecem muitas coisas na vida da pessoa. Ensinam como usar remédios, como se prevenir, mostra tudo direitinho, mostra os métodos para que as pessoas conheçam” (usuária do Ibura). Informativas e instrutivas foram os qualificativos mais utilizados para descrever a utilidade das palestras nos seus processos de decisão reprodutiva, o que confirma a importância desses mecanismos no planejamento reprodutivo.

4 Uso de contraceptivos: escolha e decisão

Como seria de esperar, verificou-se que no Cisam, unidade com serviço estruturado de planejamento reprodutivo, há uma maior oferta e maior diversidade de uso de métodos por parte das mulheres: são elas que mais usam métodos reversíveis e que apresentaram o menor número de gestações indesejadas, parecendo ter também maior possibilidade de interrompê-las. A melhor avaliação do Cisam certamente está associada a essas respostas concretas às demandas das mulheres.

São duas as principais situações nas quais as mulheres se colocam para conversar e decidir sobre o uso de métodos contraceptivos. A mais citada foi a orientação recebida nos serviços de saúde, muitas vezes sob a forma de indicação médica, que irá pesar decisivamente nas suas escolhas. Em seguida, buscam ouvir outras pessoas, pedindo informações sobre métodos, considerando a experiência pessoal de amigas e familiares e ouvindo a opinião do parceiro. Como se vê, as duas situações não são excludentes, o que se ressalta aqui é a ênfase dada pelas mulheres a cada uma delas como sendo a forma principal através da qual elas decidem sobre o uso de métodos.

Os serviços de saúde têm um papel central nesse processo. É nele que as mulheres conseguem as poucas informações que têm sobre os métodos e é aí também que recebem as “indicações médicas”, que lhes levam a usar sobretudo a pílula, mas também a esterilização. A influência dos serviços não se restringe a esses dois métodos: é lá também que as mulheres conseguem informações sobre vários outros métodos. Há, porém, uma importante lacuna no que se refere às injeções, implantes e adesivos hormonais, que são pouco debatidos nas palestras e pouco indicados nas consultas médicas – e o seu uso tampouco é acompanhado pelos serviços. A obtenção de métodos hormonais, incluindo a pílula, diretamente nas farmácias é uma prática comum para boa parte das mulheres,

havendo uma certa banalização do seu uso, acompanhada de negligência quanto aos seus efeitos sobre a saúde e quanto à redução de eficácia dada pelo uso incorreto dos mesmos.

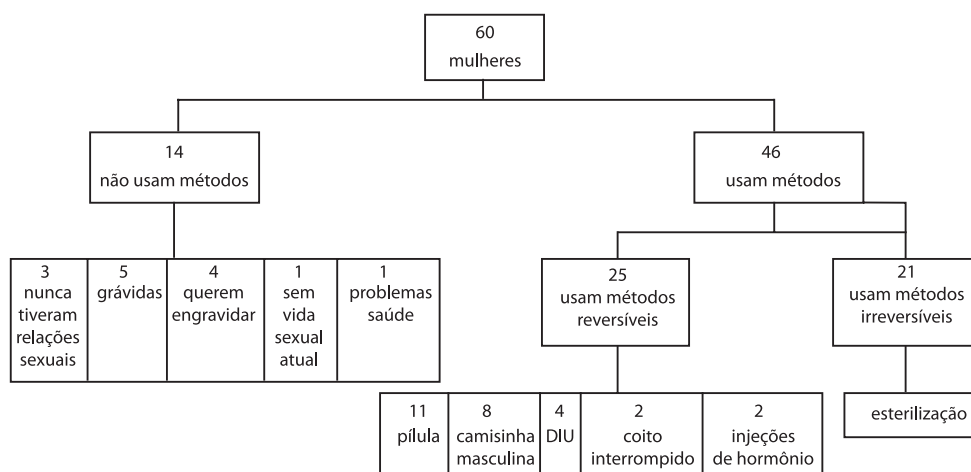
Esse problema, que não é novo, aponta para o dilema entre, por um lado, a necessidade de garantir a oferta e facilitar o acesso das mulheres à contracepção (permitindo-se a venda livre dos hormonais, por exemplo) e, por outro, o uso indiscriminado de métodos que, sabidamente, não são inócuos. Não se pode negligenciar aqui nem o poder da indústria farmacêutica nem a persistência de uma certa ideologia médica que compreende a morbidade contraceptiva como se fosse meros efeitos colaterais de medicamentos, quando se sabe que, salvo raríssimas exceções, a contracepção não pode ser enquadrada na categoria de medicamentos curativos. Não se pode, portanto, aceitar a ocorrência de efeitos colaterais, embora sejam esperados, como se fossem um mal menor diante do bem final que advém da contracepção.

Parece ter havido, portanto, um crescimento da presença dos serviços como fonte de conhecimento e obtenção de métodos. No entanto, ainda que se reconheça que foram ampliadas as opções contraceptivas das mulheres – sobretudo pela presença do DIU e do preservativo masculino –, há que se reconhecer que ainda há muito o que percorrer para garantir a oferta de todo o leque de contraceptivos disponível atualmente, fortalecendo-se a autonomia e o poder de decisão das mulheres. Os serviços de saúde parecem estar consolidando ou organizando um padrão pré-existente de uso de contraceptivos, ainda centrado na pílula e na esterilização. Os elementos novos nesse contexto são, como se disse, o DIU e o preservativo masculino, este extensivamente oferecido por toda a rede de serviços (ainda que de forma insuficiente) e relativamente incorporado pelas mulheres como uma necessidade para a proteção contra DSTs. Mas, como se sabe, essa mudança foi resultado da expansão da Aids no país e a oferta de camisinhas é uma ação dos programas específicos de prevenção do HIV/Aids, não estando formalmente ligada às ações de planejamento reprodutivo.

A pílula e a camisinha são os métodos usados por mais tempo pelas mulheres: pouco mais de um terço delas disseram já ter utilizado ou estar utilizando a pílula por mais de cinco anos e igual número afirmou o mesmo para a camisinha. Em geral, as mulheres informaram ter tido acompanhamento médico para os métodos que requerem assistência, mas isso foi mais freqüente para o DIU e a laqueadura e, em menor medida, para as injeções de hormônio. Há um número razoável de mulheres (18) que não tiveram acompanhamento para o uso da pílula e um número maior (27) não foi orientada nem acompanhada quanto ao uso do preservativo masculino. Quando querem ou precisam de contraceptivos procuram os serviços públicos (37) ou a compram nas farmácias (25); apenas duas referiram os serviços privados como fonte de obtenção e outras três indicaram amigas ou familiares.

A maior parte das mulheres (46) estava usando métodos contraceptivos quando da realização da pesquisa. A esterilização foi o método utilizado por cerca de metade de todas as mulheres que usavam métodos (21), seguida pela pílula, com 11 usuárias. A figura 1 mostra as diferentes situações em que se encontram as mulheres com relação ao uso atual de contraceptivos. Verificou-se o predomínio dos métodos reversíveis entre as usuárias do Cisam, contrastando com a forte presença da laqueadura entre as usuárias das outras unidades.

FIGURA 1
Uso Atual de Contraceptivos



De maneira geral, vê-se que o perfil de uso de contraceptivos é bastante próximo daquele encontrado pela PNDS/2006 para a região Nordeste: a esterilização e a pílula são os principais métodos utilizados pelas mulheres. Também observa-se o crescimento do uso do preservativo masculino e do DIU, quando se compara com a PNDS/96. No primeiro caso, trata-se, como a literatura já demonstrou amplamente (Berquó, 2000), de efeito das políticas de prevenção do HIV/Aids e, no caso do DIU, é possível que se deva às suas novas apresentações, que implicam em menos efeitos colaterais e, portanto, maior aceitabilidade por parte das mulheres. A camisinha masculina continua associada aos momentos e às situações em que haveria risco de se contrair uma DST – relações casuais ou em fase inicial, crises ou quando um dos dois já contraiu alguma DST – e, por isso, é bem menos utilizada que a pílula ou laqueadura. No plano do discurso e do desejo, a dupla proteção e o fato de ter pouco ou nenhum efeito sobre a saúde são argumentos irrefutáveis para dar à camisinha o estatuto de um método quase tão bom quanto a pílula e a laqueadura, ainda os preferidos das pernambucanas. Porém, no diálogo com os parceiros e, sobretudo, na construção e manutenção dos valores que sustentam o casal, estes argumentos parecem perder toda sua força e são poucas as mulheres que fazem uso deste método.

Isso por que, como outros estudos já demonstraram (Citeli *et al*, 1998; Correa e Ávila, 1983; Portella *et al*, 2005), a experiência contraceptiva das mulheres se dá no contexto de suas relações com os homens, variando de acordo com os seus momentos de vida, relacionando-se com a idade, com o fato de ter ou não parceiro fixo e com suas condições econômicas e profissionais. Também aqui as mulheres relataram diferentes experiências de uso de métodos ao longo da vida, o que expressa não apenas suas diferentes tentativas de encontrar o método que melhor se adequa a seu contexto mas, sobretudo, uma espécie de aprendizado por tentativa e erro, em que, a cada método, tentam superar os problemas encontrados com o uso do método anterior. Em geral, estes problemas são a ocorrência de gravidez, que atesta a baixa eficácia e/ou o uso incorreto do método, e de efeitos nocivos sobre a saúde e o bem-estar.

Uma usuária do Cisam afirmou que “estava sentindo tonturas e aí parei os comprimidos, fiquei usando a camisinha...” e essa opinião é compartilhada também no Ibura, desta vez para justificar a escolha do DIU em lugar da pílula: “[a pílula] não é um método bom, prefiro o DIU. O comprimido tem muitas reações, enjôos, a única vantagem é não engravidar.. [O DIU] não incomoda, você coloca lá e se fizer o acompanhamento direitinho não tem problema.”

Outras mulheres também se baseiam nos efeitos para a saúde ao indicar suas razões de escolha do método atual e trazem à cena a “massinha” produzida pela pílula, já encontrada em outros estudos em Pernambuco (Citeli, 1998; Portella, 2005). Surpreendentemente, as três mulheres que fizeram as declarações a seguir são usuárias do Cisam, onde se esperava que o grau de informação, já demonstrado a respeito de outras questões, evitasse esse tipo de crença:

“A tabela é mais saudável, porque o preservativo, embora o material seja flexível (...), eu acho que com o tempo ele pode até machucar a parede vaginal. O anticoncepcional [pílula], com o tempo pode ser que dê problema também (...) porque fica formando uma massinha acumulada no útero e tem até mulheres que tem problemas para engravidar quando quer”.

“Eu achei melhor [a injeção], porque se tomasse o comprimido aí fica criando uma massa, aí, se for engravidar tem que fazer uma raspagem para poder engravidar. E eu tenho muito medo dessa raspagem”

“É melhor injeção, porque a pílula mesmo, cria massa dentro da pessoa, aí depois tem que fazer raspagem (...) a minha irmã mesmo, já aconteceu isso (...) a médica teve que fazer raspagem...”

Outras razões elencadas, embora em menor número, foram a dupla proteção contra DSTs e gravidez - “*camisinha é bom porque evita AIDS e quando eu tomo comprimido fico com dor no estômago*”; “*eu to mais arriscada a pegar uma doença com ele [o parceiro] do que com outro*” --, a facilidade de obtenção, o baixo custo e, finalmente, o fato de não haver outro método disponível na unidade.

A eficácia esteve associada à pílula, à camisinha masculina e ao DIU, enquanto que a facilidade de uso foi mais referida para os dois primeiros. Evitar o uso diário e contínuo de hormônios foi uma vantagem associada à camisinha masculina, que seria *“...bom para evitar doenças e eu não ficar tomando comprimido direto”*, e ao DIU, preferido *“porque é seguro e não tem perigo do comprimido, que é esquecer e fazer mal”*.

As mulheres mudam de método com uma certa frequência e é comum o retorno a um método utilizado anteriormente. Do mesmo modo, houve relatos de um certo “revezamento” ou combinação entre os métodos como, por exemplo, usar o preservativo ou fazer tabela no intervalo da pílula ou nos primeiros meses depois da mudança demarca da pílula. Um outro exemplo é o das mulheres que relataram muitos efeitos negativos com a pílula e decidiram utilizá-los de modo intermitente como uma forma de atenuar os sintomas, utilizando preservativos nos dias em que não tomavam a pílula. Nessas idas e vindas, agrega-se aos argumentos das mulheres a facilidade de uso de um determinado método diante de outro e por facilidade podemos entender desde o grau de autonomia da mulher para começar, parar ou mudar a forma de uso até a dispensa de cuidados médicos e/ou de negociação com o parceiro, passando, obviamente, pela facilidade de obtenção, que inclui o baixo custo ou gratuidade. As injeções de hormônio são valorizadas justamente porque apresentam maior facilidade de uso diante de outros métodos; e, diante da esterilização, apresentam a vantagem da reversibilidade e de não exigir cuidados hospitalares. Porém, a maior parte das mulheres, incluindo muitas esterilizadas, não está usando o seu método de preferência e são muitas as razões para isso, relacionadas às dificuldades encontradas em seus contextos familiares e amorosos e às limitações dos serviços, já tratadas acima.

A esterilização foi o método escolhido por 30% das mulheres, sendo que pouco menos da metade destas laqueaduras foi feita antes da legislação do planejamento familiar. Apesar de estarmos lidando com um número muito pequeno de mulheres, o que se observa é que, na vigência da lei, a maior parte das laqueaduras foi feita em mulheres com mais de 25 anos, o que pode indicar a sua observância por parte dos serviços. Obedecer aos critérios de idade e número de filhos, porém, não foi suficiente para eliminar os problemas da realização de esterilizações no Brasil: encontramos ainda casos de troca de laqueaduras por votos e casos em que as mulheres pagaram ao médico para fazer o procedimento em um hospital público.

São muitas e variadas as queixas das mulheres com relação a praticamente todos os métodos, mas é a pílula e a camisinha que encabeçam essa lista. Os efeitos mais citados foram náuseas, tonturas e alterações de humor -- -- *“eu tava emagrecendo demais e tinha as náuseas”*; *“estava sentindo tonturas e parei os comprimidos, fiquei usando o preservativo masculino”* --, mas houve também referências a

desmaios, cólicas, dores nas pernas e dor de cabeça. Poucas mulheres procuraram os serviços para tratar desses problemas e, por isso, os métodos eram abandonados até que se chegasse à alternativa definitiva da esterilização. ´

Há, nesse caso, uma espécie de problema estrutural da política de planejamento reprodutivo, mais uma vez relacionado aos métodos hormonais. Sabe-se que estes métodos não são indicados para todas as mulheres e que provocam uma grande variedade de efeitos danosos que afetam a saúde e o bem estar das mulheres. Há estudos que encontraram associação entre uso de pílula e ocorrência de câncer de mama e problemas vasculares diversos, entre outras enfermidades. As respostas da ciência limitam-se a procurar novas combinações que reduzam esses problemas – já que até agora não há sinal de que seja possível eliminá-los – e, enquanto isso, minimizam-nos, tratando-os como efeitos colaterais em lugar de dar-lhes a justa denominação de morbidade contraceptiva. Os serviços de saúde, por sua vez, premidos pela necessidade de garantir métodos eficazes para toda a população, insistem no uso da pílula, não demonstrando qualquer capacidade de oferecer um acompanhamento adequado às mulheres que dela fazem uso nem de substituí-la por outro método de eficácia similar.

O diálogo entre o casal sobre o planejamento reprodutivo é realidade para boa parte das mulheres, mas ainda existem muitas que ou não conversam porque entendem que esse é um campo de decisão que lhe diz respeito, ou não o fazem porque o parceiro decide sozinho e impõe suas escolhas para a mulher, de forma pacífica ou violenta. As decisões, porém, recaem majoritariamente sobre o uso de métodos femininos. O preservativo raramente é considerado como o principal método; em geral, é complementar, usado em situações específicas. Como era de se esperar, porém, as mulheres avaliam de forma muito positiva o uso de métodos por seus companheiros e, em geral, consideram que os métodos, masculinos ou femininos, não interferem na sua vida sexual.

5 Gravidez indesejada e aborto clandestino: limites à liberdade das mulheres

O resultado mais perverso dessa conjugação entre falta de opções contraceptivas e pouca participação dos parceiros na contracepção é a alta ocorrência de gravidez indesejada. Em mais da metade de todas as gestações relatadas as mulheres não queriam ter engravidado e essa situação foi vivida pelo menos uma vez por mais de dois terços de todas as mulheres. Mais grave ainda, mas completamente esperado diante do quadro traçado acima, é o fato de que boa parte destas gestações ocorreu enquanto as mulheres usavam métodos. E o método mais citado nestas situações foi a pílula, cuja eficácia tem justificado a sua ampla disseminação. *De per se*, estas gestações não atestam a ineficácia da pílula, uma vez que podem ter acontecido por uso incorreto ou por parte da

mulher ou por prescrição incorreta dos serviços. Mas chamam a atenção para o fato de que a eficácia não pode ser tratada como um fenômeno de laboratório, que está dada de uma vez para sempre em toda e qualquer situação. No caso da contraceção, em que o efeito contraceptivo ocorre em um contexto relacional, a eficácia terá que ser balizada por todos os fatores sociais e culturais que irão orientar o uso do método. E isso, evidentemente, não se aplica só à pílula, mas à grande maioria dos métodos.

A grande maioria dessas gestações indesejadas foi levada a termo e resultaram em filhos vivos; com isso, tem-se que pelo menos a metade das crianças nascidas deste grupo de mulheres não foi inicialmente desejada. Poucas mulheres recorreram ao aborto e menos ainda relataram como isso aconteceu, o que nos deixa com poucos elementos para analisar esses casos. Apenas seis mulheres falaram sobre suas experiências de aborto. Em todos os casos, tiveram apoio dos pais ou do parceiro e em três casos, acharam que pagaram caro pelo procedimento. Os meios utilizados para a interrupção da gravidez foram o citotec⁴, chá de quebra-pedra e injeção comprada na farmácia.

Uma usuária da unidade de Três Carneiros fez quatro abortos com citotec: *“...tomei comprimido citotec. Tomava dois e colocava dois (...) se coloca de meia noite, de cinco horas da manhã já tá querendo sair já...”*. Ela fez todos os abortos em casa, usando citotec, e em um dos casos estava com seis meses de gestação. Quando o sangramento começava, ia para a maternidade, dizia que havia tomado um susto e perdido o bebê; não dizia que havia usado o citotec. As razões para a interrupção da gravidez foram a falta de condições financeiras para ter mais um filho – além dos quatro abortos, ela tinha quatro filhos vivos – e a pouca maturidade da juventude: *“...foi horrível, porque às vezes você nem quer fazer e é obrigada a fazer (...) porque eu não tinha condições, também era muito nova, adolescente, aí a cabeça não pensa nada e faz muitas besteiras...”*. O seu companheiro não sabia dos abortos provocados, pois também para ele ela dizia que havia perdido a criança. Todas as gestações foram do mesmo companheiro. Sua mãe sabia dos abortos e dizia para ela parar com isso pois iria terminar morrendo.

Outras mulheres relataram ter passado muito mal com o processo. Em quatro casos, o aborto foi feito em clínica clandestina, um foi feito em hospital público e uma mulher conseguiu completar o procedimento em casa. O relato desta usuária do Cisam descreve de maneira muito clara a difícil decisão entre o emprego formal e a manutenção da gravidez e o sofrimento físico do processo de abortamento, que só contou com assistência profissional depois que o sangramento já estava muito intenso:

4 Nome comercial do misoprostol, de uso restrito a instituições hospitalares.

“eu tomei quatro comprimidos. (...) Eu fazia um mês que tava trabalhando de carteira assinada, e foi difícil conseguir esse emprego, e era uma firma que pegava muito no pé da pessoa. Você imagina, depois de um mês no emprego, você engravidar? Eu já me arrependo e muito, sabe? Em ter feito o que eu fiz, que eu jamais queria fazer isso. Deus já me perdoou e muito... se eu não tivesse trabalhando eu teria normal, normal..., mas eu sabia que se eu ficasse do jeito que eu tava, eles iam me botar pra rua... (...) Todo mundo sabia, porque eu não ia fazer nada escondido. Se acontecesse alguma coisa comigo?(...) foi doloroso demais, é pior do que ter um filho. Muita cólica, muita cólica mesmo. E depois que perdi muito sangue, fui socorrida. (...) Nem curetagem eu fiz, porque eu acho que tava muito novinho. Se eu tivesse com dois ou três meses eu, com certeza, não tinha feito isso.”

Uma outra usaria do Cisam, que fez dois abortos, tomou chás antes de usar o citotec e de recorrer ao atendimento hospitalar:

“Tomei chá de quebra pedra e de outras ervas, mas não consegui. A mulher do mercado disse que não tinha mais o que fazer. Tomei dois citotec e coloquei dois (...) depois foi muita dor no local. [no segundo aborto, o companheiro] disse que se eu tirasse me deixava (...) e deixou. Minha mãe só faltou me matar, fica me xingando .porque ela não aceita essas coisas, não.”

A falta de apoio familiar, porém foi compensada pela boa assistência nos serviços: *“O atendimento foi bom, não me xingaram (...) ao contrário, parecia até que eu era uma menininha...”*

O grande problema, porém, está evidente nessa altíssima ocorrência de gestações indesejadas levadas a termo. Em um contexto de legalidade do aborto, certamente esse número seria reduzido. E havendo, de fato, garantia de opções contraceptivas eficazes e adequadas às diferentes situações das mulheres, reduzir-se-ia também a gravidez indesejada.

Foi em Três Carneiros, no entanto, que encontramos um perfil reprodutivo e sexual revelador da precariedade das condições de vida e, sobretudo, da ausência de serviços, especialmente de saúde reprodutiva. O perfil das usuárias do Cisam, ao contrário, parece revelar um maior contato com os serviços de planejamento reprodutivo. Foi nesta unidade em que encontramos um maior conhecimento, a partir de fontes variadas de informação, sobre os diferentes tipos de métodos e o maior percentual de uso de métodos reversíveis. Pode-se pensar que o menor número de gestações e, sobretudo, de gestações indesejadas deva-se à ação do serviço que estaria cumprindo efetivamente com o seu papel. Não se pode, porém, ser taxativa quanto a isso, dado o pequeno número de mulheres que foram entrevistadas e, mais importante, pelo fato de apresentarem maior escolaridade e maiores rendimentos quando comparadas às usuárias de outras unidades. Parece mais correto afirmar que tenha sido a interação entre escolaridade e renda -- que, juntas, representam melhor qualidade de vida --, e oferta de serviços de qualidade que levaram a esses resultados.

Hoje, como há vinte anos, as mulheres continuam a fazer suas escolhas com base na idéia do mal menor, em um contexto que não lhes oferece opções reais, algumas vezes premidas pelas relações difíceis ou violentas que vivem com seus parceiros. O resultado dessa situação é conhecido – a transição demográfica efetuada – e os seus efeitos continuam a se fazer presentes no corpo e no adoecimento das mulheres. Se a isso juntamos a ilegalidade do aborto, veremos que se mantém, em 2006, o quadro que vem sendo dolorosamente denunciado pelas feministas desde, pelo menos, o final dos anos 70. Não se trata aqui de negar o poderoso significado de que a maior parte das mulheres usa contracepção e, portanto, vem regulando a sua fecundidade e exercendo seus direitos e sua liberdade. Com poucas diferenças, essa situação já havia sido capturada em 1996 pela PNDS e, provavelmente, já estava dada antes disso. O que se verifica aqui é que há limites importantes no exercício desses direitos, dados pelas poucas opções contraceptivas e pela baixa qualidade da assistência, que afetam a saúde e a liberdade das mulheres.

Referências bibliográficas

ALVES, Sueli Valongueiro Alves; Ludermir, Ana Bernarda; Ribeiro, Cláudia. Diagnóstico da Contracepção de Emergência na rede Municipal de Saúde do Recife. Recife, Curumin, 2004.

AVILA, Maria Betania. PAISM: um programa de saúde para o bem-estar de gênero. Recife: SOS Corpo, 1993.

BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil)/MACRO INTERNATIONAL, Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro: BEMFAM/Macro International, 1997.

BERQUÓ, Elza & Cavenaghi, Suzana. Reproductive rights of women and men in light of new legislation on voluntary sterilization in Brazil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 19, 2003. www.scielo.br

BERQUÓ, Elza S. (Org.). Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. DF: MS, 2008

CITELI, Teresa; Mello e Souza, Cecília de & Portella, Ana Paula. Revezes da anticoncepção entre mulheres pobres. In Duarte, Luis Fernando & Leal, Ondina Fachel (org.) Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. RJ: Fiocruz, 1998. pp. 57-77.

CORREA, Sonia e Ávila, Maria Betania. Causas e condições da esterilização feminina voluntária na Região Metropolitana do Recife. Recife: SOS Corpo, 1983.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo and Trad, Leny Alves Bomfim Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Cad. Saúde Pública, Jun 2006, vol.22, no.6, p.1267-1276

ESPIRIDIÃO, Monique & Trad, Leny Alvez Bomfim. Avaliação de Satisfação de Usuários. Ciência & Saúde Coletiva, 10 (0): 303-312, 2005 RJ: Abrasco

GUALBERTO, Lizandro Nei. Comportamento contraceptivo, Raça/cor e Status da Mulher no Brasil. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2002.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD Síntese de Indicadores Sociais 2005. RJ: IBGE, 2006.

LACERDA, Marisa. Perfis da Demanda Insatisfeita por Contracepção nos Municípios de Belo Horizonte e Recife. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2002.

MIRANDA-RIBEIRO, Paula & Caetano, André Junqueira. Como eu me vejo e como ela me vê: um estudo exploratório sobre a consistência das declarações de raça/cor entre as mulheres de 15 a 49 anos no Recife, 2002. Textos para discussão. BH, UFMG/Cedeplar, 2005.

OSIS, Maria José Duarte; Faúndes, Aníbal; Makuch, Maria Yolanda; Mello, Maeve de Brito; Sousa, Maria Elena; Araújo, Maria José de Oliveira. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 22 (11):2481-2490, nov. 2006.

PNUD/Prefeitura da Cidade do Recife. Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife. Recife: PCR/SEPLAM/PNUD, 2005.

PORTELLA, Ana Paula; Diniz, Simone G. & Mello e Souza, Cecília de. Nunca como nossas mães! Brasil - Escolhas reprodutivas e a emergência da cidadania entre trabalhadoras rurais, trabalhadoras domésticas e donas de casa. In Petchesky, Rosalind & Judd, Karen (orgs.) Negociando direitos reprodutivos: perspectivas das mulheres em diferentes países e culturas. Recife: SOS Corpo, 2005.

A consulta ginecológica vista sob uma ótica qualitativa: perspectivas e desafios na cidade de Belo Horizonte

Maria Eponina de Abreu e Torres
Paula Miranda-Ribeiro
Carla Jorge Machado

1 Introdução

O Brasil é um país marcado por fortes desigualdades sociais. Uma das muitas facetas dessa desigualdade está relacionada ao acesso aos serviços de saúde. A própria organização dos serviços de saúde, do tipo misto, já reflete essa desigualdade. De um lado, há um sistema público com orientação universal, integral e equânime, o Serviço Único de Saúde (SUS); de outro, um sistema privado, constituído pela oferta de seguros de saúde, e pela assistência contra pagamento direto (Ribeiro et al, 2006). Mesmo após cerca de uma década de implantação do SUS, ainda é grande a população com dificuldade de acesso à assistência médica, sobretudo quando se trata da população mais carente (Senna, 2002).

A consulta médica, de uma maneira geral, tem grande importância na vida dos pacientes (Fonseca Sobrinho e Pinto, 2004). No caso das mulheres, a consulta ginecológica é fundamental para a prevenção do câncer, sendo também indispensável em programas de planejamento familiar, pré-natal, atendimento a patologias obstétricas e controle de doenças sexualmente transmissíveis (Simão, Miranda-Ribeiro e Caetano, 2004; Carvalho e Furegato, 2001). De acordo com o Ministério da Saúde, a assistência clínico-ginecológica deve compreender o conjunto de ações e procedimentos voltados à identificação, diagnóstico e tratamento imediato de patologias, tais como ISTs e o câncer de colo do útero e de mama, bem como a orientação sobre planejamento reprodutivo (Brasil, 2002).

A Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte através do programa de atenção integral à saúde da mulher recomenda que todas as mulheres passem por uma consulta ginecológica anual (Belo Horizonte, 1997). No entanto, o acesso ao ginecologista está muito aquém do desejado e longe de ser universal. Dados da pesquisa SRSR (Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça), realizada em

2002, indicam que, no município de Belo Horizonte, cerca de uma em cada quatro mulheres não realizaram consultas ginecológicas nos 12 meses anteriores à pesquisa. Assim, dada a importância da consulta ginecológica para a saúde da mulher, estudar as mulheres que têm ou não acesso a consultas ginecológicas ajuda a repensar e reformular políticas públicas, de forma que elas se voltem para o público que não está tendo acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva.

Este trabalho tem como objetivo investigar as consultas ginecológicas em Belo Horizonte, no início deste século para as mulheres entre 18 e 59 anos de idade sob uma perspectiva qualitativa. Busca-se, portanto, a percepção destas mulheres acerca da consulta ginecológica.

Os dados utilizados aqui são provenientes da pesquisa “Aspectos quantitativos e qualitativos acerca do acesso à contracepção e ao diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino: uma proposta de análise para o município de Belo Horizonte, MG”. Esta pesquisa foi realizada pelo Cedeplar/UFMG, e aconteceu entre 2005 e 2006. Foram entrevistadas 60 mulheres de 18 a 59 anos acerca de sua saúde reprodutiva. Para que os objetivos do estudo sejam alcançados, será feita uma análise de conteúdo das falas de 33 entrevistadas. Alguns trechos das entrevistas serão usados para indicar o que as mulheres pensam a respeito da consulta ginecológica, complementando, assim, a análise quantitativa.

Os resultados reafirmam o desconforto das mulheres diante da consulta, sendo que este desconforto é inversamente proporcional à escolaridade. Outro importante ponto revelado nesta etapa se refere ao fato de que a primeira consulta ginecológica se deu em momentos muito diferentes para as mulheres de alta e baixa escolaridade. Para as primeiras, esta consulta aconteceu no início da vida sexual, numa busca por prevenção e informação. Já para as últimas, esta consulta aconteceu quando da primeira gravidez ou de uma suspeita. No entanto, independente da escolaridade, da idade e da frequência com que as entrevistadas buscam esta consulta, fica clara a grande importância que é atribuída a ela.

2 Acesso a serviços de saúde e a consulta ginecológica no Brasil

O Brasil passou, no século passado, pela chamada transição demográfica, importante fenômeno que marcou a passagem de altas taxas de fecundidade e mortalidade para taxas bem mais baixas. De acordo com dados censitários, a Taxa de Fecundidade Total - TFT¹ era, em 1960, 6,2 filhos por mulher, caindo para 2,3 filhos por mulher em 2000 e 2,1 em 2003 (Berquó e Cavenaghi, 2006 e Rios-Neto, 2005). Nota-se, ainda, um aumento nos intervalos intergenésicos (intervalo entre

¹ Esta taxa é dada pela razão entre o número de nascimentos ocorridos no ano e o número de mulheres em idade reprodutiva (Carvalho, Sawyer e Rodrigues, 1998).

os nascimentos), ou seja, 70% dos nascimentos apresentam um intervalo superior a 2 anos, além de um maior acesso a contraceptivos, principalmente aos chamados métodos modernos, bem como um aumento na cobertura de assistência pré-natal (Wong, Badiani e Quental, 1998).

A transição da fecundidade, do ponto de vista social, constitui-se como uma das maiores mudanças de atitude e comportamento de massas de todos os tempos, bem como uma transformação estrutural de grande importância (Alves, 2002; Martine e Carvalho, 1989). No entanto, a redução dos níveis de fecundidade não foi uniforme no Brasil, já que, apesar de generalizada, esta queda seguiu formas e ritmos diferentes, que refletem as disparidades socioeconômicas e regionais do país (Martine e Carvalho, 1989; Berquó e Cavenaghi, 2004). Ainda hoje, há diferenciais importantes nos vários segmentos socioeconômicos. As mulheres das camadas mais pobres da população apresentaram, em 2000, uma fecundidade de 4,1 filhos por mulher, número bem superior à fecundidade encontrada para o país, que era de 2,4 filhos por mulher (Berquó e Cavenaghi, 2004).

No caso de Belo Horizonte, população estudada neste trabalho, a TFT em 2000 foi 1,6 filhos por mulher, ou seja, um nível abaixo da taxa de reposição e próximo àquele observado em alguns países desenvolvidos (PNUD, 2000). A idade à primeira relação sexual e a idade ao nascimento do primeiro filho também sofreram mudanças no município. Dados para 2002 indicam que as mulheres de 20 a 29 anos iniciaram sua vida sexual mais cedo do que as mulheres de 50 a 59 anos. Enquanto as mais jovens iniciaram a vida sexual com 18 anos, as mais velhas tiveram essa iniciação 3 anos mais tarde, com 21 anos. No que diz respeito à idade ao primeiro filho, esta mudança foi menos acentuada, mas perceptível, uma vez que a idade mediana para as mulheres de 20 a 29 anos é de 24,7 anos, enquanto que para as mulheres de 50 a 59, anos é 24 anos (Simão et al, 2006).

A queda da fecundidade no Brasil se deu na ausência de políticas públicas oficiais. São vários os fatores apontados na literatura como tendo influenciado esta queda da fecundidade, sendo alguns deles, o aumento da escolaridade, a entrada em massa da mulher no mercado de trabalho, os processos de urbanização e industrialização, as políticas de telecomunicações, a difusão do uso de anticoncepcional e do aborto, bem como a medicalização (Faria, 1989; Merrick e Berquó, 1983).

A medicalização, definida como “o aumento da exposição da população à subcultura médica e a inclusão progressiva de novas esferas de comportamento social no âmbito da autoridade e do controle médicos” (Faria, 1989, p.90), é importante para entender o acesso da mulher aos serviços de saúde, sobretudo àqueles relativos à saúde reprodutiva. O aumento da medicalização foi concomitante à queda da fecundidade e, segundo Faria (1989), a política de atenção a saúde existente à época permitiu “a ampliação e multiplicação dos contatos entre a população e a subcultura médica, aumentando a escala, senão a natureza, do cuidado medicalizado do corpo

e da alma” (p.76). Assim, se, por um lado, a queda da fecundidade acarreta uma queda nas visitas “compulsórias” ao ginecologista, ou seja, as visitas estritamente relacionadas à gravidez (pré-natal e pós-parto), por outro, a medicalização amplia o acesso aos serviços médicos. Assim, esta mudança brusca na fecundidade veio acompanhada por uma mudança institucional na saúde.

No caso da saúde da mulher, a operacionalização dessa idéia da medicalização ocorreu através do PAISM, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, criado em 1984. O PAISM propôs uma nova abordagem da saúde da mulher. Até então, o atendimento à população feminina era centralizado nas questões relativas à reprodução (Osis, 1998). O Ministério da Saúde, no documento de apresentação do programa, recomendava que a atenção da saúde da mulher

“deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltado ao aperfeiçoamento do controle pré-natal e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção” (Osis, 1998, p.27).

No tocante à assistência médica, o PAISM inova na medida em que propõe uma abordagem da mulher como um sujeito integral, que necessita de ações diversas, capazes de resolver os diferentes problemas que surgem, nas suas diferentes fases. Entretanto, o PAISM não entrou em funcionamento em todo o país (Osis, 1998 e Costa, 2004), o que certamente contribuiu para o acirramento das desigualdades regionais de saúde.

Apesar da Constituição Federal de 1988 preconizar no artigo 196 que

“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2002, p.119),

não se pode dizer que o acesso aos serviços de saúde seja universal a todas as brasileiras, e tampouco que esta atenção seja suficiente e condizente com todas as mudanças pelas quais as mulheres passaram e vêm passando. Mesmo com a queda da fecundidade, as mulheres mais pobres ainda não têm tido a informação necessária sobre as possibilidades de regulação da fecundidade, bem como o acesso necessário aos quase sempre deficientes serviços públicos de saúde (Carvalho e Brito, 2005).

A discussão sobre a saúde da mulher avança com o desenvolvimento do conceito de saúde reprodutiva, estabelecido pela Organização Mundial de Saúde e reafirmado na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento – CIPD, realizada no Cairo em 1994. Saúde reprodutiva

indica “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou incapacidade, em todas as questões relacionadas ao sistema reprodutivo e suas funções e processos” (Berquó e Cunha, 2000). Assim, são incorporados novos eventos relacionados às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), à contracepção, ao aborto, aos cânceres de mama e de colo do útero, entre outros. Nota-se que muito do que foi discutido em Cairo já havia sido indicado pelo PAISM, mas, no entanto, como dito anteriormente, muito daquilo indicado por este programa não saiu do papel.

Dentro das diretrizes do PAISM e a partir do conceito de saúde reprodutiva, passa a ser crucial a consulta ginecológica, na medida em que é considerada um procedimento indispensável para a manutenção da saúde da mulher tendo grande importância na prevenção e no diagnóstico das infecções sexualmente transmissíveis e doenças relacionadas ao aparelho reprodutivo. Ressalta-se, ainda, que este é o momento indicado para a escolha e orientação sobre contracepção (Simão, Miranda-Ribeiro e Caetano, 2004; Perpétuo, 2000).

As mulheres, durante todo o seu ciclo de vida, devem consultar regularmente o ginecologista (Costa, Souza e Medeiros, 1998). As demandas para esta consulta são inúmeras e vão desde uma orientação para a escolha de um método contraceptivo, até a prevenção de doenças como o câncer de mama e o câncer de colo do útero. As neoplasias se apresentam como a segunda causa de morte das mulheres brasileiras, sendo que o câncer de mama ocupa o primeiro lugar, seguido pelos cânceres de pulmão, cólon e reto e colo uterino. Este perfil se assemelha aos dos países desenvolvidos, com exceção do câncer de colo do útero que ainda mantém valores elevados no país (Novaes et al, 2006).

Antes de abordar acesso aos serviços de saúde e às consultas ginecológicas em si, é preciso definir melhor o termo acesso, já que este é um conceito complexo, que pode mudar ao longo do tempo e dependendo do contexto.

Estudos que abordam a consulta ginecológica convergem ao indicarem o desconforto das mulheres diante dos exames a que são submetidas nesta consulta (Carvalho e Furegato, 2001; Magee, 1988). A vergonha que as mulheres têm de estarem nuas diante dos médicos, sendo observadas e manipuladas, o medo do exame e do resultado, o atendimento rápido e impessoal, a relação autoritária da equipe com as pacientes, espaço inadequado, o tempo de espera para o atendimento, a emissão de resultados e a marcação das consultas são alguns outros motivos apontados pela literatura que podem desencorajar uma consulta ginecológica (Costa, Souza e Medeiros, 1998).

O exame ginecológico não é um procedimento preventivo que as mulheres utilizam com tranquilidade, o que faz com que algumas delas não procurem o ginecologista e não façam este exame

regularmente. As motivações para a busca por uma consulta ginecológica são várias e vão desde o medo do câncer, o desejo de cuidar-se, a presença de algum incômodo e até a obrigatoriedade de exames na rotina do programa de saúde (Carvalho e Furegato, 2001).

Um estudo sobre planejamento familiar com mulheres de baixa renda indica que estas estão mais propícias a estarem muito satisfeitas com a consulta se o médico é gentil, solícito e respeita a paciente (Forrest & Frost, 1996). Outro estudo indica que a satisfação do paciente está muitas vezes relacionada com certas características do médico (Delgado et al, 1993). No que diz respeito ao consultório, de acordo com as entrevistadas, este deve ser limpo e organizado (Forrest & Frost, 1996). Muito mais que a cura para uma doença, as mulheres buscam uma explicação para o que elas sentem ao procurar um ginecologista (Price et al, 2006). Muitas mulheres indicam que não saber a causa da doença é pior do que a própria doença. Estes autores indicam, ainda, que, as mulheres entrevistadas muitas vezes consideram como pobre a explicação recebida, o que faz com que nem sempre elas saiam da consulta satisfeitas. O sexo do médico também foi indicado pela literatura como um importante fator de satisfação dos pacientes. Um estudo de Delgado et al (1993) indicou que houve um resultado mais positivo na avaliação do atendimento médico recebido pelos pacientes, quando o médico era do sexo feminino.

No que se refere ao número de consultas realizadas nos últimos 12 meses, proporção similar de brancas e negras (50% e 46%, respectivamente) indicaram ter realizado de 1 a 2 consultas neste período (Miranda-Ribeiro e Caetano, 2004).

3 Dados e metodologia

3.1 Pesquisa qualitativa e entrevista em profundidade

Os métodos qualitativos de pesquisa vem sendo usados nas ciências sociais há muito tempo. Flick (2004) indica que a relevância da pesquisa qualitativa para as relações sociais se deve à pluralidade das esferas de vida, sendo que esta pluralidade demanda uma nova sensibilidade para o estudo empírico das questões. Assim, os métodos qualitativos “ênfatisam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e suas razões de ser” (Haguette, 2005, p.63). Logo, a pesquisa qualitativa tenta interpretar os fenômenos sociais em termos dos sentidos que as pessoas lhes dão (Pope e Mays, 2005).

A escolha desse método foi pautada na vantagem de que ele constitui a melhor forma de abordagem, quando o que se deseja é uma descrição mais detalhada de situações, enfatizando as particularidades do fenômeno em termos de seus significados para o grupo pesquisado. Além disso, as informações obtidas por métodos qualitativos garantem ao pesquisador maior flexibilidade

e criatividade tanto no momento da coleta quanto no da análise (Goldenberg, 1997). Isto porque as pesquisas qualitativas têm como objetivo lidar com a subjetividade e com a singularidade dos fenômenos sociais, não tendo a pretensão de criar dados padronizáveis.

A técnica utilizada neste trabalho foi a entrevista, que pode ser definida como “um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (Haguette, 2005, p.86). A principal vantagem desta técnica é possibilitar ao pesquisador obter informações que não são acessíveis através de questionários estruturados e que ajudem a compreender o comportamento do entrevistado e sua representação a respeito de sua experiência de vida, a partir da identificação de experiências e opiniões acerca do tema pesquisado (Weiss, 1993). Na entrevista, diferentemente de pesquisas quantitativas, a comunicação do entrevistador com o entrevistado e o campo são parte explícita da produção de conhecimento (Flick, 2004).

Existem diversos tipos de entrevistas e a utilizada aqui, foi a entrevista semi-estruturada que

“São conduzidas com base numa estrutura solta, a qual consiste em questões abertas que definem a área a ser explorada, pelo menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador ou o entrevistado podem divergir a fim de prosseguir com uma idéia ou uma resposta em maiores detalhes” (Pope & Mays, 2005, p.22).

Assim, as informações são obtidas através de um roteiro semi-estruturado, onde há uma lista de pontos previamente estabelecidos de acordo com a problemática central e que deve ser seguido (Haguette, 2005). O roteiro, detalhado, permitiu que a equipe de entrevistadores pudesse cobrir sempre os mesmos tópicos. Apesar desse detalhamento, havia, no entanto, total liberdade para inverter a ordem dos temas que deveriam ser abordados, à medida que os mesmos fossem sendo mencionados pela entrevistada.

Os entrevistadores têm por objetivo, portanto, ir além da superfície no tópico que está sendo discutido, explorando o que as pessoas dizem de maneira detalhada, revelando novas idéias e áreas que não foram previstas no início da pesquisa. Logo, a entrevista é “um processo dinâmico no qual o respondente ativa diferentes aspectos de seu estoque de conhecimento com a ajuda do entrevistador” (Pope e Mays, 2005, p.26). Por fim, vale ressaltar que a entrevista qualitativa é uma ferramenta flexível e poderosa, que pode revelar muitas áreas novas para pesquisa (Pope e Mays, 2005).

Diferentemente dos dados quantitativos, as entrevistas qualitativas não poderão ser generalizadas para a cidade de Belo Horizonte. No entanto, elas permitirão investigar, a fundo, as consultas ginecológicas na perspectiva das pacientes.

3.2 Fonte de dados

Nesta etapa, foram utilizadas 33 das 60 entrevistas semi-estruturadas oriundas do Projeto “Aspectos quantitativos e qualitativos acerca do acesso à contracepção e ao tratamento e diagnóstico de câncer de colo uterino: uma proposta de análise para o município de Belo Horizonte, MG”, levado a campo pelo Cedeplar, através de um convênio estabelecido com o Programa de Saúde Reprodutiva (Prosare), tendo John D. and Catherine T. MacArthur Foundation como financiador. Estas entrevistas foram realizadas entre março e junho de 2006, em Belo Horizonte, com mulheres de 18 a 59 anos. Foram quatro as entrevistadoras, incluindo a primeira e segunda autoras deste artigo².

Neste trabalho, a análise das entrevistas qualitativas será feita a partir de uma análise temática dos dados obtidos, categorizando-os a partir das questões de interesse. Serão usadas transcrições literais das falas das entrevistadas, refletindo, assim, os pensamentos e opiniões das mesmas. É utilizada, portanto, uma espécie de análise de conteúdo. Esta técnica pode ser definida como “uma técnica de pesquisa para fazer inferências replicáveis e válidas dos dados, a partir do seu contexto” (Krippendorff, 1980, p.21), sendo uma forma de tratamento da informação contida nas mensagens (Bardin, 1977). Esta autora afirma ainda que a análise de conteúdo pode ser uma análise de significados, uma análise temática.

Vale ressaltar que os dados são preservados em sua forma textual e indexados, originando categorias analíticas e explicações teóricas (Pope e Mays, 2005). Neste processo de indexação, é utilizada uma comparação constante, sendo que agrupar categorias está tipicamente vinculado a um processo de “recortar” e “colar”, ou seja, selecionar parte dos dados em temas relacionados e agrupá-los (Pope e Mays, 2005). Esta análise é chamada por Attride-Stirling (2001) como rede temática.

Assim, a análise por rede temática é definida como um jeito simples de organizar a análise de dados qualitativos (Attride-Stirling, 2001). Esta autora indica que este tipo de análise sistematiza os dados qualitativos categorizando os temas que surgem em diferentes níveis e inclui seis passos: 1) Codificação do material; 2) Identificação dos temas; 3) A construção de redes temáticas, ou seja, os temas afins são agrupados; 4) Descrição e exploração destas redes; 5) Sumarização dos temas encontrados; 6) Interpretação. Na análise de dados deste trabalho, foram seguidos os seis passos apresentados por esta autora.

² As demais entrevistadoras foram Andrea Branco Simão, Marisa Alves Lacerda e Paula Miranda-Ribeiro

4 Percepções acerca das consultas ginecológicas em Belo Horizonte

O objetivo desta seção é identificar e comparar as percepções de mulheres de 18 a 59 anos, residentes em Belo Horizonte, acerca da consulta ginecológica. Especificamente, este capítulo irá discutir: 1) A primeira consulta ginecológica; 2) Depois da primeira consulta ginecológica. Neste segundo item serão abordadas além da consulta em si, o acesso à consulta ginecológica e como seria a consulta das entrevistadas se fossem elas as ginecologistas. As falas ou diálogos retirados das entrevistas em profundidade e apresentadas a seguir são utilizadas para responder estas questões.

4.1 A primeira consulta ginecológica

A primeira consulta ginecológica apresenta uma grande importância na vida da mulher. É ela que “apresentará” a paciente à consulta ginecológica. Uma boa primeira experiência é fundamental para que a mulher volte outras vezes ao ginecologista e faça da consulta um instrumento de prevenção e conhecimento. O momento quando ela acontece também é vital, já que esta consulta tem um importante papel informativo. As perguntas a serem respondidas aqui são: Quando uma mulher deve ir pela primeira vez ao ginecologista? A primeira consulta aconteceu, de fato, quando as mulheres indicaram que ela deveria acontecer? Como as pacientes se sentiram nessa consulta? Há uma relação entre primeira consulta e reprodução?

A primeira consulta das mulheres de baixa escolaridade – 0 a 3 e 4 a 7 anos de estudo – está intimamente relacionada à gravidez. Estas mulheres procuraram uma consulta ginecológica pela primeira vez quando estavam grávidas ou por desconfiarem estar nesta condição.

E: Você lembra quando você começou a ir no ginecologista?

Clarice: Quando eu comecei a ir?

E: É.

Clarice: Uns 17 anos, com uns 17 anos.

E: E a sua primeira consulta ginecológica ela coincidiu com o início da sua vida sexual ou não?

Clarice: Já.

E: Você foi por qual motivo?

Clarice: Porque na época eu achei que tava grávida, mas foi alarme falso né? Aí depois eu engravidei a tive que ir mesmo (risos)

E: Teve que ir mesmo... e você lembra como que foi esta primeira consulta?

Clarice: Foi vergonhosa, né? Eu fiquei com muita vergonha porque, nunca tinha ido. Até que depois eu fiquei mais tranqüila. Que era médico conhecido, cuidava da gente desde garotinha, que no interior não tem médico pra, pra... separado. Médico pra isso, aquilo, não. O médico atendia a gente normal, o ginecologista fazia papel de clínico também.

Então, minha mãe já levava a gente quando era mais novo, né? No hospital, meu pai levava a gente quando era mais novo, aí conhecia [**] tudo bem (...)

(4 a 7 anos de estudo, 40 anos)

Já para as mulheres com uma escolaridade mais alta, a primeira consulta se deu em outro momento da vida das entrevistadas. Estas buscaram esta consulta pela primeira vez para orientação sobre um método anticoncepcional ou porque tiveram a menarca.

E: Quando que você começou a ir no ginecologista?

Liliane: Ah, eu fui no ginecologista acho que com 16 anos, porque minha primeira menstruação foi com 15.

E: Então você já teve a menstruação mais [*]

Liliane: É. Eu já tive mais tarde. Aí fui no ginecologista da minha mãe...

(8 a 11 anos de estudo, 39 anos)

E: Agora a gente vai falar especificamente sobre as consultas ginecológicas. É... Você me falou que... Você se lembra a primeira vez que você foi ao ginecologista?

Letícia: Nossa. Eu tava com vinte anos.

E: Vinte anos? E você lembra como é que foi essa primeira consulta?

Letícia: Super constrangedora.

E: Era homem ou mulher?

Letícia: Homem.

E: E você lembra mais ou menos o que... Se ele fez algum exame, como é que foi?

Letícia: Fez. Eu era virgem, né?

E: Mas ele fez exame interno?

Letícia: Fez... Assim, conversou. Eu ia começar a tomar anticoncepcional, eu não sabia como é que era e tal.

E: E você ficou envergonhada? Ficou constrangida?

Letícia: Fiquei.

(12 anos ou mais de estudo, 39 anos)

As falas sugerem que a primeira consulta ginecológica se dá em momentos bem diferentes para as mulheres mais escolarizadas e para as menos escolarizadas. Enquanto as menos escolarizadas tiveram acesso a esta consulta quando da primeira gravidez, ou por suspeita de gravidez, as mais escolarizadas procuram esta consulta para se informar sobre métodos anticoncepcionais, ou porque tiveram a sua primeira menstruação, ou seja, esta consulta acontece vinculada à busca pela informação, situação bem diferente daquelas pacientes menos escolarizadas, para as quais a primeira consulta acaba, muitas vezes, sendo uma consulta de pré-natal. São exatamente as mulheres que mais precisam de informação aquelas que não utilizaram a consulta ginecológica como fonte de informação sobre aspectos ligados à sexualidade e saúde reprodutiva.

O momento em que a primeira consulta se dá é de grande importância para que a mulher tenha uma vida sexual saudável. Temas como o próprio corpo, sexualidade, e métodos anticoncepcionais são importantes questões que devem ser discutidas com o ginecologista.

As entrevistadas entendem a importância desse momento e é consenso que a primeira consulta deve ocorrer quando a mulher ainda é uma adolescente. Muitas mulheres, como as entrevistadas abaixo, acreditam que a primeira consulta deve estar vinculada à primeira menstruação, já que este é um momento onde o corpo da mulher passa por grandes transformações.

O início da vida sexual também é apontado por muitas entrevistadas como um momento adequado para que a primeira consulta ginecológica aconteça, já que a informação, neste momento, é de extrema importância. A consulta ginecológica, nesta ocasião, é apontada como um importante instrumento para que uma gravidez precoce não aconteça.

E: E quando que você acha que uma mulher deve ir ao ginecologista pela primeira vez?

Camila: Eu acho que logo na primeira menstruação.

E: Por que?

Camila: Pra ficar sabendo, conhecer o corpo.

(8 a 11 anos de estudo, 29 anos)

E: Quando você acha que uma mulher deve ir ao ginecologista pela primeira vez?

Célia: Ai, eu acho que assim que ela começa a ter as primeiras relações sexuais, né?

E: Você acha que deve ir?

Célia: É. Pra prevenir, né?

(4 a 7 anos de estudo, 49 anos)

A mulher estar sentindo “alguma coisa” também a motiva na busca pela consulta ginecológica. No entanto, este não foi um ponto tão recorrente como o início da vida sexual ou a busca por métodos contraceptivos. Neste caso, a ideia de cura, vem atrelada à prevenção.

E: Quando você acha Marcela, que uma mulher deve ir ao ginecologista a 1ª vez na vida dela?

Marcela: Eu acho que na hora que, pra mim, é na hora, ou se ela tiver sentindo alguma coisa, pra poder ir ou, se ela tiver tendo relação sexual com alguém, pra prevenir, depois acontece alguma coisa errada, engravida.

(8 a 11 anos de estudo, 19 anos)

É curioso perceber como várias entrevistadas, apontam os tempos atuais como um antecipador da primeira consulta ginecológica. A sexualidade precoce das meninas faz com que a pré-adolescência e o começo da adolescência sejam apontados, por muitas entrevistadas, como o

momento oportuno para que aconteça a primeira consulta, já que, nesta situação as meninas serão informadas sobre importantes assuntos relacionados ao sexo e gravidez.

É importante pontuar que a consulta ginecológica é considerada para muitas entrevistadas o momento onde acontecerá o aprendizado sobre questões relacionadas ao sexo. Como, em geral, as famílias não discutem esses assuntos e as escolas, muitas vezes, deixam a desejar, este papel é atribuído ao ginecologista. Esta idéia foi mais recorrente no caso das mulheres mais velhas. Isto pode ter acontecido porque as mais jovens, por viverem num mundo onde a informação é mais acessível (internet, televisão), não fazem associação.

E: Quando que você acha que uma mulher deve ir ao ginecologista pela primeira vez?

Luana: No mundo que nós tamo hoje minha filha, com 12, 13 anos deve ir, que essas menina tão tudo transando né? Eu tou com uma de 15 anos que já transou.

(4 a 7 anos de estudo, 44 anos)

Os extratos de falas que se referem à primeira experiência das entrevistadas no que tange a consulta ginecológica indicam que as mulheres se sentem envergonhadas e constrangidas neste primeiro contato. Este constrangimento independe da idade e do nível de escolaridade da mulher, já que mesmo as mulheres com alta escolaridade afirmam terem se sentido desconfortáveis na primeira consulta.

E: É... E você lembra quando que foi a primeira vez que você foi ao ginecologista?

Mariana: Foi em 2001...

E: E você lembra como que foi a sua primeira consulta?

Mariana: Ah... Eu fiquei morrendo de vergonha...

E: (risos) Me conta um pouquinho como é que foi...

Mariana: Ué... Eu fiquei com vergonha né!? Ah... Esse negócio de ficar tirando a roupa perto dos outros é horrível.

(8 a 11 anos de estudo, 29 anos)

É curioso perceber, ainda, como a vergonha e a timidez podem ser um dificultador para que as mulheres busquem esta consulta. A entrevistada abaixo acredita, num primeiro momento, que a mulher não deve ir nunca ao ginecologista, tamanho é o constrangimento que ela sente no momento do exame. Quando indagada sobre os riscos que corre não indo a esta consulta, ela revê sua postura. No entanto, fica clara a barreira que há entre a paciente e a consulta, sendo que neste caso a barreira é a forma como o médico a trata – a forma de tratamento contribui para o aumento da vergonha.

E: Quando que a senhora acha que as mulheres devem começar a ir no ginecologista?

Carmem: Ah, eu acho que não deve ir nunca (...)

E: É mesmo?

Carmem: Só da gente ter que ficar pelada [*]

E: Mas igual a senhora falou, se ficar doente? Mesmo assim?

Carmem: Ah, ce sabe que que é? Ah, mas mesmo assim [**] não, eu acho que deve ir se atender mas eu acho que se tiver um posto, um médico que trata a gente ia, mas acontece que eu acho que tem médico muito sem educação, a gente pega e fica com vergonha né? Falando as coisa assim, gritando com a gente, a primeira não, a primeira [*] e aí a gente pega e não vai.

(0 a 3 anos de estudo, 50 anos)

Ao longo de todas as falas, percebe-se como as entrevistadas atribuem grande importância à primeira consulta ginecológica, considerando esta como uma importante fonte de informação, seja sobre métodos contraceptivos e funcionamento do corpo, seja sobre a gravidez. Independente da escolaridade da mulher ou do momento indicado para que esta consulta aconteça, ela está sempre associada a esta busca pela informação e prevenção.

As mulheres com escolaridade baixa, apesar de terem ido ao ginecologista pela primeira vez por estarem (ou pensarem estar) grávidas, acham que este não é o momento oportuno para a primeira consulta. Ou seja, apesar de terem ido apenas quando ficaram grávidas, elas acreditam que o ideal é ir antes da primeira gravidez. Duas conclusões podem ser tiradas daí: pode ser que haja uma mudança de conduta e elas ensinem às suas filhas a importância de irem ao ginecologista antes de engravidarem, ou pode ser que, para elas, a teoria continue sendo muito distante da realidade. Deve-se levar em conta, nesta discussão, a questão do acesso, já que, conforme discutido anteriormente, as mulheres com menor renda e menor escolaridade apresentam um menor acesso à consulta ginecológica quando comparadas às mulheres com uma condição socioeconômica mais favorável.

Se a segunda hipótese for a verdadeira, deve-se considerar, ainda, que a idade média à primeira relação sexual caiu e, ao mesmo tempo, a idade média à primeira gravidez aumentou nos últimos anos, o que faz com que as mulheres que procuram o ginecologista apenas na primeira gravidez o façam mais tardiamente, estando assim mais expostas e sem o devido cuidado às ISTs, uma vez que iniciaram a vida sexual mais cedo. Outro ponto importante se refere à queda da fecundidade que aconteceu no Brasil nos últimos anos. Se as mulheres menos escolarizadas procurarem o ginecologista apenas quando estão grávidas, as consultas acontecerão cada vez com menos frequência, já que houve uma queda brusca na fecundidade das mulheres brasileiras, inclusive daquelas menos escolarizadas, as quais, apesar de ainda terem mais filhos que as mulheres de maior escolaridade, não mais chegam a atingir os níveis de fecundidade observados há 30 anos atrás.

No que cerne a dimensão socioeconômica, percebemos um abismo entre as mulheres desfavorecidas e aquelas favorecidas. O acesso das mulheres com alta escolaridade, conforme

discutido anteriormente, se deu num momento bem diferente daquele em que aconteceu a primeira consulta das mulheres com baixa escolaridade. O mesmo abismo pode ser notado em relação às variáveis da dimensão demográfica. O acesso à primeira consulta das mulheres mais velhas e com parturição mais alta se deu quando da primeira gravidez destas, enquanto o acesso das mulheres mais jovens e com parturição baixa ou nula se deu quando estas eram mais jovens e buscavam informação.

Em que circunstâncias acontecem as consultas ginecológicas posteriores à primeira? Este tema será tratado a seguir.

4.2 Depois da primeira consulta ginecológica

Aqui, serão discutidas algumas questões que abordam a consulta ginecológica como um todo. Como a mulher se sente no ginecologista? Qual o sentimento que prevalece em relação a esta consulta? Por que as mulheres buscam ou não a consulta ginecológica? Quais os motivos que levam a entrevistada a buscar uma consulta ginecológica? Se não há esta procura, qual a barreira que existe que faz com que a mulher não procure o ginecologista? Esta é uma questão de grande importância, na medida em que entendê-la pode auxiliar na construção de políticas públicas mais focalizadas, alcançando as mulheres que ainda não tem as visitas ao ginecologista como um hábito.

Com base nas falas, pode-se dizer que a maioria das mulheres percebe a importância de se ir ao ginecologista regularmente. No entanto, a teoria está muito distante da prática. Conforme visto no capítulo anterior, muitas mulheres, principalmente as menos escolarizadas, não tiveram uma consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa. Como revelam os extratos de fala a seguir, são muitos os motivos para isso.

Algumas entrevistadas indicaram que depender do serviço público para a realização da consulta é uma barreira, já que o atendimento é demorado e que há uma grande dificuldade em marcar a consulta no horário que a paciente deseja. O fato de muitas mulheres trabalharem fora dificulta o acesso, uma vez que o posto de saúde costuma funcionar em horário comercial. Sendo assim, é comum a mulher só procurar atendimento ginecológico quando está doente ou, ainda, durante campanhas. Assim, as campanhas atraem as pacientes para a consulta, uma vez que o atendimento se torna mais ágil e acessível.

E: Com que frequência que a senhora costuma ir ao ginecologista? De quanto em quanto tempo, mais ou menos?

Jussara: Ah, eles falam que é bom ir de ano em ano, né?

E: Mas a senhora vai de quanto em quanto tempo?

Jussara: Ah (risos) eu não vou deve ter uns 2, 3 anos...

E: É?

Jussara: Só quando tem alguma coisa...

E: É isso que eu ia perguntar. Por qual motivo a senhora costuma ir no ginecologista?

Jussara: Ah é muito difícil eu ir.

E: É?

Jussara: É, só quando tem esse negócio de Câncer aqui no posto, campanha. Como eles fazem e eu não tenho nada, eu fico tranqüila.

E: Ham ham. Mas a senhora não costuma fazer acompanhamento?

Jussara: Não.

(...)

Jussara: Eu acho que aí é até mais difícil, né? Fica esperando, marca, fica esperando e não consegue.

E: Quando não é campanha?

Jussara: Não, é. Quando tem campanha é rapidinho. Eles atendem mais rápido.

E: E aí fora de campanha tem que ficar esperando um tempão?

Jussara: Tem, tem. Aí eu não... Ainda mais eu que trabalho, né?

(0 a 3 anos de estudo, 49 anos)

Outras entrevistadas indicaram que não tiveram consulta ginecológica no último ano porque não gostam ou sentem vergonha. É interessante perceber que isto ocorreu independente da idade ou da escolaridade. Uma das falas, de uma mulher jovem, revela que a dependência da mãe para marcar a consulta é um dificultador, já que ela (a mãe) faria muitas perguntas. Neste caso a vergonha não apenas da consulta em si, mas na relação com a mãe é uma barreira na busca pela consulta. Portanto, a família pode dificultar o acesso à consulta ginecológica.

E: Por que a senhora não foi no ginecologista esse ano? Este último ano, assim, há menos de 1 ano?

Carmem: Num gosto.

(0 a 3 anos de estudo, 50 anos)

E: Entendi. É... Você me falou então que... você foi atendida uma vez quando tinha 15 anos...

Juliana: Hã, hã.

E: É... Porquê que você não voltou no ginecologista outra vez nesses [3?] anos?

Juliana: Ah, não sei. Talvez vergonha... Assim: a gente, eu e minha mãe, não temos um diálogo muito bom. Ir no ginecologista... E eu também não tive mais tempo, porque aí estudando e trabalhando não dá tempo pra nada. Cê tem que tirá um tempo pra sua vida, mas cê fica naquela correria não dá tempo porque eu já quis voltar no ginecologista. Mas não deu tempo, nem tive oportunidade

E: Oportunidade?

Juliana: Assim: porque eu dependo da minha mãe pra ir lá marcar consulta... e aí eu ia falar "Ah, mãe. Mas eu quero ir no ginecologista." E ela ia ficar perguntando demais.

(8 a 11 anos de estudo, 18 anos)

No extrato de fala abaixo, podemos observar, novamente, como a gravidez está muito relacionada à busca pela consulta ginecológica, já que a entrevistada só buscou novamente a consulta quando se encontrava nesta situação. Durante a gravidez, a consulta ginecológica é vista como uma obrigação.

E: E aí como que você foi voltar depois? [**] ficou com vergonha e num voltou de novo?

Taís: Só quando eu fiquei grávida (risos) que eu voltei de novo. Tive que ir, né?

E: É.

Taís: Aí eu fui.

(4 a 7 anos de estudo, 44 anos)

A entrevistada abaixo revelou que não vai ao ginecologista por não ter mais o útero, indicando assim não ter mais necessidade de procurar este especialista. É interessante perceber que é feita aqui uma relação direta entre a consulta ginecológica e a reprodução. A partir do momento que a mulher não tem mais o órgão responsável por este processo, não é mais necessário cuidar de sua saúde ginecológica. Fica clara aí a falta de informação da paciente quanto à necessidade de se visitar o ginecologista regularmente. Preocupante também é fato da paciente ter afirmado que foi médico que a dispensou de mais visitas ao ginecologista. Vale ressaltar que, na grande maioria dos casos esta relação entre consulta e gravidez é feita por mulheres mais velhas.

E: Ginecologista também... e falando em ginecologia; a senhora vai ao ginecologista?

Sara: Já tem um tempo que eu não vou porque eu não tenho útero mais.

E: Ah... senhora retirou já o útero...

Sara: Já retirei.

E: Quando? Senhora lembra?

Sara: Já tem 5 anos que eu tirei.

(...)

E: E agora ultimamente, por que que a senhora acha que não precisa mais ir no ginecologista?

Sara: Por eu não ter útero e não ter nem o colo de útero, que eles tiraram tudo né? Então eu acho que não tem mais necessidade né? Pelo menos eu perguntei pro médico, ele falou que não.

E: A senhora perguntou pra quem? No posto?

Sara: É, o médico mesmo que eu trato com ele, que ele é ginecologista também né? Aí até me pediu que levasse o papel de quando eu fiz a cirurgia. Ele pegou e falou que não tem mais necessidade.

E: Mas ele mesmo lhe examina como ginecologista ou só como clínico geral?

Sara: Não, só clínico.

(0 a 3 anos de estudo, 55 anos)

A entrevistada a seguir que indicou que teve mais interesse em procurar a consulta ginecológica quando ia fazer a laqueadura. É curioso como não é dada a devida importância a esta consulta, mesmo sendo ela uma consulta de pré-natal.

E: E aí na gravidez você fazia o acompanhamento médico?

Luana: Ó, da Juliana e da Adriana, igual eu tou te falando, da Juliana, depois de uns 7 meses que eu comecei a fazer, mas eu também era bem. Eu não tinha problema de enjôo, de vômito, eu não tinha nada disto. Da Adriana eu tava com uns 3 meses já. [*] primeiro foi do Alex, esse que eu perdi, com 8 meses. [*] do Alex, do Rodrigo e da Mariana. A Mariana eu tive o maior interesse, que eu ia ligar, [*] cesariana né?

(4 a 7 anos de estudo, 44 anos)

As mulheres que tiveram uma consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa indicaram ser a busca pela prevenção a motivação principal. Vale ressaltar que estas são, em sua maioria, mulheres de alta escolaridade.

E: E por que razão você costuma ir ao ginecologista?

Silvia: Ah, eu acho que é mais pela questão da prevenção mesmo. Que ainda mais no caso da mulher, né? Que é tudo interno, você não consegue ver, você só percebe quando a coisa já tá grave. A minha mãe sempre me educou assim também, com essa consciência, tanto a mim quanto a minha irmã. Então é preventivo mesmo. [**]. É isso aí.

(12 anos ou mais de estudo, 35 anos)

Independente da escolaridade da mulher e de sua idade, os extratos de fala sugerem que, assim como a primeira consulta, as consultas ginecológicas subseqüentes estão muito associadas a situações de desconforto. A vergonha é o sentimento predominante nestes momentos, sendo que, para as mulheres menos escolarizadas, lembrar do momento da consulta e, principalmente, lembrar do exame ginecológico em si já causa nelas este sentimento de vergonha. Vale ressaltar que este desconforto para as mulheres com 12 anos ou mais de estudo é menos freqüente.

E: E ela chegou a examinar a senhora?

Carmem: Chegou.

E: Que tipo de exame ela fez? A senhora lembra?

Carmem: Ah [**] não gosto nem de contar, dá tanta vergonha.

(0 a 3 anos de estudo, 50 anos)

E: E como que você se sente indo ao ginecologista? Qual que é a sua sensação?

Camila: Mal [risos]

E: Mal?

Camila: Mal... vergonha, chegar lá, abrir as pernas... [risos] Nossa horrível.

(8 a 11 anos de estudo, 29 anos)

Outros sentimentos também muito presentes no momento da consulta são o medo e o nervosismo. A situação em si e o fato de as pacientes terem que ficar nuas fazem com que os sentimentos criados em relação a este momento sejam, de alguma maneira, negativos.

E: Como é que? O que que a senhora sentiu quando foi ao ginecologista? Como é que a senhora se sentiu?

Carmem: Saí de lá com raiva. Só isso.

E: É? A senhora sentiu raiva na hora que saiu? E na hora que a senhora chegou lá? Como é que foi?

Carmem: Ah, fiquei com medo.

E: Ficou com medo?

Carmem: Fiquei morrendo de medo.

E: Por que a senhora ficou com medo?

Carmem: Ah, porque este negócio de toque na gente, num gosto não.

(0 a 3 anos de estudo, 50 anos)

Quando indagadas sobre como se sentem na consulta ginecológica, as mulheres com escolaridade mais alta (12 anos ou mais de estudo) indicam não ser a consulta ginecológica um momento totalmente confortável. No entanto, isso não se apresenta como uma barreira para a busca pela consulta ginecológica.

E: E como que você se sente indo ao ginecologista?

Liliane: Pra mim é uma rotina, normal (...)

E: Sentimento de vergonha? Constrangimento?

Liliane: Não, não tenho.

(12 anos ou mais de estudo, 39 anos)

Fica claro, ao longo das falas, o desconforto que a mulher sente no momento da consulta ginecológica. Entretanto, podemos perceber que este desconforto vai se atenuando na medida que a escolaridade das entrevistadas aumenta. Enquanto mulheres com baixa escolaridade não gostam nem de falar no assunto, as mulheres mais escolarizadas se mostram mais tolerantes com esta consulta, mesmo admitindo que ela ainda gera um certo constrangimento. Nota-se que o conhecimento da importância da consulta ginecológica na vida da mulher pode estar atuando como um atenuante da vergonha que a mulher sente. Nota-se, também, que não há uma tendência bem definida por idade. Neste caso, a escolaridade acaba sendo mais determinante do que a idade.

Outro importante ponto aqui se refere ao poder da mulher. As entrevistadas menos escolarizadas e menos empoderadas possuem uma relação de poder extremamente desfavorável com o médico. Isto se dá não apenas pela escolaridade, mas também pelo tipo de atendimento, o qual para essas mulheres, na maioria das vezes, acontece via SUS. No outro extremo, as mais escolarizadas

têm atendimento via plano de saúde, o que lhes confere mais poder em relação ao médico, além da própria escolaridade que por si só é um fator de empoderamento devido ao maior conhecimento e ao maior acesso a informação.

A qualidade da consulta foi trazida à tona por todas as entrevistadas. A importância do diálogo durante a consulta é afirmada aqui tanto por mulheres de baixa escolaridade como por mulheres com alta escolaridade. As entrevistadas pontuam que, muitas vezes, o médico pensa que a paciente já sabe de tudo e não explica as coisas como deveria. Neste mesmo sentido, é indicado que, além da conversa, é necessário que haja uma relação entre o médico e a paciente, ou seja, o ginecologista deve olhar para a paciente e trocar idéias com ela, não apenas proceder com a consulta como se a paciente não tivesse opinião e sentimentos.

E: A médica te atendeu bem?

Taís: Hum, tipo assim... dela eu ainda num... assim, porque igual eu tô te falando... só cheguei, né, ela começou e pronto. Então, num teve assim... ela num conversa, nem nada não.

E: Mas você gostou dela?

Taís: Ó, gostar eu não gostei não. Mas é a única, né, que tem lá... então a gente tem que... num tem, né, opção....?

E: E por que você não gostou dela?

Taís: Ó, te falar a verdade, ela nem olha pra cara da gente.

E: É?

Taís: Não. Só fala assim: vai lá, tira a roupa... e... pronto... E... olha, nem olha não. Só tira mesmo o líquido e marca o dia de buscar. Só assim.

(4 a 7 anos de estudo, 44 anos)

Percebe-se que a consulta ginecológica, principalmente no caso das mulheres mais escolarizadas, se torna mais natural quando a mulher se torna mais velha. A entrevistada abaixo pontuou que dava mais importância a este procedimento quando era jovem, nesta época ela indicou que ficava mais apreensiva. Com o passar do tempo, a entrevistada lembra que esta consulta virou rotina e é vista hoje como uma coisa mais natural.

E: E você conta pra alguém quando você vai ao ginecologista? Não sei, pra sua mãe...? Pra alguma amiga...?

Leonor: Ah, eu acho que eu já passei dessa fase, né? Eu acho que quando a gente é nova o ginecologista é um... É uma coisa, né? Que traz até alguma apreensão, uma expectativa maior. Mas depois dessa idade não. Como você falou, vira uma rotina, você vai sempre e não tem por que comentar. A não ser que você tenha algum problema e que você gostaria de desabafar com alguém. Mas fora isso, o simples fato de ir ao ginecologista não [*].

(12 anos ou mais de estudo, 45 anos)

No que tange a busca pela consulta ginecológica, os extratos de fala apresentados anteriormente deixam claro uma diferença entre as mulheres com alta escolaridade e as demais. As primeiras indicam saber a importância da consulta ginecológica e a fazem sem apresentar qualquer tipo de problema, mas somente em busca de prevenção. Para estas mulheres existe uma cultura da prevenção, ou seja, ir ao ginecologista regularmente faz parte da vida destas mulheres.

No outro extremo, as mulheres com baixa escolaridade não fazem esta consulta regularmente, sendo dois os maiores obstáculos para que isso não ocorra. A vergonha, já discutida anteriormente como uma enorme barreira, e a falta de eficiência do Serviço Único de Saúde, o SUS, que se apresenta como uma barreira prática na busca das mulheres pela consulta ginecológica.

Algumas mulheres com escolaridade mais alta indicaram que não costumam procurar serviços médicos com frequência. Contudo, a consulta ginecológica, para elas, é uma exceção a esta regra.

E: Com que frequência você costuma ir ao médico?

Renata: Só na hora da necessidade, né? Infelizmente eu acho que é raro isso mesmo. A não ser em relação é, é, a ginecologista que aí eu já faço o preventivo sempre, eu já tenho a minha mesmo desde os 19 anos. Então, esse aí eu já vou com mais regularidade. Agora na, na, nos outros casos, realmente é só só na (...)

E: necessidade [**]

Renata: É... Prevenção nada!

(8 a 11 anos de estudo, 30 anos)

4.2.1 Acesso à consulta ginecológica

Como o lugar onde a mulher faz a consulta influencia na mesma? Faz diferença para a paciente se ela é atendida pelo SUS ou por plano de saúde/consulta particular? A literatura indica que mulheres com plano de saúde têm maior acesso às consultas ginecológicas do que aquelas que não possuem plano de saúde. No entanto, há diferença neste acesso?

Foi praticamente consenso entre as entrevistadas que há diferenças entre as consultas de plano de saúde/ particular e as consultas do SUS. É importante ressaltar que as diferenças apontadas estão no nível do imaginário, uma vez que as que se consultam no SUS nunca foram a uma consulta particular ou de convênio e vice versa.

Algumas entrevistadas pontuaram que, se a consulta fosse particular, o atendimento seria diferente. Estas mulheres indicaram que, na consulta particular, o atendimento é melhor, pois pelo SUS o médico trata a paciente de "qualquer jeito". As entrevistadas indicaram, ainda, que a consulta particular apresenta mais recursos/equipamentos do que aquela consulta feita pelo SUS.

E: Seria diferente se você fosse numa consulta particular?

Juliana: Faria.

E: Faria diferença?

Juliana: Acho que o médico teria muito mais possibilidade de tá te atendendo melhor. Mais recursos! Porque ele, por exemplo, do posto, esse doutor mesmo, a gente tava conversando, ele falou que trabalha num centro geral de medicina, e é particular e diz ele assim que tem mais atenção. Ele mesmo falou que tem muito mais atenção com o paciente... tem muito mais coisa, hum, é... materiais específicos pra ele tá trabalhando...

(8 a 11 anos de estudo, 18 anos)

As mulheres que vão a consultas particulares ou através de plano de saúde/convênio também acreditam que há diferenças entre a consulta particular/ plano de saúde e as consultas realizadas pelo SUS. Para estas mulheres, a consulta pelo SUS é mais rápida do que a consulta particular, além de que o ginecologista, na consulta particular, é muito mais meticoloso.

E: E se você fosse atendida num posto de saúde, você acha que faria diferença? Porque você falou que foi no consultório, né?

Silvia: Haham.

E: Caso você fosse no posto você acha que faria diferença?

Silvia: No posto de saúde não é tão [meticoloso] assim. Você não é... Não tem uma atenção. Então assim, não é dedicada uma atenção. Porque é... Linha de montagem, né? Então você senta ali, despeja o básico. Eu acho que é diferente sim.

(12 anos ou mais de estudo, 35 anos)

Das participantes entrevistadas, apenas algumas, e todas com escolaridade entre 8 e 11 anos de estudo, não acharam que, necessariamente, há diferenças entre as duas consultas. Para estas mulheres, isto depende de cada profissional.

E: Você acha que existe diferença no tratamento de um ginecologista, por exemplo: no posto de saúde e num clínico particular?

Nadia: Acho que depende do profissional. Tem uns que deve ter alguma diferença sim, mas aí vai da ética de cada um.

(8 a 11 anos de estudo, 23 anos)

Percebe-se que, apesar do quase consenso quanto à superioridade das consultas ginecológicas realizadas por plano de saúde/particular em relação ao SUS, há uma divisão na caracterização destas diferenças. Uma parte das mulheres atribui esta pior qualidade da consulta ao atendimento médico em si, ou seja, estas mulheres acreditam que, numa consulta particular, o médico atende as pacientes melhor do que numa consulta realizada pelo SUS. Assim, esta diferença se dá devido à conduta do médico ginecologista.

Já outra parte das mulheres, principalmente as de alta escolaridade, acreditam que a consulta realizada pelo SUS seria pior porque é mais rápida, ou seja, o médico tem menos tempo para atender a paciente e, assim, ele é menos cuidadoso. Neste caso, não necessariamente o culpado por esta diferença é o médico, já que este atende rapidamente porque a demanda pelos serviços do SUS é maior do que a oferta, e isto não é culpa dele.

Como as entrevistadas agiriam se fossem elas as ginecologistas? Estas falas são apresentadas a seguir.

4.2.2 A consulta ideal

Nesta parte da entrevista, houve uma inversão de papéis. Foi pedido que a paciente se imaginasse no lugar do ginecologista. Assim, como seria a consulta desta mulher se ela fosse a médica ginecologista? Ela faria alguma coisa de diferente do ginecologista que a atende?

Alguns pontos foram consenso na forma como as mulheres tratariam suas pacientes. As entrevistadas indicaram que carinho e paciência é fundamental durante a consulta. A conversa e o diálogo também foram levantados como importantes pontos durante a consulta. As entrevistadas indicaram que, se fossem ginecologistas, explicariam tudo, detalhadamente, para a paciente.

E: E se você fosse uma médica ginecologista, como que você ia atender seus pacientes?

Camila: Eu ia atender igual essa minha me atendeu, que eu gostei muito, agora eu só consulto com ela.

E: O que você gostou do atendimento que você faria igual com as pacientes que você atendesse?

Camila: Nó ela conversa antes de falar “deita lá e tira a roupa”. Conversa antes... explica o que ela vai fazer, é carinhosa, ela brinca ali procê não ficar tensa.

(8 a 11 anos de estudo, 29 anos)

Ainda na linha do que as outras mulheres disseram, as entrevistadas com maior escolaridade, indicaram que o atendimento deveria ser “mais humano”, ou seja, o paciente deveria ser tratado de fato como uma paciente e não apenas como uma doença ou um problema.

E: E se você fosse a médica ginecologista do posto? Como que você acha que deveria ser o atendimento pra paciente que ela fosse considerar que foi bem atendida?

Márcia: Humano... Atendimento humano...

E: E o que quer dizer esse atendimento humano?

Márcia: Uai... tratar a pessoa não pela... pelo problema, pela situação... a classe, né, social dela... não desconsiderar as pessoas... Considerar que ela é um ser humano, que ela tem que ter todas as explicações, tem que ter...

(12 anos ou mais de estudo, 46 anos)

Esta sessão deixa clara a importância de um tratamento agradável do médico ginecologista para com a paciente. Características tais como carinho e paciência são fundamentais. Outro ponto importantíssimo é o diálogo. As entrevistadas indicaram que, se fossem ginecologistas, conversariam muito com suas pacientes.

As mulheres com maior escolaridade traduziram esta conduta como “tratamento humano”, ou seja, a paciente deve ser vista como um ser humano, com sentimentos, desejos e medos. É interessante perceber que muitas entrevistadas indicaram que não atenderiam suas pacientes como são atendidas, o que indica que a forma que elas estão sendo tratadas neste momento não é a forma como elas consideram corretas.

6 Considerações Finais

Este trabalho teve como objetivo investigar a consulta ginecológica em Belo Horizonte. Ao entender melhor o que as mulheres pensam a respeito da consulta ginecológica, como se sentem quando estão no consultório e o que buscam quando vão a um ginecologista, espera-se poder contribuir para a melhoria do acesso a este serviço.

Os resultados indicam que, independente da idade, escolaridade, raça/cor e de qualquer outra característica da mulher, as mesmas atribuem uma importância expressiva a consulta ginecológica. No entanto, a vergonha que elas sentem nesta consulta é grande e inversamente proporcional a escolaridade. As mulheres entrevistadas indicaram também que, para que a consulta seja a melhor possível, é necessário que haja bastante diálogo e paciência por parte do médico.

Foi interessante perceber que as mulheres com escolaridade mais alta foram pela primeira vez ao ginecologista buscando informação e prevenção. Já as mulheres com escolaridade mais baixa buscaram o ginecologista porque estavam grávidas. Ficou muito claro, independente da entrevistada possuir plano de saúde ou não, que a consulta via plano ou particular é considerada muito superior àquela realizada via SUS. As entrevistadas indicaram que as consultas realizadas em posto de saúde são sempre muito rápidas, o que impossibilita o diálogo.

Quando indagadas sobre como seria a consulta ideal, ou seja, como seria a consulta se elas fossem a médica ginecologista, as entrevistadas indicaram que a consulta aconteceria com bastante diálogo e paciência. Foi indicado que o atendimento deveria ser bastante “humano”.

Foi curioso perceber que muitas entrevistadas indicaram que a consulta ginecológica é o momento onde a mulher irá aprender sobre o seu corpo e questões relacionadas ao sexo. Percebe-se aí que é atribuído um papel que deveria ser desempenhado pela escola e pela família para o médico ginecologista.

Nota-se, ainda, que as entrevistadas, principalmente aquelas que não possuem plano de saúde, apresentam algumas demandas no que diz respeito à consulta. O diálogo não tem sido suficiente para que as pacientes se sintam confortáveis diante do médico. Assim, elas não se sentem a vontade para perguntarem tudo o que gostariam ao médico e muitas vezes saem sem entender os procedimentos a que foram submetidas. O tempo de duração da consulta também é um ponto que tem deixado a desejar segundo as entrevistadas. Elas indicaram que devido a falta de médicos nos postos de saúde, estes ficam sobrecarregados e atende as pacientes muito rápido, para poderem dar conta de toda a demanda.

Um ponto muito importante levantado por algumas entrevistadas se refere ao horário de funcionamento dos postos de saúde. Estas mulheres indicam que o fato de eles funcionarem apenas em horário comercial torna o acesso mais difícil, já que elas também trabalham neste horário. Além disso, o fato de terem que chegar cedo nos postos para conseguirem a consulta também é um dificultador, principalmente quando elas trabalham.

Ainda há muito o que ser investigado sobre a saúde da mulher, no entanto, dados para subsidiar estas pesquisas são escassos. Essa escassez é ainda acentuada quando são necessários dados desagregados. Assim, estudos dessa natureza apesar de extremamente relevantes não têm acontecido de forma a preencher as lacunas que ainda existem.

Finalmente, os resultados deste trabalho indicam que ainda são muitos os investimentos que devem ser feitos para que as mulheres tenham uma vida mais saudável. Fazem-se necessárias políticas de conscientização focadas principalmente nas mulheres mais desfavorecidas e menos escolarizadas já que são estas as que apresentam uma maior probabilidade de não terem feito uma consulta ginecológica nos 12 meses anteriores a pesquisa. Postos de saúde com horários mais flexíveis e abrangentes também é de grande importância. É necessária também uma capacitação dos médicos para atender este público, já que elas sentem falta de um atendimento mais humano, com bastante diálogo e um espaço onde elas se sintam à vontade.

Referências bibliográficas

ALVES, J. E. D. A polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica. **Textos para discussão**, ENCE, nº4. Rio de Janeiro, 2002.

ATTRIDE-STIRLING, J. Thematic networks: an analytical tool for qualitative research. **Qualitative Research**, v.1, n.3, p.385-405, 2001. Disponível em: <http://qrj.sagepub.com/cgi/reprint/1/3/385> Acesso em: 28 março de 2007.

BARDIN. L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Atenção integral à Saúde da Mulher – protocolos e Rotinas, 1997.

BERQUÓ, E. S., CUNHA, E. M. G. P (Orgs). **Morbimortalidade feminina no Brasil (1979-1995)**. 1.ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2000. 412p.

BERQUÓ, E., CAVENAGHI, S., Mapeamento socioeconômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000. **Anais...** In: XIV ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 2004, Caxambu-MG.

BERQUÓ, E., CAVENAGHI, S. Fecundidade em declínio: Breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. **Novos Estudos** – Cebrap, São Paulo, n.74, p.11-15, março, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: 1988**. Barueri: Editora Manole Ltda, 2002. 342p.

CARVALHO, J. A. M., BRITO, F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v.22, n.2, p.351-370, jul./dez. 2005.

CARVALHO, M. L., FUREGATO, A. R. Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.3, n.1, jan./jul., 2001. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista Acesso em 28 jun. 2006.

COSTA, A. M. **Atenção Integral à Saúde das Mulheres: QUO VADIS?** Uma Avaliação da integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil. 2004. 195f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

COSTA, N. S., SOUZA, V. L., MEDEIROS, R. E. Atenção à mulher em ginecologia: atuação da enfermeira. **Sitientibus**, Feira de Santana, n.19, p.77-86, jul./dez. 1998. Disponível em: www.uefs.br/sitientibus_19/ Acesso em 20 jun. 2006.

DELGADO, A., LOPEZ-FERNANDEZ, L. A., LUNA, J. D. Influence of the Doctor's Gender in Satisfaction of the Users. **Medical Care**, vol.31, n.9, p.795-800, sep. 1993.

FARIA, V. E. Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos. **Ciências Sociais Hoje**, São Paulo, p.62-103, 1989.

FLICK, U. **Uma introdução à Pesquisa Qualitativa**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONSECA SOBRINHO, D., PINTO, I. T. S. O impacto cultural da assistência médica e a queda da fecundidade no Brasil: um convite à ampliação desta discussão. In: XIV ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 2004, Caxambu-MG. **Anais...** Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_822.pdf Acesso em 20 jun. 2006.

FORREST, J. D., FROST, J. J., The Family Planning Attitudes and Experiences of Low-Income Women. **Family Planning Perspectives**. Volume28(6). p246-255. Nov/Dez, 1996. Disponível em: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2824696.html> Acesso em 20 jun 2006.

- GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Record, 1997. 107 p.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 224 p.
- KRIPPENDORFF, K. **Content analysis: na introduction to its methodology**. Newbury Park: Sage, 1980.
- MAGEE, J. O exame ginecológico visto do outro lado da mesa. **Femina**, v.16 n.2, p.1124-1128, 1988.
- MARTINE, G., CARVALHO, J. A. M., Cenários demográficos para o século XXI e algumas implicações sociais. **Planejamento e Políticas Públicas: Ipea, Brasília**, n.2, p. 61-91, dez, 1989.
- MIRANDA-RIBEIRO, P., CAETANO, A. J., SANTOS, T. F. **SRSR: Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor** – Relatório descritivo. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2004.
- NOVAES, H. M. D., BRAGA, P. E., SCHOUT, D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD, 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.11(4): 1023-1035, 2006.
- OSIS, M. J. M. D. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1), p.25-32, 1998.
- PERPÉTUO, I. H. O. Raça e Acesso às Ações Prioritárias na Agenda Reprodutiva. In: XIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2000, Caxambu-MG. Anais. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/rept14_2.pdf Acesso em 13 jun. 2006.
- POPE, C., MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- PRICE, J., FARMER, G., HARRIS, J. HOPE, T., KENNEDY, S., MAYOU, R. Attitudes of women with chronic pelvic pain to the gynecological consultation: a qualitative study, **An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**. Fevereiro, 2006.
- RIBEIRO, M. C. S. A., BARATA, R. B., ALMEIDA, M. F., SILVA, Z. P., Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.11(4): p.1011-1022, 2002.
- RIOS-NETO, E. L. G. Questões emergentes na demografia brasileira. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v.22, n.2, p.371-408, 2005.
- SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento), p.203-211, 2002.
- SIMÃO, A. B., MIRANDA-RIBEIRO, P., CAETANO, A. J., O recorte raça/cor e a saúde reprodutiva em Belo Horizonte e Recife: uma análise exploratória sobre a realização de consultas ginecológicas, 2002. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2004, Ouro Preto, MG. **Anais...** Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_234.pdf Acesso em 16 jun. 2006.
- WEISS, Robert S. **Learning for strangers: the art and method of qualitative interviews studies**. New York: The Free Press, 1994.
- WONG, L. L. R., BADIANI, R., QUENTAL, I. Achados e perdidos sobre saúde reprodutiva na PNDS - 1996. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v.16, n.1, p.23-42, jan/jul. 1998.

Getting sterilized in Brazil: stories of success and failure

Kristine Hopkins

Female Sterilization in Brazil

I already had two children and this was the third and I was wanting to work, wanting to invest in my future. ... I wanted to ligar and [the doctor] agreed, took care of everything.

– Berenice, age 26, delivered in a private hospital

So I lost my chance [to get my tubes tied]. ... I got screwed out of my ligação. [Dancei com a minha ligação.]

– Úrsula, age 22, two children, delivered in a public hospital

This chapter explores the experiences of women who delivered in public and private hospitals in Porto Alegre and Natal in the mid-1990s. At that time, more than one in four (27%) women aged 15 to 49 in Brazil were sterilized and four out of ten women in union in this age group were sterilized (Remez 1997). Considerably more women were sterilized than used the pill, the second-most popular method of contraception in Brazil; 16% of all women in reproductive age and 21% of women in union used the pill. These national averages, however, masked large regional differences in female sterilization use among women in union: while only 29% of women in the South region were sterilized, 60% of women in the Central-West region were. Thirty-four percent of women in union who lived in São Paulo are sterilized as were 46% of married or cohabiting women in Rio de Janeiro. Likewise, 39% of women in union who live in the Central-East region are sterilized, 44% in the Northeast, and 51% of women in the North region of Brazil.

In August 1997, Law 9263 was passed that regulated surgical sterilization in Brazil. The restrictions imposed under the law were the following: women or men had to be at least 25 years of age or have at least two living children¹. In addition, the sterilization procedure could not be

¹ Many seem to have interpreted eligibility under the law, however, as requiring people to be at least 25 years old and having at least two living children, as is the case in the state of Pernambuco (Dalsgaard 2000).

done at the same time or soon after delivery, with exceptions for cases of induced abortion, and multiple previous cesarean sections. Potter et al. (2003), argued that “there was hope that regulation would curtail abuses such as demands by employers for certificates of sterilization, coercion, as well as side payments to doctors practicing in public hospitals, and the use of sterilization for electoral purposes” (Potter, et al. 2003: 385; see Caetano & Potter 2004 for more about sterilizations for votes in the Northeast of Brazil).

Before that, neither the public health service (*Sistema Único da Saúde, SUS*) or private insurance covered the procedure. Before the passage of the 1997 law, the procedure was not only not covered by insurance, it was interpreted as illegal (cutting the fallopian tubes or vas deferens were considered mutilation). Exceptions to this interpretation were if a subsequent pregnancy would put a woman’s life in danger. A history of previous cesarean section deliveries placed a woman in this category because of increased risk of rupture along the uterine scar. Therefore, before the passage of the 1997 law, a substantial proportion of sterilization procedures were performed at the time of a cesarean delivery (Potter et al. 2001). Indeed, 70% of women surveyed in four states in the Northeast who had a cesarean section reported that a chance to get a sterilization on medical grounds was a primary or contributing factor for the surgical delivery (Janowitz et al. 1985).

Dalsgaard (2000) and Hunter de Bessa (2006) use qualitative interviews with poor women living in Recife (Dalsgaard) and Belo Horizonte (Hunter de Bessa) to show what motivates women to get sterilized. They also argue, persuasively, that women seeking sterilizations are not coerced or passive about their fertility, but instead actively pursue an end to childbearing in order to take control of their present lives and to build a better life for themselves and their children in the future. Dalsgaard (2000) also describes clear examples of how women in the northeast setting of her research went about getting their sterilizations in the past as well as reports of those who were unsuccessful in getting them.

Similarly, this study provides an in-depth look at women who were sterilized at the time of delivery or right afterward as well as women who wanted to be sterilized at delivery but were frustrated in their attempts to do so, using both quantitative and qualitative data. Based on a survey of 321 women interviewed postpartum in a southern and northeastern Brazilian city, as well as participant-observation in the research site hospitals and in-depth interviews with women who had just had a baby, I asked the following questions: What are the demographic profiles of the women who got sterilized and how do they differ by where they delivered (hospital type and city of residence)? Who were frustrated in their attempts to get sterilized and why did those sterilizations not succeed? How did a woman manage to get sterilized at the time of delivery when sterilization’s legal status was, at

best, ambiguous? To what lengths did women in these settings go to get sterilized? Finally, before the change in the law, who actually managed to get sterilized and how?

Methodology

Data come from nine months of fieldwork carried out in 1995-96 in the cities of Porto Alegre and Natal. I collected data in three ways: participant observation in the maternity and/or obstetrics wards of a public and private hospital in each city; a postpartum survey of 321 women who had given birth in the research site hospitals; and in-depth interviews with 41 women drawn from the postpartum survey sample. I selected Porto Alegre, the capital of Rio Grande do Sul, Brazil's southernmost state and Natal, the capital of the northeastern state of Rio Grande do Norte, as research sites because they represent large differences in their economic development and had different rates of female sterilization and of cesarean section, another focus of this study.

The public research site hospitals had each city's lowest cesarean rate at the time (23% in Porto Alegre and 28% in Natal), while the private hospitals of this research had each city's highest rate of cesarean section according to 1995 vital statistics information (71% in Porto Alegre and 86% in Natal). Eighty women (81 from the private hospital sample in Natal) were interviewed postpartum, with sampling based on parity and type of delivery, as I have described in detail elsewhere (Hopkins 2000). I interviewed 41 women—ten from each hospital (11 from the Natal private hospital sample)—on average three weeks after she had her baby. The semi-structured interviews were done in confidential settings, tape recorded and transcribed. All participants consented to participate in the research and all names used here are pseudonyms.

Notes on Translation

I use direct quotes in the following pages that I translated from the Portuguese. In some cases, I left the Portuguese word or words intact, or, for more colloquial expressions, I provided the translation and included the Portuguese for reference. Several important words related to childbearing and sterilization are left in the Portuguese, as described below.

In Portuguese, the everyday term for a vaginal delivery is *parto normal*, literally 'normal birth.' Since Brazilians also sometimes say *parto natural* (natural birth), the much more commonly used expression *parto normal* is difficult to translate into English. English speakers often use the expression 'natural birth' or 'natural delivery' or simply 'childbirth' to describe a vaginal delivery but none of these seem to capture the idea conveyed in Portuguese that vaginal delivery is the normal, or standard delivery.

Similarly, the technical terms in Portuguese for a tubal ligation is *laqueadura* or *ligadura tubária*, though they are seldom used in colloquial speech. Instead, *ligadura tubária* is shortened to *ligadura* (cut, ligature) or variations (*ligação*, *ligamento*) along with the verb *ligar* (to tie). Except for perhaps the phrase “to tie one’s tubes,” these words do have good English equivalents. *Eu quero ligar* literally means “I want to tie,” but in this context means “I want to get my tubes tied.” A *mulher ligada*, literally a “tied woman,” translates into a “sterilized woman.” Because these words are a part of everyday speech, they show quite clearly how central a role female sterilization plays in life in Brazil. For these reasons, I usually leave the words describing sterilization in their original Portuguese.

Sterilization Successes & Failures: Results of Postpartum Study

As shown in Table 1, 50 (23%) of 171 women with two or more children who wanted no more children in this study were sterilized while still in the hospital postpartum; 47 during a cesarean section and three after a vaginal delivery. (No woman with fewer than two children was sterilized in this sample.) Of these 50 sterilized women, 12 are from the public hospital samples: only 2 in the public hospital in Porto Alegre and 10 in the public hospital sample from Natal. The remaining 38 sterilized women are from the private hospital samples: 14 in Porto Alegre and 24 in Natal. Though the samples are small, these results nevertheless mirrored national figures in the mid-1990s in which fewer women in the south of the country are sterilized compared to women in the Northeast. The proportions of multiparous women who wanted no more children who were sterilized, therefore, vary dramatically in the four hospitals of this research: from a low of 4% who delivered in the public hospital in Porto Alegre to two-thirds who delivered in the private hospital in Natal.

TABLE 1
Number and percent of women who were sterilized after delivery

Hospital sample	Number sterilized after delivery/N of women * (%)	Means of women who were sterilized		
		Parity	Age	Education level
Porto Alegre, public	2/47 (4%)	8.5	36.0	7.5
Natal, public	10/47 (20%)	3.2	25.3	5.2
Total, public hospital samples	12/94 (13%)	4.1	27.1	5.6
Porto Alegre, private	14/41 (34%)	2.5	33.6	11.8
Natal, private	24/36 (67%)	2.3	30.5	10.7
Total, private hospital samples	38/77 (49%)	2.4	32.7	11.1
Total of women sterilized	50/171 (23%)	2.8	30.6	9.8

Source: Postpartum Survey, 1995-6

*Among those with two or more children and who want no more children

On average, women who were sterilized in the public and private hospital samples had different demographic profiles. Women averaged 1.7 more children at sterilization in the public hospitals compared to the private hospitals. The two women sterilized in the public hospital in Porto Alegre, though had much higher fertility at sterilization (7 and 10) than sterilized women in the public hospital in Natal (who had no more than 4 children at sterilization). Similarly, age at sterilization differs between the cities. Women in Porto Alegre, in both public and private hospitals were sterilized at older ages than those in the Natal. Indeed, the two women who were sterilized in the public hospital in Porto Alegre were 33 and 39, while the mean age of the women sterilized in the Natal public hospital was 25. Finally, and not surprisingly, given that poorer, less educated women typically only have access to public hospitals in Brazil, the sterilized women in the SUS hospitals of this sample had, on average, 5.5 years less of education, compared to those in the private sample hospitals.

Table 2 shows the distribution of sterilization desires for the 171 women in the sample who wanted no more children and had with two or more children at the time of the interview. A higher proportion of women in both public (64%) and private hospital (46%) samples in Porto Alegre were not sterilized nor had they ever tried to get one, compared to the samples in Natal – 32% in the public hospital and 25% in the private hospital. Still, women in both the public hospital samples had much higher proportions of frustrated attempts to obtain a sterilization (32% in Porto Alegre and 47% in Natal), compared to the private hospital samples (20% and 8%, respectively).

TABLE 2
Current sterilization status and record of attempts to get sterilized now or in the past among women with two or more children

Sterilization and Attempts	Public Hospitals		Private Hospitals		Total
	P. Alegre	Natal	P. Alegre	Natal	
Sterilized on first attempt	1 (2%)	7 (15%)	10 (24%)	21 (58%)	39 (23%)
Sterilized, made previous attempt	1 (2%)	3 (6%)	4 (10%)	3 (8%)	11 (6%)
Not sterilized, made attempt	15 (32%)	22 (47%)	8 (20%)	3 (8%)	48 (28%)
Not sterilized, never tried	30 (64%)	15 (32%)	19 (46%)	9 (25%)	73 (43%)
Total of women with parity 2+	47 (100%)	47 (100%)	41 (100%)	36 (100%)	171 (100%)

Source: Postpartum Survey, 1995-96

In fact, 64 women made 73 unsuccessful attempts to arrange a sterilization during their last pregnancy or delivery or during a previous pregnancy or delivery (Table 3). Of these 64 women, 11 eventually succeeded in getting sterilized, four who delivered in the public hospitals and the remainder in the private hospitals. Three-quarters of all unsuccessful sterilization attempts came from women who delivered in the public hospitals in the sample: 49% of the frustrated attempts had

delivered in the Natal public hospital while 26% of the attempts were among women who delivered in the Porto Alegre public hospital.

TABLE 3
Frustrated attempts at getting sterilized: Reasons given for why desired sterilization not realized

	Public hospitals			Private hospitals	
	All Sites	P. Alegre	Natal	P. Alegre	Natal
Reason sterilization not realized	%	n	n	n	n
Doctor refused	63%	46	10	22	7
Did not deliver by cesarean	10%	7	1	5	1
Bad luck	10%	7	2	4	1
Too expensive	10%	7	4	4	
Husband refused	7%	5	3	1	1
"Not possible"	1%	1		1	
Total	101%	73	19	36	8
% of Total frustrated attempts	--	100%	26%	49%	14%

Notes: *64 women recounted 73 frustrated attempts to get sterilized.

Source: Postpartum Survey, 1995-6

Why were so many women in this sample denied a desired sterilization? The vast majority failed to get sterilized because the doctor they asked refused to do it. Women reported that doctors refused because they were too young (20 cases), had health problems (5 cases), because of the number or sex composition of their children (3 cases), or that sterilizations are only performed after the third cesarean (2 cases) or after the fourth cesarean (1 case). In 15 cases, the doctor refused but gave no reason. Seven sterilization attempts were foiled because the woman did not deliver by cesarean. In seven more cases, women did not succeed in getting sterilized because of bad luck, such as the husband not being in the hospital to sign a consent form, or experiencing labor complications and going to a closer hospital for delivery instead of to the one in which a doctor had agreed to do a cesarean and sterilization (see Úrsula's case, below). Seven attempts were thwarted because the woman could not pay the price the doctor quoted, and in five cases, the woman's husband refused to allow his wife to get surgically sterilized.

Given that 75% of the frustrated sterilization attempts took place among women who delivered in the public hospitals, it appears clear that these women were less able to realize their contraceptive intentions than were women in this pre-1997 law era who delivered in private hospitals. Also, comparing the public hospital samples, it is interesting to note that more women who delivered at the public hospital in Natal were sterilized compared to the public hospital in Porto Alegre *and* that more women who delivered in Natal's public hospital sample were frustrated in their sterilization attempts. In contrast, fewer women who delivered at Porto Alegre's private hospital were sterilized while more were frustrated in their sterilization attempts, compared to women from the private hospital in Natal.

The Postpartum Survey results presented here show that women in Natal were more motivated to get sterilized, that women in the private sector in both cities were better able to get their desired sterilization, and that a higher proportion of women in the public sector were foiled in their attempts to be sterilized. The next section discusses some of the strategies which women employed to achieve, or try to achieve, their goal of sterilization.

In-depth Interview & Participant Observation Results: Sterilization Strategies & Stories

Women I interviewed told numerous accounts of their strong desires for a permanent end to childbearing, as well as sterilization “successes” and sterilization “failures.” In the cases presented below I show some of the strategies women employ in their attempts to get sterilized in Brazil. The most direct—and effective—way that a woman could get sterilized is to arrange for it with her private doctor during prenatal care. Usually she would be required to pay for the procedure out-of-pocket (as health insurance did not cover the procedure), but sometimes the doctor would do the procedure for free, particularly if it were done at the same time as a cesarean operation. Another way women could get sterilized was by chance or luck, as was most common in the public sector. In this way, a woman would encounter a sympathetic doctor during prenatal care, but more likely during labor and delivery, make her plea for a sterilization and the doctor agreed. A third strategy a woman employed in an attempt to get sterilized before the law was changed was to have a more powerful connection, such as a boss or lawyer, contact a doctor on her behalf. A fourth strategy was to try to get sterilized through a political connection, where woman would essentially sell her vote for the chance to be sterilized. Either the politician him or herself, if also a doctor, would perform the sterilization, or the politician contracted a doctor to do the procedure. These last three strategies were employed almost exclusively by women who delivered in the public sector, because many of them could not afford to pay for the sterilization procedure out-of-pocket. But even if a woman managed to arrange for a sterilization using one of these strategies, the outcome was not guaranteed. Something could, and often did, go awry where small mishaps could lead to big consequences so that women were left without their desired sterilization.

The cases below also present other relevant themes in women’s quests for sterilization in Brazil before the change in the law. We will see in these examples that women did not typically receive adequate counseling about the pros and cons of the sterilization procedure, nor were they typically given appropriate information about alternative reversible methods. We will also see how age plays a factor in the sterilization decision (both from the side of the doctors and women) and how what is considered “too young” for a sterilization or “too old” to have another child varies considerably and particularly between those doctors and women in Porto Alegre and Natal.

Case Studies: Stories of Success and Failure

In this section, I present five cases that explore relevant themes in women's attempts to get sterilized in Brazil in the mid-1990s. The first three cases are drawn from women's experiences in the private sector; the remaining two are from women who delivered in the public sector. The first case tells Berenice's story and is an example of an uncomplicated sterilization arranged for during private prenatal care and carried out during a cesarean delivery. Next is Graciela's story, an example of a successful sterilization which nonetheless met the resistance of her doctor and was only agreed upon while Graciela was on the operating table. The third case is Dália's, which relates her indecision about the procedure as well as brings up cost considerations and the lack of information received about alternative contraceptive methods. Rosângela's story, the first of the cases drawn from interviews with women who delivered in a public hospital, provides an example of a series of failed attempts at procuring a sterilization as well as her success (without her knowledge or expressed consent) after the delivery of her fourth child. Finally, Úrsula's case shows to what lengths some women will go to be sterilized and also shows how difficult it can be for women like Úrsula to achieve that goal.

Case #1: Berenice

Berenice, a resident of Natal, got sterilized at age 26 after the birth of her third child at a private hospital. During prenatal care, she arranged for the sterilization with her obstetrician who readily agreed to perform the procedure.

Berenice: I spoke to [my doctor] during the first prenatal visit (laughter). ... I said, 'I think I'm pregnant doctor and this is the last, not even if you paid me.' He said, 'You already want to *ligar* before you know if you're pregnant?' ... [So when it was confirmed that she was pregnant,] he said, 'You really want to *ligar*?' I said, 'Of course I do.' ... 'and I don't want another normal [birth], I want it to be a cesarean.' I asked for a cesarean right away, to *ligar*.'

Kristine: Did he discuss the possibility of doing a normal birth and afterward doing a *ligadura*?

Berenice: He asked, he asked. No, first he asked how many children I had, how old I was, and the possibility that you [sic] wanted more children or not, you know? Because the calculations are like this: with two [kids] you get can already *ligar*, [but] with three you can *ligar* with no problem. And about the age, because if you *ligar* when you're young, let's say at 19 or 20 you do a *ligação*. Then, God forbid, the child dies and you can't have any more children, you separate and get together with another husband, then you want to have another child with that husband and you can't, you know? ... But I already had two children and this was the third and I was wanting to work, wanting to invest in my future. ... I wanted to *ligar* and [the doctor] agreed, took care of everything.

Berenice's case shows that her desire for a tubal ligation was so strong that even before her third pregnancy was confirmed, she was already requesting the procedure from her doctor. Approaching her doctor with the subject appeared simple: she said he asked her a few questions about the number of children and her age and then the obstetrician agreed. Berenice is aware of the ways in which women could regret having done the procedure, such as if a child would die or if the marriage dissolves and a new marriage is formed in which a child is desired. Berenice was convinced, however, that even given these possibilities, permanently ending childbearing through sterilization was the most desirable way "to invest in [her] future.

Case #2: Graciela

At age 31, Graciela's requests for a sterilization during prenatal care for her second child met with considerable resistance from her Porto Alegre private obstetrician all throughout prenatal care. Graciela reported her doctor as fearful that a patient would later regret the sterilization and then "blame the doctor." It was only while on the operating table, with the prodding of the assisting obstetrician, that Graciela's obstetrician agreed to do the tubal ligation.

Graciela: ... Natália was born at 12:38. (Laughter) Then I...asked [for the tubal ligation] after she was born..., I had already discussed it with my doctor. ...[I told her] 'I don't want more than two children, you know,' and she always said 'No, no, no,' because she thought I was too young, and that I could regret it afterward. So when she was born and everything was all right, then I asked, I took advantage [of the situation]. ... So...her assistant said, 'Oh, why don't you do it, she already has two children?' Then [I'd] be free because taking the pill causes you so much harm. And I didn't want to put in an IUD, I was going to do it but I didn't because I know of two or three who got pregnant with the IUD.

The obstetrician sent a nurse to ask Graciela's husband if he agreed with her getting sterilized. When she returned to report the husband's verbal consent, the sterilization was performed.

This example points out that even in the private sector, some women meet with resistance in their requests for a sterilization and this is particularly true in Porto Alegre. Graciela's doctor insisted during prenatal care that at 31, Graciela was too young for a sterilization because she could regret it afterward and then "blame the doctor." However, the obstetrician's fears of regret and subsequent blame were not strong enough for her to deny the procedure once she saw that the baby was born healthy, but still only performed the surgery after getting Graciela's husband's verbal consent for it.

Finally, Graciela noted her dissatisfaction with other methods of contraception—the pill because it "causes so much harm" and the IUD because she knew of other women who had gotten pregnant while using it. This theme is echoed throughout the in-depth interviews: once a woman

makes the decision to end childbearing, she appears to ask herself why she should fill herself with hormones or risk the possibility of getting pregnant while using another method if she can, instead, get surgically sterilized to permanently end the risk of getting pregnant.

Case #3: Dália

In contrast to Graciela, who was sure she wanted a sterilization but had to convince her obstetrician to do the procedure, Dália, a 32 year old resident of Natal, was not convinced that she wanted a sterilization while pregnant with her second child. She only decided to go ahead with the procedure during the cesarean section of that child. Also, toward the end of Dália's pregnancy, when her obstetrician decided that a cesarean was indicated (Dália delivered her first child vaginally), it was the doctor who asked if she wanted a tubal ligation, saying she would do it for free "[s]ince I'm already going to do the cesarean, I can *ligar* you with no problem whatsoever." The financial incentive appeared to work with Dália. She recounted that her neighbor had paid 300 *reais* to get an IUD inserted, which was a lot of money for this lower middle class household. And finally, about her age: "I think that my age is pretty advanced to have another child. ... I'm 32 years old. If I were to wait three years [to have another child] I would be 35. I consider myself really *old* to have another child, you know? ... So I had those doubts, you know: *ligar* or not *ligar*, *ligar* or not *ligar*, *ligar* or not *ligar*?" Still, Dália remained undecided until the last moment.

Dália: ... So, so I was pretty indecisive, you know. Because, but if I don't intend, if I think that I'm really old to have another child at 35 years old, 36, you know, then what would I keep taking the pill for? Only to ruin my body? And I have a sensitive stomach, so it would be worse for me. And varicose veins are also a [negative] side effect of the pill. ... So I thought, 'Okay, if I have this opportunity, you know, then I will *ligar*!' Sort of like that, sort of anxious, sort of indecisive. So when I arrived in the operating room is when was I told [my doctor to do the tubal ligation].

Dália did not appear to receive adequate information and counseling about alternative methods of contraception and this may have added to her uncertainty and indecision. She relied on sketchy information from her neighbor about the high costs of an IUD insertion to discard that option as a viable long-term reversible alternative method of contraception. From these comments, it seems clear that she had not discussed alternatives with her obstetrician. Her doctor's offer of a free tubal ligation during the cesarean may have been an additional incentive for Dália to choose to get sterilized.

It is also interesting that although Dália (in Natal) is just one year older than Graciela (in Porto Alegre), Dália's doctor was so much more open to the idea of sterilization, even to the point of

offering to do it for free. In addition, where the Porto Alegre obstetrician cited Graciela' *young* age as a reason to not have the sterilization, Dália cites her *old* age as a reason to be sterilized. Recall from the Postpartum Survey results that mean age at sterilization at the private hospital in Porto Alegre was four years more than in private hospital in Natal (34 vs. 30 years, respectively), so these different views on age may reflect regional differences about the ideal ages of both starting and ending childbearing.

Case #4: Rosângela

Rosângela managed to get sterilized at age 24 after the birth of her fourth child in the public research site hospital in Natal. Her first three children were delivered vaginally and the last was delivered two months prematurely by emergency cesarean section due to placenta previa, a condition in which the placenta precedes the amniotic sac in the birth canal and can lead to serious complications such as hemorrhaging, as happened with Rosângela. Rosângela had a strong desire to be sterilized and had made several previous attempts to arrange for the procedure, though had failed for a series of reasons. However, perhaps due to the emergency nature of her surgery, she did not request a tubal ligation before or during her cesarean operation. Most importantly, Rosângela consent was not requested before the sterilization was done.

I was present during the surgery and noted that it was a nurse assistant who said Rosângela wanted a tubal ligation. After the baby was safely delivered, the nurse assistant simply said, "She wants to *ligar*." The lead obstetrician performing the surgery asked the nurse assistant, "She wants to *ligar*?" The assistant nodded and the doctors immediately began to perform the tubal ligation procedure. After the surgery, I spoke to the nurse assistant about her comment. A second nurse assistant was also present during the exchange.

Kristine: How did you know that the patient wanted a *ligação*?

Nurse Assistant #1: Huh?

Kristine: How did you know that the patient wanted a *ligação*?

Nurse Assistant #2: She's asking you how the doctor knew that she wanted a *ligação*.

Nurse Assistant #1: He already knew.

Kristine: But how did you know?

Nurse Assistant #1: It was already her fourth child, wasn't it? I asked her if she could afford to have more children. It was a medical indication.

This was the extent of my conversation with the nurse assistants because they both hurried away from me. When I interviewed Rosângela at her home several weeks later, I asked her about what happened in the hospital.

Kristine: ... You didn't ask that [the doctor] do the *ligação*?

Rosângela: No. I didn't ask for it, but I really appreciate that he did it. It's what I wanted. I'd also run around like crazy trying to get one.

Kristine: And why did he do it? Did he tell you about your problem [placenta previa]?

Rosângela: He didn't say anything. He only told me afterward.

Kristine: What did he say afterward?

Rosângela: He said, 'I tied your tubes. It wasn't meant to be done, or was it?' [*'Não era pra ligar não?'*] I just nodded my head that it was.

Later in the interview, I asked Rosângela what was the best part about the birth, about her time in the hospital.

Rosângela: Only when the doctor told me that he did the *ligadura* was when I was happy, because it really was what I wanted. I ran around like crazy, asking one and asking another [for a *ligadura*]. A doctor. I'd even asked a politician.

This last comment brings up both Rosângela's strong desire for a sterilization as well as her series of failed previous attempts to arrange one. During her previous pregnancy she had gone to the university hospital to request a *ligadura*. Rosângela reported that the social worker told her that she was too young for a tubal ligation and recommended an IUD. When she was denied the tubal ligation, Rosângela said she became so angry that she discontinued prenatal care and only returned to the hospital to deliver her child.

During the most recent pregnancy, Rosângela went to a public health post to try to arrange a sterilization with a doctor there. Rosângela reported that the doctor agreed to do a sterilization but only if Rosângela paid her 250 *reais* in advance. (Despite the apparent commonness of paying for a sterilization out-of-pocket, it is not legal for public health doctors to request or accept payment for any service.) Given that Rosângela earned very little money selling dishtowels on the street and that her estranged husband offered virtually no financial support, 250 *reais* was a virtually impossible amount of money for her to raise. Still, she persisted with the doctor, even to the point of agreeing to deliver in what others called a substandard hospital. But because she began hemorrhaging when she was seven months' pregnant, she went immediately to the closest (and better-equipped) public hospital where she subsequently had the cesarean and got sterilized.

Regarding Rosângela's attempt to get sterilized through a politician: she explained that she just needed to promise her vote to a politician and he would arrange for the tubal ligation.

Rosângela: ... So [people] arrive there after glasses, license plates, papers, documents. He does everything, but it's like this: he wants your voter registration number because he keeps a record of who will vote for him, you know? Even *ligação* too.

But she was unsuccessful in this attempt because she had been unable to locate the doctor to whom she had been referred before she went into premature labor.

Rosângela had tried to arrange a sterilization during her third pregnancy and when the social worker recommended a reversible method because of her young age, she was so angry that she said it made her discontinue prenatal care. Then during the current pregnancy she tried two different ways to arrange for the sterilization: first through a public health doctor who agreed to do it but for an unreasonable—and illegally solicited—sum, and then through a politician. Because her baby was born prematurely, she did not have to seek out the doctor referred to her by the politician. Rosângela's desire for a sterilization was so strong that she had tried for two pregnancies and had employed multiple strategies to get try to arrange one.

Though Rosângela was extremely satisfied with the outcome of her cesarean and subsequent tubal ligation, her case nonetheless raises some important issues about consent and contraceptive counseling. At the time the sterilization was performed, she was not asked whether she wanted the procedure, nor did she receive any kind of counseling about reversible methods. From her experiences at the university hospital, it is clear that Rosângela was not open to hearing about alternative methods of contraception because her mind was set on a sterilization. Still, it is important to be aware that the doctor who did the tubal ligation had no idea of her past history or of her desire for the procedure.

Case #5: Úrsula

Úrsula's case shows just as strong a desire to end childbearing by way of sterilization and it also presents another strategy by which a woman seeks out the procedure: through a more powerful connection. At age 22, Úrsula was pregnant with her second child. She had given birth to her first child less than a year before by cesarean, so she had a strong medical indication for a second cesarean. (A repeat cesarean is almost always indicated in this setting if enough time has not elapsed, e.g., at least two years, between the surgeries to allow the uterine wall to fully heal so as not to risk rupture along the uterine scar.) Before Úrsula tried to arrange for a sterilization through her connection, she first took a more traditional route in which she tried to convince a SUS doctor to do the procedure for which she would pay out-of-pocket. She did find an obstetrician who was willing to do the tubal ligation. She said that the doctor told her that she would have to pay for both the cesarean and the tubal ligation out-of-pocket, because, as he claimed, the public health service would not cover either surgery (which was not true: the cesarean would be covered). He told Úrsula that he would do the surgeries but that it would cost her at least a thousand *reais*. Given that this total amounted to nearly three months of Úrsula's household income, she gave up on that attempt.

Meanwhile, Úrsula's was in contact with a lawyer who was helping her sue her former employer for firing her during her first pregnancy. The lawyer asked her if she wanted a tubal ligation. When Úrsula said she did, her lawyer made an appointment with a doctor she knew in Ceará-Mirim, a town about 33 kilometers (20 miles) northwest of Natal.

Úrsula: I went by bus to Ceará-Mirim. So [the doctor]...looked at me and said ...'Why do you want to ligar?' So then I told him about my financial situation, that I already had one [child], that if I had more than two I knew I wouldn't be able to afford it. And I wanted to stop with two. So he said to me, 'But you don't think that you're really young to ligar with two children?' I told him no, that for me it was the ideal. He said, 'Okay then. Do those exams and bring them here and we'll schedule the surgery. Come back next month.' So I went back the next month and took the [results of the] exams. ... Then he scheduled the surgery. Only everything went wrong. Because he set the date for Friday, to give birth there, but I began to feel pain on Wednesday.

Úrsula began to feel labor pains and began to lose amniotic fluid. Úrsula wanted to go immediately to Ceará-Mirim but a neighbor convinced her to go the nearby public hospital in Natal, just for a vaginal exam, because it was the closest hospital. She borrowed ten *reais* from the neighbor and took the bus to that hospital. But when she got to the hospital, Úrsula saw women in labor about to give birth and said, "I won't stay here now. I'm leaving!" So she went back to the bus stop to wait for the bus to Ceará-Mirim but unfortunately one never passed by. She finally convinced a taxi driver to take her, for two *reais*, to a more central location where she picked up a minibus to Ceará-Mirim. But when she arrived at the hospital in Ceará-Mirim, she was told that the lights in the operating room were not working. So she and another three women were sent by ambulance back to the large public hospital in Natal (the public hospital research site), where Úrsula had a cesarean and no tubal ligation.

Úrsula: And I didn't get a *ligação*, not anything. ... Through the phone call from the lawyer he would have done [the sterilization] for free. So I lost my chance. [A few days after my cesarean] I tried to talk to him...but I didn't manage to. He had just left. Because I was going to see how things were, you know, in case I could still do the surgery now. Because I have two small children at home. How will I manage things with another surgery? [My husband] already took two days of vacation so that he could be home with me now. ... I got screwed out of my *ligação*. [*Dancei com a minha ligação.*]

Though Úrsula was in labor and losing water she refused to be examined at the nearby public hospital in Natal for fear that they would force her to stay there to deliver. She was so determined to get her *ligação* that she left the hospital before being seen and went to great trouble to get to the hospital 33 kilometers away. Although her cesarean and tubal ligation had been scheduled for just

two days later, nature and circumstances intervened and Úrsula missed her chance to be sterilized. Her ability to realize her goal to be sterilized was thwarted by broken surgical lights and going into labor sooner than expected. Since Úrsula could only get the sterilization done at the one hospital out of town, when that hospital was not functioning she was out of luck.

Finally, toward the end of the interview, I asked Úrsula to explain to me why she wanted a sterilization. She explained the strength of her desire in the following way.

Úrsula: Why do I want to *ligar*? I can't afford to have more than two children. It's not that I can't afford to have them, I can afford to have them. I can't afford to support more than two children. [*Não é porque eu não tenho condições de ter, de ter eu tenho. Eu não tenho condições de manter mais de dois filhos.*] ... What's the use of putting three, four children in the world and not have anything to give them?

Úrsula's case points out some interesting elements in a poor Brazilian woman's struggle to get the sterilization she desperately wants. She employed multiple strategies to try to arrange the procedure, first through a prenatal care doctor with whom she had no previous connection. When that failed, her more powerful connection, a lawyer, used her connections with a doctor in another town to arrange the sterilization for Úrsula. After just a brief conversation with Úrsula, during which she recounted her reasons for wanting the sterilization, the second doctor agreed. There was no counseling about reversible contraceptive methods nor any discussion of the possible disadvantages of an irreversible method. However, despite the great lengths to which Úrsula went to arrange the sterilization, she was not able to achieve her goal.

Discussion

This paper has attempted to flesh out some of the meaning behind the high rates of sterilization in Brazil in the mid-1990s. I have shown that women in the public sector strongly desire a tubal ligation though are often thwarted in their attempts to achieve that goal. In addition, women in Natal seem to have higher demand for sterilization than do women in the Porto Alegre. A woman, particularly a low-income woman who delivers in a public hospital, can employ a variety of techniques to try to achieve a desired sterilization, from paying for the procedure out-of-pocket—though this is an undesirable option given financial difficulties—to using a more powerful acquaintance to intercede with a doctor upon her behalf, to selling her votes to a politician, to hoping the doctor will take mercy on her and do the sterilization for free. A woman in the private sector is more likely to be able to achieve a desired sterilization, though as we saw in Graciela's case, it is not necessarily a foregone conclusion that a private doctor will agree to do the procedure, particularly in Porto Alegre.

These data were collected in 1995-96, so apply to the situation for Brazilian women seeking sterilization before the change in the law in 1997. Evidence exists, however, that women continue to have difficulties obtaining their desired sterilization. In a prospective study of women in four cities in Brazil done in 1998 and 1999, Potter et al. (2003) found that there was a high level of demand for sterilizations done postpartum in both public and private sector hospitals. Among women who wanted no more children and who met the age and parity requirements for sterilization, a much higher proportion of those who delivered in the private sector got sterilized postpartum, compared to those in the public sector (33% vs. 12%, respectively). Moreover, over 48% of these women who delivered in public hospitals left the hospital wishing they had been sterilized, compared to only 15% of women who delivered in private hospitals.

Caetano and Potter (2004) also found little evidence, even after passage of the law, that doctors or women were unaware of the provisions of the law or even of its existence. Interviews done in 1999 showed that a minority of doctors knew about the provisions of the law and also knew that no licensed hospital was available where they worked for them perform a legal sterilization. While other doctors knew of the law, they were vague about what it entailed. Finally, a number of them were not aware at all that the law had authorized sterilization. "Indeed, by the end of 1999 only five hospitals had been licensed to provide sterilization, all of them in Recife [the state capital]. Only 61 sterilizations were reimbursed by the SUS in 1999 in all of the state" (Caetano and Potter 2004: 97).

Finally, analysis of the recently released 2006 *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher* shows that of the approximately 6.8 million women in Brazil who do not want any more children, are 25 or older and who have two or more children, 49% have tried—and failed—to get a sterilization at some time in the past. The main reasons women recounted for not getting the sterilization they wanted were that they tried but the health service did not agree to do it (22%), "tried and didn't get it" (26%), "gave up" (22%), and "other" reason (21%). While it is unclear if the women attempted and failed to get a sterilization before or after the passage of the law, it is highly doubtful that all of the failed attempts happened more than nine years before the survey took place. Therefore, we can safely conclude that, despite the law which created the provisions to make sterilization available to women, many are still unable to get the sterilization that they desire.

Through a combination of quantitative and qualitative methods, this chapter gives voice to Brazilian women's experiences of trying to obtain a surgical sterilization. By looking more closely at the strategies that women employed to get the procedure, as well as their determination to obtain one, it is clear that sterilization is a highly desirable commodity. Some of that desire may be the result of a contraceptive method mix that has shrunk to just a few methods, both in people's minds

of the viable options and in reality based on the services available, for example, the pill for spacing births and sterilization for stopping births (Potter 1999). But no matter the reason that women in Brazil came to strongly want sterilization to end childbearing, it is clearly a commodity they will go to great lengths to obtain. Sadly, poorer women, who are more at the mercy of institutional rules and SUS doctors' goodwill, are much less likely to get the sterilization they want than are richer women with closer ties to their doctors and the ability to pay directly for the surgery that will free them of the fear of getting pregnant in the future.

References

- Caetano, André and Joseph E. Potter. 2004. "Politics and female sterilization in Northeast Brazil." *Population and Development Review* 30(1): 79-108.
- Dalsgaard, Anne Line. 2000. "Matters of life and longing: Female sterilization in Northeast Brazil." Ph.D. Dissertation, Institut for Antropologi, University of Copenhagen.
- Hopkins, Kristine. 2000. 'Do Brazilian women really want to deliver by cesarean?' *Social Science & Medicine* 51: 725-740.
- Hunter de Bessa (2006). "Medicalization, reproductive agency, and the desire for surgical sterilization among low-income women in urban Brazil." *Medical Anthropology* 25: 221-263.
- Janowitz, Barbara, Walter Rodrigues, D. L. Covington, Jose Maria Arruda and Leo Morris. 1985. 'Cesarean section in the northeast region of Brazil, 1978-1980.' *American Journal of Public Health* 75: 560-562.
- Potter, Joseph E. 1999. "The persistence of outmoded contraceptive regimes: The cases of Mexico and Brazil." *Population and Development Review* 25(4): 703-739.
- Potter, Joseph E. , Elza Berquó, Ignez H. O. Perpétuo, Ondina Fachel Leal, Kristine Hopkins, Marta Rovey Souza, and Maria Celia de Carvalho Formiga. 2001. "Unwanted cesarean sections among public and private patients in Brazil." *British Medical Journal* 323:1155-1158.
- Potter, Joseph E., Ignez H.O. Perpétuo, Elza Berquó, Kristine Hopkins, Ondina Fachel Leal, Maria Célia de Carvalho Formiga, and Marta Rovey Souza. 2003. "Frustrated demand for postpartum female sterilization in Brazil." *Contraception* 67: 385-390.
- Remez, L. 1996. "More than half of all Brazilian contraceptive users rely on sterilization." *International Family Planning Perspectives* 23(4): 184-187.

Aborto provocado: uma realidade ilegal

Rebeca de Souza e Silva
Carmen L. B. Fusco

I. Introdução

O Código Penal brasileiro, em sua Parte Especial, Título I, “Dos Crimes Contra A Pessoa”, em seu Capítulo I, “Dos Crimes Contra A Vida”, penaliza o aborto, logo após os crimes de Homicídio, do art. 124 ao art. 128, sendo que neste último admite o aborto, praticado por médico, em dois únicos casos, a saber: I - quando é o único recurso para evitar a morte da gestante (aborto necessário); II - se a gravidez resultou de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. (BRASIL, 1940)

No entanto, o país tolera um grande número de clínicas clandestinas além de conviver com um enorme montante de abortos realizados em condições inseguras, sobretudo os auto-provocados.

Tanto para o Brasil, quanto para o Estado de São Paulo, a aplicação de um modelo de decomposição da fecundidade, elaborado por Bongaarts (1980), permitiu destacar a importância dos métodos contraceptivos – na época, referindo-se quase que exclusivamente à pílula – e do aborto provocado, no acentuado declínio da fecundidade ocorrido no Estado de São Paulo – que, por sua vez, foi maior que o anotado no restante do país; apesar de o contraceptivo desempenhar papel decisivo nesse declínio, o aborto provocado aparece com importância acentuada. (Berquó et al., 1985). Mais que isso, há fortes indícios de que esta situação prevaleça até os dias atuais

Ou seja, em linhas gerais, pode-se argumentar que o declínio da fecundidade ocorrido no Brasil, na década de 70, foi devido ao amplo uso da pílula anticoncepcional e do aborto provocado. Na década de 80, uma grande parte desses métodos foi substituída pela esterilização feminina (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 1994).

O binômio aborto provocado e método contraceptivo talvez seja o expoente mais expressivo da pauta da saúde sexual e reprodutiva. Não obstante, por se tratar de assunto controverso, permeado por aspectos éticos, morais e legais, torna-se difícil a obtenção de dados fidedignos sobre a efetiva

necessidade das mulheres nessa esfera fundamental o que, por sua vez, inviabiliza a implementação de serviços públicos a ela adequados.

De maneira mais enfática, argumenta-se que, na ausência de métodos contraceptivos ideais – o próprio preservativo tem alguma porcentagem de “falha” e, conseqüentemente, não é tido pelos especialistas como um método totalmente eficaz como contraceptivo – aumenta a probabilidade de ocorrer uma gestação não planejada e, por conseguinte, a da opção pelo aborto provocado.

O déficit de contraceptivos adequados fica ainda mais evidenciado, quando se leva em consideração a excessiva procura pela esterilização cirúrgica, irreversível, ocorrida na década de 80. Para melhor entendimento da magnitude desse problema, observe-se que na França a referida porcentagem é de 6%, na Inglaterra de 7% e na Itália tão somente de 4%. Atualmente para o direito à esterilização, no Brasil, a mulher deve ter pelo menos 25 anos de idade ou dois filhos nascidos vivos. Não raras vezes, entretanto, as mulheres têm seu segundo filho bem antes de completar 25 anos e, conseqüentemente, já podem se candidatar à esterilização cirúrgica – o que fazem, sem ao menos terem tido a possibilidade de conhecer os métodos contraceptivos reversíveis.

Mesmo assim, é um recurso cada vez mais requisitado pelas mulheres. Como salientado por Silva, em nosso meio, para se evitar uma nova gravidez não planejada ou mesmo indesejada, às mulheres unidas cabe a opção pela esterilização, mas às solteiras, apenas um outro aborto (SILVA, 1992).

Parece não haver dúvidas de que mulheres e/ou casais buscam livrar-se de uma gravidez não desejada a qualquer preço. Como nos dias de hoje o número de filhos desejados situa-se entre um e dois, além das relações sexuais pré-maritais e/ou esporádicas serem cada vez mais freqüentes, verifica-se um incremento no número de gestações não planejadas, sobretudo por parte das mulheres solteiras e ainda sem filhos. O aborto provocado é o único meio de solucionar o impasse de uma gravidez não desejada e solitária.

Quanto à fecundidade, um breve balanço da literatura sobre o tema revela que houve uma acentuada queda em seus níveis – em torno de 50% - neste breve período de 30 anos, na maioria dos países da América latina. De um modo geral, passou-se de uma média de seis filhos por mulher a menos de três filhos por mulher nesse curto espaço de tempo (Alan Guttmacher Institute, 1994). Mais que isso, resultados recentes da PNDS-2006 mostram que essas taxas continuam declinando ainda mais rapidamente, até atingir níveis que se encontram no limite da necessidade de reposição populacional ou mesmo abaixo desse, inclusive no meio rural.

Seria isto louvável, se os baixos níveis de fecundidade reinantes no Brasil fossem fruto apenas de um maior acesso à contracepção e/ou ao uso mais adequado de métodos contraceptivos eficazes.

A verdade, contudo, é outra. Muito mais complexa e pouco alentadora. Na realidade, no Brasil, a grande maioria das mulheres não têm acesso sequer às informações necessárias para um controle efetivo da fecundidade (Carvalho; Brito, 2005), tampouco a serviços públicos de saúde que cuidem verdadeiramente do planejamento familiar preventivo. Assim sendo, a despeito do ônus financeiro, algumas mulheres optam pela continuidade de uma gestação não planejada e/ou não desejada. E, no limite, mesmo a contra gosto, recorrem ao aborto provocado, não raras vezes realizado sob precárias condições de higiene e por profissionais não qualificados.

Segundo o IAG - Alan Guttmacher Institute (1994) - cerca de 30% de todas as gestações na América Latina resultam em aborto provocado. O próprio IAG ressalta que este índice, similar ao da China, é um dos mais altos das regiões em desenvolvimento.

De maneira simplista, pode-se argumentar que uma parcela substantiva dos abortos provocados tem origem no não-acesso a métodos de planejamento familiar e/ou na falta de opções contraceptivas.

Esse argumento é confirmado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). De fato, uma das principais causas subjacentes ao aborto provocado na América Latina é a falta de acesso a informações e/ou a serviços de “planejamento familiar” (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2002).

Tal problema, seguramente, é mais grave entre adolescentes, uma vez que, a partir da década de 80, a proporção de mulheres com menos de 20 anos que se tornou mãe aumentou consideravelmente em relação às décadas anteriores; essa proporção aumentou inclusive entre as menores de 15 anos de idade. Essa tendência permaneceu até finais da década de 90, quando a proporção de mães adolescentes voltou aos patamares do início dos anos 80; não obstante, continua em patamares elevados. No Estado de São Paulo, por exemplo, em 2005, a proporção de mães adolescentes representava 16,6% (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2007).

II. Justificativa

Entre as conquistas logradas pelos movimentos sociais da América Latina durante os últimos 30 anos, sem dúvida alguma a mais emblemática, e concernente à área da saúde sexual e reprodutiva, deve-se em grande parte ao vigoroso empenho do movimento de mulheres feministas.

Foi devido à organização interna desses grupos de mulheres que o direito ao controle reprodutivo, sem o ônus de suprimir o desfrute à sexualidade feminina, tornou-se explicitado e matéria de regulamentação de vários relatórios de Congressos Internacionais de População e Desenvolvimento.

Na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, Cairo, 1994, uma vez mais pelo empenho de movimentos feministas, foi dado um passo à frente para a garantia dos direitos das mulheres de decidir sobre “quando, onde, como e com quem ter filhos”. A Conferência do Cairo, em seu Programa de Ação, reconheceu, também, pela primeira vez em um documento intergovernamental, o aborto inseguro como grave problema de Saúde Pública (parágrafo 8.25). Mais que isso, tratou de garantir o atendimento médico às mulheres com complicações decorrentes de um aborto provocado (NACIONES UNIDAS, 1995b).

O Plano de Ação da Conferência do Cairo além de legitimar, através de um documento de consenso internacional, o conceito de Direitos Reprodutivos, estabeleceu as bases para um novo modelo de intervenção na saúde reprodutiva, ancorado em princípios éticos e jurídicos comprometidos com o respeito aos Direitos Humanos.

No entanto, no estabelecimento das metas do milênio, em setembro de 2000, verificou-se um retrocesso na área da saúde reprodutiva. A chamada Cúpula do Milênio, composta pelos países membros das Nações Unidas, ressaltou a necessidade de melhoria da saúde materna, recomendando uma queda de 75% da mortalidade materna até o ano de 2015. As medidas de intervenção previstas para alcançar tal objetivo, entretanto, baseiam-se apenas na promoção e realização de partos “humanizados”, assistidos por profissionais de saúde qualificados, e maior acesso

O ponto máximo do Objetivo 5, meta 6, das chamadas metas do milênio, portanto, é o de diminuir a mortalidade materna centralizando os cuidados de saúde no momento do parto, em detrimento do enfoque à mortalidade materna como referente à morte de mulheres por complicações ligadas à gestação, parto e puerpério, vigente desde 1987 (INTERNATIONAL SAFE MOTHERHOOD CONFERENCE, 1987), reenfatizado na CIPD, Cairo, 1994, e que incluía o aborto como uma das formas de resolução possível, mesmo quando não desejável, da gestação (Naciones Unidas, 1995b). Ressalte-se o elevado peso relativo do aborto dentro das taxas de mortalidade materna (FUSCO, 2006).

Paradoxalmente, entretanto, os objetivos do milênio não poderão ser atingidos sem que se tomem providências adequadas na área de população e saúde materna (LAURENTI et al., 2007).

É público e notório que o aborto provocado é uma das primeiras causas de mortalidade materna, nos países que convivem com uma legislação restritiva a ele, e, certamente, a mais fácil de ser eliminada. No Brasil, o aborto é a principal causa de morte materna nos estados mais pobres e, nos outros, como São Paulo, é a 4ª causa, apesar de sua clandestinidade – que leva à omissão deliberada desta ocorrência – e do amplo uso do Misoprostol – que dificulta a diferenciação entre aborto provocado e espontâneo ao diagnóstico.

Não é possível, portanto, reduzir expressivamente a mortalidade materna, sem atuar de forma direta na dinâmica do aborto provocado, em nosso meio.

De nada adianta culpar as mulheres que induzem o aborto; nenhuma delas provoca um aborto “por gosto”, ao contrário, essa é uma decisão difícilíssima, sobretudo do ponto de vista psicológico e, certamente, só é adotada em casos extremos.

A legislação restritiva, em total descompasso com a realidade, provoca uma “condição de clandestinidade” mediante a qual a grande maioria dos abortos se dá de forma insegura (FUSCO et al., 2008).

Nesse sentido, o presente artigo tem como propósito central buscar “decifrar” como, quando e por quê ocorre uma maior recorrência ao aborto provocado.

III. Material e métodos

Embora tenhamos realizado seis inquéritos domiciliares com o objetivo de caracterizar a epidemiologia do aborto provocado, até o momento apenas cinco deles foram analisados, posto que o referente à região da Saúde, ou mais precisamente à área de abrangência do P.S. Milton Santos, ainda não foi devidamente avaliado e não nos permite fazer qualquer comentário.

Além desses inquéritos sobre aborto provocado, tivemos a oportunidade de realizar um inquérito sobre saúde sexual e reprodutiva entre os jovens de 14 a 24 anos de idade residentes na favela Inajar de Souza em 2007. Esse novo inquérito domiciliar foi realizado mediante a efetivação do Censo de moradores dessa faixa etária e para ambos os sexos, o que nos permitiu introduzir um enfoque de gênero neste estudo em particular. Mais especificamente, foram entrevistados 257 jovens – 123 do sexo masculino e 134 do sexo feminino

Embora todas as análises previstas para o cumprimento daquele objetivo sejam estritamente de cunho quantitativo, para a presente exposição não pretendemos entrar no mérito de como os resultados foram obtidos e tampouco nos propomos a exaltar suas propriedades estatísticas.

Nossa intenção é justamente a oposta, qual seja, de à guisa de nossa experiência acumulada ao longo destes anos, aventar ao leitor as hipóteses a que a somatória dos resultados dessas pesquisas nos conduziram, explicitando, na medida do possível, as razões que nos fazem acreditar que o panorama do aborto provocado que trazemos à baila seja, a despeito de todo o problema de subestimação inerente a tal informação -- foi detectada uma subestimação da ordem de 80% de aborto provocado entre as mulheres, o que não prejudica a análise de tendência, uma vez que as mulheres que mais abortam são também as que mais omitem a prática - aceitável, razoável, provável, ou condizente com a realidade.

Cabe ressaltar, que esses depoimentos foram fornecidos por no mínimo 5% das mulheres entrevistadas. Como trabalhamos, em geral, com grandes números, o montante de respondentes é bastante expressivo e mais que suficiente para uma análise qualitativa desenhada a esses fins.

Não foi nosso propósito primeiro, é bem verdade, mas os achados nos permitem elucidar com mais facilidade os resultados das análises quantitativas, por isso entendemos que exemplos desses depoimentos possam ser trazidos a público e servir como guia ao entendimento do que leva as mulheres recorrerem ao aborto. A maioria deles foram manifestados por ocasião da simples pergunta: você provocou algum aborto provocado? Na seqüência de perguntas de nossos instrumentos de pesquisa havia a questão referente às condições em que se considera aceitável a mulher optar pela indução de um aborto.

Na verdade, uma tentativa de justificar a declaração de ter provocado um aborto.

Sobre os inquéritos domiciliares para a caracterização do aborto provocado, destaque-se:

1. No primeiro, realizado mediante amostra aleatória de domicílios, foram entrevistadas 2.000 mulheres em idade fértil, residentes no então sub-distrito de Vila Madalena, em 1987. As poucas questões abordadas neste instrumento de coleta de dados foram reproduzidas em todos os demais inquéritos populacionais. Assim sendo, esse conjunto de questões constitui o “núcleo duro” de questões. Todos os dados aqui analisados, derivados deste inquérito, foram obtidos por questionamento direto – QD.
2. O segundo, também através de amostragem de domicílios, contou com a seleção de 1800 mulheres em idade fértil, residentes na Cidade de São Paulo, em 1993. Com metodologia idêntica à do inquérito anterior, difere desse apenas pelo fato de abordar um conjunto de questões mais abrangentes que as do “núcleo duro” – em particular a história genésica das mulheres, à qual faremos algumas alusões. Igualmente, todos os dados aqui analisados, derivados deste inquérito, foram obtidos por questionamento direto – QD.
3. O terceiro, menos pretensioso em termos da extensão dos dados coletados, devido ao tipo de abordagem, indireta (QI), que requer que o inquérito seja bastante conciso, para aumentar o grau de precisão das respostas, visto que um questionário longo, teria maiores chances de apresentar respostas errôneas e/ou em branco - também lançou mão de uma amostra aleatória de domicílios. Tanto como nos outros inquéritos, foi sorteada uma mulher por domicílio. Neste, foi previsto um total de 950 entrevistas com mulheres em idade fértil. Foi realizado no ano de 2000, na mesma região percorrida em 1987; mais precisamente, no antigo sub-distrito de Vila Madalena. Para a obtenção de informações de cunho “secreto” (QI) foram entregues às entrevistadas um questionário curto dentro de um envelope pardo, que deveria ser lacrado após o formulário ter sido auto-preenchido, para na seqüência ser devolvido à entrevistadora. Quase 80 mulheres, menos de 10% do total previsto, entregaram os questionários em branco.

4. O quarto levantamento domiciliar foi realizado mediante a entrevista de mulheres entre 15 e 54 anos de idade, residentes na Favela Inajar de Souza, em 2005, constituindo-se um Censo - foram entrevistadas 375 mulheres, mediante QD. Esse questionário foi o mais longo e mais detalhado de todos eles, graças à colaboração da ONG Gesto&Ação.
5. Os dois últimos inquéritos sobre aborto provocado, foram realizados simultaneamente em 2006. Um no sub-distrito de Vila Mariana e outro na região de abrangência do PSF Milton Santos. Para o primeiro, foram entrevistadas 1150 mulheres em idade fértil e, para o segundo, 350 mulheres.

IV. Resultados

No primeiro inquérito domiciliar, realizado em Vila Madalena, região privilegiada em termos socioeconômicos, apenas 13,6% das mulheres entrevistadas declararam espontaneamente ter provocado algum aborto no transcorrer de sua vida reprodutiva, dentre as mulheres sem filhos, bem como dentre as solteiras; contudo, essa porcentagem sobe extraordinariamente, atingindo a cifra de 68 abortos provocados para cada cem mulheres que chegaram a experimentar ao menos uma gestação ao longo da vida reprodutiva. Embora de forma menos marcante, entre as adolescentes de 15 a 20 anos de idade, essa mesma cifra gira em torno de 35%.

Em linhas gerais, o principal achado desta pesquisa (Vila Madalena) é o de que, uma vez grávidas – note-se que se faz um recorte das 2.000 mulheres entrevistadas e se analisa apenas aquelas com alguma gestação prévia, no intuito de refinar a análise, visto que só pode optar pelo aborto uma mulher que já engravidou – são as mulheres solteiras, sem filhos, entre 15 e 19 anos de idade, com escolaridade igual ou superior a 8 anos de estudo, que fazem uso de métodos contraceptivos não eficazes, as que recorrem mais amplamente à prática do aborto provocado.

Do relato das mulheres que provocaram algum aborto, em Vila Madalena, destacam-se os seguintes discursos: “Não podia nem pensar em me casar naquele momento, tenho que terminar meus estudos”; “ainda sou muito jovem para assumir a responsabilidade de criar um filho”; “estava namorando há pouco tempo, seria muita irresponsabilidade ter que casar apenas por conta da gravidez”; “meus pais ficariam decepcionados comigo, se eu parasse minha vida para ter um filho”.

Embora a análise desses discursos não tenha sido devidamente aprofundada, parece não restar dúvidas de que a opção pelo aborto, entre as mulheres, se dá realmente no afã de postergar a maternidade para uma ocasião mais apropriada – depois de formadas, depois de se tornarem independentes dos pais e/ou depois de se estabilizarem em uma relação afetiva. Emergia, desses discursos, de forma implícita, a facilidade de acesso a recursos financeiros para a realização do aborto em clínica particular. Ao que tudo indica, essas jovens não pediam dinheiro à família sob a alegação

de terem que provocar um aborto; isso, parece, não era comunicado aos pais, mas o dinheiro era conseguido com aparente facilidade. As clínicas deviam ser bem aparelhadas, pois nenhuma mulher relatou complicações pós-aborto.

Quando da pergunta: você usa algum método contraceptivo? Os depoimentos espontâneos foram unânimes em ressaltar: “agora sim” – mais precisamente, “sim, depois que passei pela experiência de abortar, comecei a utilizar” – pílula e/ou camisinha na maioria esmagadora dos casos.

Infelizmente não há qualquer relato sobre a razão de não utilizarem método contraceptivo, na medida em que tinham vida sexual e não queriam a gestação.

Seja como for, o fato é que, mesmo no momento da entrevista, pouquíssimas mulheres solteiras, em geral sem filhos, incluindo-se as que passaram pela desagradável experiência de abortar, faziam uso de métodos contraceptivos eficazes. A julgar pelo elevado nível socioeconômico dessas mulheres, e pela experiência adquirida com a realização de outras pesquisas domiciliares, acreditamos que essas mulheres só não recorriam aos contraceptivos por absoluta falta de condições de implementá-los à sua rotina de vida. Ora, a esterilização não estava, e continua a não estar, à disposição de mulheres nulíparas. Igualmente o DIU não era à época recomendado nessa circunstância e, além de não ser distribuído em Centros de Saúde, não era comprado com a facilidade de hoje. A pílula, por sua vez, apresentava muitos efeitos colaterais e, por fim, a instabilidade das relações afetivas deveria se constituir num desestímulo à opção por métodos contraceptivos eficazes, para essas mulheres em início da vida sexual e/ou reprodutiva. Enfim, mesmo numa situação bastante favorável do ponto de vista financeiro, é impossível anular a recorrência ao aborto provocado. Aliás, não é nada sensato julgar que essa seja uma tarefa exequível, como querem fazer crer os grupos anti-aborto. Nunca existiu e nunca existirá uma sociedade totalmente livre desta prática. Mais viável é aceitar esse fato e buscar minimizar os impactos negativos dela decorrentes, dos quais as mulheres mais pobres são as maiores vítimas.

O inquérito que se sucedeu a esse foi elaborado exatamente nos mesmos moldes metodológicos. Assim sendo, foram entrevistadas 1800 mulheres em idade fértil, residentes na Cidade de São Paulo – região de poder aquisitivo compatível com uma posição intermediária na escala socioeconômica. Desta feita, apenas 6,8 % do total de mulheres admitiu um aborto provocado.

Curioso, de fato, é o reduzido número de mulheres que se dispuseram a declarar a realização de um aborto. Difícil acreditar numa redução tão brusca na recorrência ao aborto provocado ao longo dos 6 anos transcorridos entre um inquérito e outro. Primeiro por que estamos falando de um período em que o “controle da fecundidade” se tornava cada vez mais ostensivo, inclusive através do

roteiro de novelas do chamado “horário nobre” que não se cansavam de mostrar o quanto viviam bem as famílias com poucos filhos e, ao contrário, como padeciam as famílias numerosas. Segundo, por que, embora o acesso à esterilização e aos métodos contraceptivos estivesse se flexibilizando, tinham elas uma oferta muito inferior à demanda a essa época. Terceiro, por que como veremos na seqüência, o perfil das mulheres que recorrem ao aborto provocado é quase idêntico ao detectado em Vila Madalena. Quarto e último, por que esse valor é muito próximo ao registrado pela pesquisa do Datafolha, onde a proporção de omissões supera os nossos 80%.

Em suma, tudo leva a crer que essa reduzidíssima proporção de mulheres que declararam voluntariamente ter provocado algum aborto, seja apenas o reflexo de uma maior participação de mulheres não-solteiras – como esperado há uma maior proporção de mulheres casadas na Cidade de São Paulo do que em Vila Madalena. Como observado por Silva e Morell (Revista da Fundação SEADE), as mulheres mais pobres casam-se mais precocemente, entre outras coisas, como um meio de sobrevivência. As solteiras, como visto anteriormente, teriam mais motivações para interromper uma gestação, além de menos necessidade de realizar uma prevenção eficaz.

Além disso, ainda há a suspeita de que uma parcela substantiva dos abortos desta região refira-se a abortos provocados antes do casamento - ou quando as mulheres ainda estavam solteiras - e ao serem elas entrevistadas, casadas, omitirem o fato.

Nesta amostra, a proporção de abortos entre as mulheres jovens e solteiras foi altíssima, quase 80%; todavia, por ser esta uma categoria que concentra um número reduzido de mulheres, desponta também um pequeno número total de episódios de interesse. Numa linguagem matemática, há menos casos de aborto no numerador dessa porcentagem apenas por conta da reduzida proporção de mulheres com “alto risco” de abortar dentre as 1800 entrevistadas.

Todavia, à semelhança do comportamento delineado para Vila Madalena, frente a uma gestação consumada, são as mulheres solteiras, sem filhos, com idade entre 15 e 19 anos, e que fazem uso de métodos contraceptivos não eficazes, as mulheres que mais recorrem à prática do aborto provocado. A única diferença existente entre os dois contextos abordados até o momento é o fato de a escolaridade não se revelar um fator de substantiva importância para a ocorrência do evento de interesse.

Do relato dessas mulheres sobressaem os seguintes diálogos: “ Não tinha estrutura financeira para ter um filho naquele momento”; “ não podia me casar naquele momento, pois eu, e/ou o pai da criança, não tinha emprego” .

Ao que tudo indica, essas mulheres precisam de emprego, mas pensam menos nos estudos; além disso, manifestam muito mais o interesse por se casar, ou valorizam mais o casamento como

opção de vida. Não referem muitos problemas relativos a seu núcleo familiar original. Como não poderia deixar de ser, os problemas econômicos são mais perceptíveis aqui do que em Vila Madalena. Embora a maioria tenha afirmado recorrer a clínicas clandestinas, cerca de 5% das mulheres reportaram complicações pós aborto, especialmente hemorragia.

Em ambas as pesquisas já citadas, bem como nas demais a serem ainda referidas, o fato de a mulher ser favorável à prática do aborto provocado revela-se altamente associado à efetivação da prática. O que não se sabe, é se elas recorrem ao aborto, por serem mais flexíveis ou se elas se revelam mais flexíveis por terem recorrido ao aborto.

Nossas análises indicaram, contudo, que as mulheres solteiras recorrem à prática do aborto mesmo tendo declarado ser totalmente contrárias à sua prática. Há uma noção subjacente tal como “tive que fazer desta vez, mas isso não voltará a se repetir”. Dentre as mulheres casadas, não se observa a prática do aborto provocado dentre as mulheres que declaram ser contrárias a tal procedimento; a idéia predominante é a de “não queria, mas aconteceu, agora vou tratar de me operar”.

Seja como for, essa variável não será mais referida no conjunto dos resultados finais. Isto por que, mesmo sem esta variável na análise, o grupo de fatores que explicam a recorrência ao aborto não se altera. Por isso, optamos por não mencioná-la neste trabalho. Gostaríamos tão somente de esclarecer, contudo, que a porcentagem de mulheres que não aceitam a indução de um aborto, ou aceitam-na apenas nos casos previstos por lei, passou de cerca de 50% em 1987 a cifras próximas a 70% no biênio 2007/2008. Aliás, outro dado confirmado pela pesquisa Datafolha. Nítida guinada conservadora em pleno processo de conquistas feministas. Como explicá-la???

No ano de 2000, ao revisitarmos o antigo sub-distrito de Vila Madalena, entrevistamos pouco menos de 900 mulheres em idade fértil. Desta feita, cerca de 20% do total de mulheres declarou ter provocado algum aborto, cifra ligeiramente maior que a obtida nessa mesma região, 13 anos antes. Não obstante, já esperávamos uma sensível melhora na qualidade da informação básica por conta da estratégia da coleta de dados.

Nesta ocasião, observamos que a região encontrava-se em um patamar ainda mais favorecido na escala socioeconômica e que a porcentagem de mulheres solteiras era mais acentuada, chegando à cifra de 45%. Metade delas fez questão de frisar que estava namorando – embora não tenham assumido esses namoros como uma relação afetiva estável. Esse fenômeno é bem peculiar ao século XXI, em que os jovens seguem morando na casa dos pais e nela convivem com seus companheiros, seja por terem que estudar por mais tempo, seja pelas dificuldades do mercado de trabalho; enfim, embora pareçam amadurecer mais cedo em relação à vida afetiva, continuam financeiramente dependentes por mais tempo.

Quase 40% das mulheres solteiras declarou ter provocado algum aborto e as adolescentes deixaram de se destacar quanto à recorrência ao aborto provocado. Provavelmente, mais instruídas, e cuidadas de forma mais próxima pela família, devem estar sendo encaminhadas de forma mais precoce ao ginecologista, precavendo-se melhor de uma gravidez não planejada.

Há um número expressivo de mulheres com gestação mas sem filhos – 48 - no momento da entrevista. É a primeira vez que a proporção de mulheres desta categoria chega a chamar especialmente à atenção. Além disso, o dado mais alarmente a esse respeito é o de que a elas atrelam-se 69 gestações, todas tendo resultado em aborto provocado.

Por outro lado, neste contexto, além da fecundidade ser baixíssima, mulheres jovens com um único filho não desejam uma nova gravidez. Nas duas pesquisas anteriores as mulheres declararam que dois seria o número médio ideal de filhos para se ter (hoje em dia). Nesta pesquisa esse valor é de tão somente 1 (hum) filho por mulher o que, diga-se de passagem, coincide com o valor obtido em Vila Mariana.

Isso ocorre sobretudo porque as mulheres estão cada vez mais voltadas para si mesmas e para sua profissão, querem resolver essa etapa antes de adentrar uma vida a dois. Planejam casar-se com mais de 30 anos e só depois querem pensar em ter filhos.

Essas observações derivam de perguntas específicas existentes no questionário; por sua vez, as respostas foram dadas sem a presença da entrevistadora.

Agora, apenas “não ter filhos” e “ser solteira” respondem pela maior recorrência ao aborto provocado diante de uma gestação indesejada; nem a escolaridade, nem a idade pesam na decisão pelo aborto.

No inquérito populacional conduzido no sub-distrito de Vila Mariana, em 2006, apenas as mulheres sem filhos nascidos vivos delineiam o perfil de maior recorrência ao aborto provocado, frente a uma gravidez inoportuna e/ou não planejada.

Nesta pesquisa, metade das entrevistadas era solteira e 45% delas julgava que o ideal seria não ter filho algum.

A região de Vila Mariana, tanto quanto a de Vila Madalena, é um reduto de classe média/alta; assim é possível visualizar com mais propriedade a postergação sistemática das mulheres em relação ao casamento e/ou à construção de uma nova família. A prioridade dessas mulheres é investir no próprio futuro, em seus estudos e em sua independência financeira. Aqui, contudo, a independência emocional do parceiro sexual fica mais evidenciada. Os relatos espontâneos chegam a incluir o seguinte depoimento “ Não dá para ter filhos nos dias de hoje, em que a mulher tem que gerir sozinha sua vida” ou “ Como poderia pensar em ter filhos se não consigo sequer me

sustentar” ou ainda “Até eu conquistar um lugar ao sol nesta vida, já terei passado da idade de ter filhos”.

A independência afetiva anda lado a lado com o desalento, com a falta de perspectivas no campo profissional. Paradoxalmente, no momento em que as mulheres estão mais preparadas para desfrutar de suas próprias rotinas de vida, o mercado profissional torna-se competitivo, pouco promissor e mais refratário à participação feminina.

A novidade, aqui (Vila Mariana), é que apenas 6,5% das mulheres relataram algum aborto provocado. No caso da Cidade de São Paulo, com proporção similar a esta, foi diagnosticada uma baixa participação de mulheres solteiras. Não é o caso aqui. Há, portanto, duas hipóteses que podem ser aventadas na tentativa de explicar essa baixa proporção. A primeira, e que vem ao encontro do citado por vários pesquisadores, é que houve um decréscimo na proporção de mulheres que recorrem ao aborto provocado (MONTEIRO; ADESSE, 2007). A segunda, é que por conta da retração na aceitação do aborto provocado (sobretudo pelo apelo religioso muito em voga nos dias atuais, com forças renovadas), o sub-relato de aborto provocado tenha-se intensificado.

Particularmente, compactuamos com essa segunda hipótese, por dois motivos em particular. Um dos motivos é o de que, pela primeira vez, terceirizamos o serviço de levantamento de dados por força do caráter multidisciplinar da pesquisa-mãe em que estava aninhada esta nossa pesquisa. Outro motivo, e o mais contundente, é a enorme quantidade de abortos declarados como Espontâneo, particularmente entre as mulheres casadas e sem filhos.

Finalizando, saliente-se que, em pesquisa anterior, realizada entre mulheres em idade fértil residentes na Comunidade Favela Inajar de Souza, em 2005, observou-se uma média de somente 1,6 filhos por mulher (taxa proxy de fecundidade). A maioria dos nascimentos, 62,3%, ocorreu antes de a mulher completar 25 anos de idade. A partir dessa idade, as mulheres continuaram a recorrer amplamente à prática do aborto provocado, no afã de controlar sua fecundidade (FUSCO, 2006).

...na minha primeira gravidez, provoquei um aborto...eu era muito nova, tinha 17 anos, tava noiva e não queria ter filho naquela hora....pus 2 comprimidos na vagina; não funcionou; precisei ir para a clínica fazer curetagem. (N., 34)

...já tinha 2 filhos...tinha separado...esqueci de tomar a pílula...fiquei grávida, resolvi abortar...tomei chá e cytotec...terminei no hospital... (L., 33)

...eu tinha 19 anos, não queria...era solteira...esqueci de tomar a pílula... fui para uma clínica...colocaram uma sonda, quer dizer, não tenho certeza, porque me deram uma anestesia e eu apaguei... (V., 29)

...já tinha 2 filhos...a menstruação tava atrasada...tomei Cytotec...ninguém me ajudou, fiz tudo sozinha... (E., 30)

...fiz quando tinha 18 anos...estava namorando...usei a pílula errado; agora estou grávida de novo..."não faço novamente, desta barriga, porque meu namorado está me apoiando e como ele é manjado, tenho medo que ele me faça alguma coisa". Se não... (A, 22)

...tive 2 filhos... solteira...no terceiro resolvi abortar...tomei anil...fui para o hospital fazer curetagem...nunca mais engravidei ... (S., 19)

...fiz o aborto com 16 anos...era solteira...tomei 2 comprimidos de cytotec e coloquei 2 na vagina... tive hemorragia e infecção...fui para o hospital...fiquei com problemas depois para engravidar... (N., 32)

(Favela Inajar de Souza, 2005)

Esses depoimentos são denotativos tanto da precocidade do início da vida reprodutiva nessa população, como dos principais fatores que levam essas mulheres a provocar um aborto. Elas o fazem cedo, quando ainda não possuem filhos, ou mais tarde, quando já possuem o número de filhos desejado e não querem, ou não podem, mais tê-los. O fato de estarem sozinhas, solteiras ou separadas, ou não poderem contar com o apoio do companheiro, é o agravante que as faz decidir por essa opção.

Não obstante, a população desta Comunidade revelou-se contrária à prática do aborto provocado. Também os jovens referiram sérias restrições à legalização dessa prática. Muito provavelmente, entre outros motivos, inclusive o religioso, por que a realidade dessa população aponta um altíssimo índice de complicações pós-aborto (cerca de 90% entre as mulheres em idade fértil, 2005). O inquérito da favela Inajar de Souza, também, foi o primeiro a fazer-nos defrontar com um montante exageradamente elevado de abortos espontâneos. Nesse inquérito, foram declarados 82 abortos provocados e 62 abortos espontâneos (Fusco, 2006). Não há de ser mera coincidência, pois isso não existe em Ciência.

Essa população é extremamente jovem e, a despeito de possuir uma renda familiar mediana de apenas 2,5 salários mínimos, apresenta uma média de apenas 2,3 filhos por mulher, o que redundava em uma taxa proxy de fecundidade de 1,6. A fecundidade e o casamento mostram-se bastante precoces nessa população, sendo que uma grande concentração de abortos se dá entre as mulheres que já completaram sua fecundidade, independentemente do fato de serem casadas ou solteiras; elas recorrem sobremodo ao aborto após atingirem o número de filhos considerado ideal.

Por último, entre as mulheres com alguma gestação, nessa comunidade, ser solteira e pouco escolarizada são os fatores que respondem pela maior recorrência ao aborto provocado.

V. Inquérito atual sobre saúde sexual e reprodutiva

A precocidade da união aliada a uma baixa fecundidade, observada nos inquéritos sobre aborto provocado realizados na favela Inajar de Souza, causou-nos um certo desconforto. Primeiro,

por que a manutenção desses baixos níveis de fecundidade se dá preponderantemente às custas de aborto provocado, com freqüentes complicações físicas. Já seria esperado que o ônus de um aborto clandestino recaísse sobre as mulheres mais pobres, como é o caso das moradoras dessa comunidade; entretanto a precocidade com que isso ocorre nos deixou perplexa. Segundo, porque se bem é certo que elas recorrem ao aborto após terem atingido a fecundidade desejada, também é certo que o primeiro aborto provocado ocorre em média aos 21,9 anos de idade (50% deles, antes dos 20 anos) (FUSCO, 2006).

Em suma, novamente, o peso do aborto clandestino recai sobre as mulheres logo no início de sua vida reprodutiva.

Enfocar o comportamento sexual e reprodutivo dos jovens residentes nessa favela, pareceu-nos a melhor opção para o aprofundamento das questões relacionadas à ocorrência de gestações indesejadas que, no limite, resultam em aborto provocado em condições precárias.

A saber, o discurso em voga na comunidade científica era, à época do delineamento do projeto em pauta, o de que, por falta de recursos econômicos, as mulheres buscavam sair da casa dos pais através do casamento e uma gestação seria o atalho mais prático para essa nova vida. Assim sendo, questões referentes à importância atribuída a vários quesitos – casar cedo, ter carro, estudar, ter filhos, ter casa própria, etc – foram investigadas.

Dentre as 134 mulheres entrevistadas, 99 (cerca de 74%) já haviam iniciado sua vida sexual e, por conseguinte, as 35 jovens sem vida sexual ativa não puderam dar informações relevantes ao tema em estudo. Observou-se que 56 mulheres, daquelas 99, já haviam tido ao menos uma gestação - mais precisamente, 37 delas tiveram uma única gestação e as outras 19 mais de uma.

Contudo, quase 80% dessas mulheres afirmou que não desejava e/ou não planejara a(s) gestação(ões). E, surpreendentemente, mais da metade delas alegou que usava algum método contraceptivo antes de engravidar. A despeito desse cenário, apenas 6 delas – pouco mais de 10% - optaram por interromper deliberadamente a gestação.

Primeiro, as mulheres dessa pesquisa dão muito mais importância a seus estudos, a ter casa própria, ou a ser independentes financeiramente, do que a casar ou ter filhos. Isso justificaria, a nosso ver, a elevada proporção de gestações indesejadas. Segundo, apesar de a maioria esmagadora das jovens que engravidaram não ter emprego regular – algumas poucas referem fazer algum “bico” eventual - seus companheiros, sim, possuem alguma fonte de renda mais estável – anote-se que, para isto, deve pesar o fato de eles no geral serem mais velhos – e apóiam inteiramente a decisão de as mulheres darem continuidade à gestação, segundo os depoimentos delas próprias. Terceiro, a larga recorrência aos métodos contraceptivos, não traduz de forma alguma, o real e/ou eficaz uso dos mesmos.

Por um lado, o fato de a ONG Gesto&Ação distribuir gratuitamente preservativos e pílulas nesse local, em menor escala leva a que esses jovens sejam induzidos a garantir que os utilizam; por outro lado, pelo depoimento das mulheres sobre “o que falhou” fica evidenciada tanto a forma incorreta de uso como as “falhas” (sic) do próprio preservativo. Há depoimentos em que as mulheres simplesmente dizem que “não sabem o que deu errado”, mas são poucos. A maioria dos depoimentos refere o uso inadequado de preservativos – “estávamos com pressa e a camisinha não ficou bem colocada” ou “devo ter engravidado justo no dia em que não deu tempo de colocar a camisinha”. Em menor escala, mas com uma frequência que chama à atenção – 5 das 56 mulheres – a alegação é de que “a camisinha furou” - essa porcentagem está, de fato, além do esperado para as falhas deste método.

Enfim, para as jovens em situação de pobreza, o casamento ainda é uma opção concreta de encaminhamento de projetos de vida. Certamente, porque as dificuldades e a competitividade de mercado, que já obstaculiza os projetos das moradoras de Vila Mariana, põem por água abaixo qualquer ambição dessa jovens.

Enquanto a grande maioria das mulheres sem gestação (78%), é solteira, apenas 30% daquelas com alguma gestação o são. Ou seja, há uma altíssima correlação entre nupcialidade e gestação precoce.

Por outro lado, entre os 123 homens entrevistados, 102 já haviam iniciado a vida sexual. Desses, apenas 28 reportaram ter engravidado alguma de suas companheiras. Embora a proporção de gestações seja bem inferior à observada no relato das mulheres, as gestações são, igualmente, majoritariamente (85%) consideradas indesejadas e/ou não planejadas. À diferença do que referem as mulheres, porém, menos da metade desses jovens, 11, afirmou ter filhos nascidos vivos, via de regra os mais velhos, e 9 – cerca de 32% - os mais jovens, que suas companheiras interromperam, deliberadamente, alguma gestação.

O mais instigante é o fato de 8 dos 9 homens que relataram a experiência com o aborto provocado referirem que a companheira, e/ou a mãe da companheira, foi “quem não queria o bebê”. Alguns, inclusive, afirmaram que só tomaram conhecimento da gravidez após a realização do aborto. Apenas um alega ter tomado a decisão em conjunto com a companheira. Questionados sobre se assumiriam a paternidade caso as companheiras optassem pela continuidade da gestação, esses 8 homens responderam afirmativamente.

Os homens jovens comportam-se de forma menos ‘machista’ do que poderíamos supor a partir do inquérito anterior. Obviamente, esse comportamento não pode ser generalizado aos mais velhos. Não obstante, esses jovens deparam-se, em grande escala, com uma gravidez indesejada

e/ou não planejada, sobretudo por “falha” no uso do método contraceptivo sic – especialmente a “camisinha”, visto que a maioria das mulheres que tentou fazer uso da pílula, segundo relato delas próprias, necessitou abandoná-la devido a efeitos colaterais. Reiteramos, com mais propriedade portanto, nossa idéia sobre a necessidade de se investir recursos financeiros para a obtenção de um método contraceptivo eficaz e inócuo, e de fácil acesso, destinado ao início da vida sexual.

VI. Considerações finais

Entre as mulheres em início da vida reprodutiva – jovens, solteiras ou sem filhos – há uma maior recorrência ao aborto provocado quando da consumação de uma gravidez.

As razões para a ocorrência de gestações não-planejadas, inoportunas, ou indesejadas, em plena era de acesso facilitado aos contraceptivos, é um misto de descuido – uso errôneo de métodos contraceptivos; despreparo – uso de métodos pouco eficazes, como uso de preservativos sem espermicidas e sem um contraceptivo associado; e um pouco de “ingenuidade” também, ou falta de conscientização, ou falta de educação preventiva em um sentido mais amplo desta – os jovens como que “acreditam” que relações eventuais não se revertem em risco potencial de gestação; é como se: com eles/as isso não pudesse ocorrer.

Nos contextos socioeconomicamente mais favorecidos, um maior acesso aos métodos contraceptivos não se revelou, como desejaríamos, suficiente para evitar a ocorrência de gestações indesejadas e/ou o aborto provocado.

Ao contrário, a ocorrência de gestações indesejadas e/ou não planejadas esteve presente em todos os inquéritos populacionais, em uma proporção crescente à medida que transcorrem os anos – 1987 a 2007. No início, contudo, esse evento era restrito sobretudo às mulheres solteiras, jovens, sem filhos e mais escolarizadas. No final, ficou circunscrito simplesmente às mulheres sem filhos. A nova dinâmica das relações de gênero, na qual o casamento não se revela mais como forma de realização da mulher, aliada às novas oportunidades de estudo e trabalho justificam esse panorama. Inclusive justificam a enorme porcentagem de mulheres que julga ideal não ter filhos. E acabam por confirmar que não há como se evitar a recorrência ao aborto provocado, pelo menos enquanto não houver opções contraceptivas adequadas ao início da vida reprodutiva. O aborto provocado, na atualidade, é a única opção que esse grupo de mulheres tem para não se deparar com um nascimento inoportuno.

Na população da favela Inajar de Souza, como não poderia deixar de ser, o aborto assume papel de destaque na manutenção de níveis baixos de fecundidade. A falta de perspectiva profissional dessas mulheres leva-as à maternidade precoce e à impossibilidade de sustentar os filhos – principalmente no caso de a mulher não ter um parceiro – e as conduz à prática do aborto provocado.

Pode-se deduzir que nas populações em situação de pobreza, mais vulneráveis ao aborto inseguro e à morbidade a este relacionada, o aborto representa um importante papel no controle da fecundidade; ora para as jovens primigestas, com gestações não-planejadas e inoportunas, ora para as mulheres que já possuem o número de filhos desejados, mas que são igualmente jovens.

Atualmente, graças a medidas tomadas nos últimos governos, em relação ao acesso a métodos contraceptivos, este chegou a um nível tal que permitiu uma prevalência elevada do uso de contraceptivos. No entanto, apesar da grande maioria das mulheres unidas utilizarem algum método contraceptivo, 80,6% (PNDS-2006, Brasil, 2008), e uma grande parte delas ter sido submetida à esterilização, 29,1%, resta ainda um percentual significativo de gestações não-planejadas e/ou não desejadas paralelamente à “necessidade insatisfeita de métodos anticoncepcionais”, que, por sua vez, é mais expressiva nos estratos mais vulneráveis da população (TAVARES et al., 2007).

Não há como ignorar o papel relevante do aborto provocado no processo de transição da fecundidade (Martine, 1996). E tampouco acreditar que ele deixará de existir num simples piscar de olhos. O aborto continuará a ser um recurso indispensável nesse processo. E Tietze, 1986, já afirmava que o aborto seguro, aliado aos métodos de barreira, é a forma mais segura de manter a fecundidade dentro do limites desejados.

O aborto estará particularmente presente nas populações pobres, que apresentam um risco maior de agravos à saúde justamente por conviverem com o aborto ilegal, clandestino e inseguro.

Equidade em saúde, no caso do aborto provocado, só se revela possível mediante a legalização do aborto.

VII. Referências Bibliográficas

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Aborto clandestino: una realidad latinoamericana**. Nueva York: Alan Guttmacher Institute, 1994. Disponível em: <http://www.womenslinkworldwide.org/pdf/sp_proj_laicia_amicus_app_agisp.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2006.

BERQUÓ, E.; FARIA, V. Migrações e fecundidade em quatro contextos brasileiros. In: CONSELHO LATINOAMERICANO DE CIÊNCIAS SOCIAIS. **Reproducción de la población y desarrollo**. Montevideu: Clasco, 1985.

BONGAARTS, S. The fertility inhibiting effects of the intermediate fertility variables. In: SEMINAR ON THE ANALYSIS OF MATERNITY HISTORIES, 1980, London. Paris: International Union for the Scientific Study of Population and World Fertility Survey, 1980.

BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/16/1940/2848.htm#PE_T1_CP1>. Acesso em: 20 jul. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Relatório.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2008.

CARVALHO, J. A. M.; BRITO, F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 351-369, jul./dez. 2005.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **A fecundidade da mulher paulista.** São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, 1994. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/bs_1/documentos/pnds_1996/00frontmatter.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2008.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **A situação da população mundial, 2002.** Nova Iorque: UNFPA, 2002.

FUSCO, C. L. B. Aborto inseguro: frequência e características sócio-demográficas associadas, em uma população vulnerável - Favela Inajar de Souza, São Paulo. Dissertação (Mestrado)_Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

FUSCO, C. L. B.; ANDREONI, S.; SILVA, R. S. E. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza, São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 78-88, mar. 2008.

HOLLERBACH, P. E. Recent trends in fertility, abortion and contraception in Cuba. *International Family Planning Perspectives*, New York, v. 6, n. 4, p. 97-106, dec. 1980.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000: nupcialidade e fecundidade: resultados da amostra.** Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/nupcialidade_fecundidade/censo2000_fecundidade.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2008.

INTERNATIONAL SAFE MOTHERHOOD CONFERENCE, 1987, Nairobi, Kenya. Washington (DC): World Bank, 1987.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A Saúde materna e os objetivos de desenvolvimento do milênio. **Revista Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.ung.br/index.php/saude/article/viewFile/63/98>>. Acesso em: 20 jul. 2008.

MARTINE, G. Brazil's fertility decline, 1965-95: a fresh look at key factors. **Population and Development Review**, 1996; 22: 47-75.

Monteiro, M. F. G.; Adesse, L. (Org.). Seminário Magnitude do Aborto no Brasil: uma análise dos resultados de pesquisa. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/downloads/ipas_ims_seminario_aborto.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2008.

NACIONES UNIDAS. Plataforma de Acción. La mujer y la salud. Párrafo 106k. In: _____. **Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer:** Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Nueva York: Naciones Unidas, 1996. cap. iv, p. 42. [A/CONF.177/20/Rev.1]. Disponível em: <<http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N96/273/04/PDF/N9627304.pdf?OpenElement>>. Acesso em: 20 jul. 2008.

NACIONES UNIDAS. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Derechos reproductivos y salud reproductiva. Párrafos 7.2-7.11. In:_____. **Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo:** el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas, 1995a. cap. vii, p. 37. [A/CONF-171/13/Rev.1]. Disponível em: <http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/572_filename_finalreport_icpd_spa.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2008.

NACIONES UNIDAS. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Salud de la mujer y la maternidad sin riesgo. Párrafo 8.25. In:_____. **Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo:** el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas, 1995b. cap. viii, p. 56. [A/CONF-171/13/Rev.1]. Disponível em: <http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/572_filename_finalreport_icpd_spa.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2008.

SILVA, R. S. **Aborto provocado: sua incidência e características: um estudo com mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), residentes no subdistrito de Vila Madalena.** 1992. Tese (Doutorado)– Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

SILVA, R. S. Especulações sobre o papel do aborto provocado no comportamento reprodutivo das jovens brasileiras. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 249-261, jul./dez. 2002.

TAVARES, L.S.; LEITE, I.C.; TELLES, F.S.P. Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.10, n.2, jun.2007

TIETZE, C. **Induced abortion.** New York: Population Council, 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Unsafe abortion:** global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. Geneva: World Health Organization, 1998.

YAZAKI, L. M. Fecundidade da mulher paulista abaixo do nível de reposição. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 65-86, set./dez. 2003.

Passagem solitária: parto hospitalar como ritual em Salvador da Bahia, Brasil

Cecilia McCallum
Ana Paula dos Reis

Introdução

Os hospitais são símbolos poderosos da modernidade. Verdadeiros templos à racionalidade e à tecnologia, contrapõem-se à religião. No entanto, o parto hospitalar – tema desta comunicação – tem sido analisado como um processo ritual na antropologia da reprodução, notadamente no livro *Birth as an American Rite of Passage*, de Robbie Davis Floyd, publicado em 1992. O livro trata da experiência de parir em hospitais norte-americanos a partir de uma perspectiva derivada da antropologia da religião, através de uma teoria do ritual derivada de Van Gennep e de Turner, entre outros. Como tese principal, Davis Floyd sustenta que o parto hospitalar é um processo regido por “um modelo tecnocrático”, no qual as estruturas de poder institucionais estão imbricadas com um alto valor atribuído à tecnologia. O parto hospitalar regido pelo modelo tecnocrático visa, como rito de passagem, inculcar valores principais da ‘Cultura Americana’ – em que a ciência e a tecnologia, as instituições e o poder patriarcal são superiores à natureza, aos indivíduos, às famílias e às mulheres. Na prática, o parto hospitalar atinge os indivíduos de um modo completo: é um rito de passagem que busca *transformar* as parturientes, não simplesmente em mães, mas num sentido mais amplo, levando-as à aceitação e incorporação destes ‘valores e significados culturais chaves’.

Embora essa etnografia de Davis-Floyd – ressalto sua alta qualidade – seja bastante citada entre estudiosos do parto e da reprodução na antropologia como um todo, sua tese tem sido ignorada no que diz respeito à função ritual do parto hospitalar. Não teve êxito como uma contribuição à teoria do ritual nas sociedades modernas.

Há vários motivos para isso, entre os quais, o teor excessivamente culturalista da teoria, já ultrapassada no momento da sua publicação (Bell 1992), quando já ganhava força uma apreciação teórica do ritual mais dialética, que incorporava elementos da teoria da prática. Retornarei ao

tema da teoria do ritual, mais adiante. Gostaria de sugerir, antes de começar a exposição da nossa etnografia, outros dois possíveis motivos, também importantes, para esta falta de interesse no estudo de Davis-Floyd no mundo antropológico. Primeiro, é que ainda há uma tendência a tratar tópicos como "reprodução" e "parto" – assuntos de mulher – como marginais à antropologia (isto já foi sinalizado na coletânea organizada por Davis-Floyd e Sargent, de 1997). Um outro motivo relaciona-se com a teoria da sociedade: Existe um entendimento de que o ritual *stritu sensu* tem uma função englobante nas sociedades pré-modernas e nas teocracias; nas sociedades modernas, por contraste, o sagrado é restrito a uma esfera delimitada. O que existe fora do sagrado não é o ritual, se não a "ritualização", que pode ser análoga ao ritual religioso, mas é concebida como fundamentalmente distinta. Nesta perspectiva, a origem da falta de interesse no livro de Davis-Floyd é a persistência, na base epistemológica da antropologia, da dicotomia entre sociedades 'modernas' e sociedades tradicionais e/ou "primitivas". Retornarei a estes pontos mais adiante.

Nesta comunicação, inspiramos-nos no trabalho de Davis-Floyd. Exploramos as narrativas de mães adolescentes e jovens que vivenciaram a experiência do parto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. Os desdobramentos fisiológicos deste evento são aqui considerados como um processo simultaneamente emocional e mental, para o qual a parturiente e aqueles que a cercam conferem sentido e produzem significados. Através da análise das narrativas e da etnografia do hospital, revela-se que os profissionais de saúde e as jovens mães constróem distintos elencos de significados sobre o parto. Na perspectiva das jovens primíparas, o parto é a conclusão da sua transformação em mães, no pleno sentido social e cultural desta concepção, ou seja, como algo que as legitima e valoriza. Quando estas jovens falam sobre a experiência no hospital, o parto aparece como o momento definitivo e conclusivo de um "rito de passagem" que as conduz a um novo *status* social, o de mãe. Elas mesmas explicitam este significado.

A passagem é simultaneamente simbólica e fisiológica, um processo biossocial, ou seja, em que o biológico e o social são inseparáveis¹. Nossa etnografia mostra que esta passagem, vivenciada como difícil, sofrida e solitária, é também contestada. Isto dificulta a noção de que o parto hospitalar é um ritual de passagem em sentido pleno. Além disto, desde o início chamamos a atenção para um aspecto essencial desse parto: não se trata *apenas* de uma passagem para a maternidade. O parto hospitalar transcorre através de marcados diferenciais de poder entre as parturientes e os profissionais de saúde. E os procedimentos relativos ao parto, bem como suas interpretações, não ocorrem de uma forma consensual; são sujeitos a negociação e a contestação (Jordan 1997). Nos

1 (Jordan 1997; Davis-Floyd & Sargent 1997; Lock 1993; Behague 2002).

hospitais públicos de Salvador, a constituição e a contestação da desigualdade de raça, classe, gênero e idade se incorporam de um modo intrínseco à passagem para a maternidade.

Metodologia

O material apresentado neste artigo faz parte de um estudo maior que combinou métodos qualitativos (etnografia e entrevistas) e quantitativos (um censo dos profissionais) realizado durante 2002 e 2003, em uma das principais maternidades públicas de Salvador, Bahia. O Hospital Maternal da Bahia (nome fictício) é uma importante maternidade da rede SUS e conta com 80 leitos e cerca de 8000 internações anuais, das quais mais da metade são para partos normais e cerca de 25% de cesáreas. Dos partos realizados, aproximadamente 50% são em mulheres de 15-24 anos. O HMB oferece serviços de planejamento familiar e de pré-natal e funciona como um hospital-escola. É referência na atenção a mulheres com gravidez de alto e médio risco.

Para este artigo analisamos 26 entrevistas semi-estruturadas com jovens mães, das quais metade tinha entre 15 e 19 anos e o restante entre 20 e 24 anos. No primeiro grupo, dez passavam por sua primeira experiência de maternidade e três já tinham filhos, No segundo, seis eram primíparas e sete multíparas. Todas as entrevistas, exceto duas, foram realizadas nas residências das informantes, e duraram entre uma hora e meia e três horas. Nossa observação da dinâmica hospitalar é também utilizada na análise aqui apresentada. A pesquisa foi aprovada por comitês de ética de pesquisa. Nas entrevistas, utilizamos o *Consentimento Informado*, assinado por entrevistadas e entrevistadoras.

As características socioeconômicas das jovens entrevistadas são típicas da clientela do hospital. A maioria nasceu em Salvador e reside em bairros de classe popular ou (raramente) de classe média baixa. Seus pais trabalham geralmente em empregos de baixa qualificação e suas rendas familiares variam de menos de um até cerca de seis salários mínimos. Com exceção de duas, todas as informantes se autodenominaram como não-brancas (morena ou negra). As primíparas de 20-24 concluíram o segundo grau; três das sete multíparas nesta mesma faixa etária e uma das primíparas entre 15-19 anos possuem este grau de escolaridade. As adolescentes multíparas não terminaram a escola primária. As primíparas entre 20-24 anos destacam-se também no trabalho; cinco trabalhavam antes do nascimento de seus bebês. Em contrapartida, apenas uma multípara, entre 20-24 anos, estava trabalhando antes do seu último parto. A maioria das entrevistadas entre 15-19 anos mantinha-se em relações estáveis, com o pai de seus bebês. No grupo de 20-24 anos, quatro primíparas eram casadas e viviam com o marido e uma era viúva. Entre as multíparas, seis eram casadas. Destas, cinco viviam com seus sogros (2) ou com seus pais (3). Apenas duas viviam apenas com seu marido e filhos. Em resumo, seis jovens que iniciaram suas carreiras reprodutivas depois dos vinte anos eram menos dependentes financeiramente de seus

parentes, mais escolarizadas e mais sujeitas a residir com o parceiro do que as outras vinte informantes que foram mães na adolescência. Assim, para as entrevistadas, residência própria ou independência financeira não eram um pré-requisito para a vida adulta. A experiência da maternidade, em sim, operava a saída da infância, como mostra a próxima sessão.

O início do trabalho de parto

As mulheres de baixa renda em Salvador sabem que não é fácil conseguir internamento em uma maternidade pública. A maioria das parturientes, entretanto, busca um hospital para dar a luz seus filhos. O HMB é uma escolha comum. Seguindo orientação de mulheres mais velhas, as entrevistadas normalmente permaneceram em casa até o início do trabalho de parto, aguardando que o intervalo entre as contrações diminuísse. Elas argumentam que se não estivessem com suficiente dilatação certamente não seriam internadas. As chances de serem admitidas, portanto, aumentam muito se as parturientes chegam na maternidade em um estágio adiantado do trabalho de parto. Mesmo assim, se não há leitos disponíveis, as mulheres não são internadas e iniciam, então, uma verdadeira *via crucis* (como nomeiam alguns obstetras) pelos hospitais, o que se torna dramático à medida que o trabalho de parto se intensifica. A situação torna-se pior para as mulheres cuja gravidez é considerada de alto risco, ou para aquelas que entram em trabalho de parto prematuramente, porque além da carência de leitos obstétricos e neonatais em toda a cidade, as maternidades não possuem Unidade de Terapia Intensiva.

Solange (16 anos) procurou internamento em um hospital localizado no subúrbio da cidade, em uma sexta-feira à noite. Não conseguindo, retornou para o mesmo hospital no sábado de manhã. Os funcionários então lhe forneceram uma lista de cinco hospitais. *“Eles disseram que eu precisava de uma cesárea por que eu tinha 16 anos”*. A entrevistada chegou no HMB às 11:30 da manhã, mas só foi internada às 15:00 horas (seu filho nasceu, de parto vaginal às 20:55).

Francine (19), uma das duas informantes de classe média baixa, declarou, como muitas outras, que escolheu HMB por causa de sua boa reputação. Além disso, contribuiu para esta escolha o fato de ter realizado suas consultas pré-natal no ambulatório dessa unidade, além de ter uma parente próxima que trabalha no hospital. Indagada sobre seu estado emocional ao sentir suas primeiras contrações, declarou que experimentou um misto de medo e de alegria antecipada:

“Vinha assim no meu pensamento... na mesma hora que vinha: “Ah, vou ver minha filhinha”, vinha o medo e como ia ser, a dor. Que a gente só pensa na dor, né? Como ia ter, se eu ia ficar muito tempo lá, essas coisas assim. Aí ao mesmo tempo eu ficava triste, por causa da dor, e ficava alegre porque ia ver minha filhinha. Aí, fica essa confusão na cabeça da gente.

Medo é um tema freqüente nas entrevistas e aparece de diferentes formas: medo da dor; medo de ser incapaz de parir (de expelir o bebê); medo da morte, delas próprias ou de seus bebês; também, em alguns casos, medo dos maus-tratos dos profissionais de saúde. Contudo, a ênfase sobre o bebê, neste último estágio da gravidez, é freqüente em muitos testemunhos, independentemente, aliás, da reação inicial à gestação

Admissão no HMB

Construído nos anos setenta, o HMB é um edifício de concreto, de estilo indefinido, localizado em uma rua movimentada de um grande bairro de Salvador. Em frente ao hospital há um ponto de táxis, utilizado por parte das usuárias quando retornam às suas casas. Um amplo *hall* de entrada permite uma fácil aproximação das usuárias ao balcão de recepção. Apenas profissionais do hospital, mulheres em busca de atendimento e, durante o horário de visita, suas famílias e amigos, estão autorizados a atravessar uma pequena porta, localizada ao lado direito deste *hall*, sempre monitorada por um segurança ou um policial militar. No corredor que se segue a essa porta há uma portinhola, além da qual se realizam os trâmites burocráticos do internamento.

Os parentes das entrevistadas sugerem diferentes estratégias para que as parturientes busquem facilitar o internamento. A mais freqüente recomendação é que as jovens mantenham-se calmas e que não gritem, pois este comportamento, na perspectiva das informantes, pode irritar os profissionais. O pai de Júlia, no entanto, julgava que uma cena de fingimento de dor poderia ajudar.

“Eu tava tão confiante, sentido dor, mas calma. Chegou meu pai a dizer: “Vão mandar você voltar pra trás. É melhor você chegar lá gritando, fazendo o maior escândalo pra deixarem você ficar logo lá”.

Júlia sabia que teria que entrar no hospital sozinha. Parentes e pais dos bebês participam do momento do internamento, mas, sem dúvida, a principal personagem é a própria mulher. Quando admitida, e quando o trabalho de parto não está tão avançado, a parturiente informa a seus parentes sobre o internamento e entregar-lhes seus pertences. Mas, em geral, eles não podem entrar no hospital nem ela pode mais sair. No caso de adolescentes, este momento é comumente marcado por manifestações de choro e desespero. Mas quando o trabalho de parto está adiantado, os familiares só ficam sabendo do internamento, caso procurem a informação. Além disso, raramente são comunicados sobre o direito da adolescente a um acompanhante no hospital. Ao contrário, há uma mensagem clara da instituição de que o parto não é um assunto da família, que deve permanecer fora do hospital até o horário de visita. As informações sobre esse direito são, contudo, fornecidas apenas em algumas circunstâncias: quando for conveniente para a instituição, isto é,

quando uma adolescente, em particular, precisa de cuidados adicionais devido a algum problema vivido antes ou durante o parto; quando nascem gêmeos (neste caso, mesmo para as mulheres mais velhas) pois familiares ajudam os funcionários no cuidado dos bebês; quando algum profissional se sente motivado, por razões pessoais, a prestar essa informação à família das adolescentes. Contudo, quando membros da família se mostram mais exigentes é mais provável que obtenham informações sobre a parturiente. Mas a maioria dos parentes se conforma com a falta de informação. Nenhuma de nossas informantes, por exemplo, questionou esse fato, a menos que estimuladas.

Júlia descreveu mais detalhadamente sua experiência, narrando o que aconteceu durante os primeiros exames médicos:

“Aí o médico que fez o exame... foi um médico, eu fiquei com uma vergonha, porque sempre eu tava indo pra médica e foi um homem. Eu não sabia nem como vestir a roupa, não tinha ninguém pra me ajudar. E o médico lá conversando com uma mulher nem ligou. Eu tive que perguntar a uma outra menina que tava lá e já tinha vestido a roupa. Porque é uma coisa nova pra mim. Uma coisa que ficava toda aberta atrás, o fundo todo aberto. Tiveram que colocar uma fita adesiva pra prender. Eu não sabia se era pra frente ou pra trás. Me deram uma touca e um pro pé. Eu disse: “Meu Deus, será que é pra calçar isso agora?”. Eu não sabia de nada. Só disseram: “Troque isso aí”, e saíram. O médico me tratou tão banalmente... não disse nada, só ficava lá conversando. Teve uma hora que eu tive uma raiva dele, mas ele nem ligava. Não me tratou nada bem. Também não me destratou, mas não me deu atenção. Eu perguntei como era o nome dele. Mas era um médico jovem, eu nem pensei que ele fosse médico. Me tratou tão indiferente.

Como Júlia, outras informantes declaram que não sabiam vestir as roupas hospitalares. A atitude fria e indiferente do médico jovem que atendeu esta parturiente, aliás, não é incomum. Este médico, contudo, tornou-se verbalmente agressivo. Ao examiná-la, falou: *“Na hora de fazer era bom, agora você sente dor!”*. Este tipo de comentário tampouco é incomum. Como mostra Behague (2002), o mesmo tipo de comunicação ocorre em outros hospitais públicos brasileiros. Nossas informantes afirmaram que esperavam ouvir comentários desta natureza. Júlia comentou indignada: *“Que absurdo! Ele [o médico] tem nada a ver com isso? Ele tá fazendo papel dele, cumprindo a obrigação dele....* Júlia manteve-se calada diante do comentário grosseiro do médico. Embora se sentisse maltratada pelo obstetra, gostou da jovem médica que lhe assistiu durante o parto. Em geral, podemos afirmar que nossas informantes distinguem os profissionais de acordo com uma escala através da qual pode se medir seu comportamento, nos seguintes termos: educado ou mal educado, gentil ou cruel; amigo ou indiferente. Ao serem indagadas sobre o que acharam dos profissionais que lhes atenderam, as informantes compararam o comportamento das enfermeiras e médicos, ou das diferentes categorias de médicos (*“pediatras são de um jeito; obstetras são*

de outro”). Mas elas não expressam um conceito geral sobre o profissional de saúde, como uma categoria distinta de características pessoais.

Os relatos sobre o momento do internamento evocam ainda um aumento de sofrimento que o sistema hospitalar impõe às parturientes e suas famílias. As informantes, em geral, afirmam que esta fase do trabalho de parto foi marcada por diferentes emoções, sobretudo negativas. Suas narrativas sugerem, ainda, que, alguns profissionais nutriam preconceitos em relação a elas, compartilhando a idéia que uma adolescente, principalmente pobre, não deveria parir. Às vezes isto parece interferir no julgamento das entrevistadas sobre os médicos. Cris (18), uma jovem interiorana, teve seu primeiro filho aos quinze anos em um pequeno hospital de sua cidade natal. Conta que sua segunda experiência, no HMB, foi muito pior. Seu trabalho de parto começou no início da manhã. Esperou em casa, onde mora com sua mãe, as contrações ficarem mais freqüentes e dirigiu-se ao HMB cerca de 16 horas. O médico da Admissão lhe disse que ela estava sem dilatação e que deveria retornar à casa. Mas, ao contrário, Cris sentia que estava prestes a parir. “O que eu deveria fazer?”, perguntou. Outra médica a viu contorcendo-se de dor e pediu-lhe que retirasse a roupa, concluindo que, na verdade, a “paciente” estava com oito centímetros de dilatação. “Quando estava preenchendo a ficha minha bolsa se rompeu”, disse Cris, “e a outra médica não olhou para mim de tanta vergonha que ficou”.

Por fim, vale ressaltar que as descrições das entrevistadas sobre o momento de admissão no HMB indicam falhas nos procedimentos de internação hospitalar. Adicionalmente, parece que, de fato, os profissionais de saúde tendem a rejeitar a gravidez e a maternidade na adolescência. Não é raro, aliás, que as informantes mais velhas elogiem mais freqüentemente os profissionais do que as mais jovens.

A sala de pré-parto

Uma vez que a parturiente se despe de suas próprias roupas e veste as roupas hospitalares, percorre alguns metros até o Centro Obstétrico (CO). Esta passagem é experimentada como um momento único. Uma vez que atravessam as portas de metal do CO, as jovens são conduzidas, prioritariamente, a um dos cinco leitos de uma das salas do trabalho de parto. Mas, caso estes leitos estejam ocupados, elas podem ser dirigidas a outros leitos, dispostos nas áreas de circulação do CO ou, ainda, na outra sala de pré-parto, normalmente ocupada por mulheres com complicações pós-aborto. Os leitos estão dispostos de modo que a cabeceira de cada um fique próximo à parede, de maneira que as “partes baixas” do corpo das parturientes ficam facilmente visíveis para todos que ali entram. Não existem biombos entre os leitos. O ambiente da sala de pré-parto é um choque para as parturientes. De modo geral as mulheres manifestam muita dor e gemem a cada exame de toque,

freqüentemente realizado. Isto impacta emocionalmente cada nova parturiente. As informantes descrevem fortes emoções e reações psicológicas, quando indagadas sobre o ambiente do pré-parto: “um hospício”, uma disse; “um show de horrores”, outra falou. Solange (16) afirmou que não estava sentindo muitas dores quando chegou na sala de pré-parto, mas quando foi confrontada com esta cena, afirmou que ficou “chocada”. Zoe (19) foi conduzida para o CO no soro, utilizado para diminuir suas contrações, mas seu bebê nasceu prematuramente. Extremamente ansiosa, mas sem dor, ela ficou toda a noite observando a cena ao seu redor:

No CO. [Vi as mulheres] no sofrimento do parto. Mais de uma mulher parindo, uma atrás da outra. Era uma mais escandalosa do que a outra [risos]. E aí eu dizia que não queria ficar assim gritando daquele jeito. Tinha gente que até pedia pra matar o menino, da dor que tava sentindo. Tem gente que acha interessante, eu achei um horror ficar ali de domingo pra segunda-feira sem. praticamente sentir mais nada, sem sentir contrações mais nenhuma, porque eu tava no soro, mas ficar ouvindo outras mulheres gritarem de dor... é uma coisa apavorante, você já tá com medo e vendo outras pessoas gritarem, você ainda fica mais apavorada, mais ainda.

Longe de estar sendo preparada para o parto por suas observações, Zoe tornou-se cada vez mais ansiosa. Francine também sentiu que seu medo acentuou-se na sala de pré-parto. Sua reação foi tentar diminuir e reprimir as contrações. Assim, enquanto experimentava as “dores do parto”, a maioria das primíparas também presenciou, pela primeira vez, outras mulheres parindo. Para a maioria delas, isto intensificou seu medo e ansiedade.

Dor e medo da dor

A maioria de nossas informantes relatou aumento do medo da dor – ou, em geral, medo – depois de juntar-se às outras parturientes na sala de pré-parto. A experiência do parto é, assim, modelada por um clima de medo crescente enquanto o processo encaminha-se para um clímax. Ironicamente, isto confirma as histórias sobre a dor do parto que as jovens ouviram fora do hospital, tanto a partir de seus parentes e seus parceiros, como pela *media*. Entretanto, as informantes não manifestaram preferência pelo parto cesáreo com o fim de evitar a dor: Com uma exceção, todas afirmaram que preferiam o parto vaginal, argumentando em favor de uma rápida recuperação no puerpério, que este tipo de parto proporcionaria. Mas a dor, ou o medo dela, domina a experiência do trabalho de parto e do parto. Todas as informantes tentaram descrever o nível de dor que sentiram e isto variava caso a caso. Algumas disseram que passaram por uma agonia insuportável. Outras afirmaram que a dor era suportável, mas as expressões de sofrimentos por parte de outras mulheres demonstravam que a dor era inevitável. Algumas descreveram um súbito aumento da dor quando as

contrações se tornaram mais freqüentes, muitas vezes como resultado da indução, por amniotomia e/ou por administração de oxitocina. As estratégias para lidar com o sofrimento neste “ambiente de dor” eram variadas. Algumas das jovens, mordiam seus lábios para reprimir a vontade de manifestar a dor. Como denominam, “comeram dor”, silenciosamente. A dor das contrações é, ainda, acompanhada de outras sensações físicas. Há relatos de frio excessivo (devido o ar condicionado) e algumas afirmaram que sentiram sede e fome (os procedimentos hospitalares adotados proibiam as parturientes de se alimentar ou beber água). Enfermeiras e auxiliares estimulavam algumas informantes a fazer força em cada contração, antes da dilatação completa. Diante disso, algumas entrevistadas relataram que passaram muitas horas fazendo força, antes do período expulsivo e sentiram-se exauridas quando estavam próximas a dar a luz. Muitas declararam que se sentiram muito fracas e cansadas para fazer força quando foram transferidas para a sala de parto.

Recolhimento emocional e tolerância heróica

Na sala de pré-parto, algumas informantes afirmaram que buscaram se distanciar da cena ao seu redor, voltando seus rostos para a parede ou evitando ouvir os barulhos característicos. Isto ocorre com maior freqüência no caso das adolescentes mais jovens. Não é raro, inclusive, que um parto ocorra na sala de pré-parto, com todas presenciando. Quando Cida (16), assistiu uma dessas cenas, deu as costas para não ver. “Eu não queria saber”, ela disse. Solange (16), por exemplo, foi uma das que optou pelo recolhimento:

Eu não gritava, não chorava, mas ficava ali me comendo de dor. Tanto que os médicos quando chegavam, pensava que eu não tava sentindo nada. Porque eu prendia as pernas, ficava encolhida, só olhando pra parede, olhando pra ver se o soro tava acabando. Ai, eu “Jesus!”, eu digo “Meus Deus! Quando eu entrar naquela sala, Pai, eu quero que você esteja lá comigo!” Ficava orando, orava. Tanto quando [o profissional] chegava lá “Venha cá mãe, cê não tá sentindo nada não?”, eu digo “Tô sentindo muita dor, desde ontem!” (risos) ...Eu não conseguia gritar e não chorava, queria gritar e queria chorar mas não conseguia. Ficava só mesmo.

Algumas das informantes mais jovens expressaram um sentimento de orgulho, diante de sua capacidade de suportar a dor silenciosamente, o que é visto não como uma aceitação passiva da autoridade dos profissionais de saúde, mas como uma manifestação de força, autonomia e autocontrole. Por isto Solange se orgulhava de não ter gritado.

As narrativas aqui enfocadas demonstram, assim, que as parturientes experimentam um forte impacto psicológico durante o trabalho de parto. Além de sobrecarregada por um corpo sujeito a sua própria vontade, à mercê de forças psicológicas, aparentemente além de seu controle, elas se

defrontam com um ambiente no qual suas sensações podem ser espelhadas ou pré-figuradas nos corpos sofridos de outras mulheres. Seu sofrimento é ampliado em seus gritos. As reações variam. Algumas dão plena expressão à sua dor. Outras, como Manuela, lembram orgulhosamente de como suportaram a experiência com estoicismo, dominando calmamente seu sofrimento. Ainda, há aquelas que tentam ocultar-se e tornar-se invisíveis, como Solange. Lúcia (19), mãe de dois filhos, interpretou seu modo de se comportar, retirando-se da interação social, como vantajoso. Segundo declarou, acredita que mulheres que fazem barulho durante o trabalho de parto estão sujeitas a ser repreendidas pelos médicos e pelos profissionais em geral. Para Lúcia, contudo, é a mulher que “faz seu filho nascer”. Por isso seria melhor ficar quieta e concentrada durante o parto, falando o mínimo possível com os profissionais de saúde.

O silêncio, então, torna-se uma estratégia de enfrentamento, uma arma para lidar com a crise. Há vários caminhos para interpretar isto. Um deles, como uma manifestação do “empoderamento” dessas mulheres. É necessário ressaltar, contudo, que entre as mulheres baixa renda de Salvador parece não existir um discurso público elaborado sobre os direitos das mulheres durante o parto. Quando se queixam da impaciência ou desatenção dos profissionais de saúde, nossas informantes recorrem a um discurso que atribui diferentes graus, em uma escala moral, ao comportamento destes profissionais: bom ou ruim, atencioso ou cruel, mal educado ou carinhoso. Elas não falam de seus direitos como mulheres. Suas falas tematizam a importância de um tratamento respeitoso e cuidadoso. Mas do ponto de vista das informantes, o silêncio durante o parto poderia também ser interpretado como uma estratégia de resistência ativa, na qual elas controlam a si mesmas durante o processo do parto. É preciso esclarecer, entretanto, que isto não significa passividade diante das imposições tecnocráticas do CO ou das imposições autoritárias dos profissionais de saúde. Ao contrário, traduz uma resistência – ou impermeabilidade – aos significados que o ambiente institucional impõe sobre elas e sobre o processo do parto. As parturientes, contudo, estão numa posição estrutural negativa em relação ao sistema simbólico do parto enquanto um ritual reprodutivo da desigualdade social em Salvador (McCallum, nd). Como pobres, negras, adolescentes, elas são posicionadas nesse sistema como anônimas e “pré-sociais”. Elas são não-cidadãs e não-pessoas; são meros “indivíduos”, a quem os detentores da autoridade não devem respeito (Da Matta, 1985). Traços deste trabalho simbólico aparecem através das narrativas de parto e não há dúvida que elas mesmas sentem que estão na defensiva contra a imposição de significados não desejados. Psicológica e emocionalmente abaladas, esforçam-se para “resgatar”, para si mesmas, significados e valores positivos, em um campo de batalha simbólico, lutando contra a ameaça de julgamentos negativos. Sabem que muitos profissionais desaprovam a maternidade na adolescência e esperava ouvir repreensão por partes deles.

Nas entrevistas com os profissionais e em nossas observações ao longo do trabalho de campo, encontramos uma gama complexa de opiniões e comportamentos. Contudo, a maioria dos profissionais compartilha da opinião que a gravidez na adolescência é um problema social e um fator chave para a reprodução da pobreza. Ainda, acreditam que as adolescentes engravidam porque não têm controle sobre seus próprios corpos, nem informações suficientes sobre contracepção. Elas se rendem a seus impulsos físicos, estimuladas pela “atmosfera promíscua” de sua casa e da sociedade envolvente. Esta atitude não é dirigida a todas as jovens parturientes, mas principalmente aquelas com menos de dezesseis anos, que são o alvo principal de suas críticas. Uma adolescente abordada no trabalho de campo, por exemplo, declarou ter ouvido do médico o seguinte comentário: “Você deveria estar em casa brincando com bonecas”. Sua reação foi desafiadora, pois ela se sentia legitimada para exercer a maternidade: “Por que? Eu tenho um marido e minha própria casa”.

Podemos interpretar essas reações como “resistência” à imposição de significados negativos. Os relatos das informantes vão desde a atitude passiva de recolhimento emocional e fechamento à interação social até uma fase ativa de engajamento psicológico com a situação. Algumas interpretam a experiência como uma prova de força e coragem. Enquanto sofrem, essas adolescentes percebem-se como resistindo à dor, em um sentido heróico. O movimento de recolhimento passivo até um engajamento mais dinâmico requer, ao mesmo tempo, esforço mental, emocional e físico. Esse “sacrifício” pode também ser descrito de modo mais positivo, desde que o isolamento social imposto pelo ambiente da sala de pré-parto – outro obstáculo – seja dominado pelo estoicismo e coragem individuais. Assim, elas passam de vítimas passivas das circunstâncias a sobreviventes vitoriosas.

Procurando ajuda: As relações sociais no parto

Invariavelmente, essa vitória é descrita como solitária. Mas quando há relações positivas com outras pessoas presentes, o processo torna-se mais fácil. Frequentemente as informantes buscam ajudas sobrenaturais para preencher a ausência de solidariedade humana. Solange e Manuela recorreram à reza, por exemplo. Algumas mulheres, nos leitos vizinhos, também ofereceram ajuda ou consolação. Mais de uma informante se lembrou de modo gratificado dos conselhos dessas outras mulheres. Uma até mesmo afirmou que não desejava que os leitos fossem separados por biombo exatamente por causa do apoio emocional de outras mulheres que estavam parindo. Algumas daquelas que ficaram por mais tempo descreveram-se como ‘virando parteiras’, pois ensinaram às novas parturientes como respirar e fazer força durante as contrações. Inevitavelmente, porém, os intercâmbios sociais mais relevantes, na estruturação do processo de parto, são com os profissionais de saúde.

Quando entram na maternidade, as jovens entrevistadas gostariam encontrar profissionais delicados e gentis. Escutamos elogios e críticas ao tratamento recebido. Geralmente os profissionais considerados delicados são anônimos e os relacionamentos com as parturientes foram efêmeros, limitados a um lugar e tempo particular no processo de parto. Todavia, quando uma jovem, como Francine, estabelece um relacionamento prévio com um médico, durante a assistência pré-natal, a qualidade do suporte emocional é mais reconhecida, embora esses médicos raramente estão presentes durante o parto. Até mesmo as interações de curta duração, quando delicadamente conduzidas, são consideradas de grande benefício. Júlia, por exemplo, que se sentiu ultrajada com o tratamento que recebeu na Admissão, elogiou a obstetra que a partejou:

Ela foi ótima! Ficou me distraindo, conversando comigo que eu tava sentindo a maior dor. Foi bacana! Perguntava: “Tá sentindo dor? Quer outra anestesia?”, aí eu falava. Aí bem na hora do parto o celular dela tocou! Oh, que absurdo! Ela mandou outra enfermeira atender o celular: “Ah, o namorado, deixei meu carro”, conversando outro assunto na hora do parto. Que absurdo, né? [Risos]. Quando nasceu o bebê, ela falou que era menina, perguntou se eu já sabia, eu falei que já.

Muito embora Júlia tenha elogiado a médica, declarou que se sentiu deslocada no momento do nascimento de sua filha. O toque do celular distraiu a atenção da obstetra da seriedade da ocasião. Como observou, a conversa da médica parecia absurda e inconveniente.

Tanto o comportamento gentil quanto o agressivo são atribuídos ao caráter de um determinado profissional, e não são relacionados a uma estrutura de poder desigual que regula as relações do processo de parto. Esta estrutura é sustentada, na verdade, pela predisposição das mulheres em atender às exigências dos profissionais de saúde. Por exemplo, algumas mulheres falaram de relações com os/as médicos/as em exames pré-natais como uma questão de escutar silenciosamente as ‘instruções’ desses profissionais. Para elas o que era importante era memorizar e obedecer (ainda que apenas de um ponto de vista estratégico) as recomendações médicas. As informantes ainda consideram que, em geral, as mulheres não teriam condição de compreender os procedimentos operados durante o atendimento ao parto. Portanto, há uma tendência a interpretar as intervenções dos profissionais na sala de parto como meramente técnicas, ou seja, como uma aplicação do saber médico operado mediante a perícia dos profissionais. Por isso, as parturientes geralmente aceitam os procedimentos a que estão sujeitas – tricotomia, indução, posição de litotomia, episiotomias de rotina – silenciosamente e sem protesto. A aquiescência é facilitada pelo conhecimento cultural sobre estes procedimentos, que elas levam consigo para o hospital. Em geral, as entrevistadas tinham noção destes procedimentos e esperavam ser submetidas a eles. Muitas afirmaram que se sentiam obrigadas a obedecer às instruções recebidas

como: “Deitar e ficar quieta”, na sala de trabalho de parto ou “fechar a boca e abrir as pernas e empurrar!”, na sala de parto .

A atitude de retraimento das entrevistadas parece ser preferida pelos profissionais que, em geral, protestam quando as parturientes gritam ou fazem barulho. Este retraimento, contudo, poderia ser por eles interpretado como uma reação psicológica que causa impacto negativo sobre o processo de parturição. Como resultado, as narrativas do parto incluíam descrições de uma “difícil batalha” para superar impulsos físicos, como o desejo de gritar, de beber ou comer, de se levantar, de defecar e assim por diante. Para reprimir estes impulsos com sucesso, as entrevistadas interpretam suas reações de contenção de modo a forjar uma identidade positiva.

A observação que outras mulheres não obedecem às instruções institucionais reforça este trabalho simbólico. Francine, que presenciou duas mulheres parirem na sala de pré-parto, criticou o comportamento rebelde de outras parturientes. Uma mulher não deixou que os médicos a examinassem e a outra se recusou a deitar.:

Teve uma que teve o nenê em pé e o nenê quase cai. Ela botava força em pé. Sorte dela que tinha um monte de gente, enfermeira, médico na sala e conversava com ela pra ela deitar, só que ela não tava nem aí. Só que quando o nenê nasceu e que botou a cabeça pro lado de fora, elas correram e botaram um lençol pra aparar o nenê. Aí deitaram ela lá. Essas mulheres assim, que não sabem se controlar, toda maluca, isso aí é ignorância. Tem que se controlar. Porque se não pode fazer nada, se sabe que tá grávida, sabe que vai passar por isso, tem que tentar se controlar. Mas não ficar com ignorância.

Esta história demonstra que o consentimento (submissão) não é uma resposta universal. Manuela, por exemplo, declarou que continuou gritando, independentemente de qualquer coisa que fosse dita pelos profissionais. Outra jovem acorrou-se sobre o leito na sala de parto e pariu seu bebê.

Abandono

Muitas informantes reiteraram a queixa de Solange, que se referiu ao sentimento de abandono e senso de exclusão vivenciado na sala de pré-parto. Francine, por exemplo, declarou que se sentiu sozinha e assustada depois que sua sogra lhe deixou no hospital:

Eu me senti tão sozinha, um medo! Eu tava acostumada a tá com todo mundo perto de mim, me apoiando e na hora que eu entrei, eu fiquei sozinha, eu não vi ninguém, não vi minha mãe, não vi minha sogra, não vi meu marido, aí foi aquele medo! Fiquei sozinha imaginando como era, como ia ser.[...] Às vezes os médicos, de madrugada iam lá pra Admissão, ficavam lá e não sei o que eles ficavam fazendo, e não tinha ninguém perto da gente. Só as colegas mesmo assim. Aí a gente se sentia muito sozinha..

Muitas das informantes, portanto, afirmaram que gostariam muito que suas mães pudessem acompanhá-las no C.O. Embora não tivesse gritado enquanto sentia as contrações, Nina (18), ressentia-se da solidão e falta da companhia materna::

Chorei muito, mas mais porque ficava sozinha, por que ninguém conversava comigo, eu sentia falta de minha mãe. Bastante. Até minha filha nascer eu chorei.

Mães

As diversas estratégias adotadas pelas parturientes na sala de trabalho de parto e na sala de parto envolvem uma reelaboração semântica do processo de parturição. As jovens reconstróem as significações e valores gerados pelo nascimento do seu filho à luz de seu próprio quadro simbólico e contra as formações das significações e valores atribuídos por aqueles que assistem seus partos. Em suas narrativas, o tema do parentesco maternal ocorre freqüentemente. As garotas mais jovens, em particular, revêem seu relacionamento com suas próprias mães quando entram em trabalho de parto e no momento do próprio parto. A dor está vinculada à própria descoberta da significação da maternidade da jovem e conduz a parturiente a reconhecer a força do laço maternal. Quando a jovem se torna mãe ela reflete sobre sua própria situação como filha. Cida (16), por exemplo, ao descrever sua transferência para a sala de parto, afirmou:

“Eles me pegaram e me levaram para a sala de parto quando eu não podia mais agüentar. A enfermeira me levou e ficou para ajudar o cara a fazer meu parto”.

A obstetra explicou a Cida que lhe faria uma episiotomia, precedida de uma anestesia local.

A moca me segurou] e a outra mandou eu fazer força, respirar fundo e depois fazer força. Aí eu fazia, aí eu respirava, aí fazia força. Fiz duas vezes pra poder ele sair...

Perguntado o que ela pensou e sentiu durante esse momento, Cida respondeu:

Só lembrava de minha mãe, as coisas que eu fazia com minha mãe, as coisas ruins que eu fazia com ela. Eu fazia ignorância. Aí eu ficava pensando, a dor que ela sentiu quando me teve é a que eu tou, que eu senti por ele.

A dor de parir é, assim, cheia de significação. Como outras parturientes, Cida transforma a dor em sinal de amor materno. Ao lembrar de sua própria mãe no momento crucial do parto, atribui outros significados à maternidade. Seu sacrifício, por seu filho, está ligado ao sacrifício passado de sua própria mãe. Talvez por isso, a ausência desta última durante o parto é muito mais pungente. Indagada se a presença da enfermeira tinha lhe ajudado, Cida respondeu afirmativamente “fiquei mais forte e corajosa”. Mas quando perguntamos se ela gostaria que alguém mais estivesse lá, ela respondeu: “Minha mãe”. Outro relato de parto dirigiu-se na mesma direção do narrado por Cida.

Zoe teve uma experiência particularmente traumática, pois seu bebê nasceu prematuramente.

Segundo narrou:

Foram duas contrações. A primeira que veio, eu senti tanta dor, era uma dor seca, uma dor diferente, é diferente das outras dores - isso aí eu tenho certeza! Mas é uma dor assim que... você não sabe se chora, não sabe se grita. Você perde até o domínio, na primeira contração, eu perdi até o domínio do meu corpo. Que eu não sabia nem fazer força! Não tem nem como você explicar a dor,depois – Graças à Deus! – a equipe de médico que eu peguei foi excelente! Que a enfermeira pegou e fez assim: “feche a boca, pare de gritar, não grite, não gema - que eu tava com gemendo, eu: huumm – (risos) pare de gemer, feche a boca e faça força pra baixo!” Eu digo: “E como é que faz força pra baixo?” Ela: “Você tá fazendo força errado, faça força pa baixo!” Aí foi que eu peguei, eu segurei. Ela me deu uma toca, eu pedi uma toca, aí peguei a toca, botei na boca e a mordi a toca – foi quando Cauã nasceu. Aí, quando veio a segunda contração que eu fiz força, ele nasceu. Graças à Deus, eu não fiquei lá, desesperada sentindo dor. A dor do parto, a única coisa que me ensinou, acho que mais ainda – que eu amo minha mãe por demais – e na hora que eu tava sentindo as contrações pa ter, a única coisa que veio em minha cabeça foi ela. Jesus Cristo! Como é que uma pessoa pode odiar uma mãe, fazer tanta coisa de mal com a mãe? Me ensinou a amar e cuidar; preservar mais ainda minha mãe. Foi a única coisa do parto assim realmente que me impressionou e vai ficar assim marcado mesmo foi isso. A dor que eu tava sentindo e a dor, a mesma dor – praticamente – que ela sentiu pra me ter.

Zoe teve sorte. Seu bebê passava bem e não tinha necessidade de ser internado na UTI neonatal. Para ela e outras parturientes o bem estar da criança é a preocupação central durante o processo de parto. Solange descreve como o parto e os primeiros vislumbres do recém-nascido marcam intensamente o amor maternal:

Olha, a dor é tanta, mas depois que nasce É um amor mesmo. Tanto que eu não me contentei em vê uma vez só... eu vi, “É homem?”, “É homem!” “Eu não acredito, traga ele aí de novo!” (risos)... que trouxe, eu digo “Aqui é o meu, Né?” “É!” “Ele tem alguma coisa?” “Eles mandaram até eu tê calma “Calma Mãe, calma!”... ôxi, eu pensei até ele ir pro berçário, tudo... mas graças a Deus não foi...

O amor parece explodir na consciência da mãe quando finalmente ela expulsa sua criança. A partir das descrições, isto pode ser traduzido como uma emoção universal, uma manifestação do aspecto “psicológico” do fenômeno biológico, um aspecto que é, de resto, fracamente apoiado nesta montagem hospitalar.

Scheper-Hughes (1992) argumenta que o amor materno é um fenômeno culturalmente construído. Ela usa uma persuasiva etnografia sobre mães em uma pequena cidade do Nordeste brasileiro, localizada em uma área na qual as taxas de mortalidade infantil eram extremamente

elevadas. Analisando em detalhe o comportamento e a fala de mulheres que perderam filhos com menos de um ano de nascido, Scheper-Hughes descreve como essas mulheres foram capazes de se distanciar emocionalmente daqueles bebês doentes. Segundo sua análise, as mães teriam concluído que seus filhos não iriam viver e que estavam destinados a morrer, tornando-se “anjinhos”. Infelizmente alguns leitores tomaram a etnografia muito específica de Scheper-Hughes como generalizável., tratando-a como se fosse aplicável a todo o Brasil de “baixa renda”. Nossa etnografia, ao contrário, mostra que o amor materno é um aspecto central nos estágios finais do processo de nascimento.

Todavia, a corporificação da psicologia da parturiente está social e culturalmente constituída. As emoções são construídas em um processo contínuo e contextualizado (Reddy, 1997). Neste caso, porém, as referentes estão distanciadas da mulher que pariu. Sua mãe ficou afastada do hospital; seu bebê é arrebatado dela para ser examinado pelo/a pediatra e pelos/as enfermeiros/as. A parturiente está reduzida a um corpo solitário, precisando de ajuda técnica e em seguida de reparo, a fim de se livrar da placenta e depois ser costurada. Exausta (em quase todos os nossos relatos) e aturdida, ela foi deixada no corredor do CO, na própria sala de parto ou na de trabalho de parto. Todavia, a memória é um poderoso contextualizador. Enquanto está deitada, a parturiente está totalmente ciente do seu papel e do significado de ser mãe em sua própria comunidade ou, no Brasil como um todo. Com base neste conhecimento, e inspirada em suas emoções, quando vê a face do seu bebê, pode construir sua própria maternidade. O tema do crescimento pessoal, da transformação em um ser adulto, com o parto, volta à tona freqüentemente. Nilce relata:

A enfermeira olhou, disse que já tava perto mesmo. Aí pegou a maca e me levou pra sala de parto e foi chamar o médico. Saí da maca fui pra cama, que deita lá pra ter. O medico não explicou não, simplesmente deu a anestesia e cortou, fez o corte antes, pra pode ter mais passagem. Foi assim: A médica tava mandando botar força, mas eu num tava conseguindo botar força. Eu tava gritando lá. Aí ele falou assim mesmo “Desse jeito, não vai dar, assim a criança não vai sair”, aí ele falou, “Coloque força”, aí eu colocando força mas só que num tava conseguindo. Aí ele pegou e empurrou minha barriga, duas vezes pra baixo, aí, pegou, saiu. Ele nasceu umas 2:55. Eu não pensei em nada. Só em sair logo e acabar com aquela dor...[ENT]: “Quando o bebê nasceu, você o viu, qual foi sua sensação?” Ah, eu fiquei contente, olhando pra ele, olhando não, porque não deu pra ver o rosto. Na hora que o médico colocou ele na minha barriga, colocou ele de costa, de costa pra mim. Fiquei querendo olhar mas não dava pra ver. Só depois que eu vi, eu pedi a enfermeira pra me mostrar. Aí ela disse que já ia me mostrar, pegou e botou aqui em cima de mim. Mandou que eu segurasse que ele tava cortando o umbigo.. Aí eu peguei e segurei com uma mão só. Depois a enfermeira pegou e botou ele lá no bercinho...[...]

O mais importante foi a hora que ele nasceu. Eu aprendi a me tornar mais forte, encarar mais a vida de outro lado. Agora que eu já tenho um filho.

Nossas informantes, como Nilce, enfatizam que o fato de ser mãe requer uma atitude de responsabilidade. Ao ser indagada se o parto tinha mudado sua vida, Nilce respondeu:

Mudou, mudou bastante..Sei que agora eu vou ter mais responsabilidade, vou ter que dobrar minha responsabilidade pra cuidar dele.

Nina, 18, também se sentiu transformada no momento do parto. Embora tenha respondido à maior parte de nossas questões sucintamente e sem muito entusiasmo, foi eloqüente ao ser indagada sobre o que sentiu, no momento do parto:

Foi uma ligeireza retada, foi rapidinho.Foi a médica, ela viu, ela estava perto. Foi na hora que o médico perfurou a minha bolsa, ele furou, aí demorou um pouquinho, a menina me ajudou lá, orou comigo, aí se não fosse a graça de Deus eu não ia botar ela pra fora, porque eu não tava conseguindo fazer força, que a dor era mais forte e eu não tava podendo respirar assim. Tinha tanto medo. Sei lá, é medo, é desespero. Mas foi Deus que me ajudou, fez o parto normal. Quando chegou na sala mandou deitar, eu deitei, já tava quase saindo, aí a médica falou: "Bote só mais um pouquinho só de força que ela sai". Aí ela saiu rapidinho. [ENT: Como foi que você se sentiu?] Eu senti acho que,sei lá, eu me senti nas nuvens, me senti diferente.. Como qualquer mulher que vai ter um filho, se sente assim normal. Normal assim de sentir alegre, sentir diferente, sentir outra pessoa. E assim,eu me senti outra pessoa quando ela nasceu, e até estou sendo uma outra pessoa. Mais cuidadosa, mais experiente, mais cabeça, mais inteligente, sabendo os sintomas tudo... tudo né, que uma criança tem. Foi um sonho pra mim ter ela, porque ela vai ser minha companheira, minha alegria, não só a minha como a de minha mãe, minha irmã, meu pai, meu irmão, o pai dela e de todo mundo. Mas acho que ela chegou em boa hora, num bom momento.

Conclusão

Até que ponto se pode considerar que os processos e eventos acima descritos integram um "rito de passagem"? Muitas vezes, os rituais suscitam significados ambíguos, contraditórios ou até ilegíveis (Bloch 1974)². Mas é de se esperar, tratando-se de um rito de passagem, que tanto os que estão sendo iniciados, quanto os que conduzem os ritos concordem quanto ao entendimento do resultado. No entanto, no HMB, não há concordância. A instituição rejeita o entendimento claro das mulheres de que o significado de dar a luz é criar o parentesco. Uma prova disso é a proibição da entrada de qualquer membro da família para acompanhar a parturiente. Por contraste, em muitos casos, as maternidades particulares permitem a presença dos familiares durante o parto, ainda que

² Bloch argues that ritual is not communication of the same order as ordinary language, emphasizing its performative aspects. The position adopted in this paper is closer to Howe's: that rituals are both communication and performance, that the two interpretations may be read as complementary (Howe 2000: 64-7). Howe emphasizes the presence of disparity and conflict between participants, not just consensus or hegemony.

como espectadores (familiares estão autorizados a presenciar o parto, mas apenas através de uma vitrine e não na sala de parto). Assim, da perspectiva dos profissionais de saúde, o parto hospitalar pode ser, sim, um evento constitutivo para a criação do parentesco, mas somente para clientes provenientes de classes média e alta, que são geralmente brancas.

Da perspectiva das jovens em sua primeira experiência de maternidade o processo de parir culmina na sua passagem para o estado de ser mãe, com sua transformação em uma nova pessoa. Elas descrevem o momento em que o bebê nasce como uma ocasião de enorme importância, uma virada nas suas vidas. Outros fatores, também, evocam a noção de "rito de passagem": de fato, a semelhança entre a estrutura da passagem temporal e espacial através dos distintos ambientes hospitalares e a passagem territorial *tripartite* detalhada por Van Gennep em 1908 é notável. Ao atravessar a área da recepção, a parturiente passa pela porta que barra a entrada dos parentes, e entra numa etapa liminar, caracterizada pela incerteza. Caso internada, a sua morte social é confirmada. A segunda fase começa na sala de trabalho de parto, vivenciada como de alteridade absoluta. Na sala de parto começa a terceira fase, o renascimento.

Mesmo sendo assim, não se pode interpretar a passagem territorial das parturientes como um processo ritual, no sentido atribuído pelo funcionalismo, por vários motivos. Primeiro, existem enormes desentendimentos entre os vários participantes. Quanto à finalidade dos procedimentos técnicos, há um grau de concordância (facilitar o nascimento do bebê e assegurar um processo de parto mais rápido). Não há acordo, porém, quanto ao efeito social destes procedimentos. Do ponto de vista das parturientes, é a própria capacidade técnica e cirúrgica do obstetra quando do nascimento que confere a maternidade (*motherhood*) à mulher. De fato, elas consideram a episiotomia, que denominam "o corte", como o procedimento tecnológico mais importante do parto hospitalar moderno (McCallum e dos Reis *sd*), porque facilita a saída rápida e segura do bebê. Do ponto de vista das nossas informantes, pouco importa o que o profissional fala, pensa ou como age, já que, independente disso, ele será um agente na transformação das parturientes em mães. Isto é, importa sua ação técnica, aplicada ao corpo, não suas palavras ou atitudes relativas a elas. Assim, mesmo no caso de um obstetra negar, verbalmente, a reivindicação dessas parturientes ao status de mãe legítima, ela interpreta a ação do obstetra ao cortar seu períneo como facilitadora de seu acesso a este papel.

De modo geral, como já temos sinalizado, os profissionais discordam das meninas quando elas reivindicam o status respeitável de mãe. Vale ressaltar que a *natureza* da maternidade é o que é reivindicado. E a atitude do profissional de saúde é ambivalente. Nossa interpretação do comportamento destes profissionais tem, até então, enfatizado que seu efeito geral é o de negar

a nova identidade social reivindicada pela parturiente. Entretanto, devemos reconhecer que esta negação é parcial e contraditória. De fato, o que surge à primeira vista como um comportamento hostil ou negativo também pode ser visto como conseqüência das imposições institucionais sobre os profissionais, ou mesmo do impacto do sistema de assistência à saúde mais abrangente em Salvador, e não o que as próprias mulheres interpretam como manifestação de atitudes e moralidades individuais (McCallum 2005). As parturientes, anônimas, chamadas de “Mãe” desde o momento em que são internadas, devem sentir esta ambivalência, ou pelo menos interpretá-la à luz da necessidade de dar sentido aos eventos vivenciados, de um modo positivo³.

Há outro empecilho para uma interpretação do parto no HMB como um rito de passagem, no sentido atribuído pelo funcionalismo. Segundo a abordagem funcionalista, a função principal de um rito de passagem reside em efetuar a mudança de uma identidade social para uma outra. A nova identidade social deveria fazer parte, ademais, de uma ordem social com algum grau de integração, e sobre a que os participantes concordam em alguma medida. Isto não corresponde ao que se passa no HMB. Como notamos, lá, a maioria dos profissionais de saúde entende que as jovens, ao se tornarem mães biológicas, mostram-se tanto como vítimas da desordem social, quanto, ao mesmo tempo, como causas desta desordem.

Assim, uma leitura clássica de “rito de passagem” entenderia que o processo efetua uma transição consensual entre duas identidades específicas, integradas numa estrutura social estável. Isto o torna um modelo fraco para interpretar o parto hospitalar descrito nesse artigo – apesar da estrutura tripartida do processo ritual e apesar do fato de que as primíparas constróem uma passagem para si mesmas (pelo menos em retrospectiva, ao serem entrevistadas⁴).

Pode-se, entretanto, tomar esta fraca adequação do conceito clássico como evidência de uma clara diferença entre os processos ritualizados em sociedades “tradicionais” de pequena escala, que seriam caracterizadas pela homogeneidade, e processos ritualizados em sociedades “modernas” de grande escala, caracterizadas pela heterogeneidade. Seguindo esta lógica, a distinção motiva a aplicação, ao parto, de uma teoria de ritual no primeiro caso, e uma teoria de ritualização no

³ We have seen the range of emotions and sensations suffered by the young women. It is important to note that the carers, too, are subject to the discomforts of the labour ward, as well as friction with their ‘patients’, the exhaustion imposed by the time schedule, and the disincentives of poor pay and conditions, although these factors are counterbalanced by the satisfactions of fulfilling their role as skilled professionals. See McCallum and dos Reis nd. The carers’ perspectives are explored in more detail in a book we are writing, provisionally entitled ‘Bearing Inequality’.

⁴ We are aware that this may be due to the narrative structure of the interviews themselves, as Good (1994) describes in chapter six, ‘The narrative representation of illness’. However, interviews can also be read as sources of information about particular experiences, when interpreted in the light of a thorough ethnography of the context in which the events described occurred.

segundo caso. Mas, como Bell (1992) assinala, são invariavelmente inúteis as tentativas de precisar onde termina o “ritual” e começa a “ritualização”. De fato, a dicotomia implícita entre tradicional e moderno, contido no contraste entre ritual e ritualização, encerra um duplo perigo: por um lado, tende a minimizar a complexidade dos ritos religiosos; por outro, tende a esconder as semelhanças entre estes e processos “seculares”, como o parto hospitalar na HMB.

Teóricos como o já referido Bell (1992), destacam a complexidade dos processos em jogo no âmbito do ritual, evitando dicotomias como tradicional/moderno ou religioso/secular, e distanciando-se das teorias funcionalistas e culturalistas. Nesta perspectiva, a partir de um olhar comparativo, pudemos notar muitas semelhanças entre a dinâmica social do parto hospitalar e a dinâmica que rege rituais religiosos em sociedades “tradicionais”. Outro teórico, Houseman (1998) analisa três rituais em três sociedades ‘pré-modernas’ (dois na Melanésia e um na Inglaterra do século XVII), concluindo que os rituais operam através de anomalias e contradições; que congregam relações sociais que normalmente se dissociam; que se distinguem, de um modo imediato, das atividades cotidianas; e que, na sua essência, são uma forma de atividade corporal em que a dor é uma parte fundamental” (Houseman 1998:448). Ora, todas estas são características presentes no HMB, o que destaca o valor da analogia entre o parto hospitalar e o processo ritual, sinalizado de modo tão instigante por Davis-Floyd.

Em seu livro *Birth as an American Rite of Passage*, Davis-Floyd, seguindo van Gennep, afirma que o parto é o ápice de um processo ritual que começa com a gravidez e continua no período pós-parto. Ela define deste modo o ritual: “Uma encenação padronizada, repetitiva e simbólica de uma crença ou um valor cultural, cujo objetivo primordial é a transformação” (1992:8)⁵. Através dos símbolos, os rituais enviam mensagens que “agem no sentido de alinhar os sistemas de crenças do indivíduo com o grupo social que está conduzindo o ritual” (*ib.*, p.10)⁶. O ritual tem a função de preservar o *status quo* (a ordem social), embora os rituais inventados possam operar a mudança social. Citando Victor Turner, Davis-Floyd constrói a noção da incorporação corporal e psicológica dos “valores centrais da sociedade”, que é o pivô da sua teoria. Adicionalmente, defende que os hospitais podem ser vistos como microcosmos da sociedade americana, na medida em que “os interesses da ciência, da tecnologia, do patriarcado, e das instituições são tomados como superiores, e muitas vezes sobrepõem-se aos interesses relativos a natureza, aos indivíduos, às famílias e, especialmente,

5 “a patterned, repetitive, and symbolic enactment of a cultural belief or value; its primary purpose is transformation”

6 “work to align the belief systems of the individual with the social group conducting the ritual”

às mulheres (dada sua desvalorização subjacente ao modelo tecnocrático)” (Davis-Floyd 1992:46)⁷. No capítulo maior do livro, a autora explica, de modo detalhado, como os procedimentos tecnológicos para o parto hospitalar impõem estes valores às mulheres e aos seus corpos. Seu enfoque recai, assim, sobre a sujeição da mulher à instituição e à cultura dominante, no processo de tornar-se mãe.

Ocorre que a abordagem teórica empregada por Davis-Floyd, que trata os procedimentos rituais como um conjunto único e integrado de categorias culturais imposto às participantes, já se encontrava sob ataque antes de ela publicar sua etnografia (Bell 1992). Duas pressuposições básicas da teoria eram já questionadas: a noção de que “cultura” é um todo coerente (*coherent whole*); e outra de que as pessoas absorvem cultura num processo, em sentido único, de “socialização”. Esta crítica, hoje largamente aceita, solapa a tese de Davis-Floyd. Todavia, consideramos que, embora descartando suas concepções metateóricas, podemos acolher seus achados como importantes para a compreensão que buscamos, neste estudo.

As parturientes, assim como os profissionais do HMB, não buscam contestar ou aplicar um **modelo**; é melhor dizer que estão profundamente empenhados, sim, na criação prática e na expressão do valor social. Este valor associa-se, no caso, a uma versão de modernidade, da qual os hospitais e os médicos, como os procedimentos tecnológicos por eles empregados, são símbolos-chaves. Defendemos que os significados são gerados, e não simplesmente impostos, no decorrer dos partos. Por isso, o valor social criado varia, a depender da perspectiva do participante – e os significados são negociados e disputados.

Em um nível, os significados gerados dizem respeito a versões distintas da maternidade. Nosso material permite afirmar que mesmo os profissionais que mais desaprovam as pacientes adolescentes e jovens entendem que estas se tornam mães, no sentido mínimo, fisiológico, embora não lhes reconheçam o alto status geralmente atribuído às mães legítimas e socialmente reconhecidas no Brasil. Há, deste modo, um conflito quanto à natureza da nova identidade social. Quando esta atitude dos profissionais é demonstrada na triagem, na sala de trabalho de parto ou de parto, é tanto instrumental quanto expressivo da disjunção social⁸. Assim, significados e valores integram a ação social, não apenas como regras que produzem atos, mas como emergentes destes atos. Ao expressar diferenças – por exemplo, entre membros legítimos e ilegítimos da sociedade, ou entre “mães boas” e “mães ruins” – operam a separação das jovens mulheres e suas atendentes, ou, de um modo mais amplo, entre o mundo social desordenado das “comunidades” (vizinhanças pobres) destas,

⁷ *‘the interests of science, technology, patriarchy, and institutions are held as superior to – and are often imposed on– those of nature, individuals, families, and most especially (because of their devaluation under the technocratic model) women...’*

⁸ See Brown 1986 on the distinction between ‘instrumental’ and ‘expressive’ acts in anthropological theory.

de um lado, e o mundo racional, moderno e civilizado supostamente habitado pelos profissionais de saúde. Os atos e os enunciados que expressam diferença, causando separação, conectam uma gama de oposições conceituais, no interior de um conjunto de valores. Assim, adolescência opõe-se a maturidade, negritude a branquidade, marginalidade social a normalidade, pessoas a não-pessoas (no sentido estabelecido por DaMatta, 1985) e assim por diante. Numa releitura da tese de Davis-Floyd há, portanto, mais em jogo do que apenas obrigar as mulheres a valorizar as técnicas científicas face à desvalorização das suas agências corporais “naturais”. Mais profundamente, as jovens parturientes negras na HMB são instadas a concordar com a visão hegemônica sobre sua agência e valor moral, que lhes delega uma posição inferior na ordem social. Na medida em que isto é feito, esta mesma ordem é reconstituída. Nesta perspectiva, enfim, há fortes motivos para considerar-se o parto hospitalar como ritual: são ambos constitutivos da “sociedade” e seguem uma mesma lógica.

Focalizamos, aqui, um processo de criação de significados no decorrer de uma experiência social específica. Para isto, exploramos o percurso fisiológico da parturição como um processo mental e emocional, no qual a parturiente e seus atendentes procuram atribuir *sentido* aos eventos e às sensações em seu decurso (Toren 1999) e, pós-facto, ao narrá-los em entrevista (Good 1994). A presente reflexão difere de muitos estudos sobre ritual, que normalmente se restringem a certos tópicos como a lógica simbólica global do ritual, ou a sua função política. Aqui, enfocamos a perspectiva da pessoa alvo do processo ritual: a mulher em trabalho de parto⁹. Buscamos desnudar, de um modo progressivo, os pensamentos e as emoções da parturiente durante cada etapa do parto, mostrando como os significados são contruídos inter e intra-subjetivamente. As interações entre a parturiente e as pessoas presentes junto a ela moldam esta viagem dos sentidos através do hospital. A dinâmica desta travessia é constituída inter-subjetivamente: a jovem mulher encontra outras pessoas, que oferecem interpretações dos eventos por ela vivenciados; interpretações que ela precisa enfrentar. Mas a dinâmica depende também da sua busca interna para o sentido de tudo. De fato, o processo intra-subjetivo e auto-referencial ganha um papel proeminente, dada a natureza extrema das sensações físicas da parturição; e dado, também, o isolamento social que os procedimentos hospitalares impõem às parturientes.

Nossa etnografia demonstra que, nos momentos em que o nascimento aproxima-se, as mulheres, cada vez mais debilitadas, sujeita a um temporal de sensações, experimentam uma confusão conceitual. As interações sociais não representam, então, uma base suficiente para o trabalho de

⁹With some notable exceptions, such as Csordas.

fazer sentido, ou, na frase de Kapferer (1979), para a reconstrução do *self*, necessária depois desta difícil fase do parto. A parturiente precisa fazer isto por si mesma, não através de relações sociais co-presentes, mas através de relações sociais evocadas. Nossos dados sugerem que a auto-reconstrução da parturiente toma forma, na fase em que o bebê nasce, através da relação com a presença ausente da sua própria mãe.

Vimos que, em muitos casos, a dor do trabalho do parto trouxe à mente da menina a imagem da sua mãe. Ela sente, naquele momento, a necessidade da presença física da mãe para aliviar seu sofrimento. Esta emoção é acompanhada de intensa solidão e abandono. Sob a força destes sentimentos, ela relembra, arrependida, um *self* anterior, um eu que maltratava a mãe, respondia-lhe, desobedecia-lhe ou desprezava. Confrontada com a dor de parir, ela experimenta uma afinidade e identidade com a própria mãe, e distancia-se desta figura anterior. Ela pergunta, “Como o meu eu anterior” pôde ter se comportado daquela forma?” Impulsionada pela dor, transforma a relação de oposição entre si e sua mãe em uma relação de identidade. Torna-se como a mãe. Nesta transformação, enquanto está deitada na mesa gelada da sala de parto, e no momento em que estende a mão mentalmente para abraçar o seu bebê (a ela oferecida momentaneamente, antes de ser levado), a parturiente, mesmo isolada das pessoas que a circundam, constrói uma nova identidade social para si mesma. Neste sentido, ela é realmente tanto a neófito quanto a oficiante do ritual no seu próprio “rito de passagem”.

Pode-se dizer que a maternidade nasce, neste lugar, nestas circunstâncias difíceis, como um produto misto de natureza e cultura (Edwards 2000): um nascimento ‘natural’ facilitado (ou possibilitado?) tecnologicamente, realizado pelo alto sacerdote da modernidade – o médico – em seu templo, o hospital. Do ponto de vista das jovens parturientes, a elevação dos símbolos de modernidade, tais como a branquidade, a civilização, a ciência e a tecnologia, não implicam em associação imediata com os opostos simbólicos desvalorizados – a negritude, o primitivo, a falta de cultura. Ao contrário, nas suas narrativas, superam a avaliação negativa, oferecida por muitos dentre os profissionais que as atendem, afirmando sua agência e capacidade de fazer nascer seu bebê. Como mulheres modernas, sendo “cortadas” por um médico, asseguram uma inscrição da modernidade em seus próprios corpos, a despeito de quaisquer manifestações de hostilidade ou indiferença por parte dos profissionais de saúde.

Seria bom fechar neste tom otimista, mas devemos voltar para a realidade sombria. Nos termos de Davis-Floyd (1992), as jovens mulheres teriam lidado com significados e valores que lhes foram impostos. Nós poderíamos dizer que elas aceitam algumas das “mensagens” oferecidas nesta versão do modelo tecnocrático de parto, que valoriza a ciência, a tecnologia e o patriarcado em

contraposição à natureza e ao corpo feminino. Defendemos, porém, que o ritual não é capaz de assegurar a plena aceitação da ordem hegemônica, com a submissão à autoridade dos significados e valores impostos por representantes dessa ordem. A resistência às demandas dos profissionais e aos procedimentos por eles ordenados que registramos – o silêncio, gritos e outros meios – é também importante. Não deve, contudo, ser interpretada nos limites de uma visão estrita da dialética hegemonia/contra-hegemonia. Tal modelo ignoraria ambivalências e pontos de concordância entre todos os envolvidos no processo enfocado. Por isto, em vez de pintar um retrato limitado da imposição de um conjunto de significados e valores coerentes relativos ao corpo feminino, e de resistência a tal conjunto, nossa etnografia do parto hospitalar revela que este é um processo vivo e vivenciado, que inclui participantes com distintas micro-histórias e pontos de vista (*standpoints*) e que está sujeito a negociação (Jordan 1997) e a diferentes interpretações. Há, no entanto, uma mensagem claríssima que emerge dos significados multi-referenciais, e interligados, que são gerados no curso desse evento.

A partir da lente fornecida pela teoria do ritual, podemos concluir que os partos têm no mínimo, um duplo resultado social. Enquanto operam a transformação da identidade social da menina primípara, constróem, de uma maneira poderosa, diferenças de raça e de classe, ordenadas através dos relacionamentos sociais assimétricos que regem o processo de parto hospitalar. Os dramas cotidianos no hospital destilam as diferenças sociais entre as mulheres pobres e pretas e os profissionais brancos de classe média, numa fórmula altamente concentrada. Para todos os participantes dos eventos que descrevemos, o comportamento e os enunciados dos outros constróem versões específicas destas diferenças, versões que sustentam a ordem social tanto dentro dos muros da instituição, quanto fora dela. E, como deve restar claro, esta construção, em constante andamento, das diferenças ancora-se numa hiper-valorização da modernidade e da ciência branca, sobre a qual concordam todos os participantes do processo de parturição no HMB.

Referências

- Alves de Souza, Guaraci Adeodato. 1992. 'Procriação intensa na Bahia: Uma "naturalidade" socialmente construída'. *Cadernos CRH* 17:57-79. (Salvador).
- Alves de Souza, Guaraci Adeodato, and Muricy, Ivana Tavares. 2001. *Mudanças nos Padrões de Fecundidade e Mortalidade na Infância na Bahia 1940/1997*. Salvador: SEI.
- Béhague, Dominique P. 2002. 'Beyond the Simple Economics of Cesarean Section Birthing: Women's Resistance to Social Inequality' *Culture, Medicine and Psychiatry* 26: 473–507.
- Bell, Catherine. 1992. *Ritual Theory, Ritual Practice*. Oxford: Oxford University Press.

- Bloch, Maurice. 1974. 'Symbols, song, Dance and Features of articulation: Is religion an extreme form of traditional authority?' *European Journal of Sociology* Vol.15:55-81.
- Brown, Michael F. 1986. *Tsewa's Gift: Magic and Meaning in an Amazonian Society*. Washington and London: Smithsonian Institution Press.
- Camarano, A. A. 1998. 'Fecundidade e anti-concepção da população jovem'. In *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: CNPD.
- Csordas, Thomas. 2002. *Body/Meaning/Healing*. Basingstoke/NY: Palgrave Macmillan.
- Da Matta, Roberto. 1985. *A casa e a rua: Espaço, cidadania, mulher, e morte no Brasil*. São Paulo: Brasiliense.
- DATASUS 2001. Website address - <http://www.datasus.gov.br>
- Davis-Floyd, Robbie E. 1992. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press.
- Davis-Floyd, Robbie E. and Carolyn Sargent (eds.) 1997. *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-cultural Perspectives*. Berkeley: University of California Press.
- Edwards, Jeanette. 2000. *Born and Bred: idioms of kinship and new reproductive technologies in England*. Oxford: Oxford University Press.
- Fox, Bonnie and Worts, Diana. 1999. 'Revisiting the critique of medicalized childbirth: A contribution to the sociology of birth'. *Gender and Society* Vol.13/3:326-346.
- Good, Byron J. 1994. *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Helman, Cecil. 1990. *Culture, health and illness: an introduction for health professionals*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Homans, 1994 [1982] Homans, Hilary. 'Pregnancy and birth as rites of passage for two groups of women in Britain'. In *Ethnography of Fertility and birth*. Carol MacCormack, ed. Prospect Heights, IL: Waveland Press. Pp.221-258.
- Hopkins, Kristine. 2000. 'Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarian?' *SSM* 51:725-740.
- Houseman, Michael. 1998. 'Painful places: Ritual encounters with one's homelands'. *JRAI* 4/3:447-467.
- Howe, Leo. 2000. 'Risk, ritual and performance'. *JRAI* 6/1:63-79.
- Jordan, Brigitte. 1997. 'Authoritative knowledge and its construction. In *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-cultural Perspectives*, eds Davis Floyd, R. E. and C. Sargent. Berkeley: University of California Press. Pp.55-79.
- Kapferer, Bruce. 1979. 'Mind, self and other in demonic illness: the negation and reconstruction of self'. *American Ethnologist* 6/1:110-133.

- Leach, Edmund. 1976. *Culture and Commuication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lock, Margaret. 1993. *Encounters with Aging: Mythologies of menopause in Japan and North america*. Berkeley: University of California Press.
- Lopes, Diva M.F. 1994. 'Transição da Fecunidade: Brasil, Nordeste, Bahia'. *BAD (Bahia Documentos e Dados)*. 4.2/3:49-55. (Salvador)
- Lutkehaus, Nancy C. 1995. 'Feminist anthropology and female initiation in Melanesia'. In *Gender Rituals: Female Initiation in Melanesia*. Nancy C. Lutkehaus & Paul B. Roscoe (eds.) NY/London: Routledge.
- Martin, Emily. 1987. *The woman in the body: A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (et al). 1995 'Oito passos para a maternidade segura: Guia básico para serviços de saúde'. Pamphlet.
- McCallum, Cecilia. 2005. 'Explaining Caesarean Section in Salvador da Bahia', *Sociology of Health and Illness*.27/2:215-242.
- _____. 1999. "Restraining women: Gender, sexuality and modernity in Salvador da Bahia". *Bulletin of Latin American Research*. Vol. 18. No.3:275-293.
- _____. 1998. 'Parto como violência em Salvador: perspectivas antropológicas'. *Anais do IV Simpósio Baiano de pesquisadoras (es) sobre mulher e relações de gênero*, Salvador, 14-16 October 1998.
- McCallum, Cecilia, and dos Reis, Ana Paula. Nd. 'Low Tech Women, High Tech World: Medical Science and Technological Procedures for 'Normal' Childbirth in a Public Maternity Hospital in Salvador, Brazil'. Paper presented at the ASA 5th Decennial Conference on "Anthropology and Science"; Manchester, July 14th-18th 2003
- PROSAD (Programa Saúde do Adolescente – Ministério de Saúde) 2000. Website. <http://www.saude.gov.br/Programas/adolescente/adolescen.htm>
- Rapp, Rayna. 1997. 'Foreword' in *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-cultural Perspectives*. Davis-Floyd, Robbie E. and Carolyn Sargent (eds.) Berkeley: University of California Press.
- Reddy, William M. 1997. 'Against Constructionism: the Historical Ethnography of Emotions'. *Current Anthropology*. Vol 38/3:327-351.
- Roscoe, Paul. 1995. ' "Initiation" in cross-cultural perspective'. In *Gender Rituals: Female Initiation in Melanesia*. Nancy C. Lutkehaus & Paul B. Roscoe (eds.) NY/London: Routledge.
- Sabatino, Hugo & Dum, P.M. & Caldeyro Barcia, R. (eds). 1992 *Parto Humanizado: Formas Alternativas*. Campinas: Ed.UNICAMP..
- Santos Junior, J.D.dos. 1999. 'Fatores etiológicos relacionados à gravidez a adolescência: Vulnerabilidade a maternidade' In *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*.Vol.1. Pp.223-229. Brasília: Ministério de Saúde.

Singh, S. 1998. 'Adolescent childbearing in developing countries: A global review'. In *Studies in Family Planning*, 29/2:117-136

Toren, Christina. 1999. *Mind, Materiality and History* London: Routledge

Turner, Victor. 1969. *The Ritual Process: Structure and Anti-structure*. Chicago: Aldine Publishing Company.

Umenai, T. 2001. Conference agreement on the definition of humanization and humanized care'. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75:S3-S4.

van Gennep, Arnold. 1960 [1908] *The Rites of Passage*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.

Wade, Peter. 1997. *Race and Ethnicity in Latin America*. Cambridge: Pluto Press.

Woortman, Klaus. 1987. *A família das mulheres*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro/CNPq.

Juventude, gênero e saúde: um estudo com alunos da Rede Estadual de Ensino Público de Santos, São Paulo, 2007

Kátia Cibelle M. Pirotta

Introdução

A adolescência é considerada um período de duração variável em que o indivíduo se prepara para assumir as responsabilidades da vida adulta e atingir sua autonomia. Não é possível formular com exatidão limites etários para a adolescência. Diversos marcos já foram propostos, sendo que o mais aceito pela literatura no campo da saúde tem sido considerar a adolescência como o período que se estende dos 10 aos 19 anos. As estratificações de caráter demográfico consideram os adolescentes pertencendo à faixa dos 15 aos 19 anos e os jovens à faixa dos 20 aos 24 anos. A juventude, por sua vez, tem sido tratada como categoria sociológica.

Tampouco se encontra consenso no âmbito jurídico sobre os limites etários da adolescência. A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, adotada pelas Nações Unidas em 1989, define de forma ampla a criança como o ser humano com até os dezoito anos de idade, não distinguindo infância de adolescência. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, define como criança a pessoa com até doze anos de idade incompletos e como adolescente a pessoa dos doze aos dezoito anos de idade.

No Brasil, o contingente de adolescentes e jovens com idade entre 15 e 24 anos soma mais de 34 milhões de pessoas. Essa população vive predominantemente no meio urbano, sobretudo na Região Sudeste, onde aproximadamente 90% dos jovens estão nas áreas urbanas. A população de adolescentes e jovens corresponde a 20% da população total das Regiões Metropolitanas.

Esses dados indicam o peso desse segmento na composição da população e a importância que esse grupo adquire na sociedade brasileira. Os adolescentes e os jovens trazem vários desafios para a sociedade como, por exemplo, a questão do acesso à educação de qualidade; a qualificação profissional e as condições de inserção no mercado de trabalho; a violência urbana, da qual os jovens

do sexo masculino são as maiores vítimas; a criminalidade e as drogas, entre outras. No âmbito da saúde reprodutiva e sexual, o acesso precário aos serviços de saúde e aos métodos contraceptivos, a ausência de uma política pública na área da educação sexual e a vulnerabilidade em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e ao HIV/Aids são questões que demandam ações junto a esse público.

Na sociedade brasileira, os adolescentes formam o único grupo etário em que a taxa de fecundidade está crescendo. Nas demais faixas etárias, a fecundidade apresenta um declínio sistemático (CAMARANO 1998; PATARRA 1995). As pesquisas demográficas indicam ainda a concentração da fecundidade num intervalo mais curto do período reprodutivo das mulheres, com o aumento da presença das jovens, com idade entre 20 e 24 anos, na fecundidade total. Esse fenômeno tem sido chamado de rejuvenescimento da fecundidade. No Estado de São Paulo, no ano de 1995, as mulheres com idade entre 15 e 24 anos responderam por 47,5% da fecundidade total (YAZAKI & MORELL 1998).

Dados do Censo de 2000 e da PNAD de 2004 reforçam essa tendência, revelando que a fecundidade prossegue declinando na década de 90, tendo atingido seu nível mais baixo com 2,1 filhos por mulher no início do milênio. A redução da fecundidade foi mais acentuada entre as mulheres mais pobres, menos escolarizadas, negras, residentes nas áreas rurais e nas regiões Norte e Nordeste – as quais apresentavam taxas mais altas em 1991 e acompanharam a tendência já delineada de queda da fecundidade (BERQUÓ & CAVENAGHI, 2006).

Em relação às adolescentes, os estudos recentes verificam um aumento da taxa de fecundidade em quase todos segmentos da população, inclusive entre as adolescentes mais escolarizadas e com maior renda. Os dados do Censo revelam que, em 1991, no Estado de São Paulo, a taxa de filhos nascidos vivos por mulher de 15 a 19 anos com 11 a 14 anos de estudo era de 58 por 1.000 mulheres. Em 2000, esse valor subiu para 86 filhos por 1.000 mulheres, variando 48%. No grupo de menor escolaridade (sem instrução ou menos de 4 anos de estudo), o valor variou 11%, passando de 282 filhos por 1.000 mulheres para 314 filhos por 1.000 mulheres (MONTEIRO, 2004).

BERQUÓ (1998) observa que a proporção de jovens em união conjugal diminui conforme aumenta a escolaridade. Segundo os dados do Censo Demográfico de 1991, tanto na faixa etária de 15 a 19 anos, quanto na faixa de 20 a 24 anos, os percentuais de homens e mulheres unidas com baixa escolaridade eram maiores do que entre aqueles com mais anos de escolaridade. Esses dados levam a autora a afirmar que *“Não há dúvida de que a precocidade da união conjugal guarda associação com o nível de escolaridade dos jovens”*. (p. 98)

SCHOR (1995) relata que, entre mulheres entrevistadas na Região Sul do município de São Paulo, em 1992, 72,1% das jovens com idade até 15 anos estavam estudando. Esse percentual ia

decrecendo, sendo que apenas 8,2% das mulheres com idade superior a 20 anos permaneciam no sistema educacional, indicando uma alta evasão escolar. Entre aquelas que ficaram grávidas na adolescência, 61,7% havia parado de estudar. Os dados levam a autora a comentar que *“É, então, factível a hipótese de que a própria desmotivação em relação às perspectivas profissionais seja um dos elementos que influenciam o desencadear da gravidez, já que o presente estudo revela-nos, em geral, que o evento da gravidez era desejado.”* (SCHOR 1995, p.151)

SCHOR (1995) observou que, quanto menor a idade da adolescente ao iniciar a vida sexual, era menor a chance dela estar usando algum método anticoncepcional e, conseqüentemente, maior a probabilidade de ocorrer uma gravidez logo nas primeiras relações.

Entre adolescentes e jovens, tem sido constatado um alto nível de informação em relação aos métodos anticoncepcionais. Desse modo, o não-uso de contraceptivos não pode ser relacionado diretamente à falta de informação. DOMINGUES (1997) observou que a esporadicidade, a falta de planejamento das relações sexuais e os mitos em relação à performance sexual são alguns dos fatores que influenciam o não-uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes e jovens.

Estudando o perfil das adolescentes gestantes na Cidade de São Carlos, em 1992, D'ORO (1992) observou que elas engravidaram enquanto eram solteiras, numa relação de namoro com um parceiro em média cinco anos mais velho. As adolescentes eram, em sua maioria, dependentes economicamente do pai e, após o parto, dependentes do parceiro. Ao engravidar, 90,0% delas já tinham interrompido os estudos, alegando falta de motivação para estudar e necessidade de trabalhar. Embora todas conhecessem pelo menos um método anticoncepcional, muitas não faziam uso de nenhum método antes de engravidar.

O estudo das práticas relacionadas à contracepção e à sexualidade entre estudantes da Universidade de São Paulo, por sua vez, mostrou que havia uma tendência de adiar o início da vida sexual e o nascimento do primeiro filho. Os estudantes referiam usar métodos contraceptivos – especialmente o condom e a pílula - e apenas um terço das gestações relacionadas pelos entrevistados resultaram em nascido vivo, apontando o recurso ao aborto como um dos fatores que garantiam a baixa fecundidade encontrada junto ao grupo (PIROTTA & SCHOR 2002). As práticas observadas num grupo com alta escolaridade, como os universitários, indicavam o desejo de postergar a fecundidade. Com efeito, nesse grupo, a idade considerada ideal para o nascimento do primeiro filho era próxima aos trinta anos, indicando as diferentes significações que a maternidade e a paternidade adquirem para os grupos sociais.

O acesso precário aos serviços de saúde, a dificuldade de obtenção dos métodos contraceptivos e de orientação médica, a inexistência de ações continuadas na área da educação

sexual, são alguns dos aspectos sociais que marcam o panorama encontrado. Para a superação desse quadro é necessário que os adolescentes recebam uma especial atenção dos formuladores de políticas públicas e que os gestores e demais profissionais envolvidos estejam capacitados para atuar junto ao grupo. A compreensão das práticas e das significações que orientam as vivências no âmbito da sexualidade e da reprodução e o entendimento de como os adolescentes e jovens constroem suas referências em relação ao sistema de gênero são de fundamental importância para a construção de respostas eficazes às situações observadas e para o respeito aos direitos e à cidadania dos adolescentes e jovens.

No presente artigo, discute-se a maternidade e a paternidade na adolescência, a escolha dos métodos contraceptivos e a busca por serviços de saúde, a partir dos discursos de estudantes da Rede de Ensino Público em Santos, no Estado de São Paulo, que aceitaram participar da pesquisa e foram entrevistados em 2006.

Procedimentos metodológicos

MINAYO & SANCHES (1993), debatendo os limites e vantagens dos métodos quantitativos e qualitativos, consideram que a escolha metodológica deve ajudar a refletir sobre a dinâmica das teorias e que só quando empregados dentro dos limites das suas especificidades, os métodos científicos podem contribuir efetivamente para o conhecimento da realidade e para a construção de teorias. Ao tratarem das ciências sociais, os autores discutem a possibilidade de objetivação num campo em que tanto os investigadores como os investigados participam da mesma ordem social. Os autores, porém, afirmam que, à despeito da possibilidade de buscar uniformidades e regularidades no comportamento humano, que podem ser estudadas e até previstas, as ciências sociais privam-se da sua essência se não escrutinarem as motivações das ações humanas. Assim, temas como subjetividade, significados, simbolismos, linguagem comum e vida cotidiana tornam-se centro das atenções dos sociólogos e antropólogos.

A antropologia contemporânea volta-se para as pesquisas com populações urbanas, não obstante suas raízes no estudo das populações indígenas ou dos estrangeiros. Em parte, esse girar do olhar para o “mesmo” e não mais para o “outro” deve-se à emergência das minorias, dos movimentos sociais e do surgimento de novos atores políticos – a mulher, a criança e o adolescente, os homossexuais, entre outros - acompanhando a complexidade cada vez maior das dinâmicas sociais. Esse novo enfoque, no caso brasileiro, veio a dar impulso aos estudos que pressupõem o trabalho de campo junto com esses grupos (DURHAM 1986). Os métodos qualitativos de pesquisa tradicionalmente empregados pela antropologia – como, por exemplo, métodos de observação

participante, histórias de vida e entrevistas em profundidade – passaram a apresentar grande interesse para os estudos voltados para as populações urbanas.

As sociedades complexas são marcadas pelo caráter fragmentário das relações sociais e pelo desenvolvimento das metrópoles. VELHO (1987) observa que as metrópoles são “... a expressão aguda e nítida desse modo de vida, o locus, por excelência, das realizações e traços mais característicos desse novo tipo de sociedade.” (p.17) Os métodos qualitativos buscam reconstruir o caráter fragmentário das relações sociais nos centros urbanos e preocupam-se com a interpretação da dimensão simbólica, reconhecida como um elemento central nas experiências vividas e no processo de construção social da realidade.

A cultura, nessa perspectiva, é vista como uma esfera de produção simbólica e um sistema de comunicação que possui dinamismo próprio. Trata-se da busca do significado no contexto da vida cotidiana e da maneira como os indivíduos interpretam e explicam as relações sociais. Daí a importância que temas como a construção social das identidades e da pessoa adquire como elemento explicativo para essa vertente teórica.

O estudo das questões de gênero é tido como um campo de grande potencial para a produção científica das ciências sociais em saúde. A construção dos significados que estabelecem o sistema de gênero é mediada pela linguagem e pela comunicação simbólica, objeto antropológico por excelência, que “...supõe e repõe processos básicos responsáveis pela criação de significados e de grupos” (CARDOSO 1986, p.103). LAURETIS (1994), de modo similar, afirma que o sistema de gênero tem a função de constituir indivíduos concretos em homens e mulheres. A autora propõe que o gênero é um produto de tecnologias sociais - como o cinema, os discursos, as epistemologias e as práticas institucionalizadas - e nas práticas da vida cotidiana. Trata-se do efeito produzido nos corpos, nos comportamentos e nas relações sociais por uma tecnologia política.

Buscando aprofundar o conhecimento sobre as relações entre adolescência, saúde sexual e reprodutiva e gênero foi desenvolvida uma pesquisa com o objetivo realizar um levantamento sobre a saúde sexual e reprodutiva entre estudantes da Rede Estadual de Ensino, no município de Santos, em 2006, e conhecer as crenças, valores e significações que dão significado às práticas sexuais e orientam a construção das identidades no grupo.

O trabalho de campo teve início com um levantamento quantitativo, empregando-se variáveis clássicas no campo da demografia, dos estudos sócioeconômicos e sobre a saúde sexual e reprodutiva, além de outras especialmente desenvolvidas para o projeto. O instrumento aplicado possuía 68 questões fechadas e uma aberta. Posteriormente, foram realizadas 40 entrevistas em profundidade, com voluntários da primeira etapa da pesquisa, visando compreender o universo de

crenças, de valores e significações que orienta as vivências e as práticas, sobretudo no âmbito da construção das identidades de gênero.

Para o levantamento inicial foi aplicado um questionário a 1095 estudantes sorteados para compor uma amostra representativa do conjunto dos escolares do ensino médio da Rede Estadual de Ensino, no município de Santos. Posteriormente, foram excluídos dez entrevistados cuja idade era superior a 24 anos. Como resultado desse processo, a amostra foi formada por 1.085 entrevistados com idade entre 14 e 24 anos.

Na segunda etapa da pesquisa de campo, foi empregado um roteiro pré-estruturado e as entrevistas foram registradas em áudio. Os instrumentos de coleta de dados foram aprimorados a partir da realização de pré-testes. Foram entrevistados 17 mulheres e 22 homens, com idade entre 18 e 21 anos, que se ofereceram como voluntários para participar da segunda etapa da pesquisa. Todos os entrevistados estavam no segundo ou no terceiro ano do ensino médio. As entrevistas abordaram diversos temas, como o trabalho, a família, as condições de moradia, as condições de vida na cidade, a escola, o lazer, os esportes, os projetos de vida, a maternidade, a paternidade, a primeira relação sexual, o namorar e o ficar, o uso de métodos contraceptivos, a busca de orientação médica, o teste de aids, o aborto e a educação sexual. A multiplicidade de temas permite diferentes aproximações do material levantado. Para o presente artigo, privilegiou-se a análise das questões relacionadas ao uso de métodos, procura de orientação médica, a maternidade e a paternidade na adolescência.

Atendendo-se aos princípios de ética da pesquisa científica, o projeto foi examinado e aprovado por um Comitê de Ética. Foram garantidos a privacidade e o sigilo absoluto quanto à identidade dos alunos entrevistados. Os alunos que participaram da pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Breve caracterização das condições de vida do grupo entrevistado

Em geral, os jovens gostavam de ir à praia, ao cinema ou ao shopping. Muitos gostavam de ouvir música e ficar conversando na casa dos amigos. Outra preferência dos jovens, sobretudo entre os que trabalham, é ficar em casa dormindo ou descansando. Eles costumavam se deslocar pela cidade de bicicleta ou a pé e achavam o transporte público muito caro e de baixa qualidade. Alguns faziam esporte, como por exemplo, jogar futebol com os amigos, andar de skate, jogar vôlei. Eles também gostavam de fazer atividades em academias, como musculação e natação. Praticamente nenhum dos entrevistados reconhecia equipamentos de lazer e esporte na região em que morava e

difícilmente conheciam qualquer atividade nesse âmbito em seu bairro, a não ser o programa Escola da Família – em que as escolas funcionam para atividades de lazer nos finais de semana. No entanto, quase nenhum dos entrevistados participava dessas atividades.

Havia uma variedade de arranjos familiares em que os estudantes se inseriam. Alguns moravam com os pais e irmãos, enquanto outros moravam com diversos membros da família, muitas vezes, com os filhos do novo parceiro do pai ou da mãe, além de sobrinhos, cunhados etc. Entre estudantes que tinham filhos, alguns viviam na casa de um membro da família com mais recursos financeiros, como os pais ou os sogros, nem sempre em união.

Em relação ao trabalho, diversos entrevistados estavam empregados e já haviam tido várias ocupações. Na maior parte das vezes, não eram registrados. Alguns contribuíam para o sustento da família, enquanto outros usavam seu salário para as próprias despesas. A maioria dos entrevistados gostaria de fazer uma faculdade e arcaria com os custos de uma instituição privada se tivesse condições financeiras para isso. Em alguns relatos de mulheres foi mencionado que as mães estavam se formando agora, o que indica que era comum nas famílias que as mulheres fizessem uma faculdade depois de serem mães. O trabalho, associado à capacidade de consumir, sempre foi mencionado como um elemento fundamental para a vida desses jovens, estando diretamente relacionado com a conquista da autonomia e independência e como a principal forma de inclusão social. A situação empregatícia e financeira era reconhecida como um elemento fundamental na decisão de se casar e sair de casa. Mesmo entre as jovens mães, que tinham mais dificuldade em manter uma atividade remunerada, o trabalho era extremamente valorizado.

Conforme o esperado, no grupo pesquisado prevaleciam estudantes solteiros que estabeleciam relações afetivas e sexuais com namorados ou com parceiros fixos. Observou-se que a relação com parceiro fixo era mais freqüentemente referida no grupo das mulheres enquanto que, entre os homens, era mais comum encontrarem-se parcerias casuais. Entre os que estavam vivendo em união, praticamente a totalidade eram mulheres.

A metade do grupo entrevistado teve sua primeira relação sexual, com idade mediana de 15 anos, em ambos os sexos. O número de parceiros mediando entre os homens foi de três e, entre as mulheres, apenas um. A maioria dos estudantes respondeu que já havia tido cinco ou mais relações sexuais. A camisinha era o método mais citado na primeira relação sexual. No grupo que estava tendo relações sexuais, a grande maioria afirmou que estava fazendo uso de métodos, mas tanto o detalhamento do uso no estudo quantitativo, quanto as entrevistas em profundidade revelaram que os métodos não eram usados sempre ou não eram os mais eficazes.

O número de filhos desejado era de dois e a idade considerada ideal no nascimento do primeiro filho era de 25 anos. Havia nove estudantes grávidas no momento da entrevista e 44 estudantes responderam que haviam ficado grávidas ou que a parceira já havia ficado grávida.

Somente 17% dos estudantes que tinham iniciado a vida sexual já havia feito o teste de aids e dois terços deles eram mulheres. Esse dado se deve ao fato do exame ser realizado quando a mulher faz o pré-natal.

Aproximadamente a metade dos que usavam algum método tinham procurado um serviço médico e a indicação mais freqüentemente encontrada foi a camisinha combinada com a pílula. A grande maioria dos que procuraram um médico para receber orientação sobre métodos foram as mulheres. A principal fonte para obtenção do método era a farmácia ou o supermercado e somente um quarto do grupo que usava algum tipo de contraceptivo referiu que obtinha o método em um serviço público.

Os principais métodos que os estudantes referiam eram a camisinha, o coito interrompido, a pílula e a tabelinha. Entre os que combinavam a camisinha com outros métodos, 40% admitiram que variavam de método conforme a situação. Esse dado indica que o uso de dois métodos não significa, obrigatoriamente, maior proteção. Entre os usuários de camisinha, mais da metade reconheceu que já havia tido relação sexual sem usar o método e três quartos desse grupo respondeu que teria uma relação sexual desprotegida caso não tivesse uma camisinha disponível na hora. Em relação ao uso desse método nas relações com um namorado ou namorada, considerando-se uma relação com um parceiro mais estável, a metade do grupo respondeu que usaria a camisinha nas primeiras relações e, com a continuidade do namoro, deixaria de usar e 40% respondeu que nunca usaria esse método com um parceiro fixo. Somente um décimo dos que responderam a essa questão afirmaram que usariam a camisinha mesmo com um parceiro fixo.

Sobre a maternidade e a paternidade na adolescência

Lúcia é mãe e mora com o marido e a sogra. Atualmente, a filha tem cinco anos. Ela é de Aracaju, Sergipe, e ficou órfã de mãe na infância. Lúcia é negra. Seu parceiro é cinco anos mais velho do que ela. Ela ficou grávida aos 12 anos.

- Nossa para mim foi um choque! Sabe quando você é pequenininha e você é paparicada? Eu acordava no dia das crianças e a minha tia me acordava com presente. Era tipo a minha mãe. Quando foi no outro dia que ela soube que eu estava grávida, me tratou como adulta. Então, é como se tivesse cinco anos e quando acordar ter vinte e cinco, trinta... e foi assim. A partir do dia que a médica fala 'Tu é mãe', já muda a tua vida. Tem responsabilidade. Você não tem que ser mais criança. Quando você perde a mãe cedo,

mesmo que você não queira, você já é responsável desde pequena. E, por causa disso também, desde pequena, eu já sou cabeça.

- Você acha que você já conquistou a sua independência?

- Ainda não.

- O que é necessário para você conquistar?

- O dia que eu [estiver] morando no meu lar e puder falar que eu mando em mim, eu pago as minhas contas, compro o meu sapato, compro a minha roupa, para mim é isso. Tiver pagando a minha luz, minha água, tudo. A partir desse dia que eu vou poder falar que sou independente e não ser mais dependente de ninguém.

(...)

- O que você acha do casamento?

- Eu casei com ele por causa da bebê. Porque eu era criança. Ele podia estar entendendo alguma coisa, porque ele é 5 anos mais velho do que eu. Já saia, já ia para balada. Já conhecia como que é na rua e eu não. Eu tinha doze anos. Minha irmã nem deixava eu ir para o shopping e eu não tinha a malícia de transar cedo. Beijar era tudo para mim. Para mim, eu era adulta beijando... [Lúcia, 19 anos]

Ana Júlia ficou grávida aos 17 anos. Ela mora com a mãe e o padrasto. Atualmente, sua filha tem dois anos. Terminou o relacionamento com o pai da criança aos oito meses da gravidez. Apesar disso, o pai tem contato com a criança e contribui para seu sustento. Ela trabalha na prefeitura, como recepcionista, numa frente de trabalho com contrato anual. Os pais são separados, mas Ana Júlia tem contato próximo com seu pai. O padrasto sustenta a família trabalhando como caminhoneiro e a mãe é dona de casa.

Os projetos de futuro para Ana Júlia são ter uma casa, ter um marido e dar um futuro melhor para a filha.

Dar o que eu não tenho... Dar para ela. Eu não tenho uma faculdade, mas eu quero que ela faça uma faculdade. Ela adora dançar, então eu quero colocar ela em uma aula de dança. Então é para isso que eu penso nela. O futuro dela. [Ana Júlia, 21 anos]

Ana Júlia considera que a realização dos projetos depende de conseguir um emprego melhor. Ela acha que precisa aprender a viver sozinha e cuidar da sua filha sem depender da mãe. Ela pensa que o casamento é importante pela companhia, mas quando a mulher já tem a sua estabilidade. Em relação à maternidade, ela diz que teve dificuldade de aceitar no começo. Ela tinha liberdade para sair e depois, com a criança, passou a depender mais da sua mãe.

Lígia é mãe de uma menina e mora com o marido, a filha e os sogros. Ficou grávida aos 14 anos. Atualmente, Lígia está terminando o ensino médio e quer fazer uma faculdade.

Acho que a escola e a minha filha que é uma grande motivação, por que se eu não estudo, quando ela crescer vai dizer: se você não estudou, eu também não vou estudar.

Qual o exemplo que vou dar para ela? Então tenho muita vontade de terminar meus estudos, fazer faculdade e ser alguém para que ela tenha sempre alguém em quem se espelhar, como eu me espelhei na minha mãe. (...) Mesmo minha mãe tendo filho cedo, mas sempre correu atrás dos ideais dela. Então pretendo fazer a mesma coisa com minha filha. [Lígia, 18 anos]

A figura da mulher que voltou a estudar depois de ser mãe, buscando uma colocação no mercado de trabalho, aparece em diversos relatos de jovens. Esta imagem serve de referência para a jovem, que tem planos de vir a ter uma profissão apesar da maternidade na adolescência. A imagem da mulher que se dedica exclusivamente ao trabalho doméstico e ao cuidado com os filhos já não é uma referência no discurso das jovens mães e todas as que participaram desse estudo pretendiam buscar um trabalho para garantir a independência financeira. Esse seria um elemento fundamental para os projetos de vida.

Não, eu só vou conquistar minha independência quando eu tiver minha casa, meu carro, meu serviço, quando eu for dona do meu nariz ter a minha independência. [Lígia, 18 anos]

Apesar da maternidade significar um aumento de responsabilidade e uma entrada na vida adulta, Lígia, Lúcia e Ana Júlia consideram que a sua independência está diretamente ligada a sua situação financeira. A maternidade por si só não representou para elas a conquista de uma independência ou autonomia.

Marina, por sua vez, considera que tem mais espaço para tomar atitudes fora da casa de sua mãe. Ela é mãe de um menino de um ano e oito meses e mora com o marido e o filho em um apartamento alugado. Marina teve dificuldade em se adaptar fora da casa da mãe, mas sair de casa foi uma escolha dela mesma. O projeto de futuro de Marina é conseguir um emprego. Ela acha que para ser independente precisa ter uma renda para arcar com os seus gastos.

- Você acha que constituir uma família, ter sua casa, são aspectos de independência ou não?

- Não, acho que ter um filho, ultimamente está tão banal. Todo mundo tem, todo mundo faz, mas depois não tem noção da responsabilidade que vem pela frente. Eu na realidade não queria meu filho, aconteceu, veio, mas agora eu morro e mato por ele. [Marina, 19 anos]

Comentando as transformações na sua vida depois da gravidez, Marina faz o seguinte relato:

- Para mim foi um susto muito grande, mas como eu te disse eu não estava preparada mesmo. Minha vida estava toda estabilizada, estava tudo certo e eu engravidei. E como eu sou filha única, minha mãe sempre teve confiança em mim. E ela confiava em mim

mesmo ao ponto de me dar camisinha e na época eu não usava anticoncepcional, nem pílula, nem injeção, nem nada. Eu comecei a usar depois que engravidei. Para ela foi um choque, porque como eu era filha única, e a mãe sempre tem aquela coisa de proteger o filho, ela não queria isso para mim tão cedo assim. Agora ela ama meu filho, a gente ama ele, mas não era para ser tão cedo assim.

- E como foi com seu namorado?

- Com ele, eu acho que ele já sabia porque... não sei te explicar, mas reagiu muito bem. Ele, meu pai e a mãe dele reagiram muito bem, quem teve esse choque foi eu e a minha mãe mesmo. Afinal de contas muda a vida da mulher, não muda a vida do homem.

(...)

- O que mudou na sua vida?

- Ah! Mudou tudo, porque não é que eu não era responsável, mas eu era meio aérea, agora não, eu sou hiper responsável, tenho um cuidado enorme com o meu filho. Eu não deixo ele sozinho nem cinco minutos, muda muita coisa. [Marina, 19 anos]

Das 17 jovens que participaram do estudo qualitativo, cinco eram mães. Um elemento comum ao discurso de todas elas foi o fato de que a gravidez não fora planejada. O uso incorreto ou inadequado da pílula ou o abandono da camisinha, muitas vezes acompanhado da opção por métodos tradicionais e de baixa eficácia, acabaram levando à gravidez.

Lígia fez a seguinte narrativa da descoberta da gravidez:

Olha foi complicada. Ninguém sabia que eu estava grávida, sempre fui muito magra então eu escondia muito (...)Então, quando minha filha nasceu, foi uma surpresa para todo mundo. Ninguém acreditou. Foi tudo preparado por que já estava morando com ele[marido] sem ninguém saber, foi tudo bem determinado, mas uma surpresa para todos.

(...)

...engravidei e não acreditava que estava grávida, eu pensava que ia descer a menstruação e meu namorado falava 'vai fazer o teste' e eu 'não, a menstruação vai descer'. Até que chegamos comprar umas ervas e ele perguntou se eu queria tirar e eu 'não sei, o que você acha?' E ele, 'ah, não!' e acabamos jogando fora. Ficamos esperando a criança nascer igual dois bobões. Não tínhamos nada. Fui ao médico e foi quando soube estava de sete meses, mas como minha barriga era muito pequena, então eu nem sabia que estava com tudo isso. Então, fiz os exames e quando a médica examinou e viu que estava de sete meses para oito meses, disse 'nossa, é urgente!' Um dia depois fui na clínica da minha amiga fiz o ultra-som e um dia depois minha filha nasceu, foi tudo tão rápido e quando nasceu eu estava totalmente despreparada...

Lúcia conta que sentia vergonha da gravidez e não queria ir à escola. Relatando a descoberta da gravidez, ela relembra:

Eu, desesperada, ia dormir... eu sentia o bebê mexendo e eu não queria acreditar (...). Eu via que eu era uma criança, minhas colegas tudo brincando... eu imaginava, como que

vai ser com um filho? Uma menina na minha idade. As meninas me olhavam, tipo me recriminando, porque eu fui a primeira menina a ficar grávida aqui no meu colégio.

(...)

Eu não queria [ir à escola], mas minha sogra falou 'você vai'. Aí, eu fui. Aí, passou um mês e apareceu outra menina. Ela exibia a barriga e eu escondia. Um calor e eu vinha de moleton. As meninas ficavam de boca aberta. Parecia que eu fui a primeira a começar com a história. Aí, teve um dia que minha colega levantou a blusa e a minha barriga estava enorme. Nossa! Eu chorava. Todo mundo me olhando. Eu pensava, 'ai meu Deus! Ainda sou uma criança. O que minhas amigas vão achar? Vão pensar que eu sou o que? Que é festa?' [Lúcia, 19 anos]

A namorada de Romeu, que mora em Minas Gerais, está grávida. Romeu fala sobre a paternidade.

- Na minha cidade a gente conversa bastante nesse ponto. Eu com a molecada lá e com meus amigos quase todos já têm filhos.

- Ah é?

- Quase todos têm.

- Os que são da sua idade?

- É. Os que são da minha idade, quase todos. E eu ficava brincando se acontecer dela de ficar grávida, eu falava 'eu também vou arrumar um, vocês todos têm, só eu que não tenho'. Até hoje e tal. Aí eles ficam 'é mesmo, arruma um que você vai ver a pensão'. Eles ficam falando negocio de pensão, eles enchem o saco. 'Vai pagar o resto da vida, vai pagar um carro novo'. Eles ficam brincando. Mas sempre conversando normal. E todos têm filhos, a maioria. Oitenta por cento dos meus amigos têm filhos.

(...)

Lá em Minas, quando eles falam que...acontecer de ficarem grávidas as meninas, das namoradas deles, eles falavam que estavam bêbados. Sempre a desculpa era da bebida. (risos). Sempre...sempre. Mas, eles sempre jogam, é no churrasco do final de semana que deu errado. Eles falam 'ah deu errado esse churrasco'. [Romeu, 21 anos]

A paternidade é referida ao lado da obrigação de pagar a pensão, ou seja, ressalta-se o fato de que o pai deve ter uma renda para prover o sustento do filho. Romeu diz que tem um trabalho e independência financeira. Ele pode pagar as suas contas e ainda guardar dinheiro. Em relação ao casamento, Romeu afirma que pretende se casar daqui cinco ou seis anos, depois de completar um curso superior e acha que ter filho antes do casamento é normal. Comentando a gravidez, coloca que:

Tenho uma boa intimidade com ela, com a família, com todo mundo. Todos me tratam bem. Conheci ela já faz um tempo. Nesse ponto está bem legal, todo mundo alegre com a situação. Não tive problemas nenhum. Espero que eu continue com ela. Se acontecer de não continuar, vou estar sempre presente. Igual ao meu pai. O meu pai sempre dizia, 'O homem tem que ser honesto em tudo o que faz'.

A gravidez aparece nesses discursos como uma surpresa ou algo inesperado. No discurso das mulheres, há uma série de considerações sobre as mudanças ocasionadas pela maternidade. No discurso de Romeu, que vai ser pai em breve, embora a gravidez seja relatada com não planejada, entrevê-se um certo orgulho da sua categoria de provedor, que é vista como uma condição para a paternidade.

A escolha dos métodos contraceptivos

Maria estava namorando há um ano e meio com o pai da criança. A gravidez ocorreu no momento em que ela havia trocado de pílula:

- E você engravidou como?

- Porque eu tinha trocado de remédio. Porque foi assim, no começo do ano eu peguei dengue, aí eu parei com todos os remédios para fazer o tratamento da dengue. Era muito remédio e eu estava passando mal. Aí, como eu estava sem ninguém... Terminei o tratamento em fevereiro. Em abril eu tomei um[referindo-se à pílula], mas não me senti bem. Em maio eu troquei e, em junho, eu engravidei. [Maria, 20 anos]

A situação relatada por Maria é muito comum entre as adolescentes e jovens, que encontram dificuldades em se adaptar à pílula.

Uma outra questão em relação ao uso da pílula é narrada por Lúcia, que conta o seguinte fato ocorrido no início da sua vida sexual:

Eu tomava porque eu já tinha [relações sexuais], mas ninguém sabia. Mas, como eu não tenho ninguém para conversar, eu pedi para a faxineira do meu prédio. Eu tomei sem médico nenhum me falar, mas a minha irmã ouviu. A minha irmã não deixava eu sair. Eu comecei a sair com esse. Eu comecei a conhecer a mãe dele. A mãe dele é ótima e ela ficava responsável por mim para passear um pouco. E quando eu chegava, eu tomava. Só que um dia a minha irmã escutou o barulhinho e nisso eu estava na sexta série. Eu parei de tomar porque eu fiquei com medo da minha irmã. Foi aí que eu fiquei grávida. (...) Quando acabou aquela cartelinha, eu parei para minha irmã não descobrir. E foi aí que eu acabei ficando grávida. [Lúcia, 19 anos]

Atualmente, Lúcia optou por tomar a pílula anticoncepcional. Quando perguntado por que não usa a camisinha, ela responde da seguinte maneira: *“Porque ele não desconfia de mim e eu também não desconfio dele.”* Ela afirma, ainda, que escolheu esse método para não ter mais filhos. *“Sempre foi esse. Tanto é que eu já tomo faz oito anos e eu não parei um só minuto. Às vezes, tem que dar uma parada para dar uma descansada, mas eu não quero nem pensar nisso.”*

Ana Júlia estava namorando há um ano quando ficou grávida. Ela diz que usou a camisinha nos primeiros cinco meses do relacionamento e depois passou a ter relações sem nenhum tipo

de contraceptivo. Na narrativa transcrita abaixo, ela menciona como foi negociada questão da camisinha.

- Com seu parceiro, o pai da sua filha, você usava contraceptivo?
- Não, não usava.
- Camisinha?
- Nada. Só no começo, depois...
- E porque vocês pararam? Foi uma iniciativa dos dois?
- ...usar camisinha... Ele só saía comigo. Aí a gente falava: como um só sai com o outro, pra que usar camisinha? Se eu confiava nele e ele confiava em mim? A gente ficava 24 horas juntos, então não tinha como falar: 'vou sair com ele e vou ter uma doença. Ele vai transmitir para mim! E a mesma coisa eu. Então, a gente pensou em não usar mais a camisinha. [Ana Júlia, 21 anos]
- Vocês decidiram parar de usar a camisinha por quê?
- Ah, não sei. Do nada a gente chegamos e falamos assim: se for sem camisinha o que vai acontecer? Eu falei: meu... sem camisinha... eu não estou tomando remédio. Eu acho que eu vou ficar grávida. Ele falou: não... meu... não vai acontecer nada de mais. Daí eu cai na dele também. Eu me lembro. Isso foi em pleno Natal. Isso! Acho que foi no natal que eu engravidei. Naquele momento que eu engravidei, dia 24 de dezembro.
- Então, foi uma vontade de vocês dois? Ou você acha que ele influenciou mais?
- Acho que foi de nós dois. Porque se eu insisto em uma coisa, quero usar, quero usar... Que nem o primeiro [namorado]. Ele: vamos sem camisinha. E eu: não! Quero camisinha, quero camisinha, quero camisinha... Até o final, quero camisinha. Acho que o relacionamento da gente terminou por causa disso: ele queria sem camisinha e eu com camisinha. Ele: porque tu não confia em mim. Mas não é questão de não confiar, só que eu quero camisinha. [Ana Júlia, 21 anos]

Ana Júlia consente em ter relações sexuais com seu namorado sem nenhum tipo de proteção ou uso de contraceptivo e fica grávida. Há uma aparente contradição na fala de Ana Júlia. Se, por um lado, ela afirma que é de sua vontade usar a camisinha nas relações sexuais, por outro, ela também considera que a confiança é suficiente para evitar uma DST. É importante observar que ela associa o final de um relacionamento anterior com o fato do parceiro não querer usar a camisinha e ela não concordar, indicando uma tensão na negociação do método.

Comentando a questão do papel do homem e da mulher na contracepção e prevenção de doenças, Maria faz a seguinte reflexão.

- Como que o homem e a mulher devem agir em relação às doenças sexualmente transmissíveis?
- Acho assim, que a mulher... por natureza, ela tem que se prevenir querendo ou não. Porque a gente tem como. É mais fácil a gente estar se prevenindo do que eles. A gente tem ginecologista. A gente tem que ir sempre fazer exames. É que homem é mais machista. Homem não vai. Então, a gente tem que se cuidar por eles. Eu acho isso.

Machista porque se ele tem e eu não tenho e eu vou transar com ele, qual a segurança que ele vai me passar? Eu tenho como comprovar. E ele? Graças a Deus eu nunca tive problema com isso. Doença. Nada. [Maria, 20 anos]

A fala de Maria evidencia o quanto o sistema de gênero repercute na negociação dos métodos. Mesmo assumindo a maior parte dos cuidados com a vida sexual e reprodutiva, a mulher não pode se responsabilizar inteiramente. Ela depende do parceiro para a prevenção das DST. Depreende-se daí a importância do acesso do homem à educação sexual e aos serviços de saúde para receber orientação e cuidados.

Por outro lado, a idéia de que a camisinha é um método para ser usado em relações casuais também acaba afastando esse método de casais de namorados. Referindo-se aos seus amigos, Otávio diz que:

- Com os que eu converso, eles usam camisinha com as meninas desconhecidas, que eles conhecem no baile. Aí, usa camisinha. Com a parceira mesmo, não usa camisinha. As meninas tomam anticoncepcional. (...) eu nunca chifrei a minha mulher. Antes dela, eu ia para os bailes, catava as mina e usava camisinha. Agora, com a namorada atual não precisa de camisinha.

- Qual a diferença das meninas do baile e das namoradas?

- Porque as meninas do baile eu não conheço, não sei o que ela tem. Com a namorada eu converso, tem certa confiança. Essa é a diferença. [Otávio, 18 anos]

A questão da confiança também aparece na situação descrita abaixo por Ricardo:

Se eu acabo pegando uma doença por acaso, num banheiro... Aí, eu vou começar a usar, para poupar ela disso. Mas, é que como eu não costumo usar banheiro público, porque eu fico meio assim... E então, eu acho que eu não correria esse risco. E eu boto fé nela também de que não vai pegar nada e tal. Eu confio nela. [Ricardo, 19 anos]

A confiança na parceira ou no parceiro remete ao sistema de gênero. Os discursos apontam que a camisinha, por prevenir as DST, é um método para ser usado com parceiras casuais. Essa crença acaba afastando o método de casais mais estáveis. Desse modo, a mulher com quem se usa camisinha pode ser vista como uma mulher que possui menos status do que aquela que toma a pílula e tem um relacionamento sério.

Mercedes está namorando, mas não quer se casar porque o parceiro não tem uma profissão. Ela quer que ele estude para ter uma situação melhor e só pensa em ter filhos depois de casada:

- Nossa, acho que bastante tempo, quando eu estiver bem estabilizada no casamento (...) mas se fosse pra escolher eu acho que o momento certo é quando você tiver casada, tiver curtido o casamento, bastante tempo, tiver condições de ter o filho mesmo...

- No que você acha que um filho mudaria sua vida?

- Filho, agora? Neste momento..., eu estudando, trabalhando... Muita coisa, a minha vida ia mudar completamente. (...) Eu ia morar junto com ele. Eu ia ser obrigada a mudar tudo, tudo a minha... eu penso em tanta coisa, fazer tanta coisa... Tudo ia mudar, minha vida ia mudar completamente. [Mercedes, 18 anos]

Mercedes teve a sua primeira relação há pouco tempo. Foi tudo planejado. Atualmente, ela e o parceiro estão usando camisinha, mas ela está se preparando para tomar a pílula.

- Quem escolheu [a camisinha]?

- A camisinha, ele. Ele. Nós dois. E ele é muito responsável nesta parte. Eu também, só que ele é bem mais do que eu.

(...)

- E agora por que a pílula?

- Acho que é mais seguro porque já aconteceu tipo acidente, já estourou, três, quatro cinco vezes, entendeu? Eu já tentei tomar, só que meu organismo não aceitou o que eu tomei. [Mercedes, 18 anos]

Suzana teve sua primeira relação sexual aos 16 anos, após quatro meses de namoro. Esse momento foi planejado e conversado entre o casal. O método escolhido foi a camisinha.

A gente se encontrou... foi tudo planejado, na verdade. Eu avisei um dia antes pra ele que eu queria encontrar com ele. Aí, a gente se encontrou, fomos pra minha casa e quando eu cheguei, ele já tava já com a camisinha. E não teve discussão nenhuma ele já sabia o que tinha que fazer. [Suzana, 18 anos]

Depois disso, ela teve outro parceiro e continuou usando a camisinha. Ela nunca usou outro método e também não passou pelo médico para receber orientação. Esse dado indica que, em geral, as adolescentes procuram atendimento médico somente quando querem substituir a camisinha pela pílula.

Cecília está namorando há sete meses. Está tomando pílula há dois meses e tem relações sempre que fica sozinha com o namorado, mais ou menos quatro vezes por semana. Procurou uma médica por motivo de cólicas menstruais e recebeu indicação de usar a pílula. Agora não está mais usando a camisinha, mas mesmo antes de iniciar a pílula ela já havia tido relações desprotegidas. Ela considera que é um pouco irresponsável. O parceiro, por sua vez, insiste em usar a camisinha.

Ele sempre falou vamos usar, só que às vezes eu não queria. Era sempre eu que não queria usar a camisinha. Eu não gosto de camisinha. Ele sempre falava, sempre me obrigava. [Cecília, 18 anos]

A médica insistiu muito para que Cecília não substituísse a camisinha pela pílula, mas mesmo assim ela parou de usar. O relato de Cecília indica que, muitas vezes, são as próprias mulheres que não querem usar a camisinha.

Ao contrário de Cecília, Renata relata que não pode usar a pílula devido a um problema de vista. Ela já teve três parceiros e, atualmente, só usa a camisinha. Comentando a reação do parceiro, diz que:

Ele age normal. Ele já chegou a falar uma vez pra mim que era melhor sem, aí eu falava que camisinha era mil vezes melhor que eu me sinto segura. Aí, agora nós estamos com a camisinha.[Renata, 19 anos]

As ambigüidades que cercam o uso da camisinha entre os jovens são reveladas nas narrativas abaixo, como a de Suzana, que aborda as dificuldades de adotar esse método.

Eu vou falar de uma forma meio hipócrita. Porque eu acho que deve ser assim, mas eu não faço isso. Eu acho que tem que ser de ambos. Ele tem que vir com a camisinha, ela também tem que vir com a camisinha. E, além da camisinha tem que ter outras coisas, porque também não é 100% a camisinha, né? Então, eu digo que foi meio hipócrita, porque eu não ando com a camisinha. Tenho medo que minha mãe veja nas minhas coisas, não tomo providência nenhuma. Como eu tive agora uns exames e o médico falou que eu tava com uma infecção e provavelmente eu teria que passar no ginecologista, então agora que eu vou começar a me cuidar. Acho que eu marquei, entendeu? Acho que eu marquei muita bobeira.[Suzana, 18 anos]

Nota-se que o reconhecimento da importância de se adotar uma postura preventiva e das falhas no uso da camisinha ficam mais realçados na medida em que ocorre uma situação concreta, como o diagnóstico de uma infecção. Por outro lado, embora reconheça que tanto o homem quanto a mulher tem um papel ativo para a prevenção, há diversas barreiras que limitam o seu exercício, como, por exemplo, o medo da mãe descobrir a camisinha.

...cada um sabe o que vai querer da vida. Cada um sabe que cada um tem a sua escolha. Se quiser usar, usa. Se não quiser também, não usa. A gente não vai ficar falando assim... 'Ah... pô, usa, tal, não sei o quê'. A gente sabe... Todos sabem... se tem o risco, sabe como prevenir esse risco. Então, fica a escolha de cada um. Se vai querer correr o risco ou se vai querer eliminar essa probabilidade. Então, por isso que a gente acaba não conversando. [Ricardo, 19 anos]

Ricardo comenta acima que não costuma conversar com os amigos e os parentes, pois todo mundo conhece os riscos de ter relações sexuais desprotegidas. Na sua visão, as pessoas correm riscos por vontade própria. O fato de que os riscos são conhecidos elimina a necessidade de conversar sobre esse assunto.

Fabiano assumiu sua tendência homossexual. Atualmente, ele tem um namorado e costuma ter relações sexuais duas vezes por semana. Ele sabe da importância de usar camisinha, mas mesmo assim eles não usam nunca. Mesmo na primeira relação com o parceiro, eles não usaram. Fabiano nunca fez o teste de Aids.

Pode até parecer meio ignorante... porque eu sei que é meio ignorante. Foi ignorante da minha parte, mas só que a confiança... ela vem em primeiro lugar. Com ele, depois que ele me apresentou... ele já tinha feito exames, pra detectar DST, tinha dado negativo. Ele não tinha nada e a partir daquele momento eu confiei nele, acho que não tinha por quê. [Fabiano, 20 anos]

Otávio teve sua primeira relação sexual aos 14 anos, sem usar método contraceptivo. Atualmente, ele está namorando. Embora Otávio não faça uso da camisinha nas suas relações sexuais e afirme que não gosta de usar esse método, ele tem conhecimento de que essa é a forma de se proteger das DST.

Eu falei que eu não gosto de usar a camisinha, mas tem que usar a camisinha para não ficar arriscado de pegar doença. A mulher tem que tomar o anticoncepcional para evitar o filho, é isso. [Otávio, 18 anos]

Nota-se a separação entre a camisinha, método que depende do homem, para evitar DST e a pílula, que depende da mulher, para evitar a gravidez. Há uma dificuldade em adotar a camisinha como um método que previne tanto a gravidez quanto às DST.

Rubens teve sua primeira relação sexual aos 14 anos com uma namorada. Teve outra namorada por dois anos, mas o relacionamento terminou recentemente. Até hoje, teve em torno de três parceiras. Ele está procurando alguém para namorar.

Eu fico com alguém que eu quero. Um negócio mais sério. Se rolar alguma coisa mesmo. Eu não fico com alguém por ficar. Por ficar, só ficar, beija, tchau, vai embora. Eu não sou assim. Não gosto. [Rubens, 19 anos]

Nenhuma de suas parceiras usou a pílula, ele usa sempre camisinha. Escolheu o método através da mídia. É um dos raros discursos em que a prevenção das DST e da gravidez não se separam.

Eu uso a camisinha mesmo. O que eu penso é prevenção. Prevenir doença, tentar prevenir filho, essas coisas. [Rubens, 19 anos]

Luiz teve a sua primeira relação sexual no ano passado. Ele também usa sempre a camisinha nas relações sexuais. Já participou de um trabalho de distribuição de camisinhas na escola e conhece o COAS, centro de orientação e aconselhamento.

Nunca fiz sem camisinha. Se a pessoa chegar 'vamos sem a camisinha', eu não quero. Só se tiver que casar mesmo, quando eu tiver filho. Mas dela também, das parceiras que eu já tive nenhuma dela não quis sem camisinha, como [eu] nunca propus. [Luiz, 20 anos]

Para Luiz, o uso de camisinha independe do tipo de parceria. Ele nunca procurou orientação médica, mas costuma conversar com amigos e com uma professora. O fato de Luiz ter tido oportunidade de participar de um trabalho de prevenção, além de conhecer o COAS e conversar sobre o assunto com profissionais e com os amigos é indicativo de que essas condições influenciaram positivamente as suas escolhas.

Muitas vezes, os adolescentes e jovens optam por usar métodos tradicionais e de baixa eficácia. Os discursos abaixo transcritos ilustram essa situação.

Claudete teve sua primeira relação sexual aos 18 anos, com seu namorado. Ela teve dois parceiros, incluindo o atual, com quem está namorando há sete meses. Usou camisinha somente na primeira relação sexual. Atualmente, ela não usa nenhum método, só a tabelinha. Ela está pretendendo passar a tomar a pílula.

- Não, eu só uso a tabelinha. Até que agora no mês passado eu pensei que eu estava grávida. Mas graças a Deus não. Mas a gente continua a não se prevenir, aliás mês que vem eu vou me prevenir com anticoncepcional que eu pedi para médica.

- Por que vocês não usam camisinha?

- É mais da parte dele, que ele não gosta. Eu faço a tabelinha. Tem vezes que não dá para confiar na tabelinha, mas... [Claudete, 18 anos]

Ela procurou a médica que também atende a mãe. Entrou sozinha na consulta, mas foi acompanhada pela mãe até o serviço de saúde. A médica conversou sobre DST e orientou a usar camisinha. Apesar da mãe acompanhar Claudete, elas não conversam sobre sua vida sexual e métodos contraceptivos.

...foi através das minhas amigas que eu conversei bastante sobre relação de sexo. A minha mãe é muito fechada para tocar nesse assunto e o meu pai também. Eu fui criada assim, o que eu faço ou deixo de fazer o problema vai ser meu. Por causa que eu tenho amizade com a minha mãe, mas não sobre esse assunto. [Claudete, 18 anos]

Ricardo está namorando há dois anos e meio. É a primeira e única parceira. A primeira relação não foi planejada e não usaram métodos. Tem relações uma vez ao mês. Só usam camisinha, mas não em todas as relações.

...Às vezes a gente usa tabela, mas não é nada marcado. Ela conta de cabeça... Porque a gente sabe mais ou menos o esquema que funciona, então a gente faz a conta e aí quando dá, a gente...

(...)

Quando a tabela está nos dias de risco, então a gente costuma usar, né? Mas só nesses dias. Quando coincide de um dia a gente estar junto, estar sozinho e tal, [se] a gente estiver a fim e ela não estiver nesses dias de risco a gente... a gente...E ela estiver nos

dias de risco, aí a gente usa, né! Quando não... Aí, a gente acaba não usando.[Ricardo, 19 anos]

Romeu comenta que engravidou a namorada:

- Bom no começo eu usei bastante. Aí, nessa ultima vez eu não usei e ela engravidou quando eu fui pra lá. Aí, eu comecei a usar de novo. Agora não adianta mais né, mais é pra prevenir.

- Então no começo do namoro você usava?

- Sempre usava, aí quando eu não usei, aconteceu dela ficar grávida.

- E você usava o quê?

- Camisinha. E ela fazia também o uso da tabelinha e tal.

(...)

- Agora eu colocaria pra você, nesse momento em que você disse que não foi usada a camisinha e ela engravidou, por que não usaram naquele momento?

- Eu não sei, nós pensamos que não ia correr risco nenhum e tal e que não poderia acontecer nada. Mesmo porque eu a conhecia, nesse ponto de doença ela é uma menina que eu tinha certeza que não poderia ter doença nenhuma e eu também. E aí normal. Mas aí acabamos não usando confiando mais na parte da tabelinha dela e deu errado.

[Romeu, 21 anos]

A pílula do dia seguinte é um método bastante conhecido pelos jovens, embora nem sempre seja utilizado. Cecília conhece a pílula do dia seguinte e afirma que sabe de, no mínimo, dez pessoas que já usaram esse método. Imitando a reação das suas amigas quando falam sobre isso, usa a seguinte expressão: “Ah, meu Deus, o que eu fiz!”.

Suzana também relaciona a contracepção de emergência com uma situação de desespero. Possivelmente, essa associação remete à idéia de que se trata de um método abortivo, revelando a informação de baixa qualidade.

“Não conheço muitos, na verdade. Eu acho que o básico é a camisinha e a pílula (do dia seguinte) eu só usaria em caso de total desespero. Achando que, de repente, estourou... A camisinha furou. [Suzana, 18 anos]

Maria descreve o uso da pílula do dia seguinte.

- Você já usou a pílula do dia seguinte?

- Já.

- Como foi? Você usou como método?

- Não gostei, usei porque eu transei sem camisinha mesmo. Não gostei.

- Como você conheceu a pílula do dia seguinte?

- Eu sempre soube, mas eu nunca tinha tomado. Fui atrás para saber realmente se doía, o que contém. Aí aconteceu e no mesmo dia, eu comprei e tomei.

- Foi uma iniciativa sua?

- Minha e da pessoa.
 - Você comprou na farmácia? Como você obteve?
 - Ele comprou na farmácia. Super fácil, mas eu não estava junto quando ele comprou.
- [Maria, 20 anos]

A narrativa de Maria ilustra um dos principais aspectos que caracterizam o uso da contracepção de emergência por jovens: a aquisição dos comprimidos na farmácia e, em geral, pelo parceiro.

O discurso de Renato reforça essa informação.

- Como você conheceu a pílula do dia seguinte?
- Não sei pela televisão, todo mundo falava que tinha a pílula. Não sei. Não lembro. Faz tanto tempo.
- A pílula do dia seguinte substitui outro método de prevenção?
- Não.
- Como você consegue a pílula?
- Comprando na farmácia.
- Você teve alguma orientação médica?
- Não. [Renato, 19 anos]

Elisabeth narra como ela mesma adquiriu e usou a contracepção de emergência:

- Você já usou alguma vez a pílula do dia seguinte?
- Já. A gente teve relação sem preservativo e ele ejaculou dentro. Eu fiquei com medo de engravidar, aí eu fui à farmácia e comprei a pílula (...)
- Você acha que a pílula do dia seguinte substitui outros métodos?
- Não, de jeito nenhum.
- E porque você não gostaria de tomar nunca mais?
- Porque é considerado um aborto. E também é muito forte, e deixa o nosso útero muito frágil.
- Você sentiu algum efeito da pílula?
- Eu senti, a minha menstruação veio muito adiantada.
- Como você soube sobre a pílula do dia seguinte?
- Eu não me lembro. Eu lembro só que quando aconteceu dele ejacular dentro, eu comentei com as minhas amigas... mas não lembro como conheci. Lembrei! Foi pelo Globo reporter.
- Você foi direto pra farmácia? Não passou pelo médico antes?
- Não, fui direto pra farmácia. [Elisabeth, 18 anos]

A busca pelos serviços de saúde

Nina teve sua primeira relação sexual aos 16 anos, com um namorado. Até hoje, ela teve três parceiros. Atualmente, tem relações sexuais uma vez por semana. Ela usa pílula e camisinha, pois não confia só na pílula para evitar a gravidez. A opção pela camisinha partiu do parceiro.

- Eu não confiava muito só na pílula. Porque... sei lá... a gente vê muito na televisão que as adolescentes ficavam grávidas mesmo tomando a pílula. A gente sempre usava camisinha também.
- E a opção da camisinha partiu de você ou dele?
- Dele.[Nina, 18 anos]

Nina procurou um médico para obter indicação para a pílula, mas não contou para o namorado.

- Ah, sempre tinha medo de ficar grávida, bem nova. Porque tem amigas minha que ficaram grávidas com treze, catorze anos. Eu sempre tive medo. Aí, quando aconteceu esse momento, eu resolvi ir ao médico. Já que aconteceu com elas, não quero que aconteça comigo.
- Elas serviram de exemplo pra você?
- Elas nunca foram ao médico, por isso que deve ter acontecido. Como eu sempre pensei, 'não quero que isso aconteça comigo, eu não quero ter um filho'. Uma que às vezes acontece sem a gente esperar, outra que essa idade... eu não gostaria de ter um filho com essa idade. Resolvi ir ao médico. Fui lá conversei com ele, que já tinha tido a minha primeira relação, que eu queria me prevenir. Foi daí que eu optei pela pílula.[Nina, 18 anos]

Comentando a consulta, ela diz que:

Ele me alertou bastante sobre isso. Eu gostei bastante desse médico. Deu atenção. Não é aqueles médicos que você fala e ele não está nem aí..[Nina, 18 anos]

A experiência de Nina é reveladora da importância do acesso aos serviços de saúde e da orientação médica desde o início da vida sexual.

A maior preocupação de Mercedes na relação com o namorado é evitar a gravidez. Para isso, ela considera que a pílula oferece maior segurança. No entanto, tem dificuldade de adaptação com o medicamento, sendo necessário trocá-lo. Para receber orientação em relação à pílula, Mercedes procura auxílio médico, mas há três meses está aguardando uma vaga para realizar os exames preventivos. Na situação que está vivenciando, a demora em conseguir atendimento certamente é um fator que pode levar a uma gravidez não planejada.

Ela buscou orientação médica acompanhada pelo parceiro. Apesar de ter recebido orientação sobre DST e um tratamento para curar uma infecção, o parceiro não pôde conversar com o médico.

Acompanhou. Não. Eles não deixam entrar. Não deixa, tem que ficar fora, eu entrei sozinha. [Mercedes, 18 anos]

Suzana menciona uma outra dificuldade em relação às relações familiares que acabam afastando a jovem da busca de uma consulta com o ginecologista:

- Você foi ao médico para saber um pouco mais sobre métodos contraceptivos?
 - Não. Nunca fui, porque eu tava com dezesseis. Agora eu tenho mais um pouco de liberdade nessa questão de médico que eu vou. Marco e vou onde eu quero. Mas com dezesseis, minha mãe ficava muito no meu pé. Queria saber tudo. Aí, eu não queria que ela soubesse. Então, se ela ficasse sabendo que eu ia no ginecologista, ela ia associar que ia acontecer alguma coisa. E eu não queria que isso acontecesse. Que ela ia cortar minha liberdade. Então, não falei e não fui no médico. E nunca fui no médico, mesmo depois disso. [Suzana, 18 anos]

Elisabeth é casada e não tem filhos. Ela descreve a dificuldade encontrada para obter uma indicação para a pílula:

- Quando você passou pelo médico como foi a orientação dele sobre os métodos contraceptivos?
 - A primeira vez, eu fui com o meu marido. Ela me negou a assistência médica. A justificativa dela foi como eu era de menor [e] se ela me passasse um remédio e eu passasse mal e eu queira processa-la por causa disso. Aí, marquei de novo o médico. Então, ela disse que se eu voltasse com alguém de maior. Então, eu levei a minha prima que tinha 18 anos, mas ela não considerou. Disse que teria que ser alguém maior de 21 anos e não poderia ser a minha prima. Aí, marquei de novo a consulta e liguei pra minha mãe se ela poderia vir comigo. A minha mãe disse que não, porque teria que trabalhar. Aí eu não fui na consulta e nunca mais voltei lá. Foi quando eu marquei na clínica aqui no morro, ele me receitou a pílula, me explicou como funciona e me deu primeira cartelinha. O médico foi regular, porque ele não me explicou sobre os outros métodos anticoncepcionais. Nessa consulta o meu marido não foi comigo.
 - Ele explicou sobre as doenças sexualmente transmissíveis?
 - Não.
 - A consulta foi como você esperava?
 - Foi, porque o meu objetivo era que um médico me receitasse o anticoncepcional.
 - Você ficou satisfeita com a consulta?
 - Fiquei, porque até que fim eu consegui que me receitasse a pílula.
 - E você continua pegando no posto?
 - Não porque no posto só pode pegar de três em três meses. E assim eu compro todo mês. [Elisabeth, 18 anos]

Marina conta que o parceiro a acompanhava nas consultas de pré-natal:

Ele acompanhou mais depois que engravidei, porque tem aquela expectativa, ouvir o coração, saber como o bebê está. Ele começou a acompanhar mais depois que engravidei. [Marina, 19 anos]

Quando ocorre a gravidez, é comum a consulta médica acompanhada do parceiro para acompanhar o desenvolvimento do bebê e, após o nascimento do bebê, as adolescentes são orientadas sobre o uso de métodos contraceptivos.

Considerações finais

Das 17 jovens que participaram do estudo qualitativo, cinco foram mães na adolescência. O discurso dessas jovens revelou que em nenhum caso a gravidez fora planejada. A maternidade, por si só, não representou a conquista de uma autonomia ou independência. A busca de uma profissão e da entrada no mercado de trabalho, muitas vezes acompanhada do desejo de prosseguir nos estudos, era tida como o principal projeto de vida das jovens. A imagem da mulher que volta a estudar mesmo já tendo filhos é uma referência marcante em alguns discursos e indica que a imagem da mulher que se dedica exclusivamente ao cuidado com os filhos e com a casa já não é uma alternativa para a vida dessas jovens. Ao contrário, a autonomia está diretamente relacionada à capacidade financeira e de consumir. Um elemento fundamental que marcou, de modo geral, o discurso dos jovens é a preocupação com o trabalho, visto como a capacidade de gerar renda, condição importante para a construção de uma noção de pertencimento social e de entrada no mundo adulto.

A gravidez foi relatada com uma surpresa, um choque, às vezes com um sentimento de vergonha, de desespero ou de despreparo. A maternidade se apresentava com uma grande mudança na vida dessas jovens, independentemente de terem saído ou não da casa dos pais. O sentimento da maternidade e a relação com o pai da criança não estão diretamente relacionados ao casamento. A vontade de encontrar um companheiro, um marido, uma “alma gêmea” prossegue sendo um projeto para a vida das jovens mães entrevistadas. O único depoimento de um jovem que ia ser pai indicou que a capacidade de prover a criança estava diretamente relacionada à paternidade, sendo ostentada com muito orgulho. No entanto, o casamento prosseguia dissociado da relação com a mãe da criança, que poderia vir a acontecer ou não, dependendo de outros projetos como fazer uma faculdade e ganhar mais dinheiro para então encontrar a companheira ideal.

Analisando as opções pelos métodos contraceptivos pelo grupo entrevistado observa-se que as jovens tinham dificuldade em se adaptar à pílula por diversos motivos, desde a falta de informação, reações adversas ao medicamento, medo dos familiares, etc. As falhas no uso da camisinha representam outra situação que pode levar à gravidez não planejada. A negociação desse método, que depende da participação do parceiro, apresenta alguns entraves como, por exemplo, a percepção de que a camisinha deve ser usada com parceiros ou parceiras casuais para evitar uma DST e a questão da confiança no parceiro ou na parceira. Essa forma de conceber o uso da camisinha acaba por afasta-la dos casais de “namorados”, e por outro lado, a substituição do método ou mesmo seu abandono passa a ser uma afirmação do compromisso e um signo do valor da relação.

A prevenção das DST e a adoção da camisinha apresentam ambigüidades nas narrativas dos jovens. A informação sobre os riscos de relações sexuais desprotegidas se contrapõe às justificativas

sobre os motivos do não-uso desse método e, muitas vezes, os jovens afirmam que há uma hipocrisia nos seus discursos ou que estão sendo “ignorantes” nas suas escolhas. De modo geral, pode-se afirmar que há uma dificuldade para adotar a camisinha com um método que previne tanto contra a gravidez não planejada quanto contra as DST.

Para desfrutar de uma vida sexual e reprodutiva saudável, é fundamental que os jovens tenham acesso à informação, orientação e aos serviços de saúde. A orientação médica é importante desde o início da vida sexual. As jovens, de modo geral, procuram o médico quando querem receber orientação para evitar a gravidez, mas elas dependem do parceiro para a prevenção das DST, daí a importância do acesso do homem à educação sexual e aos serviços de saúde. Observou-se que há diversas ordens de dificuldades que cerceiam a garantia do direito dos adolescentes e jovens à saúde sexual e reprodutiva como, por exemplo, a demora na realização de exames e da consulta médica, a recusa dos serviços atenderem aos menores de idade e a pouca atenção recebida pelos adolescentes e jovens do sexo masculino. No entanto, quando a gravidez já é um fato, é comum que os homens acompanhem as jovens na consulta. A orientação e a disponibilização de métodos contraceptivos ocorrem depois que a adolescente já é mãe.

Persiste uma resistência entre os setores de educação e saúde em garantir o acesso à informação, orientação sexual, métodos contraceptivos e serviços médicos. Os profissionais têm receio de ferir o poder dos pais sobre os filhos e de invadir a organização familiar. Apesar dos avanços na legislação, há uma resistência quanto à afirmação dos direitos e garantias no âmbito das questões ligadas à vida sexual dos adolescentes. O estudo aponta que, embora o Brasil conte com um sistema normativo que reconhece o direito dos adolescentes à saúde, à privacidade e à intimidade, o acesso aos serviços não é garantido e esse grupo encontra uma série de barreiras no atendimento de suas necessidades.

Referências bibliográficas

Berquó E, Cavenaghi S. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. In: **Novos Estudos** 2006; 74:11-15

Berquó E. Quando, como e com quem se casam os jovens brasileiros. In: COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO - CNPD. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: CNPD, 1998. Vol. I. p. 93-107.

Camarano AA. Fecundidade e anticoncepção da população de 15-19 anos. In: Vieira EM, Fernandes MEL, Bailey P, McKay A. (orgs.) **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 1998. p. 35-46.

Cardoso RCL. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: Cardoso RCL. (org.) **A aventura antropológica: teoria e pesquisa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p. 95-105

D'oro ACD'A. Gravidez e adolescência: estudo de adolescentes atendidas em serviços de saúde da Cidade de São Carlos, Estado de São Paulo. São Paulo, 1992. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Domingues CMAS. Identidade e sexualidade no discurso adolescente. São Paulo, 1997. [Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Durham ER. A pesquisa antropológica com populações urbanas: problemas e perspectivas. In: Cardoso RCL. (org.) **A aventura antropológica: teoria e pesquisa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p. 17-37

LAURETS, T de. A tecnologia do gênero. In: HOLLANDA, E. B. de. **Tendências e Impasses: o feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 206-242

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. "Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade." Cad. Saúde Pública, vol. 9, n. 3, p239-262. 1993

Monteiro MFG. Desigualdades nos riscos de mortalidade na infância e de gravidez na adolescência em populações vulneráveis nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo. In: **Anais do I Congresso da Associação Latino-Americana de População**. Caxambú, MG, set/2004.

Patarra NL. Mudanças na dinâmica demográfica. In: Monteiro CA. (org.) **Velhos e novos males da saúde no Brasil - a evolução do país e suas doenças**. São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 61-78.

Pirotta KCM, Schor N. Juventude e saúde reprodutiva: valores e condutas relacionados com a contracepção entre universitários. In: **Anais do XIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais – Violências, o Estado e a qualidade de vida da população brasileira**. Ouro Preto, MG, nov/2002.

Schor N. Adolescência e anticoncepção: conhecimento e uso. São Paulo, 1995. [Tese de Livre-docência - Faculdade de Saúde Pública da USP]

Velho G. *Individualismo e cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

Yazaki LM, Morell MGG. Fecundidade é antecipada. In: São Paulo (Estado) Secretaria de Economia e Planejamento. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE. **20 anos no ano 2000: estudos sociodemográficos sobre a juventude paulista**. São Paulo: SEADE, 1998. p.106-18.

Saúde reprodutiva de adolescentes atendidas na Maternidade Odete Valadares: concepções metafóricas sobre sexualidade e maternidade

Lilian Valim Resende
Maria do Carmo Fonseca

I Introdução

Apesar de a gravidez na adolescência ser um tema bastante explorado, os estudos pouco contemplam uma análise mais ampla dessa questão do ponto de vista das concepções da adolescente grávida. E muito menos, analisam tais concepções à luz das metáforas. Quando tratamos de metáforas, Lakoff & Johnson (2002) nos oferecem uma obra clássica no assunto, mostrando que o comportamento do indivíduo reflete a compreensão metafórica de suas experiências. A partir disso, o presente trabalho busca conhecer e analisar as concepções metafóricas, atribuídas à sexualidade, vida reprodutiva e maternidade, considerando que a produção destas metáforas e seus significados estejam centrados na experiência cotidiana de gestantes e puérperas adolescentes.

Esse trabalho origina de uma experiência profissional adquirida por parte de uma das pesquisadoras, com gestantes adolescentes pertencentes ao programa de assistência pré-natal da Maternidade Odete Valadares, localizada na cidade de Belo Horizonte. A familiaridade com o ambiente da maternidade acrescida à observação da frequência de gestações adolescentes e às conversas com as usuárias, permitiram que fosse desenvolvido, nessa instituição pública, um estudo sobre a temática da gravidez na adolescência. A pesquisa teve como eixo principal as seguintes questões: Quais são as concepções metafóricas atribuídas a prática de métodos contraceptivos?; Quais as metáforas que elucidam as concepções das adolescentes gestantes sobre sexualidade?; As famílias e as escolas participam na formação de concepções, relativas a sexualidade das adolescentes?; O período pós-parto contribui para mudanças de concepções relativas à sexualidade e maternidade? Após esta introdução segue-se uma caracterização da nossa população de estudo, focalizando características individuais e outras relativas à sexualidade. Nesta parte usaremos dados quantitativos

coletados através de estudos documentais nos prontuários médicos de acompanhamento das adolescentes no pré-natal e questionários. Na seqüência, segue-se uma análise das narrativas adolescentes obtidas por meio de entrevistas individuais, entrevistas em profundidade e discussão em grupo. Procuramos focar as metáforas que participam das concepções das adolescentes em dois períodos distintos - gravidez e pós-parto. Para isso analisaremos as falas das adolescentes no que se refere: a) conhecimento e prática de métodos contraceptivos; b) Menarca, primeira relação sexual e vida reprodutiva; c) vulnerabilidade; d) permanências e mudanças no pós-parto.

II Caracterização da população de estudo

A Tabela 1 agrega informações sobre as características individuais das adolescentes pesquisadas. Os dados sócio-demográficos, tais como idade, grau de escolaridade, situação conjugal antes e depois do diagnóstico da gravidez e as informações relativas à sexualidade (idade na menarca, idade na primeira relação sexual, tipo de método contraceptivo utilizado antes da gravidez) foram obtidos de duas fontes: a) prontuários médicos; b) aplicação de questionários.

A Maternidade Odete Valadares está localizada na área central de Belo Horizonte e tem interfaces com bairros de classe média e média baixa. Entretanto, a população que mais busca os serviços, nela oferecidos, é de classe baixa residentes em bairros até periféricos da cidade. Talvez esse fato se dê por ser, essa instituição pública, uma referência no atendimento pré-natal de alto-risco, a mulheres que sofrem de violência sexual e também por possuir um banco de aleitamento materno. Dada estas características, a maternidade é muita bem conceituada e procurada por gestantes adolescentes que recebem um pré-natal específico para elas.

O programa de atendimento pré-natal de adolescentes inclui palestras proferidas por uma equipe composta por enfermeira, nutricionista, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta, que se reveza em temas diversos, tais como, direitos da gestante, alimentação na gravidez, alterações fisiológicas na gravidez, trabalho de parto e pós-parto, cuidados com o bebê, entre outros. A gestante adolescente recebe instruções para comparecer ao serviço, necessariamente, uma vez ao mês.

O universo das adolescentes pesquisadas foi de vinte e uma tendo quatorze delas, dezesseis anos ou mais. Apenas duas com 13, duas com 14 e três com 15 anos de idade. Quanto à escolarização, três interromperam os estudos devido à gravidez e seis já havia interrompido antes da gravidez. As doze adolescentes que continuavam estudando, relataram que, após o parto, teriam de se afastar da escola devido os cuidados com o bebê, mesmo que temporariamente. A partir disso, observa-se que há uma grande parcela de adolescentes que já estava fora da escola, mesmo antes da ocorrência da gravidez. Castro *et al.* (2004, p.160), comentam essa situação, em um estudo conduzido em escolas

públicas e privadas de 14 capitais brasileiras, dizendo que “[...] a relação entre abandonar os estudos e a gravidez na adolescência é questionada quanto ao sentido de causalidade que se atribui à gravidez e o reducionismo que implica, deixando de lado as condições de vida dos atores envolvidos”. Heilborn *et al.* (2002) em estudo desenvolvido em Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, indicam que a compreensão da gravidez na adolescência é indissociável das questões de gênero e de classe social, apontando que as jovens pertencentes às classes populares têm uma irregularidade da carreira escolar que independe da maternidade.

TABELA 1
Conhecendo as Gestantes Adolescentes

Sujeito	Idade na gravidez	Escolaridade	Situação conjugal antes da gravidez	Situação conjugal na gravidez	Idade na Menarca	Idade na primeira relação sexual	Uso de MAC/ tipo
A 1	16	1º ano/2º grau	solteira	solteira	13	15	ACO ²
A 2	18	8ª série	solteira	solteira	12	18	ACO
A 3	16	8ª série	solteira	união consensual	11	15	nenhum
A 4	13	7ª série	solteira	união consensual	12	13	nenhum
A 5	17	6ª série	solteira	solteira	12	14	nenhum
A 6	18	8ª série	união consensual	união consensual	13	14	nenhum
A 7	16	2º ano/2º grau	solteira	união consensual	12	15	condom IR ³
A 8	16	5ª série	solteira	solteira	12	13	nenhum
A 9	16	3º ano/2º grau	solteira	solteira	12	14	nenhum
A 10	15	1º ano/2º grau	união consensual	união consensual	11	15	condom
A 11	14	8ª série	solteira	solteira	10	12	ACO
A 12	16	2º ano/ 2º grau	solteira	solteira	10	14	ACO
A 13	17	1º ano/ 2º grau	solteira	união consensual	14	15	condom IR
A 14	16	1º ano/ 2º grau	solteira	união consensual	11	14	ACO
A 15	13	7ª série	solteira	solteira	13	15	ACO
A 16	17	2º grau completo	solteira	solteira	12	14	nenhum
A 17	15	1º ano/ 2º grau	solteira	solteira	13	13	nenhum
A 18	15	1º ano/ 2º grau	solteira	solteira	13	13	ACO e condom
A 19	14	4ª série/ 1º grau	união consensual	união consensual	12	15	nenhum
A 20	17	3º ano/ 2º grau	solteira	solteira	12	16	condom IR
A 21	18	1º ano/ 2º grau	solteira	solteira	15		nenhum

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2007.

Notas: 1. A - Adolescente e número da entrevista na seqüência em que foi realizada.

2. ACO - Anticoncepcional Oral.

3. Condom IR - Uso irregular de preservativo masculino.

Como indicado na Tabela 1, no que se refere às características sexuais e reprodutivas, a menarca ocorreu para todas as adolescentes na faixa etária dos dez e quatorze anos, tendo onze iniciado a vida sexual nessa idade. Esse fato acrescido à ocorrência da gravidez nos induz a pensar que essas relações sexuais se deram de forma desprotegida, o que as colocam numa situação de vulnerabilidade relativamente à contaminação pelo HIV. Nesse estudo, apenas seis adolescentes faziam uso de anticoncepcional oral e quatro utilizavam preservativo masculino. De acordo com estudo de Viegas-Pereira (2000), com adolescentes de classe média em escolas privadas, vários são os fatores que os levam a terem relações sexuais desprotegidas. Dentre eles, a falta de conhecimento integral sobre a própria sexualidade, concepção e contracepção. É comum entre os adolescentes, apesar de terem acesso à educação sexual nas escolas, o desconhecimento sobre o período fértil e sobre as formas de transmissão de DST, principalmente a AIDS. A autora ressalta que o conhecimento sobre as questões relativas a saúde reprodutiva ainda são superficiais e fragmentados.

A diferença de idade entre as adolescentes e os pais das crianças, encontra-se nas margens de 13 a 18 anos e 18 a 24 anos, respectivamente. Apesar de investigações na área de sexualidade e gravidez na adolescência, terem enfatizado a necessidade de se pesquisar simultaneamente os lados feminino e masculino, relativos a maternidade e paternidade, continua-se a ter um problema em conseguir informações diretas do informante paterno. Medrado & Lyra (1999) criticam trabalhos americanos da década de 70 exatamente por não incorporarem o elemento paterno em pesquisas com adolescentes, alegando que tal fato compromete conhecimentos mais aprofundados sobre o tema. Neste estudo duas adolescentes relataram terem sido abandonadas pelos parceiros, que não se incumbiram de qualquer responsabilidade à gravidez e conseqüentemente não reconheceram a paternidade. Do grupo, apenas oito adolescentes declararam estar morando no mesmo domicílio com o parceiro. Isso nos fez inferir que, para o grupo estudado, o pai da criança é uma figura pouco presente no processo da gravidez da adolescente.

Constatamos também que, das gestações adolescentes, três eram de gemelar (A1, A4, A20). Tal achado suscitou-nos curiosidade e, recorrendo à literatura médica, Gonçalves & Péret (2004) explicam que além de ser influenciada por fatores hereditários e terapêuticos (fertilização assistida), essa incide pouco em jovens abaixo dos vinte anos (3/1.000), sendo mais freqüente em mulheres dos trinta aos quarenta anos (14/1.000).

III Marco Teórico

Reis (1993) analisando artigos publicados na área da saúde, entre 1930 e 1980, sobre o tema “adolescente grávida”, aponta que, nos anos de 1960, a magnitude da gravidez na adolescência

passou a ser referida nos textos de saúde pública, como “alarmante” e uma “epidemia”. Essa nova qualificação, metafórica, permitiu que a gravidez não planejada fosse então incluída no campo de prevenção na saúde. Ao tratar a gravidez como epidemia, alocaram-se à questão os atributos de moléstia, quantidade excessiva e fenômeno não habitual e, dessa forma, definiram-se estratégias para sustar a “epidemia”, a partir da descrição das condições envolvidas nessa ocorrência. Essa análise permitiu evidenciar as modificações nos discursos médicos do período estudado, assim descritas:

Nos anos 30 e 40 a temática sobre a adolescente grávida estava intimamente associada ao bio-naturalismo [...]. Nos anos 50, nos EUA a gravidez e a adolescente passaram a ser conjuntamente tratadas através da temática obstétrica-pediátrica, coletiva e preventivista. [...] ao mesmo tempo em que os achados das pesquisas apontavam para o caráter não-problemático das gravidezes das adolescentes, a ênfase dada à prevenção sob forma de cuidados pré-natais dirigidos, especificamente, a esta população denotava alguma contradição. Entre as décadas de 50-60 [...] a adolescente grávida passou a ser problematizada numa dimensão mais abrangente. A adolescente grávida passou, então, a ser problematizada a partir dos pontos de vistas contextuais da psicologia, da economia, da sociologia, da educação. [...] **a adolescente grávida era submetida a procedimentos metafóricos que a constituíam como doença a ser prevenida.** Nos anos 70, surgem as primeiras propostas da temática comunitária. Nos anos 80, [...] traduz-se no direcionamento da estratégia da saúde pública para os grupos mais vulneráveis da sociedade, [...] [com] uma nova tarefa capaz de prevenir a gravidez a despeito da adolescente querê-la. (REIS, 1993, p. 148-150) (grifo nosso).

A partir da década de 1970, alguns estudiosos começaram a defender a metáfora, acreditando que nossas práticas sociais são influenciadas por nossas crenças e valores, e que ela seria parte fundamental da nossa linguagem para compreendermos diversos conceitos. Dentre eles, cabe ressaltar os estudos de Lakoff & Johnson (2002) que definem, através de expressões lingüísticas cotidianas, as metáforas conceptuais. Os autores defendem em sua teoria que todos nós temos um sistema conceptual metafórico subjacente à linguagem, e que este influencia nosso pensamento e nossa ação. Esta teoria contemporânea da metáfora surge no trabalho intitulado, *Metáforas da Vida Cotidiana*¹, que amplia a análise dos estudos da linguagem. De acordo com os autores:

[...] a metáfora está infiltrada na vida cotidiana, não somente na linguagem, mas também no pensamento e na ação. Nosso sistema conceptual ordinário, em termos do qual não só pensamos mas também agimos, é fundamentalmente metafórico por natureza. (LAKOFF & JOHNSON, 2002, p. 45).

¹ Título original em inglês: *Metaphors we live by.*(1980), traduzido para a língua portuguesa por Mara Sophia Zanotto em 2002.

Os autores diferenciam três principais categorias de metáforas que são responsáveis por nos ajudar a estabelecer correspondências entre um determinado conceito já compreendido, e outro ainda não estruturado:

1. **Metáforas Estruturais:** Estas metáforas são definidas como aquelas que permitem correlacionar alguns conceitos com base no que se quer realçar, mas não em sua totalidade. Para nos dar um exemplo, Lakoff & Johnson (2002, p. 46) utilizam a metáfora “**discussão é guerra**”. Desta maneira, querem evidenciar que discussão e guerra são conceitos diferentes, porém a discussão pode, parcialmente, ser estruturada, compreendida e tratada em termos de uma guerra. Diferentes expressões, tais como: “Ele foi direto ao alvo” ou “não consigo ganhar dele numa discussão”, têm a metáfora comum “**discussão é guerra**”.
2. **Metáforas Orientacionais:** surgem de orientações espaciais entre os nossos corpos com os ambientes físico e cultural. Vejamos nas expressões que se referem à metáfora “**feliz é para cima e triste é para baixo**” (LAKOFF & JOHNSON, 2002, p. 60).
Estou me sentindo **para cima**
Você está de **alto- astral**
Estou **deprimido**
3. **Metáforas Ontológicas:** estas metáforas são formadas a partir da nossa experiência com objetos físicos, tratando de modo perceptível o que não é físico. Assim, podemos, a partir da metáfora “**mente é uma máquina**”, remetermos a várias outras expressões metafóricas, tais como, “ele pifou”; “a minha mente simplesmente não está funcionando hoje” (LAKOFF & JOHNSON, 2002, p. 79).

Uma vez que a metáfora está presente na estruturação das mais diversas formas do conhecimento e de experiência, pode também ser analisada nas questões relacionadas à educação sexual. Amaral (2006) identifica as possíveis metáforas contidas nos papéis sociais de homens e mulheres. Um exemplo é a expressão “o sexo frágil” que nada mais é do que uma metáfora da fragilidade ou do desprestígio do sexo feminino. Em contrapartida, nas expressões “o machão” e “o galo do terreiro”, há uma definição de sexo forte que se traduz na virilidade masculina. Para apreender as concepções das adolescentes referentes à sexualidade e maternidade, privilegiamos a construção teórica de Lakoff & Johnson (2002), no sentido de que esta nos ajudaria, através das metáforas, entender as concepções e sentimentos das adolescentes gestantes e mães. Partindo do pressuposto de que gravidez e a maternidade estão embuídas e intermediadas, pelas noções e experiências de sexualidade, entendemos que para uma adolescente, talvez, a metáfora construída no seu cotidiano, poderia expressar, ainda que indiretamente, suas preocupações, alegrias, tristezas e assim, elucidar o que não seria dito claramente através do discurso, tido como lógico.

IV Metodologia

A identificação das participantes ocorreu por meio de consultas nos prontuários médicos, sendo considerados como critérios de inclusão: idade entre 10 e 19 anos, diagnóstico laboratorial de gravidez e primeira gravidez em evolução. Foram excluídas as adolescentes que não concordaram em participar da pesquisa ou que apresentassem déficit cognitivo, descrito no prontuário médico. A participação foi condicionada à assinatura do termo de consentimento pelas participantes e seus respectivos responsáveis. Pelo fato de trabalharmos com variáveis relacionadas à intimidade e questões relativas às concepções do indivíduo, a metodologia de escolha foi qualitativa, sendo esta adequada para uma abordagem social da saúde. Para Minayo (2006), o método qualitativo se aplica ao estudo das percepções e opiniões, constituindo produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam. Além de nos permitir aprofundar nos processos sociais de grupos particulares, esse método, propicia a revisão de conceitos e a construção de novas abordagens de análise. A pesquisa de campo compreendeu cinco partes: 1. Análise documental: realizada nos prontuários médicos de acompanhamento da adolescente no pré-natal, para a coleta das informações sobre a gravidez, histórico de antecedentes clínicos, quadro clínico no início da pesquisa. 2. Questionário auto-administrado: buscando conhecer as características sócio-demográficas do grupo das adolescentes, as mesmas foram instruídas a ler o instrumento de pesquisa e responder às perguntas na presença do pesquisador, que se referiram a: escolaridade, idade do pai da criança e situação conjugal. 3. Entrevista semi-estruturada: com objetivo de conhecer as concepções de cada adolescente gestante sobre: conhecimento e prática de métodos contraceptivos; Menarca, primeira relação sexual e vida reprodutiva; permanências e mudanças no pós-parto.

Pretendíamos realizar dois grupos focais com as adolescentes, sendo um no período de gestação e outro no pós-parto. No caso das adolescentes gestantes isso não foi possível devido a algumas dificuldades, sendo as mais frequentes: a) as diferentes idades gestacionais nas quais as adolescentes se encontravam. Tão logo se conseguia um número considerado representativo para a realização do grupo focal (seis indivíduos), uma ou mais adolescentes eram submetidas aos partos; b) o fato de o atendimento pré-natal ocorrer para cada adolescente apenas uma vez ao mês e somente em dois dias da semana (quintas-feiras e sextas-feiras), no Ambulatório da Maternidade Odete Valadares, fez com que tivéssemos de aguardar um tempo maior para realizar a entrevista individual. Nesse período de espera, o parto poderia ocorrer. Para as adolescentes que se encontravam no pós-parto, tivemos dificuldades diversas. Dentre as treze adolescentes mães,

três (A1; A4; A20) tiveram filhos gêmeos e, nos dois primeiros contatos telefônicos, relataram não ter tempo algum disponível para um encontro. Por isso, foram excluídas. Uma outra adolescente (A6) tinha o número do telefone do prontuário que não conferia com a sua residência. Em outra situação optamos no caso de duas adolescentes, por deixar um recado tendo em vista várias tentativas sem sucesso de encontrá-las em domicílio. Assim, das sete mães adolescentes restantes convidadas a comparecer ao encontro, apenas três de fato o fizeram. Ressaltamos que, mesmo tendo relatado que gostariam de participar do encontro, algumas adolescentes afirmaram ter problemas concretos de deslocamento até a Maternidade Odete Valadares, devido à distância da moradia ou de não ter com quem deixar o bebê, sendo este último o mais freqüente. Desse modo, optamos por realizar entrevistas em profundidade com as gestantes adolescentes e uma discussão em grupo no período de pós-parto. 4. Entrevista em profundidade: com o objetivo de aprofundar no estudo sobre as concepções relativas à sexualidade e maternidade, através das metáforas apreendidas nas entrevistas semi-estruturadas. Participaram desta etapa apenas duas adolescentes. 5. Discussão em grupo: objetivando conhecer as concepções metafóricas relativas ao período de pós-parto, e compará-las com aquelas do período gestacional.

Nesta última etapa de pesquisa, um fato chamou-nos atenção. Das três adolescentes que compareceram à discussão em grupo, duas delas tinham subentendido que a participação serviria de suporte e acesso ao programa de planejamento familiar da Maternidade. Isto é, diante de uma outra realidade, que é de pouco romantismo e, com todas as exigências que a maternidade impõe, elas demonstraram preocupações em já buscar a prevenção. Tal acontecimento nos causou um certo mal-estar uma vez que, explicamos para as adolescentes que se tratava de uma continuidade da pesquisa, da qual haviam participado enquanto grávidas. Todavia, bastou o chamado para o comparecimento à Maternidade, para que subentendessem que seriam incluídas no planejamento familiar. Isso nos leva a crer que, mesmo inconscientemente, não desejavam passar pela mesma experiência que haviam passado. Na ocasião da pesquisa a Maternidade Odete Valadares possuía um programa de planejamento familiar, entretanto infelizmente este foi desativado devido às modificações nas políticas institucionais.

Assim como descrevemos na seção II, optamos por fazer uma caracterização da população do nosso estudo com os dados obtidos nos prontuários médicos e questionários. Na seqüência, analisamos as entrevistas individuais, entrevistas em profundidade e discussão em grupo. Como proposto na teoria da metáfora conceptual de Lakoff & Johnson (2002), elaboramos metáforas que fossem representativas das várias expressões metafóricas e essas foram dispostas em quadros.

V Resultados

V.1 Período de gravidez

Conhecimento e prática de métodos contraceptivos

O tema da contracepção foi abordado nessa pesquisa, durante as entrevistas, quando as adolescentes foram indagadas sobre o conhecimento dos métodos contraceptivos antes da ocorrência da gravidez. Como referimos anteriormente na seção II, poucas foram aquelas que utilizavam algum método para evitar a gestação. Dentre as vinte e uma adolescentes, apenas dez o fizeram. O Quadro 1 ilustra as concepções metafóricas atribuídas ao conhecimento prévio à gravidez da adolescente, quanto à prática de métodos contraceptivos.

QUADRO 1
Metáforas construídas pelas adolescentes sobre a relação entre o uso de contraceptivo e ocorrência da gestação

Concepção	Metáforas	Expressões
Relação entre uso de métodos contraceptivos e ocorrência da gestação	Remédio é anticoncepcional oral	"eu tava tomando remédio pra controlar a minha menstruação, o tal do Ciclo 21, aí com isso ele em vez de regular, desregulou." (A2) ¹
		"Eu tomava remédio só que eu esquecia muito!" (A5)
		"Aí quando eu comecei a tomar remédio eu já tava grávida" (A9).
	Gravidez é culpabilização	"Tomava remédio, um mês sim e o outro não".(A13)
		"Eu já conhecia todos (Métodos contraceptivos) só não usava por descuido mesmo" (A1)
		"Porque eu dei mole. Fui lerda. Não usei camisinha." (A9)
		"Eu acho que foi mais erro meu [...]" (A11)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2007.

O termo "*remédio*" foi usado com frequência nas explicações sobre a prevenção da gravidez. Metaforicamente, para as adolescentes **Remédio é anticoncepcional oral** e suas narrativas além de denotarem tal concepção, nos indicam também, o tipo de anticoncepcional mais usado. Assim expressaram, as adolescentes A2, A3, A5 e A11, respectivamente.

"É porque antes eu tava tomando **remédio** pra controlar a minha menstruação, o tal do CICLO 21".(grifo nosso)

"Não tomava nenhum **remédio** (para evitar a gravidez)".(grifo nosso)

"Aí quando eu comecei a tomar **remédio** eu já tava grávida".(grifo nosso)

"Eu tomava **remédio**, o CICLO 21".(grifo nosso)

2 Nome comercial de um tipo de anticoncepcional oral que o governo Federal através da Portaria de no 1.414, de 13 de junho de 2007, incluiu no Programa Farmácia Popular do Brasil.

Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 01 set. 2007.

Houaiss (2001, p. 2424) define remédio como “[...] substância ou recurso, utilizado para combater uma dor, uma doença”. Ora, mas se gravidez não é doença, não há remédio para evitá-la! Entendemos que a experiência diária dessas adolescentes contribui para a formação de um vocabulário “singular”, próprio da idade, fazendo com que um mesmo termo, no caso o “remédio”, seja usado com finalidades distintas por indivíduos em diferentes faixas etárias. Lakoff & Johnson (2002) sustentam que, quando se diz que a metáfora estrutura um conceito em termos de outro, não se entende com isso que os dois sejam uma só coisa. Então, para essas adolescentes, “remédio” é o termo usado no sentido metafórico para prevenir a gravidez, substituindo outro termo que seria mais apropriado, que é o anticoncepcional oral.

Em **gravidez é culpabilização**, entendemos que para explicarem os motivos que as levaram a engravidar, as adolescentes tomam para si toda a responsabilidade, deixando de lado a figura do parceiro. Nessa situação referem que a “*falta de*” cuidado, juízo ou responsabilidade significou, para algumas, em uma gravidez. As adolescentes A1, A2, A5, A8 e A21 exemplificam bem essa concepção:

“Acho que foi por causa de **descuido**. Por que eu podia ter [...] eu conheço todos os métodos pra não engravidar, eu não usei por causa de descuido mesmo”.(grifo nosso)

“Eu já conhecia todos só não usava por **descuido** mesmo. [...] Mas a camisinha eu já sabia já usei muita camisinha depois parei. Aí comecei com o anticoncepcional, parei. Aí foi nesse período que eu engravidei”.(grifo nosso)

“Por **falta de cuidado**, mesmo. Porque eu tomava remédio só que eu esquecia muito”.(grifo nosso)

“Informação eu tinha né? Minha mãe sempre sentou comigo, explicou tudo direitinho, sei que foi **falta de juízo** mesmo”.(grifo nosso)

“Conhecia pílula, injeção, camisinha... tudo, né? Nem sei porque eu não tomava, acho que é **falta de responsabilidade**”.(grifo nosso)

O estudo de Frizzo, Kahl & Oliveira (2005) corrobora essa análise, pois mostra que as adolescentes grávidas, apesar de conhecerem os métodos de se evitar uma gravidez, não os utilizam ou o fazem de maneira inadequada. Além disso, suas dúvidas muitas vezes não são sanadas por pessoas próximas a elas. Vejamos nas expressões das adolescentes A1, A2 e A11:

“Eu tinha uma curiosidade do DIU se eu podia por antes, só que eu fiquei sabendo agora que já podia por se eu tivesse pensado antes eu tinha colocado”.

“Ah, mesmo tomar o remédio não sei. Remédio pode escapar, né? Eu acho que injeção, pra prevenção?”

“Eu acho que foi mais erro meu de não ter prestado atenção no que ela (ginecologista) falou. Porque ela falou uma coisa eu entendi outra aí eu não fiz muito certo. Eu tomava no tempo que não vinha a menstruação aí eu fui e fiz só que atrasou, aí mesmo assim se

atrasou eu tinha que ter tomado, aí eu não tomei fiquei com medo de tomar aí na outra semana que eu já tinha ido. Mesmo assim ela falou que era normal. Aí depois de 1 mês quando eu voltei lá aí eu tava de 1 mês e três semanas.”

Menarca, primeira relação sexual e vida reprodutiva

No desenvolver de sua sexualidade, a adolescente vivencia experiências marcantes como, por exemplo, a primeira relação sexual que é considerada um marco na sua vida e comumente referida como a “primeira vez” (BORGES, LATORRE & SCHOR, 2007). Neste sentido, o preparo para o início da vida sexual implica numa postura ativa da adolescente de decidir assumir sua sexualidade, o que, por sua vez, a faz ter dúvidas sobre sua moralidade. (PANTOJA, 2006).

Na metáfora do Quadro 2, a perda da virgindade marca o início da atividade sexual, podendo ser reproduzida pela metáfora **o corpo é fragmentado**, quando se perde, “*não tem como colocar mais*” (A1). Ou seja, os termos “perdi” e “tirar”, no caso a virgindade, demonstram que as adolescentes se vêem incompletas a partir daí. Além disso, a expressão “*é pro resto da vida*” (A1) nos dá a idéia de não poder arrepende-se de ser definitivo, fato que evidencia quão significativa é essa experiência.

QUADRO 2
Metáforas construídas pelas adolescentes sobre conversas sobre sexualidade, antes da primeira relação sexual

Concepções	Metáforas	Expressões
Primeira relação sexual	O corpo é fragmentado	“Depois que você tira a sua virgindade, eu acho que é uma coisa que você tem pro resto da vida” (A1)
		“Na hora que você tira, não tem como colocar mais” (A1)
		“Perguntei pra ela (mãe) se eu perdesse a virgindade, o quê que ia acontecer” (A4)
		“Depois que eu perdi a virgindade” (A12)
Conversas sobre sexualidade no âmbito familiar	Aberto é bom e fechado é ruim	“Com o meu pai eu era muito fechada, conversava mais com a minha mãe” (A2)
		“Minha mãe era super aberta comigo” (A4)
		“Da boca da minha mãe e do meu pai nunca ouvi isso. Da boca de ninguém”. (A13)
Conversas sobre sexualidade no âmbito sócio-afetivo	Mais é melhor	“Ele (pai) é muito fechado pra essas coisa” (A20)
		“Eu tenho uma irmã minha que é mais velha, que eu procurava perguntar as coisas pra ela. Perguntava minha tia, que fala com a gente [...] procurava amiga que é mais experiente como é que a gente tinha que fazer pra não engravidar, pra não pegar doença, muitas coisas”(A1)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2007.

As conversas sobre gravidez e contracepção, antes da primeira relação sexual, apareceram nas falas das adolescentes tendo influências dos grupos de pertinência e do âmbito familiar. Grande parte delas refere pessoas de extrema confiança tais como parentes, mais velhos, como a principal fonte de

informações a respeito de sexualidade, assim metaforicamente **mais é melhor**. As adolescentes deixam transparecer que o nível das conversas vai de acordo com o ambiente. Nas escolas recebem informações sobre o corpo, hormônios, mas a essência da sexualidade não é discutida. Com os pais, não há diálogos informativos, se fala por “meias palavras”, na maioria das vezes dentro do discurso moralista.

Através da metáfora **aberto é bom e fechado é ruim**, as adolescentes demonstram o tipo de abertura que se tem com os pais em temas de sexualidade. O pai é retratado com maior freqüência tendo um comportamento “fechado” e contrário a este, a mãe é mais “aberta”.

O debate sobre sexualidade na escola ocorreu principalmente nas aulas de ciências e de biologia, assim como afirmaram as adolescentes A1 e A6, respectivamente: *“É na aula de ciências e biologia. Biologia é mais que ela fala sobre sexo”* e *“Nas escolas sempre tem esses tema né? Biologia sempre fala”*. Em contrapartida, uma outra adolescente (A3) afirma ter sido *“poucas vezes”* e a professora *“não falava direito”*. Quando indagada sobre qual assunto era discutido nessas aulas a mesma respondeu: *“Ah, sobre o nome do corpo humano”*. Isto indica que a escola da referida adolescente (A3) vinha trabalhando apenas informações biológicas, as quais, possivelmente, se limitavam à reprodução, à gestação, à menstruação e aos órgãos sexuais. Desta forma, o corpo humano é percebido, em partes, de maneira fragmentada e isso pode dificultar aos adolescentes entenderem seu funcionamento de forma integrada. Isso pôde ser evidenciado pela metáfora o corpo é fragmentado.

Na prática, fica evidente que é limitada a informação que as adolescentes tem acerca da sexualidade, o que as colocam vulneráveis a DST/AIDS e gravidez. Decorrente disso entendemos que uma ação educativa voltada para o autocuidado na adolescência, deve transcender o simples repasse de informações. Santos Júnior (1999) em uma revisão de literatura ressaltam que tratar de saúde reprodutiva implica em reconhecer a diversidade própria da adolescência, abandonando o referencial único de universalidade do sujeito.

A condição desse grupo social nos mostra que caso essas adolescentes não tenham uma assistência efetiva e qualificada para terem os filhos que desejarem, no tempo devido, ao longo da vida reprodutiva ao se tornarem adultas estarão relegadas a aprender via erro/acerto. Pelo fato de que não receberam no momento apropriado os conhecimentos inerentes a sexualidade e a reprodução, terão gravidezes não planejadas e estarão susceptíveis a contaminação de DST/AIDS.

Bozon e Heilborn (2006) na pesquisa GRAVAD, indicam que mulheres que iniciam a vida sexual antes dos 18 anos ficam grávidas com maior freqüência quando o parceiro é mais velho que elas. Esta análise vem de encontro aos nossos resultados, uma vez que, as idades dos parceiros encontram-se na faixa entre 18 e 24 anos e das adolescentes entre 13 e 18 anos. Os autores acrescentam ainda que:

“A vivência espontânea das relações sexuais combina-se bastante bem com a velha dicotomia, eventualmente modernizada, segundo a qual as mulheres não pensam (não devem pensar) nem na sexualidade nem na contracepção, mas sim em relações estáveis; e os homens não falam sobre sexualidade com as mulheres, empenhando-se, no entanto em ter relações sexuais com elas o mais cedo possível. Em um contexto onde as relações femininas tornaram-se mais precoces, esse sistema tende a produzir um número maior de gravidezes não planejadas nem desejadas, mas tampouco recusadas” (BOZON e HEILBORN, 2006, p.199).

Vulnerabilidade

Conforme apresentamos anteriormente, pela metáfora **gravidez é culpabilização**, a justificativa majoritária das adolescentes esteve centrada na ausência de prevenção. Uma outra foi de que “*Eu pensava que não ia engravidar tão cedo*”; “*Eu achava que não ia acontecer comigo*”, relatada pelas adolescentes A8 e A16. Bozon e Heilborn (2006, p.199) discutindo o assunto, referem que “o sexo se inscreve entre aquelas atividades que podem ser praticadas sem que se pense nelas e que, em função disso, não carecem de nenhuma programação”. Ora, tendo iniciado uma vida sexual e abdicado da prevenção, arriscaram-se desnecessariamente convictas de que não engravidariam. Esta concepção é discutida por outros autores que comentam ser inerente do desenvolvimento psicológico dos adolescentes, um pensamento mágico de que nada de ruim os acontecerá, isso faz com que se sintam “poderosos” e tenham atitudes impetuosas (CARIDADE, 1999; SANTOS JUNIOR, 1999). Um outro ponto a ser discutido quando tratamos de vulnerabilidade na adolescência é de que, as jovens grávidas ficaram vulneráveis não só a uma gravidez não desejada, não planejada, mas também a contaminação de uma DST/AIDS. Apenas a adolescente A1 mencionou sua preocupação em obter informações, antes de engravidar, sobre gravidez e doenças que poderia vir a contrair em relações sexuais desprotegidas.

“eu sempre procurava amiga que é mais experiente como é que a gente tinha que fazer pra não engravidar, pra não **pegar doença**”(grifo nosso)

Sabendo-se que no Brasil a feminização da AIDS tem se dado com tanta rapidez, esse grupo pesquisado, dado a ausência de informações e da educação sexual recebida, elas estão sujeitas a uma maior vulnerabilidade.

V.2 Período de pós-parto

Permanências e mudanças

Nesta última etapa de pesquisa, compreendida por uma discussão em grupo com três puérperas adolescentes, observamos que todas almejavam realizar um planejamento familiar.

Analisando essa situação, entendemos que para essa população, a assistência chega até o momento do parto e puerpério imediato, não havendo qualquer continuidade no que se refere à assistência especializada que permita as adolescentes e seus parceiros, optarem livres e conscientemente por ter ou não filhos, o número, o espaçamento entre eles e a escolha do método contraceptivo mais adequado.

A experiência mostrou que as jovens almejam serem atendidas no período de puerpério remoto, quando possivelmente irão retomar a vida sexual. Diante do exercício diário das funções que a maternidade exige, sentem-se despreparadas, assim como expressaram as adolescentes A11 e A13 em:

“É, não tá caindo a ficha muito bem ainda não. Porque antes, assim até no começo mesmo tava muito difícil, nem pegar em menino eu sabia, aí agora, não sei se é minha de verdade, se saiu foi dentro de mim, porque é muito diferente as coisas agora”.

“Ó eu achava assim, que se eu tivesse filho ia ser completamente [...] tudo ia ser mais fácil, sabe? Depois que a gente tem, que a gente vê o quanto é difícil”.

Mesmo tendo relatado que o fato de serem mães as traziam uma imensa felicidade, fica claro que não desejam passar pela mesma experiência da maneira que passaram. O diálogo, abaixo, ilustra essa concepção:

Adolescente 13: - Eu não quero ter mais um [filho] não.

Adolescente 5: - A gente sabe, o trabalho que é criar um filho.

Adolescente 13: - Com certeza, depois que a gente tem é que a gente sabe.

Adolescente 11: - Se for um [filho] tá ótimo! Filho gasta muito. Tem que olhar também. Você tem dinheiro agora e no futuro? Vai ter? Você tem que ter dinheiro.

O período de pós-parto trouxe algumas contradições na vida dessas adolescentes. O real, que é a criança, se por um lado lhes dá um status diferenciado na família e na comunidade, de outro as chamam para uma responsabilidade que não estavam preparadas. Um exemplo é que muitas delas declararam que agora, ficam mais reclusas dentro de casa, não vão mais as festinhas, as noites são mal dormidas e têm sobre elas uma “vigilância” social que não haviam experimentado anteriormente. A fantasia da maternidade que segundo a declaração de uma delas era como “brincar de boneca”, acaba e as deixam mulheres adultas numa idade em que realmente deveriam estar brincando ainda.

VI Considerações Finais

Através das metáforas, foi possível compreender um pouco as concepções das adolescentes, sobre contracepção, primeira relação sexual, vida reprodutiva e maternidade. A assistência à saúde reprodutiva e sexualidade deste grupo específico, que deveria incluir informações corretas

sobre sexualidade no âmbito amplo, acesso e livre escolha de métodos contraceptivos, segmento na assistência durante o uso do método escolhido, são indicadores de que seus direitos reprodutivos não estão sendo contemplados. Como se trata de um grupo social oriundo de baixa renda, essas adolescentes estão sujeitas a programas de planejamento familiar oferecidos pela rede pública que não está, necessariamente, voltada para as necessidades específicas dessa faixa etária. Já nas primeiras experiências de suas vidas reprodutivas, experimentam o desprazer, o medo, o abandono e a grande responsabilidade de criar um outro ser, quando na realidade elas é que deveriam estar sendo cuidadas. As gravidezes não planejadas ao longo de uma vida reprodutiva, iniciada da maneira como este grupo iniciou, poderá ter uma outra conseqüência de extrema gravidade para elas. Não tendo os meios necessários e a vontade de chegar ao final de uma gravidez, não lhes resta outra solução, que tentar um aborto o qual poderá trazer-lhes seqüelas para a saúde e dado a ilegalidade do procedimento, punição inclusive judicialmente. No que se refere à educação para a sexualidade, percebemos a limitação das informações relativas a DST/AIDS e gravidez, contribuindo para a vulnerabilidade das adolescentes. Identificamos a partir disso que a educação para a saúde reprodutiva deve ser pautada no espaço das práticas de saúde, valorizando a idéia da reprodução como direito e não como dever, já expostas na Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento, no Cairo (1994), e em Beijing (1995) na IV Conferência da mulher. Sugerimos que sejam desenvolvidas, ações preventivas em saúde reprodutiva, voltadas para grupos de adolescentes, levando em conta as diversas concepções, que foram expressam metaforicamente.

VII Referências

AMARAL, S. E. **Analogias e metáforas no ensino de ciências**: aplicações na educação sexual. 2006. 189 f. Dissertação (Mestrado em Educação Tecnológica) - Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

BORGES, A. L. V; LATORRE, M.R.D.O; SCHOR, N. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 499-507, 2007.

BOZON, M.; HEILBORN, M.L. Iniciação à sexualidade: Modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais. In: HEILBORN, M.L *et al.* **O Aprendizado da sexualidade**: Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006, p.156-205.

CARIDADE, A. O adolescente e a sexualidade. In: SCHOR, Néia; SOCORRO, Maria; MOTTA, Tabosa; BRANCO, Viviane Castelo (Org.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde, 1999. p. 206-211.

CASTRO, M.G. *et al.* **Juventudes e sexualidade**. Brasília: UNESCO, 2004. 428p.

COSTA, M.C.O *et al.* Adolescent pregnancy and paternal co-responsibility: socio-demographic background and attitudes towards the pregnancy and the child. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 719-727, 2005.

FRIZZO, G.B; KAHL, M.L; OLIVEIRA, E.A. Aspectos psicológicos da gravidez na adolescência. **Psico**, [S.l.], v. 36, n.1, jan./abr., 2005, p. 13-20.

GONÇALVES, M.M; PERÉT, F.J. Prenhez gemelar. In: Corrêa, Mario Dias *et al.* **Noções práticas de obstetrícia**. 13. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2004. Cap. 23, p. 339-360.

HEILBORN, M. L. *et al.* Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, jun. 2002, p. 13-45.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.; FRANCO, F. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Editora Objetiva. Rio de Janeiro, 2001.

LAKOFF, G.; JOHNSON, M. **Metáforas da vida cotidiana**. Coordenação e tradução: Zanotto. M. Campinas, SP: Mercado das Letras EDUC, 2002.

MEDRADO, B.; LIRA, J. A adolescência desprevenida e a paternidade na adolescência: uma abordagem geracional e de gênero. P.230-246. In: SCHOR, N.; SOCORRO, M.T.; BRANCO, V.C (org.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde, 1999.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

PANTOJA, A.L.N. Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [S.l.], 19 sup, 2006. p. 335-343.

REIS, A.O.A **O discurso da saúde pública sobre a adolescente grávida: avatares**. 1993. 166 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP. São Paulo, 1993.

SANTOS JÚNIOR, J.D. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: SCHOR, Néia; SOCORRO, Maria; MOTTA, Tabosa; BRANCO, Viviane Castelo (Org.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde, 1999.

VIEGAS-PEREIRA, A.P.F. **"AIDS. Prevenir é tão fácil quanto pegar"? Um estudo sobre os fatores que determinam o uso de preservativo entre adolescentes na era da AIDS**. Dissertação de mestrado apresentada ao Departamento de Demografia, CEDEPLAR/FACE/UFMG. Belo Horizonte, 2000.

Homens e anticoncepção: um estudo sobre duas gerações masculinas das “camadas médias” paulistas*

Maria Coleta Oliveira
Elisabete Dória Bilac
Malvina Muszkat

Introdução

O tema da reprodução tem sido tratado preferencialmente no contexto da vida feminina. É assim que a pesquisa na área, em grande medida voltada para a compreensão dos determinantes dos níveis e padrões de fecundidade examina, a partir da mulher, as carreiras reprodutivas e os projetos de fecundidade (Figueroa, 1996). É certo que algumas pesquisas de tipo *survey* incluem em seus quesitos a indagação de opiniões e atitudes dos maridos, entendendo que as decisões reprodutivas emergem da dinâmica dos casais, envolvendo as mulheres e seus parceiros.

Porém, ao menos no Brasil, é muito recente a abordagem da reprodução no contexto da vida masculina. A última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, de 1996 - parte do programa internacional dos *Demographic and Health Surveys (DHS)* - incluiu uma amostra de homens, selecionados de modo independente da amostra feminina (Badiani e Camarano, 1998; BEMFAM, 1999). Isto sinaliza para uma mudança na abordagem da reprodução no âmbito das pesquisas de horizonte demográfico (Mundigo, 1995).

Mas não é apenas no contexto dos estudos populacionais que a reprodução é tomada como um assunto feminino. No âmbito dos estudos de gênero, a questão da maternidade tem sido examinada com frequência, tendo como pano de fundo, de um modo geral, a crítica feminista à naturalização do sentimento materno, concepção que integra as matrizes sócio-culturais no Ocidente (Chodorow, 1978; Strathern, 1988). A discussão acerca da reprodução assistida e suas implicações, tem alimentado a produção recente na área dos estudos de gênero, voltando a colocar em foco o

* Artigo originalmente publicado nos Anais do XII ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, Caxambu, 23 a 27 de outubro de 2000.

tema da maternidade (Strathern, 1995). É também nesse contexto que surge, entretanto, um debate extremamente instigante acerca da paternidade, tema a partir do qual a reprodução passa a poder ser pensada de um ponto de vista masculino (Laqueur 1992; Ruddick, 1992).

Pode-se dizer que, sem sombra de dúvida, a ênfase quase exclusiva na mulher nos estudos sobre a reprodução reflete a construção naturalizada do gênero feminino. A pesquisa “Os Homens, esses desconhecidos... Masculinidade e Reprodução”¹ - do qual o presente trabalho faz parte - pretende contribuir para uma ampliação de perspectivas nos estudos sobre a reprodução, focalizando as experiências e pontos de vistas masculinos nesse tema.

Tomando por base entrevistas em profundidade realizadas com homens pertencentes às camadas médias do maior centro metropolitano brasileiro - a cidade de São Paulo - o presente artigo analisa o modo como homens em distintos momentos de suas trajetórias de vida constroem suas visões sobre a reprodução e sobre sua capacidade de nela interferir. Este trabalho tem, portanto, como objetivo analisar os conteúdos sócio-culturais que modelam as atitudes e práticas masculinas referentes à reprodução. O exame dos projetos e práticas masculinas relativas a ter e a evitar filhos coloca ênfase no contexto em que se deram as decisões masculinas, explorando os dilemas em que se viram por vezes envolvidos quando diante de uma gravidez de suas parceiras. Nessa exploração, busca-se entender de que maneira as concepções de gênero com as quais os sujeitos entrevistados operam interferem em suas avaliações e escolhas com relação a ter ou deixar de ter filhos e aos métodos usados para evitá-los.

As Entrevistas e os Entrevistados

O material analisado provém das entrevistas realizadas na cidade de São Paulo em 1997 com sujeitos pertencentes a duas gerações². A primeira, nascida entre 1937 e 1957, contava à época do trabalho de campo com idades entre 40 e 59 anos. A segunda é formada por nascidos entre 1958 e 1972, com idades de 25 a 39 anos à época das entrevistas. São estes os grupos cujo material mostrou-se mais significativo para a exploração dos temas de interesse central do estudo, especialmente por terem tido a oportunidade de ter filhos ou de ingressarem em etapas da vida em que este tema passa

1 Esta pesquisa contou com financiamento da Organização Mundial de Saúde (OMS), através do Strategic Component on Social Science Research on Reproductive Health (Project No. 95073 BSDA); da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP); e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

2 O trabalho de campo envolveu a realização de 50 entrevistas semi-estruturadas com homens e 53 com mulheres, em idades de 18 a 59 anos, solteiros, em união ou descasados. O material aqui utilizado inclui apenas as entrevistas com homens de 25 a 59 anos, em união ou descasados, em um total de 40 entrevistas. Os entrevistados foram selecionados pela técnica de rede, utilizando-se como critério de pertencimentos às camadas médias o fato de serem profissionais de nível superior. Para aqueles que não haviam concluído sua formação e para os que se preparavam para o ingresso na Universidade, agregou-se a exigência de que pelo menos um de seus genitores tivesse curso superior completo.

a ser colocado. A relação de informantes de ambas as gerações encontra-se no Quadro 1 abaixo, indicando a idade e situação conjugal à época da entrevista, o tipo de formação universitária, o número de uniões tidas até o momento da entrevista e o número de filhos tidos vivos à época da pesquisa. Para preservar a identidade dos entrevistados, omitiram-se as informações acerca de suas respectivas ocupações.

Ambas as gerações refletem em suas trajetórias sociais, os diferentes processos pelos quais se foi constituindo a nova classe média brasileira (Wright Mills, 1956; Quadros, 1985). Fazem parte de segmentos sociais que se apóiam em profissões especializadas, surgidas em decorrência do desenvolvimento urbano-industrial do país após 1950. São técnicos e funcionários administrativos do Estado ou do grande capital, profissionais liberais, empresários e autônomos. Sua inserção de classe, a posição que ocupam no sistema produtivo ou no aparelho estatal depende, e muito, do capital cultural e social recebido da família ou adquirido ao longo da vida. Tanto uma como outra viveram as importantes transformações sociais e econômicas responsáveis pela formação de novos padrões de comportamento e de formas de sociabilidade que hoje permeiam os estilos de vida dessas camadas. A intensificação do processo de transformação do país, contemporânea aos cursos de vida dos entrevistados, propiciou espaço para alterações significativas na organização das relações na família e dos modelos culturais que regem a sexualidade.

Mais do que nenhuma outra, a coorte nascida entre 1937 e 1957 beneficiou-se da criação de oportunidades de ensino superior e da ampliação e diversificação do emprego, em um período de grande crescimento econômico e de desenvolvimento de novos estilos de vida e de consumo (Romanelli, 1986; Mello e Novais, 1998). A partir da Universidade, os entrevistados da geração mais madura, puderam atualizar sua inserção social de classe, alguns com trajetórias de mobilidade social ascendente. Dos 20 entrevistados, dois são filhos de artesãos urbanos, quatro de *white-collars* de pouca qualificação formal e dois pertencem a famílias de pequenos comerciantes. Nestes casos, dificuldades econômicas são mencionadas na infância. Os demais informantes desta geração, porém, já pertenciam a uma pequena burguesia de sólidos comerciantes (3 casos), de profissionais liberais tradicionais (2 casos), de funcionários públicos graduados, civis ou militares (4 casos) e de autoridades políticas locais (2 casos). As ocupações encontradas entre os entrevistados desta geração madura são as de professor universitário, jornalista, médico, psicólogo, publicitário, arquiteto, geógrafo, técnico no setor público, gerente de grande empresa privada, pequeno empresário no setor de prestação de serviços especializados (telecomunicações, produção de vídeos, informática) e assessor político.

A inserção ou consolidação da posição de classe envolveu também mobilidade espacial em muitos casos. Dos 20 informantes desta coorte, 9 são nascidos na cidade de São Paulo; quatro

nasceram no interior do Estado de São Paulo; outros três em estados do Sudeste e dois no Nordeste do país. Muitos saíram de casa ainda muito jovens, buscando centros urbanos maiores onde prosseguir os estudos. Outros se mudaram para São Paulo já formados, em função de exigências e/ou oportunidades profissionais.

QUADRO 1
Características dos Entrevistados

Características dos Homens											
Coortes	Idade	Situação conjugal	Curso superior	Número de uniões	Número de filhos	Coortes	Idade	Situação conjugal	Curso superior	Número de uniões	Número de filhos
Coorte jovem 25-39 Anos	32	descasado	Filosofia	1	1	Coorte madura 40-59 Anos	40	descasado	Jornalismo	1	2
	32	descasado	Publicidade	1	0		41	descasado	Administração de Empresas	2	2
	33	descasado	Odontologia	1	0		43	descasado	Psicologia	2	2
	34	descasado	Direito	1	0		48	descasado	Engenharia	2	4
	34	descasado	Marketing	1	2		49	descasado	Geografia	1	2
	36	descasado	Ciências da Educação	1	1		50	descasado	Jornalismo	1	1
	37	descasado	Direito	1	2		51	descasado	Psicologia	1	2
	38	descasado	Educação Física	1	0		52	descasado	Engenharia Eletrônica	1	2
	39	descasado	Engenharia Elétrica	1	2		54	descasado	Ciências Sociais	1	1
	39	descasado	Ciências Sociais	1	2		59	descasado	Direito	1	3
	27	união	Ciências Contábeis	2	1		40	união	Engenharia Civil	2	1
	28	união	Educação Física	1	1		42	união	Relações Públicas	1	2
	29	união	Publicidade	1	0		42	união	Matemática	2	2
	30	união	Desenho Industrial	1	0		45	união	Arquitetura	1	2
	31	união	Economia	1	1		46	união	Ciências Sociais	2	2
	32	união	Desenho Industrial	1	0		46	união	Geografia	1	2
	33	união	Administração de Empresas	1	0		48	união	Medicina	1	2
	37	união	Publicidade	1	0		48	união	Engenheiro Químico	1	3
	37	união	Engenharia	2	1		53	união	Publicidade	1	2
	39	união	Publicidade	2	2		55	união	Bioquímica	1	2

Os informantes da geração mais jovem - nascidos entre 1958 e 1972 - atingiram e viveram sua adolescência nos anos 70 e 80. Portanto, toda sua trajetória de vida se dá em período em que as transformações sociais no país já se encontravam avançadas. A origem familiar dos entrevistados dessa geração expressa a heterogeneidade da composição dos segmentos médios da sociedade brasileira. Seis dos 20 entrevistados desse grupo são provenientes da elite proprietária e culta do Sudeste do país: Juiz de Direito, empresários, agentes do mercado financeiro, alto funcionário do sistema bancário e diretores de empresas. Cinco deles provém de famílias de origem migrante

estrangeira, socialmente ascendentes, cujos avós e pais já desenvolviam atividades empresariais no setor do comércio ou da indústria, ou ocuparam postos de direção empresarial. Dois dos entrevistados fazem parte de famílias tipicamente de classe média urbana com pais funcionários administrativos e um deles com mãe professora primária. Quatro dos informantes originam-se dos setores populares. Os pais, com pouca qualificação educacional, foram trabalhadores manuais ou não manuais de rotina. Para outros três dos entrevistados, as informações são insuficientes para uma avaliação de sua origem social. Dois deles, porém, relatam terem desfrutado de um padrão de vida confortável ao longo da infância e adolescência.

As ocupações dos informantes da geração mais jovem incluem profissional liberal, jornalista, professor universitário, pesquisador de mercado, produtor cultural, publicitário, diretor de TV, empresário, diretor e gerente de empresa, agente de turismo, educador, dono de escola/academia de educação física e artista plástico. Ainda que nenhuma preocupação de representatividade estatística tenha presidido a seleção dos informantes, é evidente a variedade e a heterogeneidade de ocupações, impensáveis algumas décadas atrás, produto da diversificação ocupacional trazida pelas transformações havidas. A maioria dos informantes revela em seus relatos a importância atribuída pela família à escola e aos estudos, vistos como instrumentos de valorização profissional no futuro. Alguns poucos entrevistados dessa geração relatam ter a concretização dos projetos educacionais requerido dos pais ingentes esforços e sacrifícios.

Ao contrário do que ocorre com os entrevistados da geração mais madura, os informantes mais jovens são em grande maioria naturais da cidade de São Paulo. Com exceção de um entrevistado para o qual não se dispõe de informação, os não paulistanos provêm do interior de São Paulo, ou de capitais do Sudeste, tendo aqui chegado antes de completarem 11 anos. São, pois, todos eles produtos da grande metrópole.

O Ponto de Vista Adotado na Análise

Nesta seção são apresentadas, em linhas gerais, as concepções teóricas que orientam a análise do material da pesquisa. O ponto de partida é a necessidade de combinar “estrutura” e “agência” para a compreensão do comportamento e das perspectivas masculinas com relação à reprodução.

Por “estrutura”, entende-se os constrangimentos originados nas circunstâncias históricas em que os sujeitos vivem ou viveram, e com os quais tiveram que lidar na construção de suas trajetórias. Estas circunstâncias, de natureza material e simbólica, delimitam um campo de possibilidades que se oferecem aos sujeitos como alternativas de escolha. A localização dos indivíduos e de suas famílias na estrutura social - material e simbólica - indica os limites e as possibilidades que têm diante de si.

A noção de “agência” refere-se à capacidade e os sujeitos efetivamente identificarem cursos de ação possíveis frente às determinações de natureza estrutural. Nessa noção, sobressai a idéia de que os sujeitos vivem suas circunstâncias históricas como experiências, que supõem a possibilidade de intervenção criadora na realidade que os cerca. É com base na experiência socialmente determinada que os sujeitos constroem suas identidades individuais e sociais, conformam sua consciência e sua subjetividade e realizam escolhas.

De um ponto de vista mais geral, esta perspectiva deriva de formulações clássicas das Ciências Sociais. De um lado, Marx, com sua visão de que os indivíduos “fazem a história nas condições dadas pela história”. Tomada em seu conjunto, a obra marxista tem muito claro o papel das formas de consciência no processo histórico de mudança, ao mesmo tempo em que enfatiza o poder da economia no que diz respeito às possibilidades de transformação social (Marx, 1976 e 1978). De outro lado, Weber, com sua teoria da ação carregada de sentido, sentido este dado pelos objetivos do sujeito. O argumento teórico weberiano para lidar com os constrangimentos estruturais e históricos, apóia-se na distinção entre sentido individual da ação - dado pelo sujeito - e sentido histórico, ou os resultados obtidos no embate entre várias ações individuais carregadas de sentido (Weber, 1978).

Não é o caso de detalhar aqui a variedade de contribuições que procuraram tratar da articulação entre “estrutura” e “agência”. Autores contemporâneos como Goffman (1959 e 1979), Bourdieu (1972) e Giddens (1984), para citar apenas alguns, investiram muito de seu talento e competência intelectuais na construção de referenciais teóricos com vistas a dar conta do fato de que o comportamento individual, ao mesmo tempo reproduz as condições dadas pela estrutura social e é capaz de, conscientemente, alterá-las. A familiaridade com esta literatura, em diversos momentos da trajetória intelectual, marcou o modo como as autoras deste trabalho buscaram fazer sentido do material recolhido no campo.

A adoção deste tipo de perspectiva nos estudos sobre a reprodução e sobre o gênero não é original, embora recente. Trabalhos como os de Susan Greenhalgh e outros autores (Greenhalgh, 1995), preocupados em reverter tendência extremamente empobrecedora de uma demografia exclusiva e excessivamente técnica e rala de teoria, exemplificam o tipo de motivação e de abordagem que deram origem à pesquisa cujos resultados são aqui analisados. Em particular, a importância de desvendar os conteúdos das construções culturais de gênero, presentes nos comportamentos relativos a ter e a evitar filhos, é uma das tarefas apontadas por Greenhalgh que encontram eco neste artigo.

A noção de gênero é, pois, central na perspectiva analítica escolhida. Toma-se aqui a concepção deste conceito tal como desenvolvida por Connell (1987), inspirado em vários autores que

o precederam ou que lhe são contemporâneos. A idéia de que as identidades e comportamentos de gênero são construídos na prática social, é fundamental a esta noção. Ou seja, mais do que categorias fixas, as diferenças de gênero são ativamente construídas pelos sujeitos enquanto atores sociais. As diferenças ou características biológicas entre os indivíduos constituem, nesta medida, elementos que têm “relevância prática” - para usar a expressão do autor - para os usos sociais que delas são feitas, e não elementos causais. Dessa maneira, os corpos que assumem esta ou aquela identidade de gênero, em qualquer de suas variações, são “corpos-em-uso”, ou seja, corpos que adquiriram, pela prática social, significados particulares. As matrizes culturais vigentes em uma determinada sociedade e em determinada época de sua história integram a prática social, oferecendo um repertório de significados a serem ou não apropriados pelos sujeitos e pelas instituições que sua prática social dá origem (Connell, 1987; Laqueur, 1992). É desta maneira que, na “arena reprodutiva” - noção cunhada por Connell (1995) para indicar a referência à reprodução na constituição e operação dos sistemas de gênero - os corpos se apresentam como corpos reprodutivos. A mulher, que gesta e pare e, por isso, deseja ser mãe; o homem, que é capaz de fecundá-la e, por isso, permanentemente disponível e susceptível de envolver-se em relacionamentos amorosos.

As contribuições de R. W. Connell fizeram escola no campo dos estudos sobre os homens e as masculinidades. Sua idéia, e de outros autores, de que as sociedades comportam, em cada momento, várias possíveis atualizações do masculino tem presidido as investigações no campo (Connell, 1995; Brod and Kaufman, 1994; Coltrane, 1994; Conway-Long, 1994; Collier, 1995). As condições sociais de classe, de raça, idade e geração, entre outras, oferecem a oportunidade de construções de gênero particulares. Enquanto inserções diferenciadas na estrutura social - material e simbólica - constituem diferentes contextos experienciais, submetidos a diferentes constrangimentos e propiciando distintas alternativas de ação. É possível, no entanto, identificar estilos ou padrões dominantes do ser homem, o que Connell chama de “masculinidade hegemônica”. Esta decorre do reconhecimento da dominância, na tradição cultural do Ocidente, de uma matriz sócio-cultural de gênero responsável pela construção polar do masculino e do feminino, de natureza heterossexual e reprodutiva (Butler, 1990; Strathern, 1988 e 1995). A importância dada pela literatura sobre os gêneros a esta matriz sócio-cultural, resulta de sua persistente eficácia na conformação das experiências masculinas e femininas nas sociedades tributárias da chamada cultura ocidental.

E não seria diferente em um centro metropolitano da periferia do capitalismo neste final de século XX. O estudo do qual este trabalho faz parte, escolheu investigar a experiência masculina em uma camada social heterogênea como as “camadas médias”. Sua tarefa é a de entender a lógica a partir da qual os indivíduos interpretam sua própria vida reprodutiva, procurando identificar os

elementos que compõem seu argumento, a matriz sócio-cultural de onde derivam e sua eficácia em sua prática social reprodutiva.

Resultados: As Gerações Masculinas e a Contracepção

Entre os homens entrevistados em ambas as gerações, é amplo o conhecimento de grande parte dos métodos anticoncepcionais hoje disponíveis. Suas opiniões refletem, muitas vezes, informações obtidas na mídia, comentários e experiências de parentes ou amigos íntimos e, principalmente, a experiência com suas namoradas e mulheres com as quais mantiveram relacionamentos. Em especial, os homens informam-se acerca das alternativas de contracepção com parceiras com quem vieram a estabelecer uma relação amorosa mais duradoura. Com elas, dificuldades de adaptação aos métodos disponíveis levam-nos a experimentar outras possibilidades. Vários dos entrevistados, especialmente da geração mais jovem, relatam terem acompanhado suas mulheres ao médico ginecologista, na busca de solução para suas necessidades de contracepção.

O amplo conhecimento de métodos anticoncepcionais entre os entrevistados deste segmento social está, em parte, associado à alta incidência de parceiras que não se adaptaram às pílulas hormonais, fazendo com que ambos procurassem métodos alternativos. Como pode ser observado no quadro-resumo abaixo, a maioria dos entrevistados de ambas as gerações já teve parceiras que utilizavam pílulas hormonais, embora hoje isto constitua minoria.

Os métodos conhecidos ou já utilizados são avaliados pelos entrevistados a partir de três aspectos: sua eficácia, sua facilidade de uso e a possível interferência no prazer sexual. Os métodos de barreira - preservativo e diafragma - são os menos apreciados, por suas dificuldades de uso e por serem, na opinião dos entrevistados, os que mais interferem no prazer sexual. As dificuldades apontadas com o uso do preservativo estão associadas especialmente a sensações de desconforto e problemas na colocação. O DIU e a pílula são os métodos considerados mais cômodos e práticos, privilegiando a pílula hormonal pela eficácia, especialmente entre os entrevistados mais jovens.

Dentre os métodos mencionados com menor frequência estão os espermicidas - conhecidos como coadjuvantes do preservativo ou do diafragma - as injeções periódicas e o condom feminino. Além destes, os implantes subcutâneos são praticamente desconhecidos pelos homens³. Chama a atenção o fato de 29 deles ter ouvido falar do condom feminino, apenas recentemente divulgado pela

3 Os implantes subcutâneos não são disponíveis no mercado brasileiro e, por isso, não foram incluídos na lista utilizada nas entrevistas. Foram mencionados espontaneamente por 2 entrevistados de 25-39 anos e por 1 entrevistado do grupo de 40-59 anos.

mídia brasileira. O desconhecimento da novidade concentra-se na coorte mais madura, enquanto 2 dos entrevistados dentre os mais jovens chegaram a experimentá-lo por curiosidade.

QUADRO 2
Conhecimento e Uso de Meios Anticoncepcionais

MAC	Geração madura			Geração jovem		
	Conhece	Já Usou	Atual	Conhece	Já Usou	Atual
Pílula	20	18	1	20	18	5
Condom	20	17	6	20	18	9
Ritmo	19	17	5	19	15	1
Coito Interrompido	17	11	2	18	10	-
Diafragma	16	10	1	17	4	-
DIU	20	14	1	20	8	3
Vasectomia	20	5	5	20	1	1
Laqueadura	18	6	3	18	1	-
Espemicidas	13	6	-	17	5	-
Injeções Periódicas	8	-	-	12	-	-
Condom Feminino	11	-	-	18	2	-
Não Usa	-	-	1	-	-	2
Sem Informação	-	-	1	-	-	1
Total	20	20	26*	20	20	22*

* **Obs.:** 6 entrevistados da geração de 40-59 anos e 2 da geração de 25-39 anos declararam usar atualmente mais de um método.

Fonte: Pesquisa "Os homens, esses desconhecidos...Masculinidade e reprodução".

Do ponto de vista do uso, enquanto os mais jovens dividem-se entre o condom e as pílulas hormonais, os mais velhos fazem uso preferencialmente do condom e do método do ritmo, conhecido como "tabelinha". Consistente com o momento de seu ciclo de vida, parte dos entrevistados mais maduros está protegida por métodos cirúrgicos, seja pela laqueadura de suas parceiras ou pela vasectomia, enquanto alguns dos mais jovens experimentam o DIU.

O quadro é, pois, de homens razoavelmente bem informados, revelando acesso à informação seguramente superior à média da população brasileira. O que se verifica, portanto é que no contexto das camadas médias de uma cidade como São Paulo, os homens sabem da existência de boa parte dos métodos contraceptivos hoje disponíveis, e tem informações sobre sua eficácia e implicações. Este nível de informação é consistente com a concepção amplamente difundida nas camadas médias urbanas no Brasil de que ter filhos é uma questão de escolha. De fato, o planejamento da prole constitui, para ambas as coortes, prática universal, e boa parte deles teve os filhos em quantidade, ritmo e tempo, se não programados, certamente submetidos à interferência de procedimentos de controle.

De acordo com o que se sabe sobre a difusão de práticas de regulação da fecundidade no Brasil, as camadas mais abastadas e urbanas da população já faziam uso de meios para limitar o número de filhos desde o princípio do século XX, estendendo-se ao longo das décadas que se

seguiram para as camadas médias em processo de formação nas cidades (Souza, 1996; Frias e Oliveira, 1991; Berquó, Oliveira e Camargo, 1977). Antes da disseminação das pílulas hormonais, no entanto, restavam como alternativas o coito interrompido, o preservativo e a contagem dos dias férteis, além da prática do aborto. Embora não haja estudos epidemiológicos a respeito do aborto⁴, sabe-se que o aborto foi e é prática costumeira no Brasil, servindo como meio de limitação de filhos apesar de sua clandestinidade. Vale destacar as diferenças que marcaram o quadro de possibilidades e de escolhas contraceptivas de cada uma das duas gerações.

Boa parte da geração mais velha, nascida entre 1937 e 1957, atinge os 15 anos antes da disponibilidade de pílulas anticoncepcionais no mercado⁵ e em uma época em que as normas de conduta moral, especialmente nos amplos segmentos afetados pela moral católica, reduziam muito as possibilidades de contato sexual entre jovens da mesma classe social. Nos relatos dos entrevistados, fica evidente a diferença entre esta e a geração mais jovem. Os mais velhos mencionam com frequência o rígido controle familiar a que se viram submetidos, especialmente no que dizia respeito às relações com as meninas em sua infância e adolescência. A primeira experiência sexual com penetração ocorre com frequência com profissionais do sexo ou com pessoas que executam os serviços domésticos nas casas de suas famílias.⁶ Apesar de as lembranças serem frequentemente negativas, as vivências relatadas são de ruptura das barreiras da repressão sexual a que se viam submetidos. Não é por outra razão que vários dos entrevistados relatam terem casado cedo. Para muitos deles, entrar na vida adulta significou graduar-se, casar e constituir suas próprias famílias. O casamento significou a libertação da repressão familiar, especialmente sexual, ainda que vários deles tenham mantido relações sexuais com algumas de suas namoradas nos tempos de universidade.⁷ Em realidade, a ruptura com os padrões morais e familiares tradicionais nas camadas médias foi protagonizada por esta geração (Ventura, 1988; Vaitsman, 1994).

Vale notar que a adoção de ideologias políticas de esquerda e a participação na mobilização política contra o regime autoritário no Brasil, caminharam junto com os conflitos contra a repressão familiar. Como diz, de forma elucidativa, um dos entrevistados da geração madura, em sua época,

4 Dada a clandestinidade do aborto no Brasil, é difícil obter dados confiáveis sobre sua prática. Cf. The Alan Guttmacher Institute (1994)

5 As pílulas hormonais começaram a ser comercializadas no Brasil em 1965.

6 Apenas 7 dos entrevistados maduros iniciaram-se sexualmente com namoradas enquanto 12 tiveram a primeira experiência de sexo com penetração em contatos com prostitutas ou empregadas domésticas ou sua filhas. Um dos entrevistados iniciou-se sexualmente com pessoa desconhecida após um baile de Carnaval!

7 A norma moral, adotada pela cultura brasileira, era aquela que o sexo ilegítimo somente poderia ser reparado pelo casamento. Na transição pela qual a sociedade brasileira passou, esta norma foi estendida para implicar que o sexo entre dois jovens solteiros, embora clandestino em face de suas famílias, seria aceitável desde que houvesse por parte do par um projeto subsequente de vida a dois

“ser de esquerda, fazer aborto, gostar de Fellini e ser corintiano era tudo parte de uma coisa só!”. As pílulas hormonais começavam a ser comercializadas ao longo do período de juventude desta geração, difundindo-se aos poucos entre as camadas médias e no conjunto da população. Não é de se estranhar, portanto, a utilização sistemática do aborto na história reprodutiva dos homens da geração mais madura. Juntamente com o coito interrompido e a contagem dos dias férteis, eram as alternativas de que as pessoas podiam lançar mão. Esse tema será tratado mais adiante.

A geração mais jovem aqui analisada, nascida entre 1958 e 1972, já ingressa na vida sexual tendo à sua disposição as pílulas hormonais e em período em que os costumes e a moral sexual já haviam sofrido importantes mudanças. Ainda que persistissem práticas de relacionamento sexual socialmente assimétricas, as possibilidades de contato sexual com namoradas de mesma condição social eram maiores. De fato, a geração de homens mais jovens pouco menciona em seus depoimentos terem sido submetidos ao tipo de repressão do sexo de forma análoga aos entrevistados da geração mais madura. Os relatos sobre a primeira experiência de sexo com penetração - ainda que, surpreendentemente, em muitos casos com profissionais - mostram que elas são vividas como rito de passagem do masculino ou comprovação da identidade como homens, e não como superação da repressão do sexo, como na geração mais madura.⁸ Revelam, também, que a prática do sexo com namoradas constituía norma entre os membros de sua geração, aliada muitas vezes à adoção de um mesmo domicílio sem casamento, conhecida como a alternativa de “morar junto”, sem que fossem esperados, por eles ou por suas famílias, os mesmos compromissos de um matrimônio. Estas mudanças não se fizeram sem conflitos e assincronias, como a análise do material permitirá mostrar. Cabe salientar, para completar sumariamente o ambiente cultural da nova geração, a substituição de um ideário político por uma individualização dos projetos pessoais. Este tema foi objeto de inúmeros trabalhos, chamando a atenção para a emergência de uma vertente do individualismo moderno na conformação dos horizontes culturais das camadas médias dos grandes centros urbanos brasileiros (Figueira, 1985; Salém, 1986; Velho, 1986 e 1987). Nessa vertente, a psicanálise e a adesão a uma visão psicologizada da vida constituem ingredientes importantes, fazendo com que as relações interpessoais e a subjetividade adquiram relevo e precedência. Na geração mais jovem, esses valores funcionam como verdadeiros filtros culturais na maneira como tende a encarar a vida e seus projetos. Encontrando o caminho pavimentado pelos que os precederam, os mais jovens exibem em seus discursos os desafios da busca da realização pessoal e os dilemas do desenvolvimento da subjetividade.⁹

8 Dos 20 entrevistados na geração jovem 9 iniciaram-se com prostitutas, 8 com namoradas ou pessoas com quem tiveram algum envolvimento afetivo, e 3 com outras pessoas em diferentes situações.

9 Veja-se análise preliminar dos dados da pesquisa em Oliveira et al. (1999). Veja-se especificamente para uma análise do material a partir da subjetividade Muszkat, Oliveira e Bilac, (2000).

A análise que se segue procura situar o conhecimento, as opiniões e as práticas masculinas da contracepção no contexto dos relatos de suas experiências, no sentido de entender como este conhecimento se constrói ao longo das situações com as quais os homens se confrontaram nos relacionamentos amorosos ao longo da vida. Consistente com a perspectiva adotada, a experiência masculina com a contracepção será analisada a partir da matriz sócio-cultural de gênero com que revelam operar os sujeitos entrevistados.

Macho e fêmea

“Ela optou [pela laqueadura] porque aí eu nessa questão dos filhos eu sempre achei que a mulher que tem que decidir se ela quer o filho, ela ficou grávida, se ela quer ter a criança, não quer ter a criança acho que é o corpo dela é ela quem tem que decidir, ela tem até prioridade ao meu desejo e a gente sempre fez assim (...)” (046, masculino, 55 anos, em união, 2 filhos)

Cuidar de evitar uma gravidez não desejada é, para a maioria dos entrevistados um problema da mulher, atitude fundamentada, aos olhos dos sujeitos, no fato de ser no corpo da mulher que a reprodução ocorre. Este sentimento é especialmente forte e geral na geração mais madura. De fato, os homens entre 40 e 59 anos afirmam, com frequência, que nunca se preocuparam em evitar uma possível gravidez, contando que suas parceiras o fariam, mencionando ser esta atitude parte da cultura de sua época. Na geração mais jovem, embora faça parte do ideário masculino a idéia de que é a mulher quem tem que se cuidar - pois é ela que sofre as conseqüências - alguns dos entrevistados revelam terem sempre se preocupado com a prevenção de um filho não desejado ou com a proteção contra doenças sexualmente transmissíveis.

A idéia de que cabe à mulher o cuidado com a prevenção, reflete muito mais as concepções naturalizadas da reprodução e da própria mulher do que a realidade da experiência masculina. Há, de fato, uma certa dissonância entre a experiência contraceptiva concreta e a expressão convicta de que o problema é da mulher. Em realidade, são poucos aqueles que declaram terem sempre se preocupado ou se cuidado, desde os seus tempos de juventude, menção mais freqüente entre os mais jovens. O que os relatos revelam é que os homens são como que empurrados para a cena contraceptiva. Dois fatores parecem desempenhar papéis importantes. De um lado, as mudanças na relação amorosa e, de outro, as dificuldades com as pílulas anticoncepcionais. Esse tema retornará mais adiante. O que é importante aqui considerar é que, à medida que o relacionamento se prolonga, também a necessidade de equacionar a contracepção se coloca de modo mais evidente. Na dinâmica de uso, a experiência de aborto e/ou as dificuldades de adaptação com as pílulas hormonais acabam por envolver os homens na busca de alternativas para sua proteção e a de suas parceiras. Nesse

caminho, muitos deles terminaram por experimentar métodos que implicam na participação masculina, como o condom, o coito interrompido e o método do ritmo¹⁰, freqüentemente usados de forma combinada. Além disso, 5 dos homens da geração mais madura fizeram vasectomia e outros 5 afirmam que fariam. Na geração mais jovem, há um vasectomizado e outros 11 afirmam que se submeteriam a uma vasectomia, ainda que alguns ponderem sobre as implicações de uma solução definitiva. De fato, chama a atenção a prevalência, em ambas as gerações, de métodos que supõem a participação dos homens e mesmo a negociação com suas parceiras.

Como explicar essa dissonância? Como entender a construção masculina da contracepção? A hipótese que emerge da leitura do material é que um discurso sobre os corpos constitui a base da construção masculina, com implicações para sua vida reprodutiva e para o controle de sua fecundidade.

Em realidade, o corpo da mulher é, para os homens de ambas as gerações, o princípio de todas as coisas em matéria reprodutiva. É o fundamento do próprio feminino. Os depoimentos indicam que, na concepção expressa pelos homens, o feminino tem um pé na natureza, na condição biológica da mulher. Referências ao “relógio biológico” da mulher, à importância de seus “hormônios” ou à sua “natureza hormonal”, apontam nesta direção. Em realidade, a idéia de mulher-natureza faz parte da socialização masculina desde muito cedo. Pode-se mesmo afirmar que, na visão expressa pelos sujeitos, ambos homens e mulheres estão submetidos a sua conformação biológica, ainda que suspeitem que, de alguma maneira, a sociedade ou a cultura tenham algo a ver com as noções e práticas nas relações entre homens e mulheres. De acordo com a matriz cultural com a qual os entrevistados operam, ambos mulheres e homens encontram-se submetidos ao poder de seus corpos. Os homens separariam amor e sexo, seriam mais ousados ou arriscariam mais na vida, enquanto as mulheres tenderiam a associar suas experiências de sexo e afeto ou a confundi-las, segundo alguns. As mulheres teriam mais necessidade de sentir-se seguras, amparadas e assim por diante. Este tipo de concepção parece ser mais freqüente no repertório da geração mais velha, embora não seja de todo ausente entre os sujeitos mais jovens.

De fato, comparando as duas gerações, o que se verifica é que os mais jovens tiveram maiores oportunidades de aprendizado na convivência com as mulheres, e mais cedo que a geração que os precedeu. Apesar de algumas semelhanças surpreendentes - como a já mencionada persistência da iniciação sexual com profissionais - a geração mais jovem pôde experimentar com

10 O método do ritmo é comumente classificado como método feminino de contracepção. Como método comportamental ele requer, no entanto, a negociação do sexo entre os parceiros em dias determinados. Por esta razão, é aqui considerado como um método que envolve a cooperação de ambos homem e mulher.

menos constrangimentos ao longo de sua vida amorosa na juventude. Pôde ainda valer-se, como já comentado, dos subsídios da psicologia e da psicanálise, ingrediente importante das novas visões de mundo. É possível que, nessa medida, a força dos conteúdos naturalizados dos gêneros acabe por atenuar-se na experiência da geração mais jovem.

O material da geração mais jovem revela homens fazendo escolhas provavelmente diferentes daquelas a que teve acesso a geração madura. Escolhas que lhes abriram a oportunidade de um aprendizado cultural novo, permitindo-se se verem como diferentes de outros homens. Diferentes porque integram amor e sexo em uma só experiência, porque preservam a intimidade de seus relacionamentos afetivos com o outro sexo, porque se permitem expressar sensibilidade e emoções. Distinguem-se, assim se percebem, do que chamam de um “padrão normal” masculino, de um estilo “mais macho”, permitindo-se serem “mais abertos ao lado feminino”, referências claras à matriz sócio-cultural de gênero da qual escolheram afastar-se. A experimentação entre os mais jovens parece caminhar no sentido de uma integração das vivências masculinas, integração tomada como escolha cultural, em meio a um repertório no qual masculino e feminino apresentam-se como decorrentes da biologia dos corpos.

Contudo, a força do corpo feminino manifesta-se em outras situações. A idéia da mulher-natureza tem também sua expressão na certeza masculina de que toda mulher quer ser mãe, desejo este que teria origem em seu corpo. Esta convicção é, das noções sobre os gêneros manifestas pelos sujeitos, a mais comum. Sua quase universalidade reafirma a importância cultural, simbólica, da construção naturalizada do feminino e da maternidade, com a qual homens e mulheres - *hélas* - ainda se debatem.¹¹ O discurso masculino sugere que os homens colocam-se muitas vezes à mercê do desejo feminino de ser mãe. Este desejo é percebido pelos homens como fazendo parte da natureza feminina, e se manifesta necessariamente em algum momento da vida da mulher ou da relação amorosa. Por esta razão, os homens muitas vezes transferem à mulher a decisão de engravidar ou prosseguir uma gravidez, a escolha por fazer uma laqueadura ou mesmo uma vasectomia. Outras vezes negociam o adiamento de filhos, certos, porém, de que em algum momento terão que recuar.

De fato, a reação masculina face ao desejo materno feminino parece ser ambígua. Os homens reconhecem e respeitam este desejo como legítimo, por vezes submetendo-se a ele no embate com suas próprias inclinações ou vontades. Esta ambigüidade aparece em vários tipos de relatos

11 Cf. o debate entre Thomas Laqueur (1992) e Sarah Ruddick (1992) a propósito da paternidade e da maternidade no contexto do feminismo, exemplo primoroso das armadilhas do gênero. Veja-se também o corajoso trabalho de Ramírez (1999).

como, por exemplo, naqueles sobre a vinda do primeiro filho e sobre a possibilidade de realizar uma vasectomia como forma de contracepção.

O material das entrevistas revela que vários dos sujeitos foram surpreendidos por uma gravidez não planejada, apesar de por vezes terem sido capazes de adiar a vinda de um primeiro filho. Apesar da paternidade fazer parte das expectativas de vida masculinas, os projetos ou desejos masculinos de filhos tendem a situar-se em um futuro cronologicamente indefinido, condicionando o momento adequado ao preenchimento de uma série de condições pessoais, profissionais e da relação amorosa (Oliveira et al., 1999; Bilac, Oliveira e Muszkat, 2000).

Embora vários dos entrevistados tenham desejado seus filhos, e outros tenham feito valer em vários momentos suas preferências, o sentimento de impotência masculina frente à gravidez da mulher é notável. Algumas vezes, apesar da disposição subjetiva dos homens em romperem a relação ou suas ambigüidades frente a ela, não se sentem capazes de interromper o processo ou de negar à mulher a maternidade ou, pelo menos, sentem-se desconfortáveis nessa posição. Parecem impotentes para interferir na decisão da mulher, antevendo que qualquer que fosse sua própria reação ou disposição, a gravidez prosseguiria e o filho nasceria. Os homens se vêem como que de fora, sem controle. Nesse momento, alguns dos entrevistados claramente não se colocam como sujeitos mas, sim, como objetos da decisão do outro.

Em vista disso, na prática, as mulheres parecem definir o momento em que seus homens tornam-se pais. É a mulher que, com a notícia da gravidez, diz ao companheiro “eu vou ter este filho”. Os roteiros da masculinidade madura - que envolvem ter filhos e tornar-se homens responsáveis, “de família” (Bilac et al., 2000) - tem na mulher seu elemento operador. Os homens “engolem” isto é, aceitam o fato consumado e assumem como que em falta de outra alternativa. Ou seja, diante da concretização do desejo “natural” feminino de ser mãe, os homens tendem a parar, a recuar. Essa impotência masculina tem sua raiz na idéia de que “toda mulher quer ser mãe”, da maternidade como “vocaçao natural feminina”, concepções que se apóiam na biologia do corpo da mulher.

O tema da vasectomia é outro momento em que a naturalidade do desejo feminino de ser mãe interfere nas concepções masculinas. Alguns dos entrevistados referiram-se espontaneamente à vasectomia como alternativa para evitar filhos e outros reagiram à indagação do pesquisador. Em todos os casos os sujeitos foram capazes de emitir juízos a seu respeito. Interessante notar que em ambas as gerações há mais homens que se manifestam favoráveis à solução cirúrgica do que os contrários a ela. No entanto, ambos manifestam receios ou ponderam suas implicações.

Dois entre os homens maduros e 8 entre os mais jovens tendem a condicionar a decisão pela vasectomia ao encerramento de suas tarefas reprodutivas. Dois entre os mais jovens e 3 entre

os mais velhos revelam projetos familiares definidos, com a primeira mulher ou em novas uniões. Semelhantes aos anteriores, declaram que fariam a cirurgia eventualmente após a realização de seus projetos. 8 dentre os mais velhos e 6 dentre os mais jovens afirmam querer preservar sua capacidade reprodutiva, temendo arrepende-se no futuro. A metade de cada um destes grupos refere-se à possibilidade de suas parceiras de eventuais futuras uniões virem a querer filhos, para o que deveriam manter-se aptos a satisfazer seus desejos.¹² As entrevistas indicam que os homens têm consciência de que sua capacidade procriadora estende-se no tempo mais que a da mulher. Esta consciência parece acionada pela experiência de separação ou divórcio, própria ou de pessoas de suas relações, quando a perspectiva de uma nova união coloca novamente em questão os projetos reprodutivos masculinos. Vale notar que a referência a este tipo de possibilidade, presente em ambas as gerações, está associada à tendência de os homens divorciados re-casarem com parceiras bem mais jovens, que eventualmente não experimentaram a maternidade e, na acepção dos homens, têm o direito de fazê-lo.

A leitura do material permite arriscar a hipótese de que a socialização de gênero masculina coloca-os na posição de permanente disponibilidade frente à mulher. São como se fossem *fecundadores de plantão*, sempre aptos a atenderem aos desejos femininos da maternidade. Ser capaz de fecundar suas mulheres, ainda que não deseje filhos, constitui prescrição de gênero. É tão forte a formação masculina, que um dos entrevistados chega mesmo a pensar em reverter a vasectomia, embalado no desejo de uma namorada, apesar de ter claro não querer mais filhos. É nesse sentido que a masculinidade encontra-se subordinada à feminilidade.¹³ No entanto, a expectativa de ter filhos de uma nova relação não parece ser idiosincrasia masculina. Alguns entrevistados relataram a frustração de suas parceiras, laqueadas em uniões anteriores, por não poderem gerar filhos no novo relacionamento, o que teria trazido dificuldades ao relacionamento conjugal. Há, na verdade, uma expectativa cultural mais geral de que a união heterossexual deve ser reprodutiva. A novidade revelada pela pesquisa é a posição em que os homens parecem se colocar diante desta prescrição.

Sendo tão forte a convicção masculina acerca do corpo feminino, razões não faltam aos homens para justificar ser a contracepção um problema da mulher. Apenas muito recentemente

12 Apresentaram outras ponderações outros 5 dentre os mais maduros e 4 dentre os mais jovens.

13 Estar apto a fecundar, caso a mulher deseje, parece assemelhar-se às referências dos sujeitos a suas costumeiras práticas galanteadoras com relação às mulheres, como se deles fosse sempre esperada uma atitude de sedução quando em presença ou no contato com o outro sexo. Não raro, atitudes deste tipo não têm qualquer intenção de conquista sexual, o que por vezes surpreende o próprio sujeito em sua fala. Outras vezes, menções veladas ou explícitas são feitas ao fato de os homens terem que se submeter às investidas sexuais femininas ou, ao contrário, referem-se a si próprios como "caras legais"; pois resistiram ao assédio feminino, ou foram seletivos em suas escolhas amorosas, apesar do sucesso entre as mulheres. Estas diferentes situações parecem constituir atualizações de práticas de gênero, apoiadas em um mesmo princípio da disponibilidade masculina.

eles deram-se conta do poder que, de fato, esta construção confere às mulheres na dinâmica das relações interpessoais.

O aborto na experiência masculina

“(...) eu nunca me preocupei muito na verdade [com a reprodução, gravidez]. É isso, eu nunca me preocupei. (...) eu nunca fui educado para me preocupar com isso. Eu acho que também tem um pouco essa... (...), que sempre as mulheres se preocuparam. Porque a pílula quem toma é a mulher. Eu acho que as coisas estão mudando de uns anos para cá, recentes. (...). Na minha época a gente, homem, nunca precisou se preocupar muito com isso. E era assim, eu tenho vários amigos meus que também não se preocupavam e a mulher também não tomava nada e ficou grávida e quem foi fazer aborto é a mulher quem vai fazer. Então sempre a coisa é para o lado da mulher, sempre quem acaba se prejudicando é a mulher. Porque mesmo a pílula faz mal à saúde [da mulher]. Mas eu nunca me preocupei com isso, acho que já tinha uma coisa pronta na sociedade que a mulher resolvia, ou ela tomava a pílula ou ela fazia o aborto.” (026, masculino, 41 anos, descasado, 2 filhos)

“Então, eu tive uma história nesses anos com algumas namoradas, eu fiz 4 abortos, dois com a mesma namorada, uma namorada de 2 anos, foi muito ruim, foi muito pesado e dois com outras duas pessoas diferentes sendo que uma delas nem sei se eu era o pai do filho, mas não importava (...) Então assim eu acho que eu arrisquei muito considerando as experiências muito ruins que eu tive. Você vê, mais de uma vez, fazer aborto mais de uma vez é terrível e impressionante como experiência não significa aprendizagem, mesmo com a experiência dolorosa, sofrida, muitas vezes a gente arrisca ainda e isso é muito difícil para mim, saber como eu ainda faço isso.” (040, 38 anos, descasado, sem filhos)

Os trechos acima resumem as contingências da contracepção do ângulo da experiência masculina. A possibilidade de interromper uma gravidez não desejada faz parte do universo de valores de ambas as gerações. O material sugere haver diferenças entre elas no que diz respeito à prática do aborto, sugerindo mudanças, talvez propiciadas pela maior divulgação e acesso a meios preventivos de controle. A progressiva liberação da prática do sexo e sua desvinculação da reprodução não foram acompanhadas na mesma intensidade pela adoção de métodos contraceptivos seguros. Isto implicou em que os homens e mulheres vivessem sob o risco de deparar-se com uma gravidez não desejada ou inoportuna, tendo em vista o tipo de relacionamento amoroso ou etapa da vida em que se encontravam. Face uma gravidez inesperada, as opções eram assumi-la e ao filho que dela decorreria ou praticar um aborto. Vários dos entrevistados mencionaram terem precipitado um casamento devido à gravidez da namorada, enquanto outros decidiram por um aborto, repetindo sucessivas vezes a mesma fórmula.

Na geração madura, 15 dos 20 entrevistados reportaram 33 abortos de filhos por eles gerados, sendo 2/3 deles realizados para a interrupção de uma gravidez de suas esposas. Entre os mais jovens, 8 dos entrevistados relataram 17 abortos, a metade com suas esposas. Não há parâmetro para avaliar quão pouco ou muito seriam. Porém, os depoimentos revelam que o aborto foi amplamente utilizado como meio “contraceptivo”, especialmente na geração mais madura.¹⁴

Boa parte dos abortos no contexto de uniões estáveis ou mais duradouras aconteceu no início da relação amorosa ou da vida a dois, quando um filho era considerado inoportuno frente aos planos de vida dos parceiros. Ao que parece, os homens mais maduros seguiram mais freqüentemente lançando mão do aborto como prática de regulação da fecundidade ao longo do casamento. Como afirmam alguns entrevistados, fazer aborto fazia parte da cultura jovem da época, conotando independência com relação aos desígnios do corpo e das prescrições reprodutivas. Na experiência masculina, o aborto é também alternativa preferencial em casos de gravidez inesperada quando ocorrida no contexto de uma relação amorosa ocasional ou que não envolve planos de futuro a dois. Apesar disso, alguns homens, rendendo-se ao desejo de suas parceiras ou contra sua vontade, tornaram-se pais nessas circunstâncias.

Apesar de os dados sugerirem familiaridade e até mesmo uma certa banalização do aborto, especialmente na geração madura, não é sem ambigüidades que os homens passam pela interrupção de uma gravidez de suas namoradas ou esposas. A experiência de um aborto é referida pela quase totalidade dos sujeitos que por ela passaram como “traumática”. Trauma, pela violência que a interrupção da gravidez impõe ao corpo da mulher, deixando em seu rastro a possibilidade de um novo episódio mais adiante.

O fato de o aborto ser prática ilícita e criminosa no Brasil é um ingrediente importante desse trauma. Embora seja possível supor que, por sua condição social, tenham tido provavelmente acesso a clínicas ou profissionais especializados, a clandestinidade de todo o processo representa um constrangimento a que vários entrevistados fazem referência. Pesam as preocupações quanto à competência do profissional, as condições de higiene e de assepsia das instalações e dos instrumentos.¹⁵ A ambigüidade masculina com respeito ao aborto expressa-se também em sentimentos de culpa - ou na preocupação em argumentar porque não haveria razões para que nenhum dos parceiros se

14 Não é possível saber quantas gestações terminaram em aborto para cada parceira durante a vigência do relacionamento. Leal e Fachel (1996) reportam pesquisa realizada com casais em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em que as mulheres relataram um maior número de abortos que seus maridos, sugerindo que parte deles foi feita sem o seu conhecimento.

15 Nenhum dos entrevistados menciona o Cytotec para a indução de um aborto, via extremamente difundida hoje no Brasil (Barbosa e Arilha, 1993; Ramírez, 1999). Embora não tenham sido indagados a respeito, as situações de interrupção da gravidez em que algum detalhe é oferecido sugerem tratar-se de abortos convencionais, não se sabe se induzido por meios mecânicos ou por aspiração.

sentisse culpado - ou de remorso. Alguns relatam que, passados muitos anos do episódio, pegam-se fantasiando como seria aquele filho cuja gestação fora interrompida. Mesmo em casos de aborto praticado no contexto de relacionamentos ocasionais, por vezes casos amorosos extraconjugais, os homens por vezes confessam-se aliviados por terem sido informados apenas após a decisão ter sido tomada ou o aborto realizado. Revelam que se sentiriam constrangidos de participar da decisão e acompanhar suas parceiras para submeterem-se ao aborto. Esta sensação de alívio tem também um conteúdo que se reporta à precedência do corpo feminino em matéria reprodutiva. Sentir-se pouco à vontade decorre, algumas vezes, não apenas da percepção do aborto como violência sobre o corpo da mulher mas, também, do reconhecimento da legitimidade do desejo feminino de experimentar a maternidade.

Uma palavra deve ser dita sobre a religião e seu eventual papel na questão do aborto. O material sugere que as teses da Igreja Católica encontram pouca ressonância entre os entrevistados, confirmando outros estudos localizados (Ramírez, 1999). Apesar disso, e apesar de o aborto, na geração mais madura, conotar uma orientação ideológica progressista, 3 dos entrevistados desta geração referem-se a aspectos religiosos em suas avaliações. Apenas um deles declara-se frontalmente contrário a essa prática, por se tratar de interrupção da vida, consistente com sua formação tradicional católica. Os demais são favoráveis ao aborto, revelando, porém, algum desconforto, associado a sentimentos de religiosidade ou de espiritualidade. Na geração mais jovem não são encontrados argumentos de tipo religioso. Esses achados são consistentes com a idéia de que a oposição ao aborto no Brasil decorre menos da importância do catolicismo na vida cotidiana do que do poder de controle da Igreja Católica sobre a “opinião pública” (Rocha, 1996).

No entanto, a conduta masculina é pautada por uma ética clara que não admite tergiversações. Em caso de decisão por um aborto, em qualquer situação, cabe ao homem oferecer à mulher apoio emocional, acompanhá-la durante o procedimento e arcar com seus custos. Os homens devem “assumir” a situação, independentemente da natureza do relacionamento, duradouro ou eventual. Esta conduta cavalheiresca é imperativa, denotando bom caráter e responsabilidade, motivos de auto-avaliações positivas por parte dos homens. Na formulação desta *ética masculina*, é como se, assim fazendo, os homens compensassem suas parceiras pelos dissabores de um aborto. Um dos entrevistados foi particularmente expressivo, exemplificando opinião de vários dentre eles:

“Se eu fosse mulher e o cara me deixa só [na hora de fazer um aborto], eu ia dar umas porradas nele (...). Isso é uma questão de solidariedade, mesmo que você não goste da mulher (...) Isso faz parte de seu caráter. Eu acho que nem tem a questão de envolvimento pessoal (..) com a pessoa. (...) Nunca tirei o corpo fora. Uma vontade louca de tirar [o

corpo fora], de não querer passar por aquilo. Mas todos eles eu fui. Fui junto, assumi.”
(059, 49 anos, descasado, 2 filhos)

A importância do aborto como prática de regulação da fecundidade para os homens das camadas médias urbanas no Brasil tem certamente a ver com as alternativas de métodos disponíveis e seus problemas. A geração madura espelha em sua experiência as contingências anteriores ao advento das pílulas hormonais. Estas, inicialmente recebidas como solução para o sexo sem medo de gravidez, aparentemente acabam sendo apenas parcialmente incorporadas à vida das camadas médias, em função das dificuldades decorrentes dos efeitos colaterais não tolerados pelas mulheres. A relativamente pequena presença do DIU, a ausência quase completa do diafragma e as dificuldades com o preservativo restringem as escolhas, especialmente para a geração mais madura. Os depoimentos revelam que os homens conviveram, em vários momentos, com o risco de uma gestação não desejada. Apesar do caráter unanimemente traumático do aborto, os homens confessam terem por vezes arriscado, fazendo sexo sem proteção ou confiando excessivamente na precisão da famosa “tabelinha”. O aprendizado nesta área parece ser, para os homens, difícil e penoso. Os resultados confirmam e esclarecem, desse modo, observações já feitas em outras ocasiões de que o aborto faz parte da experiência reprodutiva de segmentos escolarizados, apesar do conhecimento de métodos preventivos (The Alan Guttmacher Institute, 1994; Ramírez, 1999).

As pílulas hormonais e seus problemas

A pílula anticoncepcional feminina é o método masculino por excelência da geração mais jovem. Foi em parte graças às pílulas hormonais, além do aborto, que a geração precedente foi capaz de separar o sexo da reprodução. Para a geração mais jovem, como já comentado, as pílulas entraram mais cedo em seus cursos de vida, fazendo parte de suas relações amorosas com namoradas e, mais adiante, com suas esposas. Porém, a maioria, jovens e maduros, teve parceiras que fizeram uso da pílula.

Na dinâmica de uso, a pílula é utilizada em relações mais duradouras, entre os mais jovens ainda com as namoradas e, entre os mais maduros, após experiências mal sucedidas com o método do ritmo, coito interrompido e/ou condom. Além de situar-se entre os métodos mais conhecidos e experimentados - equiparada ao condom e ao método do ritmo - as pílulas hormonais são apreciadas pelos homens, em sua quase totalidade, por sua eficácia contraceptiva. De fato, nenhum dos entrevistados mencionou dúvidas quanto à eficácia desse método, apesar de alguns terem feito referência à regularidade do uso como garantia de proteção contraceptiva. Além da eficácia, os homens consideram a pílula um método prático - “basta tomar um comprimido todo os dias e pronto”. Este caráter prático está também associado à despreocupação, do ponto de vista dos homens, com a

proteção contra uma gravidez não desejada, opondo-se por isso a métodos que requerem cuidados em cada relação sexual, especialmente os de barreira, como o preservativo e o diafragma. Alguns relatam que começaram seus relacionamentos usando “camisinha”, abandonando-a diante da constatação de que a parceira usava pílula ou quando ela passou a usá-la. Da ótica masculina dentre as opções de métodos contraceptivos disponíveis não existem rivais para as pílulas hormonais.

“Eu acho a pílula fantástica do ponto de vista que ela, em princípio... Claro! Tendo o mínimo de cuidado, e aí é o chato, de ter que acompanhar todo dia, mas se for uma pessoa que é relativamente organizada, e que faça isso, eu diria que é, sem dúvida o melhor! Quer dizer, você não tem qualquer interferência externa. Um negócio que você faz em 10 segundos. É um copo de água e o remédio, e ao mesmo tempo você tem a liberdade praticamente total, quer dizer, você tem... São aqueles 28 dias, quer dizer, você tem uma semana aí do meio que atrapalha, mas enfim. Durante 28 dias é na hora que pintou, pintou. Acabou! Não tem, não tem mistério!” (054, 34 anos, descasado, sem filhos)

“(...) a pílula eu acho, para casais onde ninguém é soropositivo, eu acho maravilhosa, mas acho que traz seqüelas para a mulher que não é legal, acho que fica meio uma opção da mulher de usar ou não. Assim por exemplo se a pílula não fizesse mal ao metabolismo da minha esposa eu acharia maravilhoso, continuaria a usar pílula. (...) Olha, para mim sendo bem individualista, mesmo eu acho que é a pílula [o melhor método]. Ah porque eu não preciso ter o incômodo da camisinha, você pode penetrar sem ter que parar antes para colocar ali uma camisinha, é o mais tranquilo, sossegado para o homem.” (062, 33 anos, em união, sem filhos)

“(...) Bom, a pílula, é eu notei que as mulheres usam e as que se dão bem com a pílula usam a pílula. A minha esposa, por exemplo, quando começou a usar a pílula durante um certo tempo, ela engordava ela ficava muito afetada. (...) Ela não se dava muito bem com a pílula, então tinha que parar... (...), para ela a pílula não dava certo era um problema. Essa menina [uma namorada], por exemplo, tomava pílula e parecia que estava bem, não tinha problema, não engordava, (...). Pelo menos não tinha queixa. Eu ficava na folga! Não fazia nada!” (046, masculino, 55 anos, em união, dois filhos)

Apesar de líder na preferência masculina, segundo os homens, as pílulas encontram restrições por parte da maioria das mulheres. Lamentam que, sendo a pílula algo tão fantástico, não dê certo! Apesar de ansiarem por solução que lhes permitisse sustentar a confortável posição de que “a mulher é quem cuida”, vêem-se forçados a lidar com as preferências femininas. Os homens tendem a aceitar como legítimas as queixas femininas e a incorporá-las em seus argumentos.

A experiência, tal como relatada pelos homens de ambas as gerações, é de insucesso com as pílulas. Entre os 10 homens da geração madura, em união na época da entrevista, 8 tiveram parceiras que usaram a pílula, todos mencionando dificuldades de adaptação e conseqüente abandono do método. Os 10 que se encontravam descasados mencionam experiência com a pílula,

6 dentre eles relatando terem suas mulheres interrompido o uso devido à intolerância a seus efeitos colaterais. O quadro na geração mais jovem é semelhante, porém menos intenso, especialmente entre os descasados. Dentre os descasados, 8 tiveram experiência com o método e apenas 3 dentre eles mencionam problemas com a pílula. Dentre aqueles em união, 7 relatam intolerância de suas parceiras. Os dados sugerem que o método responsável pela dissociação entre sexo e reprodução encontra, surpreendentemente, obstáculos a manter-se como alternativa da preferência feminina nas camadas médias urbanas paulistanas.

Como contraponto à pílula anticoncepcional, alguns dos homens mencionam os dispositivos intra-uterinos. Na dinâmica de uso, é muitas vezes em decorrência dos problemas com a pílula que os sujeitos referem-se à experiência com o DIU. Aos olhos dos homens, o DIU é o único método comparável à pílula. É considerado “prático” por não exigir colocação à cada relação sexual, diferentemente do condom, e relativamente menos danoso à saúde da mulher. Porém, alguns entrevistados, especialmente na geração mais jovem, pensam ser o DIU invasivo por se tratar de algo estranho no corpo da mulher e, por isso, potencialmente lesivo a sua saúde. Outros se referem a casos de conhecidas que engravidaram com o método, e mencionam riscos de infecções silenciosas e de aborto em caso de gravidez.¹⁶

As interferências no corpo da mulher e seu impacto na saúde feminina organizam as avaliações masculinas acerca dos principais métodos chamados de femininos. Os argumentos de saúde são especialmente relevantes na geração mais jovem, onde são mais freqüentes referências ao caráter invasivo ou agressivo dos métodos. Não seria por acaso ser esta geração chamada de “geração saúde”, por suas preocupações com o cuidado do corpo e sua manutenção em boas condições físicas, pela prática do esporte e um estilo de vida saudável. Parecem ecoar em alguns depoimentos da geração mais jovem concepções de tipo naturalista ou ditas “alternativas”, que recusam tudo quanto possa ser visto como não natural. As pílulas hormonais especialmente, e o DIU estão sujeitos a este tipo de reserva por parte de alguns dos entrevistados desta geração.

Caminhos do envolvimento masculino: da “tabelinha” à vasectomia

“(…) a [minha primeira filha] nasceu pelo fato de a gente ter descuidado. Mesmo quando a gente transava sendo namorados eu nunca usei camisinha, era tirar fora e (...) aí nasceu a [minha filha, e antecipou o casamento]. [Minha mulher] começou a tomar pílula, mas não se deu bem com pílula e aí a gente começou a usar a tabelinha. Isso foi durante 6

16 Quando da entrada do DIU no Brasil, a Igreja Católica reagiu negativamente, disseminando-se a idéia de que seria um método abortivo e não preventivo. Este argumento aparece sem muita força em alguns depoimentos.

anos, do período entre a [primeira filha], que tem 24 e o [segundo filho], que tem 19 anos. Ficamos assim durante 6 anos. O [segundo filho] a gente quis ter, ele foi, digamos assim, o planejado. (...) A [minha mulher] colocou DIU e ficou 2 anos e meio com ele, quando tirou o DIU nasceu o [segundo filho]. Ela tirou [o DIU] consciente para que a gente tivesse o [filho]. Depois que [ele] nasceu, a gente continuou do mesmo jeito, usando a tabelinha. [Minha mulher] não usava [pílula] anticoncepcional, eu nunca usei camisinha e aí veio a [terceira filha]. Mas ela veio sem [querer], a gente ia parar nos dois. (...). Aí, quando a [terceira filha] foi concebida ... ela nasceu no dia 16 de dezembro, no dia 28 de dezembro eu fiz vasectomia. Porque a gente tinha combinado assim se a [filha] nascesse de cesariana, [minha mulher] faria a laqueadura; se [ela] nascesse de parto normal, eu faria vasectomia. Como isso aconteceu, eu fiz vasectomia e aí fiquei de quarentena junto com a [minha mulher]!" (087, masculino, em união, 48 anos, três filhos)

Este depoimento revela um roteiro freqüente da dinâmica de uso de anticoncepção. A busca de alternativas às pílulas hormonais acaba dando margem a que homens de ambas as gerações, mas especialmente aos mais jovens, se inteirem das alternativas disponíveis. Além disso, o método do ritmo, em geral combinado com o coito interrompido ou com o preservativo, são métodos de contracepção que envolvem a participação masculina. O uso do DIU como alternativa à pílula não exclui a necessidade de recorrer ao preservativo, ao método do ritmo ou ao coito interrompido - isolados ou combinados - utilizados nos intervalos da troca do dispositivo. O depoimento acima reproduzido (geração madura), da mesma forma que os que se seguem (geração mais jovem), são inequívocos a este respeito:

"Estamos pensando agora porque (...) minha esposa está achando que [a pílula] está tendo contra-indicações, mudanças físicas, ela está passando por médicos, fazendo exames, e [pensando em] talvez mudar o método e ver se é isso mesmo que está influenciando. Mas mais por causa desses efeitos que estão chateando ela. (...). Isso [a pílula] foi uma decisão dela, não tive influência nisso. Talvez por conselho do próprio médico que ela começou a ver, talvez tenha julgado como o método mais prático e seguro, mais conveniente." (098, 30 anos, em união, sem filhos)

"[A gente usa a] camisinha. Ela usava pílula, mas o médico ginecologista dela aconselhou a não usar mais, porque ela estava tendo problemas com a pílula, e aí eu comecei a usar camisinha. (...) O médico recomendou, o médico falou assim: olha vai ter que usar. Porque cada vez que ela tinha problema ela tinha que tomar comprimido e fazer um processo lá de queimar um cisto, sei lá o que ela tinha lá, é, e tinha que ficar um mês sem transar, então era um mês sim um mês não, então para acabar com isso era melhor ter camisinha do que ficar sem transar um mês. Ia ser mais tranqüilo do que ter que ficar toda hora ter que mexer. (...) a gente usa sem camisinha também, a gente faz sexo sem camisinha. Com a tabelinha, ou até quando está menstruada mesmo." (021, 31 anos, em união, um filho)

Os homens da geração madura, no entanto, muito freqüentemente mencionam que não se preocupavam com sua proteção no início de sua vida sexual ou conjugal, “desencanando” quando a parceira informava que usava pílula, referindo-se à despreocupação com o assunto, transferido para a esfera feminina. Uma pequena parcela de entrevistados, porém, revela ter sempre se preocupado com a contracepção, preocupação mais uma vez mais comum entre a geração mais jovem. Alguns deles chegam mesmo a assumir a posição segundo a qual a solução do problema da contracepção é e deve ser de responsabilidade dos dois parceiros. Essa posição é mais comum entre os mais jovens, e parece ser consistente com os ideais amorosos de sua geração (Oliveira et al., 1999).

“Por mais que eu saia com uma pessoa que eu tenha atração sexual, mas que a nossa relação não tem um projeto, eu tenho essa preocupação [de prevenir uma gravidez]. Não transo sem preservativo, independente da questão da Aids (...) ter uma aventura e amanhã ter uma mulher grávida. Eu sou partidário do aborto (...), mas é sempre um trauma e uma dor de cabeça.”

(...)

“Eu acho que [a contracepção] diz respeito aos homens e às mulheres. No momento em que você não faz nada sozinho e tudo pressupõe 2 eu acho que tem que ser socializada a responsabilidade, se há co-participação na realização de um ato tem que ser compartilhada as conseqüências, eu acho que é uma decisão de 2, apesar de que em grande medida a responsabilidade sempre cai em cima da mulher, a maioria dos caras que eu conheço não estão nem aí e se for com camisinha eles não vão, mas eu acho que é uma questão dos dois.” (061, masculino, 54 anos, descasado, 1 filho)

“(...) acho que tem métodos que são muito bons, acho que tem métodos que não são tão bons, acho que tem métodos que são perigosos. Eu acho, por exemplo, que a pílula pode causar alguns problemas, que eu acho que não é muito legal. Ou seja, em geral as pessoas vêem o problema do anticoncepcional como sendo um problema feminino. Eu acho que não é tão bem assim. Você virar para sua namorada e falar assim: ‘Olha, você vai tomar pílula porque é mais gostoso’. Às vezes acho meio complicado, por causa de uma série de distúrbios hormonais, mexe no humor, mexe na pele, mexe no peso. E isso é uma decisão para ser tomada a dois. Mesmo porque, é só ela que vai tomar essa carga, carga química eu quero dizer. Mas é uma responsabilidade dos dois optar por um método ou outro. Na hora que você faz uma opção de usar um preservativo (...), que é muito menos agressivo, mas desconfortável, menos tesão, não sei o que, mas muito menos agressivo, provavelmente mais saudável do que a pílula. Dá mais trabalho para o homem. Então fica mais patente que é uma decisão a dois. (...)” (038, 32 anos, em união, 2 filhos)

Seja porque as mulheres desistiram da pílula ou do DIU, seja porque os homens escolheram garantir-se de uma conseqüência não desejada de seus atos, seja porque têm que negociar com suas companheiras a alternativa que mais lhes serve, o fato é que, apesar das queixas, o preservativo acaba sendo o método mais popular entre os entrevistados de ambas as gerações. Como única proteção ou

associado a outros, o preservativo aparece no discurso como uma opção na falta de opções, ou seja, como o último recurso. A maior parte dos homens de ambas as gerações, porém, relata dificuldades de se adaptarem ao uso do condom, queixando-se de desconforto, da interrupção no ritmo da relação sexual e de interferência no prazer. Revelam esforçar-se para encontrarem uma forma de conviver com seu uso em seu dia a dia da prática sexual. Vale notar que, especialmente entre os descasados, o preservativo chega a ser mesmo mencionado como método preferencial, associado à frequência de mudança de parceiras. Nestes casos, os homens apontam a necessidade de evitar uma gravidez e de proteger-se contra doenças sexualmente transmissíveis, especialmente o HIV/Aids. Alguns homens, no entanto, acabam adaptando-se ao uso do preservativo, acomodando-se a essa solução, como revelam alguns dos depoimentos acima.

No limite, o uso do preservativo tem para alguns homens um aspecto de aprendizado na esfera da sexualidade, ensejando a experimentação de alternativas não convencionais de práticas sexuais. O longo depoimento de um entrevistado da geração mais jovem, abaixo transcrito, mostra o contexto em que pode surgir aquilo que está sendo aqui chamado de aprendizado na esfera da sexualidade. A atitude nele revelada não é comum entre os entrevistados, tratando-se de alguém que tem no preservativo seu método preferido, explorando temas relacionados a seu uso, relevantes no contexto das recentes preocupações com a disseminação do HIV.

"(...) o que eu quero dizer é, assim, a gente tinha um esquema. Ela tentou tomar pílula e não deu certo. A pílula mexia muito com ela, ficava inchada, ela não gostava, ficava emocionalmente muito mexida. E, aí eu achei que não precisava tomar pílula, já que a gente podia fazer de um outro jeito. Como ela era uma pessoa muito regulada mesmo, dava para trabalhar com calendário e preservativo. Então o que a gente fazia era os dois cuidarem. Só que os dois precisavam cuidar, porque eu às vezes na emoção, na vontade de transar, eu arriscava e ela também fazia isso (...). Então, o que a gente fazia era 4 dias antes da ovulação, 4 dias depois não transar, e nos outros dias a gente transava sem preservativo. Nesses 4 dias antes e quatro dias depois usava preservativo, mas muitas vezes a gente arriscou. Por sorte nunca tivemos que passar por um aborto, essas coisas. (...) Foi em comum acordo, a gente viu [que a] pílula não dá, então vamos começar com o preservativo. E, aí eu não estava acostumado com o preservativo e aí no começo foi uma fase de adaptação, mas a adaptação foi rápida. Eu, no começo, achava horrível, mas assim logo depois, dias depois já percebi que não atrapalhava (...) a sensibilidade é a mesma e tal, sem problemas. Eu acho até que a segurança que proporcionava para não ter gravidez melhorava o nível da transa porque relaxava, não tinha culpa depois, não tinha medo. E foi legal, porque a gente também começou a brincar, a valorizar outras coisas que não só a cópula, então a gente começou a transar sexo oral, começou a brincar um pouquinho de sexo anal, e isso foi muito legal, deu uma sexualidade mais plural (...)."

(...)

"(...) o preservativo eu acho o mais legal de todos, porque implica em uma aprendizagem, ele implica em uma responsabilidade. Então eu acho ele uma possibilidade muito legal. Hoje inclusive com a história da Aids, doenças sexualmente transmissíveis, eu acho ele o método mais legal. Até porque ele faz você prestar a atenção em você, tomar cuidado com você, com o outro, acho que ele tem uma aprendizagem além da prevenção da gravidez (...). Outro método eficiente é a pílula. Eu tive algumas namoradas que tomavam pílula e não tinham o menor problema. Esse [método] é muito legal porque você relaxa total. A pessoa [a parceira] se cuida, quer dizer você não tem trabalho nenhum. A pessoa toma mas ela paga o ônus disso porque me parece que não é muito legal tomar pílula para a maioria das mulheres. Algumas parecem que tomam tranqüilo mas a idéia, a impressão que eu tenho é que pílula não é uma coisa muito saudável. Ela é muito confortável (..), mas eu acho que ela não é legal para essa outra aprendizagem do carinho, do cuidado. O DIU eu acho que é interessante também, mas ele tem uma margem de risco complicada. Eu tenho uma amiga que teve (...) [filhos] com DIU (...) eu diria que ele estaria aí na minha terceira opção. E o diafragma eu sei muito pouco, nunca tive namorada que usasse (...) eu sei que põe depois tem que tirar. Enfim, parece que ele é meio complicado (...) acho que seriam esses os métodos que eu conheço, além da tabela, que eu acho suicídio. [Eu já usei a] tabela, na adolescência era sempre tabela. Mas sempre com erro, sempre arriscando, era roleta russa, uma loucura. Com [minha ex-mulher] a gente misturava tabela com preservativo (...)." (O40, 38 anos, descasado, sem filhos)

Este depoimento remete também a uma forma freqüente de uso da "camisinha" relatada pelos entrevistados e já várias vezes aqui aludida. Trata-se da combinação do método da contagem de dias férteis – a famosa "tabelinha" – com o preservativo. Boa parte dos entrevistados usou preservativos e, a maioria deles relata ter associado seu uso à "tabelinha". Considerando o conjunto dos métodos utilizados pelos entrevistados ao longo da vida, o arranjo preservativo-"tabelinha" é, depois da pílula, talvez o mais comum como método principal e/ou temporário, especialmente com parceiras fixas.

Com relação à prevenção da gravidez, os entrevistados tem consciência da precariedade da associação da "tabelinha" ao preservativo, muitas vezes mencionando a necessidade de a mulher ter ciclos regulares para que tal escolha funcione. A freqüência com que os homens se dizem surpreendidos por uma gravidez não planejada de suas parceiras sugere que têm razão em suas avaliações. Alguns justificam, com esse argumento, a procura por métodos mais seguros, sendo algumas vezes este, e não as dificuldades com a pílula, o contexto da menção ao DIU como possibilidade. Vários atribuem a gravidez da parceira a uma falha deste arranjo. Erros de cálculo, relaxamento da disciplina ou irregularidade do ciclo hormonal feminino explicam suas falhas:

"(...) Acho que o que me incomoda um pouquinho talvez é usar camisinha. Isso eu não gosto, particularmente. Acho que pouca gente gosta. Acho importante que se use quando você está fazendo... [em] se tratando de um relacionamento com uma pessoa que você não conhece. Aí, sim (...), por mais que incomode ou não, você tem que estar

usando, não tem por onde sair. Eu acho que com a [minha mulher] acabou a gente não usando [preservativo] e ter nascido [o filho]. Porque a gente já se conhece há muitos anos. A gente tinha acabado de chegar de viagem, tinha ficado dois meses fora, você chega naquele apetite. A gente acabou abusando e acontece. Na realidade quando nasceu [o filho] foi assim, foi um erro duplo. Foi um erro de eu não ter usado a camisinha e aconteceu o azar de ter atrasado o ciclo menstrual dela. Atrasou e a gente errou na conta e acabou dando problema. Esse negócio de conta é um problema. (...). Porque na realidade ela já estava para estar na semana, já era pra estar chegando [a menstruação]. Então dificilmente poderia ter engravidado. E engravidou.” (079, 28 anos, em união, um filho)

“Porque a [minha mulher] já engravidou mais de uma vez (...) quer dizer, as vezes que aconteceu [um aborto]. Bom. A primeira vez que aconteceu com [ela], a gente estava muito no início do nosso relacionamento. Então foi descuido, realmente. (...) Acho que naquela época a gente não se preocupava com isso. (...) As outras vezes, todas as outras [três] vezes, [ela] engravidou próxima do período menstrual. Então, para ela, eu acho que [o ritmo] não funciona realmente. E eu já ouvi falar muita história de que para certas mulheres não funciona. (...) Então é assim, não é que eu não confie ... agora, eu acho que para algumas mulheres funciona ! Mas a preocupação vai além disso, de confiar ou não na tabelinha. Tem que saber confiar na mulher também. Que ela está te falando a verdade.” (028, masculino, 42 anos, em união, 2 filhos)

Um outro argumento também aparece para justificar a escolha do preservativo. Diz respeito à proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, especialmente o HIV/Aids. Os homens, especialmente os da geração mais jovem, pode-se dizer, estão aprendendo a conviver com a Aids, incorporando lentamente a necessidade de proteção em seus relacionamentos. Lentamente, porque os depoimentos sugerem que a preocupação com a transmissão sexual de doenças parece ser mais enfática entre os descasados, e pouco comum na geração madura. É bem verdade que o roteiro de entrevista tratou dos métodos como preventivos da gravidez, ficando por conta dos entrevistados fazer referência ou não à proteção contra doenças. As menções feitas não parecem indicar a precedência desse tipo de preocupação, ao menos entre os entrevistados com parceiras fixas ou em união. É significativo mencionar que as únicas doenças sexualmente transmissíveis espontaneamente mencionadas foram o HIV/Aids, o HPV, a gonorréia e o herpes, este mencionado por um único entrevistado. As menções a doenças transmitidas por via sexual e à necessidade de preveni-las por meio do preservativo são, no mais das vezes, genéricas. Doenças como a sífilis não são lembradas. Este fato sugere estarem outras doenças fora do universo de experiências dos entrevistados, ou ser tão forte o impacto da Aids e de campanhas a ela relacionadas, que as demais doenças tenham sido deslocadas para um plano de menor importância. Um dos entrevistados dentre os mais jovens relata como, aos poucos, a Aids impôs-se como preocupação para os homens:

"(...) a não concepção sempre foi uma preocupação muito grande, eu sou daquela geração que viu a Aids nascer. Eu lembro muito bem em 83 quando eu ouvi falar do primeiro caso da Aids de uma pessoa próxima a mim que foi uma coisa muito cedo porque ele, esse cara que eu conheci ele era (...) amigo do meu pai, bem mais velho e tal (...) foi um dos primeiros casos do Brasil. Então (...) quando não era ainda aquela coisa louca que é a Aids hoje, eu já tinha algum contato. Mas mesmo nessa época o uso de preservativos foi sempre por razões anticoncepcionais, só a partir dos anos 90 mesmo que eu comecei a usar preservativos por razões de higiene, o que eu acho que foi uma decisão muito tardia, uma decisão no sentido de mudar minha perspectiva (...), assim como a anticoncepção ocorreu em mim muito tarde. Mas o que acontece, a desculpa que eu dou a mim mesmo é que as pessoas com as quais eu me relacionava -- era uma puta desculpa ingênua, mas era o que eu acreditava, eram pessoas muito próximas mesmo e que eu conhecia há muitos anos e que é ... eu não pertencço a grupos assim que usam drogas injetáveis, eu tenho amigos que são homossexuais mas mantenho uma distância, não preconceituosa, mas razoável no sentido de ..., não me envolvo sexualmente com pessoas que eu sei que tiveram envolvimento com homossexuais e assim por diante. Então até 1990 mais ou menos eu sempre tive uma relação com pessoas que eram pessoas que eu conhecia há anos, todas as minhas namoradas eu conhecia há alguns anos, com exceção de uma que foi em 1984 que era exatamente uma época que a Aids ainda era uma coisa muito distante do nosso universo paulistano conservador e etc. e etc.. Mas depois a coisa começou a ficar meio absurda, você achar que você vai sobreviver a isso a troco de nada, então eu me lembro que foi nos anos 90, no comecinho dos anos 90, em 1990 mesmo que eu comecei a mudar minha perspectiva de andar com uma camisinha na carteira mesmo por razões de higiene." (038, 32 anos, em união, sem filhos)

A preocupação com a Aids começa a competir com aquela relativa à contracepção, pelo menos ao nível do discurso. Alguns sujeitos chegaram mesmo a mencionar a necessidade de dupla proteção. Mas a prática está sujeita ao impulso, a avaliações subjetivas do risco, abrindo espaço para a contradição. Dessa forma, alguns entrevistados, especialmente os descasados ou com uniões recentes, referem-se a terem feito - eles e suas parceiras - testes de HIV antes de "liberarem" o sexo sem preservativo, usando-o apenas nos períodos férteis para a prevenção de gravidez. A camisinha parece ser mandatória em relacionamentos novos ou esporádicos, como atestam as falas a seguir reproduzidas:

"(...) primeiro, eu fiz o exame de Aids e ela também [fez]. Na medida em que a gente tem uma identidade e, sexualmente, temos o infinito à nossa disposição, não temos tempo de andar por aí caçando aventura, muito menos desejo." (061, masculino, 54 anos, descasado, 1 filho)

"Eu cuido e as mulheres com quem eu estou também, óbvio. Quando eu estou começando uma relação, começando mesmo, na primeira transa já é inevitável rolar isso. Não digo inevitável, porque atualmente só transo com camisinha, a não ser depois

de me certificar que tanto ela quanto eu estamos em um período posterior a um teste HIV negativo e a gente libera a camisinha, pode liberar a camisinha e, aí sim, pensar nela como contracepção. Não digo que tenha que ter essa conversa na primeira transa, porque a primeira necessariamente vai ser com camisinha (...)" (085, 39 anos, descasado, dois filhos)

"Hoje eu diria para você o seguinte: se eu transasse com uma mulher, com uma mulher que não fosse a [minha namorada] eu usaria camisinha. Não é por questão de paternidade, mas é porque por questão de segurança, de Aids, doenças transmissíveis (...) antes, talvez tivesse menos presente na minha cabeça. Essa é uma coisa que tem, digamos assim, ela é contemporânea. Essa preocupação com a Aids entre heterossexuais, entre não usuários de drogas, etc. Quer dizer, a idéia da Aids disseminada, a idéia de que qualquer um hoje é grupo de risco, de que não tem grupo de risco, digamos é uma idéia que tem quatro, cinco anos, não é uma idéia que tem mais do que isso. Não sei se é isso. Não sei te dizer. Hoje eu usaria. Hoje eu tenho camisinha guardada, eu tenho camisinha guardada." (100, 36 anos, descasado, um filho)

"(...) Também tem umas horas que você faz a merda, esquece da camisinha... pelo menos na parte, vamos dizer assim, preventiva da Aids, que é perigoso! Em geral, sempre com a preocupação da contracepção, vamos dizer, quando não tinha muito risco de gravidez, a camisinha perde um pouco a função. Hoje em dia, deveria sempre lembrar da porra da Aids, mas a gente é um pouco inconseqüente de vez em quando também! É complicado! Na hora do fogo, é complicado lembrar. (...)" (055, 37 anos, em união, um filho)

A contracepção parece ser ainda, porém, a principal preocupação masculina. Os relatos sobre suas experiências mostram que encontrar uma solução de proteção, ao mesmo tempo eficaz e adequada às preferências individuais, constitui um problema quase que permanente. Se uma gravidez não antecipada ou um aborto parecem ameaças presentes na vida dos casais, a escolha de um método contraceptivo que satisfaça constitui um desafio. De fato, as opções com as quais os homens relatam terem tido experiência, todas elas, têm aspectos que lhes desagradam. Todos os métodos impõem restrições ou sobrecargas, físicas ou de outra natureza. A contracepção constitui para os homens e para suas parceiras uma tarefa difícil, acabando por adquirir tal importância na vida masculina, que mal conseguem disfarçar seu aparente alheamento.

É no contexto dessa preocupação permanente que as alternativas da laqueadura e da vasectomia são colocadas pelos homens. Ambas as intervenções são vistas como radicais, exigindo dos que as escolhem a certeza de que não se arrependerão mais adiante. O tema do arrependimento aparece com frequência nas falas dos entrevistados, assim como também nos relatos de situações vividas por eles ou suas parceiras.

Além do caráter radical e definitivo dos métodos cirúrgicos, os homens referem-se especialmente à laqueadura como extremamente agressivo ao corpo da mulher. Embora alguns homens, especialmente na geração mais velha, tenham tido mulheres que optaram pela esterilização cirúrgica, vários homens mencionam a vasectomia como alternativa mais simples que a laqueadura. É verdade que alguns dos entrevistados pensam ser a vasectomia também uma violência sobre o corpo masculino. Expressões fortes como “mutilação” e “castração” chegam mesmo a ser utilizadas por alguns, ainda que poucos, dos sujeitos. Os depoimentos sugerem estar aí presente o fantasma da impotência, comumente associado, ainda que equivocadamente, à cirurgia dos canais deferentes. Alguns entrevistados mencionam explicitamente o medo da impotência, independentemente da satisfação com a escolha do método. O temor à impotência revela mais que um desconhecimento técnico sobre a vasectomia. Liga-se, de fato, à simbologia do pênis na identidade masculina, que tem no sexo um elemento fundamental da construção do gênero, como já amplamente discutido em outros momentos da análise.

“(…) Nós partimos do seguinte princípio: a [minha mulher] não podia tomar [pílula] anticoncepcional, ela se sentia muito mal. Viver na tabelinha era arriscado e usar camisinha era uma coisa muito chata. Então, na época a forma mais tranqüila e definitiva de se fazer foi assim se a [minha filha] nascesse de cesariana, [minha mulher] faria laqueadura. E como ela não nasceu [de cesariana] eu fiz a vasectomia. Foi o que a gente achou de mais eficiente do que se tinha. Eu optei por isso pelo fato da [minha mulher] já tinha gerado 3 filhos e de repente era a minha parte, eu deveria cuidar disso. (...) Eu particularmente achei que esse pouquinho eu podia fazer, era a minha parte.(...) Para muitos [a vasectomia] é uma mutilação do homem. Eu não me senti assim, me senti bastante seguro... (...) Para mim foi assim, eu aceitei isso de uma maneira..., muito embora assim fosse encarado como mutilação, para nós foi tranqüilo, em nenhum momento eu tive reflexo na minha performance sexual. Em relação a isso, muito pelo contrário, o fato de estar sabendo que eu não tenho essa possibilidade de procriar, para a minha relação com a minha mulher, por exemplo, foi até melhor.” (087, masculino, 48 anos, em união, três filhos)

“(…) eu acho que não, hoje em dia não [faria vasectomia], por dois motivos. Primeiro, eu sou machão para caralho. Se eu fizer vasectomia, não gosto que mexam lá! Segundo, porque eu não sei o que vai acontecer com o meu relacionamento. Apesar de ser uma coisa maravilhosa tal, eu não sei se vai acontecer de daqui a um tempo a gente se separar e eu casar com uma mulher mais nova e quiser ter um filho, um outro filho.” (060, masculino, 39 anos, em união, 2 filhos)

A vasectomia não parece encontrar, contudo, fortes resistências entre os homens de nenhuma das gerações investigadas, apesar de algumas opiniões contrárias. A opção pela vasectomia é vista como adequada a quem já encerrou sua carreira reprodutiva. Ponderam, no entanto, a eventualidade

de uma nova união com mulher mais jovem e a redefinição de projetos reprodutivos, apoiados na concepção de que toda mulher quer ser mãe, como já discutido. Pode-se dizer que a vasectomia constitui uma alternativa à laqueadura nas camadas médias de São Paulo. Para alguns, é a escolha contraceptiva que põe à prova o envolvimento e a responsabilidade masculina. Permite aos homens e a suas mulheres libertarem-se do problema que é cuidar diuturnamente da contracepção e afastarem o medo de uma gravidez não planejada. Contudo, a recente epidemia do HIV/Aids frustra para alguns, especialmente os descasados, a expectativa dessa liberdade, condenados que se vêm ao uso do condom como proteção contra a transmissão de doenças por via sexual.

Com base na idéia de que reprodução e contracepção são assuntos das mulheres, os homens progressivamente envolvem-se com a proteção de uma gravidez e, mais recentemente contra a transmissão de DST's. Tomando o conjunto dos homens entrevistados, pode-se dizer que, face às vicissitudes da contracepção, o caminho do envolvimento masculino com a prevenção vai do alheamento à idéia de uma concessão masculina às mulheres; passa pelo medo do poder feminino de fazer filhos à sua revelia e, para alguns, chega à noção de que a contracepção é matéria do par.

Comentários Finais e Algumas Recomendações

Pensar a reprodução de um ponto de vista masculino permite, de fato, esclarecer áreas de opacidade remanescentes da abordagem do tema de um ponto de vista feminino. O gênero como perspectiva teórica nos estudos sobre a reprodução, enfatiza as relações de poder entre homens e mulheres, vistos como pólos socialmente construídos de uma relação. Surgida da denúncia da opressão feminina, estudos dessa perspectiva foram capazes de apontar os mecanismos de subordinação das mulheres, radicados em uma concepção naturalizada da maternidade e do próprio feminino. Esta pesquisa, colocando-se no ponto de vista dos homens, mostrou ser possível ampliar o alcance analítico da abordagem de gênero, ao trazer elementos para a compreensão da dialética entre o masculino e o feminino.

Os elementos trazidos à luz mostram que as práticas contraceptivas, tal como vividas pelos homens, podem ser mais bem compreendidas se entendidas como parte da dinâmica dos gêneros, confirmando expectativas de outros especialistas na matéria (Edwards, 1994; Chikamata, 1996). A pesquisa revela que os homens são levados a participar da contracepção pelo envolvimento com suas parceiras, compelidos a encontrarem alternativas para as dificuldades com este ou aquele método. Envolvem-se quase que por falta de escolha. De um lado, têm que lidar com as queixas ou preferências das mulheres. De outro, com as possíveis e reais conseqüências de sua pouco eficaz ou nula preocupação com as implicações de sua sexualidade. Sexualidade que é, como prática, uma

prescrição cultural do gênero masculino. Na concepção naturalizada dos gêneros com que operam, assim como as mulheres são feitas para ter filhos, os homens são feitos para fazer sexo. Se enfrentar o aborto de uma gravidez não desejada ou a paternidade de um filho não esperado ou inoportuno, leva os homens a revoltarem-se contra a “irresponsabilidade” feminina, faz também com que se dêem conta de sua própria “irresponsabilidade”.

Nesse particular, o estudo confirma observações, feitas por outros autores, de que as conseqüências reprodutivas da prática sexual masculina parecem levar parte dos homens a repensar seu alheamento com relação à contracepção (Edwards, 1994; Grady et al., 1996). Embora o delineamento dos vários estudos seja diferente, a presente pesquisa traz, como outras, elementos que documentam o fato de os homens tenderem a considerar o contexto do relacionamento com suas parceiras na avaliação de uma gravidez inesperada (Landry e Camelo, 1994; Gohel, Diamond and Chambers, 1997; Grady, Klepinger and Nelson-Wally, 1999).

Os dados surpreendem pela importância do uso do preservativo e do método do ritmo nas camadas médias do maior centro urbano brasileiro. Revelam também que não se trata de falta de informação ou de dificuldades de acesso aos métodos disponíveis. A frustração com a experiência das pílulas hormonais é, sem dúvida, parte da explicação para a importância do condom e do ritmo. O material sugere que a liberação do sexo e sua dissociação da reprodução, materializadas pelo advento das pílulas anticoncepcionais, defrontam-se com argumentos que atribuem precedência à saúde. A geração jovem, mas não apenas ela, mostrou-se mais suscetível aos argumentos que vêm nas pílulas um método prejudicial à saúde da mulher, a despeito de terem-na como método ideal. Estes dados são consistentes com outros estudos que mencionam a reação aos efeitos colaterais das pílulas hormonais. Talvez, o que o material da pesquisa tenha de distintivo é que os homens da classe média paulistana tendem a assumir como seus os argumentos quanto ao impacto dos métodos na saúde feminina. Nessa medida, a referência masculina para a avaliação das alternativas de proteção passa a ser também o outro (Grady, Klepinger and Nelson-Wally, 1999).

O diafragma não encontra maior expressão, menos ainda as injeções periódicas ou os implantes subcutâneos. O DIU apresenta-se para muitos como alternativa mais saudável que as pílulas hormonais ou opção mais segura frente às incertezas da combinação ritmo-condom, tão freqüente na experiência masculina. Porém, por razões que o material não alcança responder, o DIU não logra manter-se como método permanente, sendo abandonado após algum tempo de uso.

Não há como negar, com base no material da pesquisa e em sua análise, existir uma questão de fundo: nenhum método é completamente bom, resolve todos os problemas ou atende a todas as necessidades. Este é um tema cuja relevância sobressai na experiência de uma camada social em

cujo estilo de vida ter filhos tornou-se uma questão de escolha. O recurso à esterilização cirúrgica, feminina ou masculina, é deste ponto de vista, alternativa que vem responder a esta questão de fundo. Com a laqueadura ou com a vasectomia, acabar-se-iam as preocupações, anular-se-iam os riscos. Porém, se isso pareceria verdadeiro algumas décadas atrás, o padrão emergente de nupcialidade seqüencial, com o aumento das separações e de divórcios, traz novos obstáculos à vasectomia e também à laqueadura. A vasectomia esbarra na expectativa masculina de que toda mulher quer ser mãe e na prescrição de gênero de que o homem tem que corresponder a essa expectativa. Entretanto, além do temor pela perda da capacidade de fecundar, a Aids traz aos homens vasectomizados e aos demais, preocupações de outra natureza. A proteção contra a transmissão do HIV conduz, especialmente na percepção dos homens mais jovens, à necessidade do uso sistemático do preservativo, principalmente em relacionamentos +eventuais. Isto constitui um problema para alguns dentre os muitos que confessam dificuldades de adaptação ao uso do preservativo. O material sugere, no entanto, que a epidemia de HIV/Aids no Brasil terá possivelmente como consequência a consolidação do uso do condom nas camadas médias urbanas com as de São Paulo.

Frente ao que foi encontrado pela pesquisa, algumas recomendações podem ser feitas. Primeiro, a necessidade de programas educativos, destinados aos homens, que contemplem as dimensões de gênero. A experiência de um segmento social exposto à informação e a idéias inovadoras mostra quão traumático pode ser, para eles, o aprendizado da negociação contraceptiva. Essa experiência reflete, como foi possível mostrar, uma socialização moldada por concepções que não permitem aos homens franco acesso ao outro gênero. As novas gerações, no entanto, dão sinais de mudança, fazendo crer que uma ação determinada no sentido de ampliar as possibilidades de reflexão sobre a dinâmica dos gêneros produziria efeitos positivos.

Segundo, os dados sugerem estarem abertas as portas das camadas médias para um aumento do uso do condom como proteção para doenças sexualmente transmissíveis, especialmente o HIV. O tema da dupla proteção parece ser, no entanto, ainda preocupação da minoria, merecendo ênfase nas campanhas de esclarecimento.

Terceiro, em face da importância da saúde como critério nas escolhas contraceptivas, sugere-se investigar porque as mulheres experimentam o DIU, mas não permanecem neste método, visando a difusão de seu uso. Conhecer as alternativas de dispositivos existentes no mercado brasileiro e as dificuldades das usuárias é extremamente relevante, no sentido de ampliar as alternativas de contracepção. A generalidade das críticas às pílulas hormonais coloca também outro desafio, o que conduz a uma quarta recomendação derivada deste estudo. É muito provável que as camadas médias tenham acesso a pílulas de baixa dosagem de hormônios, sendo possível supor que a intolerância

tantas vezes reportada pelos entrevistados diga também respeito a elas. É importante verificar esta hipótese. Secundariamente, valeria pensar nas possibilidades de aprimoramento das alternativas hormonais ou outras que, sem danos de saúde relevantes, mas também sem efeitos colaterais indesejados pelas mulheres, possam representar ampliação das opções de contracepção.

Referências Bibliográficas

- Aguma, A. 1996. Finding the Right Sexual Health Services for Young Men. In: *Planned Parenthood Challenges*. International Planned Parenthood Federation, pp.26-29.
- Almeida, M. H. T. e Weis, L. 1998. Carro-Zero e Pau-de-Arara: O Cotidiano da Oposição de Classe Média ao Regime Militar. In: Novais, F. A. (Coord.) e Schwarcz, L. M. (Org.). *História da Vida Privada no Brasil 4: Contrastes da Intimidade Contemporânea*. São Paulo, Companhia das Letras, pp.319-410.
- Arilha, M. 1998. Homens: Entre a 'Zoeira' e a 'Responsabilidade'. In: Arilha, M., Ridenti, S. e Medrado, B. *Homens e Masculinidades: Outras Palavras*. São Paulo, ECOS/Ed. 34, pp. 51-77.
- Barbosa, R. and Arilha, M. 1993. Cytotec in Brazil: at least it doesn't kill. *Reproductive Health Matters*, 2 (November): 41-52.
- Badiani, R. e Camarano, A. A. 1998. Homens Brasileiros: Percepções, Conhecimentos e Atitudes em Saúde Reprodutiv. In: *XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. Caxambu, ABEP, pp. 925-943.
- BEMFAM 1999 *Comportamento e Intenções Reprodutivas da População Masculina. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*. Rio de Janeiro, BEMFAM, 71 p.
- Berquó, E. e Souza, M. R. 1991. *Conhecimento e Uso do Condom: Anticoncepção e Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Campinas, UNICAMP/NEPO. (Textos NEPO, 20).
- Berquó, E., Oliveira, M. C. F. A. e Camargo, C. P. 1997. *A Fecundidade em São Paulo: Características Demográficas, Biológicas e Sócio-Econômicas*. São Paulo, CEBRAP, Editora Brasileira de Ciências.
- Bilac, E. D., Oliveira, M. C. F. A. e Muszkat, M. 2000. *The "family man". Fatherhood and fathering among middle-class Brazilian men in the 1990s*. Campinas, Núcleo de Estudos de População/UNICAMP. (Report presented to the World Health Organization, Strategic Component on Social Science Research in Reproductive Health.)
- Bourdieu, P. 1972. *Esquisse d'une Théorie de la Pratique*. Genève, Droz.
- Brod, H. and Kaufman, M. (Eds.). 1994. *Theorizing Masculinities*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Butler, J. 1990. *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*. New York, Routledge.
- Butler, J. 1993. *Bodies that Matter on Discursive Limits of 'Sex'*. New York, Routledge.
- CEPAL. 1989. *Transformación Ocupacional y Crisis Social en América Latina*. Santiago de Chile, Naciones Unidas.
- Chikamata, D. M. 1996. Male Needs and Responsibilities in Family Planning and Reproductive Health. In: *Planned Parenthood Challenges*. International Planned Parenthood Federation, pp. 8-10.

- Chodorow, N. 1978. *The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. Berkeley, University of California Press.
- Collier, R. 1995. *Masculinity, Law and the Family*. London and New York, Routledge.
- Coltrane, S. 1994. Theorizing Masculinities in Contemporary Social Sciences. In: Brod, H. and Kaufman, M. *Theorizing Masculinities*. Thousand Oaks, Sage Publications, pp.39-60.
- Connell, R. W. 1998. El Imperialismo y el Cuerpo de los Hombres. In: Valdés, T. y Olavarria, J. (Eds.). *Masculinidades y Equidad de Genero en América Latina*. Santiago de Chile, FLACSO-Chile, pp.76-89.
- Connell, R. W. 1987. *Gender and Power. Society, the Person and Sexual Politics*. Stanford, Stanford University Press.
- Connell, R. W. 1995. *Masculinities: Knowledge, Power and Social Change*. Berkeley, University of California Press.
- Conway-Long, D. Ethnographies and Masculinities. In: Brod, H. and Kaufman, M. (Eds.). *Theorizing Masculinities*. Thousand Oaks, Sage Publications, pp.61-81.
- Edwards, S. R. 1994. The Role of Men in Contraceptive Decision-Making: Current Knowledge and Future Implications. *Family Planning Perspectives*, 26, 2: 77-82.
- Figueira, S. A. (Org.). 1985. *Cultura da Psicanálise*. São Paulo, Editora Brasiliense.
- Figueroa Perea, J. G. 1998. Fecundidad en el Ciclo de Vida Masculina: Apuntes sobre Algunos Temas para Discusión. In: Lerner, S. (Ed.). *Varones, Sexualidad y Reproducción: Diversas Perspectivas Teórico-Methodológicas y Hallazgos de Investigación*. México, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, pp. 47-58.
- Frias, L. A. M. e Oliveira, J. C. 1991. Níveis, Tendências e Diferenciais de Fecundidade do Brasil a partir da Década de 30. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 8, 1/2: 72-111.
- Fuller, N. 1998. La Constitución Social de la Identidad de Género entre Varones Urbanos del Perú. In: Valdés, T. y Olavarria, J. (Eds.). *Masculinidades y Equidad de Género en América Latina*. Santiago, FLACSO-Chile, pp.56-68.
- Giddens, A. 1984. *The Constitution of Society*. Berkeley, University of California Press.
- Gohel, M., Diamond, J. J. and Chambers, C. V. 1997. Attitudes Toward Sexual Responsibility and Parenting: An Exploratory Study of Urban Males. *Family Planning Perspectives*, 29, 5: 280-283.
- Goffman, E. 1959. *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York, Doubleday.
- Goffman, E. 1979. *Gender Advertisements*. New York, Harper and Row.
- Grady, W. R. et al. 1996. Men's Perceptions of Their Roles and Responsibilities Regarding Sex, Contraception and Childrearing. *Family Planning Perspectives*, 28, 5: 221-226.
- Grady, W. R., Klepinger, D. H. and Nelson-Wally, A. 1999. Contraceptive Characteristics: The Perceptions and Priorities of Men and Women. *Family Planning Perspectives*, 31, 4: 168-175.

- Greenhalgh, S. (Ed.) 1995. *Situating Fertility: Anthropology and Demographic Inquiry*. Cambridge, England, Cambridge University Press.
- Hamburger, E. 1998. Diluindo Fronteiras: A Televisão e as Novelas no Cotidiano. In: Novais, F. A. (Coord.) e Schwarcz, L. M. (Org.). *História da Vida Privada no Brasil 4: Contrastes da Intimidade Contemporânea*. São Paulo, Companhia das Letras, pp.439-488.
- Landry, D. J. and Camelo, T. M. 1994. Young Unmarried Men and Women Discuss Men's Role in Contraceptive Practice. *Family Planning Perspectives*, 26, 5: 222-227.
- Laqueur, T. 1990. *Making Sex. Body and Gender from the Greeks to Freud*. Cambridge and London, Harvard University Press.
- Laqueur, T. W. 1992. The Facts of Fatherhood. In: Thorne, B. and Yalom, M. (Eds.). *Rethinking the Family: Some Feminists Questions*. Boston, Northeastern University Press, pp. 155-175.
- Leal, O. F. e Fachel, J. M. G. 1998. Aborto: Tensión e Negociación entre lo Femenino y lo Masculino. In: Lerner, S. (Ed.). *Varones, Sexualidad y Reproducción: Diversas Perspectivas Teórico- Metodológicas y Hallazgos de Investigación*. México, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, pp.303-318.
- Marx, K. 1976. *Grundrisse*. Harmondsworth, Peguin.
- Marx, K. 1978. The Eighteenth Brumaire of Louis Bonaparte. In Tucker, R. (Ed.), *The Marx-Engels Reader*. New York, Monthly Review Press, pp. 594-617.
- Mello, J. M. C. e Novais, F. A. 1998. Capitalismo Tardio e Sociabilidade Moderna. In: Novais, F. A. (Coord.) e Schwarcz, L. M. (Org.). *História da Vida Privada no Brasil 4: Contrastes da Intimidade Contemporânea*. São Paulo, Companhia das Letras, pp.558-658.
- Mills, C. W. 1956. *White Collars: The American Middle Classes*. New York, Oxford University Press.
- Mundigo, A. 1995. Papéis masculinos, saúde reprodutiva e sexualidade. *Conferência Intenacional sobre População*. São Paulo, Fundação McArthur.
- Muszkat, M., Oliveira, M. C. F. A. e Bilac, E. D. 2000. *When three is better than two*. Campinas, Núcleo de Estudos de População/UNICAMP. (Report presented to the World Health Organization, Strategic Component on Social Science Research in Reproductive Health).
- Oliveira, M. C. F. A. et al. 1999. *Relatório Final do Projeto "Os homens, esses desconhecidos... Masculinidade e reprodução"* apresentado à FAPESP. Campinas, Núcleo de Estudos de População/UNICAMP.
- Quadros, W. J. 1985. *A Nova Classe Média Brasileira: 1959-1980*. Campinas, Universidade Estadual de Campinas. (Dissertação de Mestrado em Economia).
- Ramírez, M. C. 1999. *Os Impasses do Corpo: Ausências e Preeminências de Homens e Mulheres no Caso do Aborto Voluntário*. Campinas, Universidade Estadual de Campinas. (Dissertação de Mestrado em Antropologia).
- Rocha, M. I. B. 1996. The Abortion Issue in Brazil: A Study of the Debate in Congress. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, 4, 2: 505-516.

- Romanelli, G. 1986. *Famílias de Camadas Médias: A Trajetória da Modernidade*. São Paulo, Universidade de São Paulo. (Tese de Doutorado em Antropologia).
- Ruddick, S. 1992. Thinking about Fathers. In: Thorne, B. and Yalom, M. (eds.). *Rethinking the Family: Some Feminists Questions*. Boston, Northeastern University Press, pp.176-190.
- Salém, T. 1986. Família em Camadas Médias: Uma Perspectiva Antropológica. *Boletim Informativo de Ciências Sociais*, 21: 25-39.
- Scott, J. W. 1988. *Gender and the Politics of History*. New York, Columbia University Press.
- SEADE. 1997. *Anuário Estatístico do Estado de São Paulo*. São Paulo, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados.
- Souza, G. A. A. 1996. *Sucessão das Gerações na Bahia: Reencontro de uma Totalidade Esquecida*. Campinas, Universidade Estadual de Campinas (Tese de Doutorado em Ciências Sociais).
- Strathern, M. 1988. *The Gender of the Gift: Problems with Women and Problems with Society in Melanesia*. Berkeley, University of California Press.
- Strathern, M. 1995. Necessidade de Pais, Necessidade de Mães. *Revista de Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, 3, 2: 303-329. (Trad. Marcos Santarrita)
- The Alan Guttmacher Institute. 1994. *Aborto Clandestino: Uma Realidade Latino-Americana*. New York, The Alan Guttmacher Institute.
- Vaitsman, J. 1994. *Flexíveis e Plurais*. Rio de Janeiro, Rocco.
- Valdés, T. y Olavaria, J. (Eds.). 1998. *Masculinidades y Equidad de Género en América Latina*. Santiago, FLACSO-Chile.
- Velho, G. 1986. *Subjetividade e Sociedade: Uma Experiência de geração*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- Velho, G. 1987. *Individualismo e Cultura*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- Ventura, Z. 1988. *1968. O Ano que Não Terminou*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- Viveros, M. 1998. Quebradores y Cumplidores: Biografías Diversas de la Masculinidad. In: Valdés, T. y Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidades y Equidad de Género en América Latina*. Santiago, FLACSO-Chile, pp.36-55.
- Viveros, M. 1998. Decisiones Reproductivas y Dinámicas Conyugales. El Caso de la Elección de la Esterilización Masculina. In: Valdés, T. y Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidades y Equidad de Género en América Latina*. Santiago, FLACSO-Chile, pp.146-157.
- Weber, M. 1949. *The Methodology of the Social Sciences*. New York, The Free Press.
- Weber, M. 1978. *Economy and Society*. Berkeley, University of California Press.

Reprodução e sexualidade juvenil: a paternidade na adolescência em foco

Cristiane S. Cabral

Introdução

Este artigo¹ reflete sobre os desdobramentos de uma gravidez ocorrida durante a adolescência de jovens do sexo masculino oriundos de camadas populares. A proposição investigativa se insere no escopo maior de preocupações com a gravidez na adolescência (GA), evento definido em termos etários pela OMS como a gestação ocorrida entre os 10 e os 20 anos incompletos.

A GA tem sido construída como problema social. Os qualificativos “precoce” e “indesejada” sempre acompanham a caracterização do fenômeno que representa, segundo o discurso hegemônico, fundado sobretudo em concepções médico-epidemiológicas, um desvio ou transtorno para a vida do(a) jovem. São ressaltados “riscos bio-psico-sociais” tanto para a mãe quanto para sua prole, estando os esforços das políticas públicas voltados para o “prevenir” ou “coibir” a gravidez “precoce”. Todavia, mudanças demográficas e sociais, especificamente as que dizem respeito às expectativas sociais em relação à juventude,² imprimem contornos de precocidade e problema ao evento, usualmente tratado de modo padronizado, sem uma distinção relativa ao gênero e à classe social.

A gravidez precoce sobressai particularmente no quadro geral de redução da fecundidade e ganha visibilidade pela maior proporção de gestações e nascimentos na juventude fora de união. Além disso, há novas expectativas sociais em relação à juventude que, associadas ao aumento das taxas de escolarização e de sua duração, contribuem para a produção desse tipo de representação. Nesse contexto, a gravidez ou experiência de maternidade ou paternidade na juventude passa a ser vista como um acontecimento que perturba o desenvolvimento ideal do jovem nessa etapa da vida.

1 Este artigo deriva da dissertação de mestrado intitulada “Vicissitudes da gravidez na adolescência entre jovens das camadas populares do Rio de Janeiro”, apresentada ao Instituto de Medicina Social (UERJ), em janeiro de 2002. A pesquisa contou com apoio financeiro da Fundação Ford por intermédio do Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva.

2 Essas questões estão intimamente relacionadas a um outro processo, relativo à mudança na percepção social das idades (Ariès, 1981).

No âmbito dos estudos sobre GA, a paternidade na adolescência não tem tido o mesmo investimento de pesquisa que a maternidade recebe. É fundamental a desconstrução da invisibilidade social do pai adolescente. Em toda a revisão da literatura sobre GA, nos deparamos com a constante problematização do tema gravidez na adolescência sob o ponto de vista feminino, no qual maternidade e gravidez são tomadas, em muitos casos, como sinônimos (cf. Calazans, 1999; Cabral, 2002). A abordagem do ponto de vista masculino possibilita o acesso a outros níveis de significados e relações, que remete a uma lógica contraceptiva, à formação de casal e à assunção da paternidade. Ressalta-se que este estudo aborda parte do fenômeno da GA ao encampar somente a gravidez que redundou em paternidade. Portanto, a escolha metodológica pode estar excluindo deste cenário todo universo de gestações ocorridas (levadas ou não a termo) que não chegou ao conhecimento dos informantes, fato este problematizado e alvo de análise no trabalho.

O universo pesquisado

A presente investigação³ baseia-se em entrevistas individuais e na observação de contextos de sociabilidade com jovens que foram pais antes dos 20 anos completos e suas mães, todos moradores de uma comunidade favelada da cidade do Rio de Janeiro (Brasil). Foram realizadas 15 entrevistas com rapazes (com idade entre 18 e 24 anos) e 14 com mães. A adoção do critério etário da OMS viabiliza a comparabilidade entre este e os demais trabalhos sobre gravidez na adolescência.

O deslocamento da faixa de idade dos entrevistados é uma estratégia metodológica de não identificação imediata com o segmento etário abarcado na classificação de “adolescência”, o que permite a construção retrospectiva das trajetórias biográficas, bem como a avaliação das escolhas face determinados acontecimentos e suas conseqüências para as trajetórias de vida de cada jovem. Diferentemente das correntes que concebem adolescência e juventude como categoria etária, o presente estudo considera a juventude como processo, o que permite argumentar em favor das idades socialmente construídas, assim como sobre os modos de transição para a vida adulta. Esta concepção é congruente com a ênfase no caráter heterogêneo e diversificado da juventude, uma

³ Este trabalho integra o projeto “Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil” (Pesquisa GRAVAD), investigação interdisciplinar na área da saúde coletiva que combina técnicas qualitativas e quantitativas de pesquisa. Foi elaborado originalmente por Maria Luiza Heilborn (IMS/UERJ), Michel Bozon (INED, Paris), Estela M. L. Aquino (MUSA/ISC/UFBA), Daniela Knauth (NUPACS/UFRGS). O estudo foi realizado por três centros de pesquisa: Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde do IMS/UERJ, Programa de Estudos em Gênero e Saúde do ISC/UFBA e Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde da UFRGS. Os principais resultados do inquérito encontram-se publicados no livro “O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros” (Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond, 2006), onde podem ser obtidas informações sobre a composição detalhada da equipe de pesquisadores. A pesquisa contou com apoio financeiro da Fundação Ford, do Programa de Bolsas do CNPq e da CAPES.

vez que guarda suas especificidades em termos de gênero, classe e etnia (Bourdieu, 1983; Pais, 1993; Casal, 1999).

A utilização de “redes sociais ou de amizade” (Pais, 1999) foi fundamental para a constituição de um *network*. Embora o universo do presente estudo seja composto por quinze jovens, os casos de gravidez totalizam vinte e três — alguns já estão com seu segundo ou, até mesmo, terceiro filho ainda dentro dos limites oficiais da adolescência. As idades com que têm o primeiro filho variam desde 15 até 19 anos; as parceiras são um pouco mais jovens do que eles, na maioria dos casos, e suas respectivas idades em que tiveram o primeiro filho varia entre os 12 até e 19 anos. As histórias contemplam gravidez planejada, indesejada, tentativas de aborto, radical oposição ao aborto, arranjos conjugais diversos, uniões exitosas, separações, distintos graus de apoio familiar, reconhecimento social da paternidade, rejeição do vínculo paterno, assunção apenas da criança e não da parceira, paternidade como estímulo ao ingresso no mundo da criminalidade ou como “antídoto à anomia”.

Apesar desta heterogeneidade, um fato se destaca: são vários os casos de gravidez com reconhecimento da paternidade.⁴ Dada a natureza do objeto e a opção metodológica, a estratégia de escolha de informantes se deu pela existência de uma criança. Assim, deve-se considerar que a estratégia metodológica adotada tenha permitido um maior acesso aos casos de paternidade assumida do que em relação aos casos conflituosos de gravidez — paternidade não assumida, aborto, ou GAs que não chegaram ao conhecimento do jovem. O jovem protagonista de um caso de “não reconhecimento de paternidade” dá indícios do que pode estar contemplado e/ou ausente nos discursos, ao afirmar que tem uma filha (a primogênita), mas que é melhor “*pular essa parte*” porque não a “*assumi*”. Este fato conduz à hipótese da existência de uma certa invisibilidade social dos casos de paternidade não assumidos, bem como dos casos de aborto, contribuindo assim para a composição do perfil deste universo pesquisado.

Ainda que os vínculos que unem os jovens entrevistados sejam de natureza variável, ressalta-se a existência de relações entre eles e o fato do conhecimento mútuo da condição da “paternidade precoce” sinaliza para o compartilhamento de condições semelhantes. Há uma sobreposição dessas redes em termos de gênero, classe, localidade, laços de vizinhança e amizade, que permite argumentar a favor de uma consistência sociológica do grupo de informantes. Salienta-se, assim, a

4 Não posso me furtar à tensão aqui presente: a heterogeneidade dos dados frente à literatura sobre GA se desfaz quando esse material é analisado sob o ponto de vista da literatura sobre família em camadas populares ou ainda, em relação à literatura sobre masculinidades. Podem ser observados desfechos semelhantes nessas biografias, o que remete para um certo modelo de trajetória masculina nas camadas populares.

constituição de um universo minimamente homogêneo que compartilha um horizonte comum de experiências e valores, que se desdobram em uma mesma visão de mundo.

Jovens pobres e a primazia do trabalho

Há que se tecer algumas considerações sobre as trajetórias escolar e profissional dos rapazes pesquisados. Um dos argumentos caros à literatura hegemônica sobre GA é o de que a trajetória escolar é interrompida pelo evento de gravidez. Contudo, tal suposição não se confirma com o peso que lhe é imputado ao cotejar os homens: eles possuem escolaridade e inserção profissional precários. Excetuando-se dois, os jovens já estão fora do sistema escolar, rompendo com uma das principais expectativas depositadas no período de juventude como fase de preparação para a vida adulta. A saída da escola se dá entre os 14 e os 18 anos, quando eles ainda cursam o ensino fundamental (5ª à 8ª série) e a busca por trabalho está vinculada a esta evasão. As atividades desenvolvidas são as que caracteristicamente compõem o mercado informal de trabalho. Poucos já conseguiram trabalho fixo, isto é, algum tipo de contrato formal. O desemprego é, atualmente, uma realidade para a metade dos entrevistados.

Sabe-se que o trabalho é uma relevante referência moral na trajetória dos jovens de camadas populares, além de ser importante elemento na construção da identidade masculina (Salem, 1981, Duarte, 1986). Neste universo há uma busca pela autonomia financeira em relação aos pais e, conseqüentemente, a possibilidade de acesso ao consumo de bens materiais. O trabalho aparece revestido de uma "orientação instrumental" (Pais, 1993) através do qual torna-se possível "*ter o próprio dinheiro*" para "*comprar*" o que se deseja sem "*ficar dependendo da mãe ou do pai*".

As dificuldades em relação à escola⁵ contribuem para que esta "orientação instrumental" face ao trabalho ganhe maior peso (Zaluar & Leal, 1997). Há um projeto de autonomização e de expectativa de consumo, possibilitado pela atividade laborativa, que implica uma saída da escola antes do evento de gravidez. Desta forma, a GA, entre jovens do sexo masculino das camadas populares, vem acirrar as dificuldades e/ou desinteresse existentes com a escola, inviabilizando tentativas de retorno e/ou conclusão da escolaridade.⁶

5 A repetência escolar ocorre com todos entrevistados.

6 Os dados oriundos do *survey* apontam na mesma direção: a trajetória escolar dos jovens apresenta dificuldades, muitas das quais antecedem a gravidez. A pesquisa Gravad registrou interrupções e defasagem entre idade e série. A proporção de trajetórias irregulares é bastante alta, próximo a 70% entre as mulheres e 76% entre os homens. Jovens com menor renda mensal familiar, jovens negros e aqueles cujas mães possuem baixa escolaridade são os que encontram mais obstáculos para continuar os estudos (Almeida et al., 2006). Além disso, mais da metade dos homens entre 20 e 24 anos declararam o trabalho como principal motivo para interrupção dos estudos, independentemente da existência ou não de um evento reprodutivo em suas trajetórias (Almeida et al., 2006).

Os homens, a contracepção, e a classificação de mulheres

O contexto da relação e o tipo de parceria são elementos centrais para a compreensão do comportamento reprodutivo. Neste universo etnográfico há uma diversidade de situações: a gravidez pode ocorrer no âmbito da vida conjugal, consolidando a união. Todavia, a ocorrência mais significativa de casos é em meio a namoros, sendo fundamental para o destino da gravidez o tipo de relacionamento na qual ela se dá: nos estáveis, o reconhecimento do vínculo paterno é menos problemático ou conflituoso, ao passo que nos eventuais, dúvidas em relação à paternidade podem emergir. A classificação do relacionamento articula-se estreitamente com a categorização das parceiras: um operador lógico, extremamente forte, distingue as mulheres “da casa” e “da rua”. Assim, a “qualificação” da parceria é central para a compreensão da ordem simbólica que funda os cuidados de proteção pessoal tanto no sentido da prevenção de DST’s quanto dos “riscos” de uma gravidez.⁷

Há uma ordem cronológica entre os acontecimentos: o comportamento contraceptivo é sempre posterior ao início do relacionamento sexual com a parceira. Em nenhum caso houve utilização de qualquer método contraceptivo no primeiro intercurso sexual do casal; apenas posteriormente os rapazes procuram saber (“*perguntam*”) se a moça “*está tomando remédio*” e, em caso negativo, a tendência é providenciar a compra do mesmo ou aconselhar que a parceira consulte um médico. Não faz parte do escopo das preocupações do rapaz saber, por exemplo, se o uso da pílula é feito corretamente. Em outras circunstâncias, nenhuma medida contraceptiva é adotada, a despeito das consecutivas relações sexuais. Dentre estas, perfilam-se os casos em que se alega que é atribuição exclusiva da mulher a responsabilidade relativa à vida reprodutiva, assim como aqueles que (sempre) atribuem à imprevisibilidade das relações o não-uso de algum método.

Neste contexto, deve-se indagar em que medida a expectativa de que os jovens tenham um projeto contraceptivo coerente com suas ações esteja supondo um alto grau de racionalização das relações, ou ainda, sua previsibilidade. Ademais, os atributos de gênero desempenham um papel decisivo nesse tipo de comportamento. A literatura tem assinalado que a sexualidade masculina, pelo menos na cultura sexual brasileira, é freqüentemente representada como incontrolável e, portanto, ser homem significa ter menos controle sobre os impulsos sexuais. Em contrapartida, sobre as mulheres há uma vigilância no sentido de demonstrarem um jeito passivo e ingênuo em torno

7 A classificação moral do universo de parceiras entre mulheres ‘da rua’ e ‘da casa’ pode também ser ilustrada com questões que dizem respeito ao uso do preservativo masculino. Esta separação funciona como operador lógico na distinção e seleção das parceiras entre os informantes. O depoimento a seguir é um exemplo: [Já usou alguma vez a camisinha?] “Já, pô... essas mulher da rua aí eu uso, mas a mulher de casa, pô... minha mulher de casa não, é ruim hein!”

do exercício sexual, embora haja mudanças em curso. Esta expectativa sobre o gênero feminino traz implicações para a esfera contraceptiva: ela configura-se como um dos obstáculos existentes para o uso consistente dos métodos contraceptivos pois, embora a expectativa de proteção esteja associada à mulher, esta deve parecer estar “despreparada” tanto ao iniciar sua vida sexual quanto a cada novo relacionamento. Assim, estar usando algum método nestas situações poderia significar o planejamento de um intercurso sexual, o que não corresponde ao imaginário da mulher ingênua e inexperiente (Luker, 1996). Paradoxalmente, espera-se hoje em dia que a adolescente tenha relações sexuais pré-maritais (Bajos et al., 2002; Heilborn et al., 2006). Em outras palavras, ainda que a perda da virgindade não constitua mais uma condição passível de estigmatização das mulheres, permanece certa exigência de virgindade moral, sob a forma de um jeito passivo e ingênuo em torno do exercício sexual, o que traz implicações para a abordagem de questões de sexualidade ou de contracepção com parceiro, por exemplo.

No material empírico analisado, salienta-se o fato da adoção de medidas anticoncepcionais serem posteriores ao início da relação afetivo-sexual. A maior parte das parceiras (10 casos) era virgem quando começou o relacionamento com os rapazes e o tempo decorrido entre a iniciação sexual e a gravidez é variável. Pode-se questionar se o fato delas serem virgens representaria uma certa garantia no imaginário dos homens, de que essas mulheres não são “*pipa voada*”, nem “*moça rodada*” e, portanto, podem ser “*minas de fé*”. Este modelo que contrapõe a “mulher da casa” à “mulher da rua” é tido como um dos ordenadores das relações de gênero e já foi largamente estudado na sociedade brasileira (Da Matta, 1985).

Coabitação, conjugalidade: possíveis desenlaces diante da gravidez

As trajetórias afetivo-sexuais encontradas assinalam casos de gravidez ocorridos em seguida ao início da vida sexual da moça, e os desfechos são o reconhecimento do vínculo paterno — que pode se desdobrar em coabitação com a moça ou redundar somente no reconhecimento da criança, elidindo-se a responsabilidade para com a parceira.

Sobressai, contudo, o fato de haver um expressivo movimento em direção à coabitação, seja pela perda da virgindade da parceira, ou por uma gravidez. Observação similar é feita por Luker (1996) ao afirmar que as adolescentes se casam ou passam a coabitar muito mais freqüentemente do que se pensa no senso comum. Dentre as quinze trajetórias analisadas, observa-se que há coabitação com as parceiras em função da gravidez em dez casos. A coabitação deflagrada a partir da constatação da gravidez da parceira é indicativa do reconhecimento do rapaz em relação à paternidade. Neste momento, as família de ambos os parceiros, mais precisamente as mães,

desempenham papel fundamental, seja em termos da negociação ao suporte para a constituição do casal, à cogitação ao aborto etc. Esta situação remete ao grau de aceitação da gravidez e seu maior ou menor enquadramento no contexto familiar e social (cf. Vilar & Gaspar, 1999).

Não há uma autonomização imediata em termos de coabitação do casal, mas sim uma acolhida das famílias. O apoio ofertado ao casal varia desde ajuda financeira para o enxoval do bebê até cessão de cômodos no interior das casas. Aos poucos, esses cômodos ganham amplitude e se tornam domicílios independentes — é freqüente o relato do tipo *“meu pai me deu a parte de cima para eu construir...”*. Ressalta-se que a coabitação está freqüentemente inserida em regras de residência indicativas de um maior apoio da família do rapaz. Diferentemente do que se propala no senso comum acerca do compromisso masculino nessa faixa etária diante da gravidez de uma parceira, a coabitação e conjugalidade se apresentam como alternativa, sendo a virilidade⁸ a estratégia de legitimação social da aliança. O suporte das famílias pode também denotar uma cobrança social, no sentido de que o rapaz *“assuma”* o que fez, estabelecendo compromisso com a moça. Nesse contexto, se *“sentir responsável”* e *“assumir”* os atos é atributo de virilidade e integra o ideário da masculinidade.

Se, por um lado, a gravidez parece concorrer para a constituição e/ou fortalecimento do casal (em apenas três casos de GA nenhum tipo de conjugalidade é estabelecido e esses são os episódios de gravidez com parceira *“eventual”*), por outro lado, há também reversão da coabitação com o nascimento da criança, fato presente em quatro casos. Na versão dos rapazes, a reversão não significa, necessariamente, o rompimento do vínculo. Todavia, é instigante a formação de casal com o advento da gravidez, seguida da instalação de uma *“crise conjugal”* com o nascimento da criança. As justificativas centram-se mais em questões de sociabilidade ou nos argumentos da *“liberdade cerceada”* do que em termos de constrangimentos de ordem econômica.

Salienta-se que a assunção da paternidade nesse estrato social depende, em muito, da ajuda das respectivas famílias. As famílias de origem estão envolvidas não apenas no momento de constituição do casal mas também, e principalmente, no momento de sua dissolução. Geralmente, as parceiras e os filhos retornam para suas redes familiares. O apoio financeiro que os rapazes oferecem a seus filhos e/ou parceiras acompanham a proporção de seus rendimentos. Este mesmo fato é também constatado nos casos de paternidade na adolescência em meio a jovens de camadas

8 A respeito da virilidade como estratégia de constituição e legitimação social da aliança, ver também Leal & Fachel, 1999.

médias; entretanto, o apoio de seus familiares não decorre em função de constrangimentos materiais, mas sim em prol da preservação dos projetos educacionais (Heilborn *et al.*, 2002).

De forma semelhante, o apoio das famílias de origem é fundamental sobretudo nos casos em que não há coabitação ou vínculo com as parceiras.⁹ As crianças permanecem na rede familiar materna, mas recebem suporte de ambos os lados: as avós maternas e paternas respondem tanto pelo apoio material quanto pelos cuidados com as crianças. Ressalta-se que as duas únicas histórias de não coabitação com reconhecimento do vínculo paterno têm em comum a dúvida em relação à paternidade biológica. O curioso é que os jovens se referem ao que há de mais avançado em termos de teste de paternidade: o de DNA. Todavia, a dúvida é dirimida no nascimento da criança com a afirmação: *"quando nasceu, vi que era a minha cara"*. Além disso, em ambos os casos havia uma ameaça de familiares maternos de *"dar a criança"*. Há explicitamente aqui toda uma correlação de forças que envolve pressão familiar e social para que o rapaz *"assuma o que fez"* e a ameaça do filho *"ser dado"* é uma pressão das mais eficazes no sentido da responsabilização diante da paternidade.

No material empírico analisado há apenas um caso que poderia ser identificado como *"paternidade irresponsável"*, em que não há assunção ou reconhecimento do vínculo paterno. Nesse episódio, embora o rapaz reconheça a paternidade biológica, ele não possui nenhuma relação ou compromisso com a criança. A parceira é dois anos mais velha que o rapaz. Ao situar a moça em sua trajetória afetiva, o rapaz diz que ela *"não foi nada pra mim"*. Todo o ônus fica com a parceira e com a rede familiar dela. Coincidentemente ou não, nenhum membro de sua família tem conhecimento da história dessa gravidez — *"eles não sabem"* — o que é diferente em relação a seus outros dois filhos. Este caso é exemplar para a afirmação de que o sentido da paternidade é dado pelo *"conviver"* e pelo *"assumir"*, não resultando apenas da reprodução biológica (cf. Arilha, 1999).

A assunção da paternidade

As soluções que decorrem dos episódios de *"gravidez na adolescência"* são múltiplas. Há uma pluralidade de situações e nem todos os pais adolescentes são *"irresponsáveis"*. Há diversos graus de apoio familiar, assim como são distintos os modos de assunção da paternidade, variando desde o fortalecimento do vínculo com a parceira e coabitação, até a incorporação exclusiva da criança. De todo modo, sobressai a participação das famílias de origem não só no sentido da acolhida domiciliar para o casal (ou para a jovem-mãe), mas sobretudo, em relação ao suporte material da criança. Os

⁹ No universo analisado há dois casos de não coabitação mas com reconhecimento do vínculo paterno. Os elementos comuns a ambos os episódios são: relacionamento eventual, multiplicidade de parceiras sexuais, dúvidas em relação à paternidade e defloramento da parceira.

valores que estes rapazes recebem com seus trabalhos/biscates são, a princípio, insuficientes para o sustento de uma criança. Este cenário indica a existência muito mais de uma “assunção moral da paternidade” pelos rapazes do que efetivamente material, uma vez que o suporte financeiro da criança é em grande medida feito pelas famílias de origem. Em outras palavras, nesse universo em que a ajuda recíproca é fundamental, são as famílias de origem que possibilitam que o rapaz assuma a paternidade na medida em que preenchem o hiato entre a assunção moral da paternidade e o suporte material da criança.

Episódios de gravidez subseqüentes ao início da vida sexualmente ativa da moça indicam a permanência de atributos tradicionais no que concerne os papéis e relações de gênero. O “assumir a paternidade” pode ser interpretado como um reparo ou contradádiva ao defloramento da moça. Há também casos de gravidez num calendário próximo ao do início da vida sexual do rapaz. Ambas as situações podem ser contextualizadas segundo uma cultura sexual e de gênero que impele/incita o homem ao não controle sobre seus impulsos sexuais e deixa nas mãos das mulheres uma certa responsabilização sobre as questões contraceptivas (Cabral, 2003). Este cenário é propiciador do desconhecimento dos homens quanto aos métodos contraceptivos e, sobretudo, há que se considerar a hipótese da gravidez como uma importante forma de publicização do início da vida sexualmente ativa do rapaz. Além disso, o “assumir”, categoria sintética para o “responsabilizar-se pelo que fez”, condensa o comportamento valorizado pelo jovem, seus familiares e grupo de pares e é signo de uma vida adulta e viril.

Há que se enfatizar tanto o efeito estabilizador quanto o disruptivo produzido pela paternidade na trajetória do jovem. São assinalados pelos informantes os efeitos positivos do nascimento de uma criança, expressos nos relatos como maturidade e responsabilização. A categoria “responsabilidade” é encompassadora da nova posição que devem assumir perante a vida: precisam abrir mão da “brincadeira”, da “molecagem” e dos excessos para passar a um outro *status*, que implica seriedade, obrigações, vínculos e dependência. Há também um plano discursivo no qual são claramente reconhecidas as perdas que a paternidade implica. Assinalam-se as alterações no âmbito da sociabilidade, pois os imperativos do “dar o exemplo” e do “ter que trabalhar” sinalizam uma certa diminuição do tempo livre para a “zoação” e para o convívio com os pares, freqüentemente subsumidos na expressão “perda de liberdade”.

Os jovens afirmam claramente que a paternidade significa amadurecimento e responsabilidade. Desse modo, se o processo de transição para a vida adulta é definido em termos da incorporação progressiva de atributos caracterizado por autonomia residencial/conjugal e profissional/financeira, o nascimento e a assunção de um filho parecem incrementar esse processo.

Ainda que a autonomia financeira e material seja, na prática, relativa, os discursos dos rapazes estão eivados de uma obrigação moral que impele o homem a assumir e desempenhar a função de provedor. “Ter reponsabilidade”, conseqüência direta da paternidade, implica incorporação ou assunção de novos papéis. Em outras palavras, a assunção da paternidade — ainda que no plano discursivo seja prevalente sobre o das práticas — efetua a transição de uma condição à outra: para alguns, ela representa a consolidação do processo de passagem à vida adulta; para outros, ela acirra essa transição. Mais ainda, se o engravidamento joga um importante papel na construção da identidade masculina, na medida em que representa a publicização de sua potência e virilidade, é a assunção da paternidade que proporciona ao jovem a consolidação da imagem do homem “maduro”, “responsável”, “adulto”.

Em suma, os percursos de vida aqui analisados, sob o prisma da paternidade juvenil em camadas populares são, a um só tempo, exemplos de uma forma tradicional de transição à vida adulta, em que há uma passagem curta ou condensada para o estatuto adulto, e de um certo modelo de trajetória masculina nas camadas populares.

Notas finais para o debate sobre reprodução e sexualidade juvenil

Todos os embates em torno da gravidez na adolescência, bem como acerca das taxas de fecundidade entre as mulheres mais pobres e/ou menos escolarizadas, são exemplos de “problemas” que freqüentemente estão na pauta dos discursos políticos que reclamam por programas de planejamento familiar que possam “controlar” a fecundidade destes grupos. Não é incomum ver em tais discursos a responsabilização do tamanho das famílias pelos altos índices de pobreza existentes no país. Contudo, a boa difusão quanto a informação sobre o uso correto dos métodos contraceptivos bem como o acesso aos mesmos não garantem a “eficácia prática” (Bajos et al., 2002) dos métodos. Esta argumentação rejeita a ótica de uma responsabilização individual e enfatiza que o comportamento contraceptivo adotado está vinculado a outras lógicas que remetem para além dos usos e des-usos dos métodos, tais como o contexto da relação em que se está engajado, o tipo de parceria, a possibilidade de negociação no âmbito dos relacionamentos afetivo-sexuais, etc.

Enfim, há novas concepções acerca da juventude. Espera-se que esta etapa da vida seja um tempo dedicado aos estudos e não comprometida com a reprodução. Contudo, com as mudanças dos valores sociais, o exercício da sexualidade adolescente e juvenil também sofreu importantes transformações. Hoje em dia é aceitável que as mulheres iniciem sua vida sexual antes do casamento, mas diversos estudos apontam que ainda vigora a necessidade de uma certa virgindade moral para elas. Esse cenário abriga a representação de que as práticas sexuais juvenis são mais corriqueiras,

porém, menos preparadas do ponto de vista das possíveis conseqüências que uma vida sexual ativa pode ensejar, entre elas a reprodução precoce (Heilborn, Cabral, 2006).

A promoção de discussões sobre gênero e sexualidade, neste cenário que abriga mudanças e permanências nos costumes sexuais, torna-se necessário e salutar. É uma postura que respeita os direitos sexuais dos jovens e propicia o distanciamento crítico de concepções controlistas que vão na contramão das tendências observadas em países ocidentais. É preciso criar condições que possibilitem apoio aos jovens para uma entrada na vida sexual protegida da reprodução não-pretendida e das DSTs/Aids, o que transcende a oferta e acesso a informações técnicas e a métodos anticoncepcionais.

O não reconhecimento social da sexualidade juvenil tem efeitos sobre o grau de proteção contraceptiva que os jovens estabelecem; assim, a assunção da sexualidade juvenil como legítima para os dois sexos, bem como um debate aberto sobre as recentes transformações, poderiam concorrer para a constituição de um cenário que propicie melhor preparação e reflexão dos jovens a respeito da entrada na vida sexual. Em outras palavras, argumentar a favor da legitimidade do exercício da sexualidade na juventude implica reconhecer e dar importância a esta dimensão como constitutiva da construção da autonomia dos jovens. Esta perspectiva se alinha inteiramente à concepção da juventude como uma fase de aquisição crescente de habilidades em diferentes esferas sociais, dentre elas a da sexualidade (Heilborn et al., 2006).

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Maria da Conceição C.; AQUINO, Estela M.L.; BARROS, Antoniel Pineiro de. Trajetória escolar e gravidez na adolescência entre jovens de três capitais brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, jul. 2006, vol.22, no.7, p.1397-1409.

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

ARILHA, Margareth. *Masculinidades e Gênero: discursos sobre responsabilidade na reprodução*. 1999. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) — PUC, São Paulo.

BAJOS, N.; FERRAND, M.; HASSOUN, D. (2002). "Au risque de l'échec: la contraception au quotidien". In: BAJOS, N.; FERRAND, M. et l'équipe GINE (orgs.), *De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues*. Paris, INSERM, col. Questions en Santé Publique, pp.33-78.

BOURDIEU, Pierre. A "juventude" é apenas uma palavra. In: *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

CABRAL, Cristiane S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2): S283 - S292, 2003.

CABRAL, Cristiane S. *Vicissitudes da gravidez na adolescência entre jovens das camadas populares do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2002.

CALAZANS, Gabriela. Cultura Adolescente e Saúde: perspectivas para a investigação. In: Oliveira, Maria Coleta (org.). *Cultura, adolescência e saúde: Argentina, Brasil, México*. Campinas: Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina (CEDES/COLMEX/NEPO-UNICAMP), 1999.

CASAL, Joaquim. Modos emergentes de transición a la vida adulta en el umbral del siglo XXI: aproximación sucesiva, precariedad y desestructuración. In: Pais, J. M. & Chisholm, L. (coord.). *Jovens em mudança — Actas do Congresso Internacional Growing up Between Centre and Periphery*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 1997.

DA MATTA, Roberto. *A Casa e a Rua*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

HEILBORN, Maria Luiza *et al.* Aproximações Sócio-antropológicas sobre Gravidez na Adolescência. *Horizontes Antropológicos*, Rio de Janeiro, ano 7, n. 17, 2002.

HEILBORN, M.L.; AQUINO, E.M.L.; BOZON, M.; KNAUTH, D.R. (orgs.) (2006), *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro, Fiocruz/Garamond, 534p.

HEILBORN, M.L.; CABRAL, C.S. (2006). "Parentalidade juvenil: transição condensada para a vida adulta". In: CAMARANO, A.M. (org.), *Transição para a vida adulta ou a vida adulta em transição?*. Rio de Janeiro, IPEA, pp.225-255.

LEAL, Ondina F. & FACHEL, Jandyra M. G. Jovens, sexualidade e estratégias matrimoniais. In: Heilborn, M. L. (org.). *Sexualidade: o Olhar das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LUKER, Kristin. *Dubious conceptions. The politics of teenage pregnancy*. Cambridge: Harvard University Press, 1996.

PAIS, José Machado. *Culturas juvenis*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 1993.

PAIS, José Machado. Introdução. In: Pais, J. M. (org.). *Traços e riscos de vida: uma abordagem qualitativa dos modos de vida juvenis*. Porto: Ambar, 1999.

SALEM, Tânia. Mulheres Faveladas: "com a venda nos olhos". In: Franchetto *et al.* *Perspectivas Antropológicas da Mulher 1*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

VILAR, Duarte & GASPAR, Ana Micaela. Traços redondos. A gravidez em mães adolescentes. In: Pais, J. M. (org.). *Traços e riscos de vida: uma abordagem qualitativa dos modos de vida juvenis*. Porto: Ambar, 1999.

ZALUAR, Alba & LEAL, Maria Cristina. Gênero e Educação Pública: uma comparação entre o CIEP e a Escola Comum. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, Brasília, vol. 78, n. 188/189/190, jan./dez. 1997.

Novas uniões, novos filhos? Projetos e dinâmicas reprodutivas de homens recasados

Glaucia dos Santos Marcondes

Introdução

No início dos anos 90, Susan Watkins (1993) escreveu uma acurada revisão dos artigos publicados em um período de trinta anos, pela revista *Demography*, com o objetivo de discutir quais eram as percepções vinculadas pelos estudos demográficos sobre as mulheres. A autora concluiu que grande parte dos artigos que tratam de fecundidade, nupcialidade e família se ancoram em concepções bem marcadas sobre a hierarquia e as diferenças entre os comportamentos masculinos e femininos. Nestes eventos, as mulheres são figuras centrais em função de sua condição de reprodutora e cuidadora dos filhos, enquanto que as redes sociais e os homens – companheiros, pais e irmãos – são praticamente ignorados, passando, geralmente, uma imagem de fragilidade e isolamento social das mulheres no cumprimento de suas atividades de criação da prole (WATKINS, 1993; GOLDANI, 1998; PRESSER, 1997). Nesta perspectiva, grande parte da produção enfatiza aspectos da vida das mulheres, excluindo ou negligenciando a compreensão da atuação dos homens e de outros atores sociais neste processo.

A percepção da esfera reprodutiva como uma esfera de atuação primordialmente feminina está fundamentada na condição da mulher de gerar e nutrir crianças. Este fato biológico elaborado culturalmente dá forma a uma construção de gênero que define o cotidiano doméstico, as relações afetivas e as decisões reprodutivas como um domínio feminino (OLIVEIRA, 2003), e os aspectos econômicos e de representação social da família como responsabilidade primordialmente masculina. Os efeitos desta construção de gênero não são percebidos apenas na vida dos sujeitos, mas também nos estudos de fecundidade. Os erros e as dificuldades que se atribui à mensuração da fecundidade masculina, por exemplo, decorre da consideração de que os homens não possuem absoluto controle sobre as conseqüências de sua vida sexual. Seja pela percepção de que os homens não se preocupam

com as questões reprodutivas ou pela possibilidade de desconhecerem ou não terem certeza sobre o número exato de filhos que tiveram ao longo da vida. Algumas pesquisas apontam para estas questões.

Leal e Lewgoy (1998) discorrem, com base em evidências de pesquisa, que alguns eventos reprodutivos, como abortos, podem ser subestimados quando avaliados a partir de declarações masculinas. Na perspectiva dos autores, o desconhecimento masculino a respeito dos eventos reprodutivos está vinculado ao fato de que socialmente se considera legítimo que as decisões reprodutivas possam ser tomadas unilateralmente pelas mulheres, sem que o parceiro tenha qualquer tipo de conhecimento ou participação.

Experiências de pesquisa com história retrospectiva de fecundidade dos homens, realizadas em países como Estados Unidos, Grã-Bretanha e Austrália¹, reforçam as suspeitas em relação à fidedignidade dos relatos masculinos. Pesquisadores constataram que todos os surveys analisados apresentaram subdeclaração de eventos reprodutivos e que cerca de 1/3 à metade das entrevistas masculinas tinham informações incompletas (GRAY, 2002; RENDALL, et. al., 1999). A constatação de inconsistências nas informações, principalmente no que se refere aos filhos de uniões anteriores e nascidos fora do casamento reiteram observações de que os homens tenderiam a informar apenas sobre aqueles filhos com quem mantém algum tipo de vínculo de convivência (GRAY, 2002; RENDALL et al.,1999). Contudo, estas evidências não justificariam a desconsideração total das informações da vida reprodutiva dos homens. Rendall et al. (1999) acreditam que reformulações nas estruturas convencionais de captação de informações familiares e de domicílios possibilitariam uma melhor exploração das experiências masculinas².

Ao longo da década de 1990, o interesse pelo comportamento masculino foi marcado pelas discussões travadas na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada em 1994 no Cairo, e na Conferência Internacional da Mulher, que se deu no ano seguinte em Beijing. Nos textos de ambas as Conferências se enfatiza a necessidade da incorporação dos homens, jovens e adultos, em programas educacionais de sexualidade e prevenção da Aids e na criação de meios que incentivassem a maior participação masculina no cotidiano familiar (ARILHA, RIDENTI e MEDRADO, 1998). No Brasil, os debates do Cairo e Beijing se refletem na agenda de pesquisadores e instituições, desenvolvendo trabalhos voltados para a saúde reprodutiva masculina. Vários

1 Os trabalhos analisam as pesquisas: *Negotiating the Lifecourse* (NLC) da Austrália, *US Panel Study of Income Dynamics* (PSID) e *British Household Panel Survey* (BHPS).

2 Os autores avaliam que quesitos sobre contribuições financeiras para pessoas não residentes no domicílio ou de usos do tempo com descrição de atividades realizadas com crianças presentes ou não no domicílio poderiam auxiliar na observação dos casos de pais que não moram com seus filhos.

destes trabalhos procuraram investigar a participação, a responsabilidade e o desejo masculino no processo reprodutivo, conhecendo a perspectiva dos homens sobre seu desejo de ter filhos, o número desejado, suas práticas e percepções a respeito da sua sexualidade, assim como seus comportamentos preventivos, tanto em relação à gravidez quanto às doenças sexualmente transmissíveis. A epidemia de Aids e o crescimento da contaminação entre as mulheres também se destacam na literatura como um motivador para os investimentos em pesquisas voltadas para o conhecimento dos comportamentos e representações masculinas sobre sexualidade.

De fato, o interesse despertado pela condição masculina desde os anos de 1970, vincula-se fortemente à percepção de que os indicadores sociais das mulheres – violência, pobreza, mortalidade materna, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce, entre tantos outros – somente seriam modificados se houvessem transformações nos padrões de comportamento masculino (ARILHA, RIDENTI e MEDRADO, 1998). Desta maneira, a questão do envolvimento masculino na reprodução se desenvolve a partir de dois tipos de abordagens: uma, predominante nas últimas três décadas, destaca a participação masculina como suporte para o desenvolvimento saudável das mulheres e da prole. Enfatiza-se neste tipo de abordagem a necessidade de conscientizar os homens a assumirem suas responsabilidades enquanto companheiros e pais, mas não se faz um questionamento sobre os valores sociais envolvidos nestas posições. Estas análises ressaltam a contraposição entre a “irresponsabilidade masculina” e a “natural dedicação feminina” em relação aos filhos e demais membros familiares. A segunda abordagem procura focalizar o caráter relacional do processo reprodutivo, entendendo a reprodução enquanto evento que envolve significados, conflitos, ambigüidades e negociações entre homens e mulheres sobre como evitar, em que situação e qual o melhor momento de ter filhos. O envolvimento dos homens é problematizado a partir da consideração de que se tratam de atores sociais com desejos, comportamentos e concepções originados e modificados na sua interação com as mulheres, outros homens e instituições sociais ao longo da vida.

As reflexões sobre os homens, sua participação na reprodução e a forma como estudos de fecundidade tem abordado esta temática foi o tema central do Seminário Internacional “Fertility and the male life cycle in the era of fertility decline”, promovido pela International Union for the Scientific Study of Population - IUSSP, no México, em 1995. Vários dos trabalhos apresentados neste seminário divulgaram resultados de pesquisas realizadas com homens a respeito, principalmente, de conhecimentos e práticas de prevenção à gravidez e a AIDS, comportamentos e concepções sobre planejamento familiar, atividade sexual e paternidade. Um ponto comum nestes trabalhos é a ênfase na necessidade de ampliar e aprimorar as pesquisas com homens, visando obter elementos

que possam melhorar o conhecimento sobre as formas pelas quais homens e mulheres interagem e negociam suas responsabilidades e posições no casamento, na parentalidade, no grupo familiar mais extenso e nas demais esferas sociais em que atuam.

Este tipo de preocupação se mostra pertinente diante de um conjunto mais amplo de evidências que apontam para mudanças significativas nas relações entre homens e mulheres e nas formas de constituição e manutenção familiar. Estudos com enfoque qualitativo discorrem sobre transformações ocorridas nas concepções ocidentais de casamento, família, maternidade e paternidade decorrente da maior difusão de ideais de igualdade de gênero e da autonomia econômica e pessoal das mulheres (VAITSMAN, 1994; SALÉM, 1987; VELHO, 1983).

Em termos da dinâmica demográfica, estas mudanças nas relações de gênero têm afetado diretamente tendências e padrões de estabelecimento de uniões, tipo de união conjugal desejado, duração e término das relações, assim como as expectativas e projetos reprodutivos. O que tem possibilitado às pessoas vivenciarem uma pluralidade cada vez maior de arranjos familiares (BERQUO, 1989). Em um contexto social onde se observam crescentes taxas de separações e divórcios saber quem recasa, em que condições e o impacto das segundas ou mais uniões na vida dos sujeitos são questões fundamentais para a compreensão do processo de mudanças na formação, composição e organização das famílias. Trata-se de pensar sobre como as separações conjugais e os recasamentos influenciam na dinâmica familiar de homens e mulheres. Ou ainda, diante da maior possibilidade de separação conjugal e de recasamento, quais os significados atribuídos a parentalidade? Como esses eventos afetam a constituição e organização das famílias?

Algumas ressalvas devem ser feitas no que diz respeito as informações de nupcialidade no Brasil quando se pretende encontrar elementos para compreender o contexto de mudanças na família. A escassez de dados e a falta de comparabilidade entre as séries disponíveis dificultam análises mais aprofundadas sobre o tema (LAZO, 2001; BERQUÓ e OLIVEIRA, 1992). Um exemplo é a impossibilidade de mensurar e analisar a ocorrência de segundas ou subseqüentes uniões dos indivíduos. Observações da vida cotidiana e alguns trabalhos qualitativos dão indícios que situações de recasamentos têm feito parte da experiência familiar de um número crescente de pessoas. Entretanto, de fato, temos somente uma vaga noção sobre a ocorrência de recasamentos a partir de informações provenientes do Registro Civil e inferências precárias retiradas de dados censitários. Diante das limitações impostas pelas fontes de dados secundários existentes, muitos dos temas referentes às transformações mais recentes nas famílias têm sido abordadas através de pesquisas qualitativas.

Sobre os contextos de recasamento, estudos qualitativos (RIBEIRO, 2005; PORRECA, 2004; MARCONDES, 2002) discorrem que a constituição de um ambiente familiar a partir de um novo casamento

significa, para homens e mulheres, conciliar uma gama de relações potencialmente conflituosas, envolvendo prole de uniões distintas, a nova relação conjugal e a permanência do contato com a(o) ex-parceira(o) em função dos filhos em comum. Alguns estudos (THOMPSON e LI, 2002; TOULEMON, 1997) que analisam intenções e decisões sobre ter filhos em contexto de reconstituição familiar destacam situações distintas conforme o sexo, mas pouco se aprofundam em reflexões sobre os contextos sociais que podem estar por trás das diferenças observadas. Há muitas questões que são sugeridas pelas produções de estatísticas, mas que permanecem inexploradas, como, por exemplo, a suspeita de que a tendência de homens viúvos e separados se recasarem com mulheres mais jovens, muitas vezes solteiras e sem filhos, faria com que grande parcela dos homens repensasse suas intenções sobre ter novos filhos, postergando o encerramento da carreira reprodutiva, talvez, com uma prole maior do que a inicialmente desejada. Este trabalho visa contribuir na exploração dessas temáticas.

Os estudos e seus respectivos informantes

Este artigo traz reflexões suscitadas por dois estudos qualitativos desenvolvidos pela autora, ambos realizados na cidade de Campinas, interior do Estado de São Paulo. No primeiro (MARCONDES, 2002) foram realizadas entrevistas em profundidade, com um grupo composto por 8 homens e 5 mulheres, separados com filhos, todos com nível universitário e de segmentos médios da população. O estudo tinha por objetivo refletir algumas questões relacionadas ao vínculo que os homens estabelecem com a prole em três situações de conjugalidade: em união com a mãe do(s) filho(s), separado e recasado. Esta reflexão procurou apreender como novos padrões de relacionamentos entre homens e mulheres e determinadas situações conjugais influenciavam na forma como estes homens se relacionavam com seus próprios filhos e, em alguns casos, com os filhos de uniões anteriores de uma atual companheira.

A segunda pesquisa (MARCONDES, 2008) dá continuidade à exploração de questões levantadas ao longo do desenvolvimento do primeiro estudo. Neste estudo, o trabalho de campo envolveu a realização de entrevistas em profundidade, versando sobre os eventos e as circunstâncias que marcaram as trajetórias reprodutivas e as dinâmicas familiares do par conjugal de famílias reconstituídas através do recasamento masculino. Ao todo foram entrevistados 10 homens recasados (duas ou mais uniões conjugais), com filhos de uniões anteriores, e a respectiva companheira atual. Todos os homens tiveram filhos na nova união e cinco entrevistados convivem com os filhos da união anterior da parceira atual. Os casais residem em bairros populares e possuem baixa escolaridade.

Importante ressaltar que o foco central destes estudos é a perspectiva masculina sobre as questões reprodutivas, a partir de uma abordagem analítica de gênero, considerando o caráter

relacional da construção social das feminilidades e masculinidades. A adoção do conceito de gênero tem contribuído para o questionamento de enfoques funcionalistas e das noções naturalizadas que comumente se observam no tratamento dos relacionamentos familiares e das questões reprodutivas, dando visibilidade para a dimensão do poder na estruturação das relações entre homens e mulheres. (RAMIREZ, 2003; GARCIA, 2003; SZASZ e LERNER, 2003; ARIZA e OLIVEIRA, 2001).

Você vai ser papai! Dinâmicas da reprodução e o nascimento do primeiro filho.

O que significa casar e ter filhos? Que concepções e categorias emergem das narrativas masculinas sobre a experiência da primeira união conjugal e do nascimento do primeiro filho? Este constitui o ponto de partida para apreender como a conjugalidade e a reprodução se articulam ao longo da trajetória de vida dos homens entrevistados nos dois estudos. A perspectiva assumida neste trabalho é a de que as relações conjugais e o nascimento dos filhos se situam em momentos específicos da biografia dos sujeitos, onde a concretização e os significados desses eventos adquirem modos diferenciados conforme as vivências de classe, raça e de gênero dos sujeitos.

Em ambos os estudos, na maioria dos casos o primeiro filho surge em decorrência de uma gravidez não planejada. No grupo de homens de camadas médias, grande parte dos relatos revela que no momento em que a gravidez foi descoberta não havia entre o casal uma perspectiva mais imediata de casamento ou a de ter um filho. Era, segundo alguns entrevistados, “apenas um namoro”. Se neste grupo de informantes a notícia teria gerado grande surpresa e apreensão, entre o grupo masculino de camadas populares, destaca-se nos discursos a avaliação de que a situação embora não planejada, não era totalmente inesperada. Estes informantes entendem que a gravidez era algo aceitável dado o tipo de relacionamento que tinham com a namorada à época da gravidez.

Quer nos casos dos informantes de camadas médias que se disseram surpreendidos com a gravidez, quer naqueles de camadas populares em que ela fora considerada “aceitável” ou “previsível”, as narrativas masculinas revelam uma dinâmica reprodutiva comum entre estes grupos de homens entrevistados: a de que a contracepção era controlada pelas parceiras. No grupo de homens de camadas populares foram comuns expressões do tipo “aconteceu naturalmente”, “aconteceu”, “mais cedo ou mais tarde ia acontecer”, o que sugere que não se viam como agentes do processo que os tornaram chefes de família.

De maneira geral, nos dois estudos, os discursos masculinos revelam que não havia uma preocupação maior em prevenir uma gravidez não desejada. Muitos admitiram que, durante o namoro com aquela que se tornou a primeira companheira/esposa, não se preocupavam com a prevenção da gravidez, revelando situações em que o controle da concepção não era realizado

de forma sistemática ou exercido unicamente pela parceira. Nestes casos, antes do nascimento do primeiro filho, o método utilizado era pílula hormonal e, em algumas raras ocasiões, o coito interrompido. Um fato importante a ser destacado é que nenhum dos homens entrevistados, nos dois estudos, mencionou a utilização do condom, como uma das alternativas de prevenção do casal na época do namoro. Vários informantes justificaram esse comportamento despreocupado com a concepção por confiança na parceira e por entenderem que “só elas sabem o que acontece no corpo delas”. Mesmo em situações em que os homens assumem alguma atitude preventiva – ao utilizar o coito interrompido, por exemplo - a expectativa maior parece ser a de que as mulheres estejam mais atentas para que falhas não aconteçam. Pois são elas que informam aos parceiros se é seguro ou não ter relações sexuais naquele determinado período. O fato de a gravidez ocorrer no corpo da mulher justifica este tipo de dinâmica.

O estudo desenvolvido por Oliveira, Bilac e Muszkat (2000), com homens paulistanos de camadas médias, revela que essa concepção naturalizada da reprodução não condiz totalmente com as experiências masculinas. Segundo as autoras, algumas circunstâncias vivenciadas pelos casais acabam exigindo uma maior participação masculina com a contracepção. Como os casos de relacionamentos prolongados que, inevitavelmente, impõe aos sujeitos a necessidade de constantes negociações sobre o melhor método a ser utilizado. Problemas com a pílula hormonal e experiências com aborto também impulsionam o envolvimento masculino na busca por métodos alternativos, conforme observaram as autoras.

Entre os grupos masculinos entrevistados observam-se pontos que se assemelham ao que descrevem as autoras citadas acima. Os homens entrevistados revelam dinâmicas ao longo de suas trajetórias reprodutivas que intercalam práticas onde a contracepção é responsabilidade unicamente da mulher com práticas que implicam um maior envolvimento do homem, decorrente da impossibilidade – temporária ou permanente - da parceira utilizar a pílula hormonal. Quadros (2005) aponta que, embora a primeira prática contraceptiva seja marcada pela ausência masculina e a outra por uma atuação coadjuvante do homem, as duas situações estão calcadas em profundas desigualdades de gênero. Pois, a lógica e o tipo de atitude contraceptiva adotada pelos homens são determinados pela forma como os homens percebem as parceiras e o tipo de relacionamento assumido com elas. Ou seja, opera-se uma classificação das mulheres em *para casar* e *para curtir* que justifica e garante a escolha dos homens por quem ou por o quê se responsabilizar na esfera reprodutiva.

Nos discursos dos informantes de camadas populares, a despreocupação com a contracepção no namoro ou no início da vida conjugal está relacionada ao fato de que a namorada/parceira era

percebida como uma potencial esposa/mãe, revelando um valor moral fortemente arraigado entre os entrevistados de “respeito e amor à mulher escolhida” (HEILBORN, GOUVEIA, 1999). Nesse sentido, conforme discorre um dos entrevistados, uma gravidez não planejada se torna um “mau passo” na vida quando acontece com uma mulher que não considerem como a “certa” para desempenhar esses papéis:

(...) eu tomei cuidado de escolher a pessoa certa...eu vi desde o começo que Juliana era uma garota com a cabeça no lugar, não é dessas que tá sempre avoadada... Desde o começo eu sabia que era séria. A gente sempre sabe...então tem que ficar de olho, não pode bobear e acontecer de ter filho de uma mulher qualquer, que não se tem confiança, entende? Daí é um mau passo pro resto da vida, não se conserta, vai ser torto sempre, isso torna um peso na vida da gente. (...) Mau passo por que engravidou? Não. Isso não. Eu digo mau passo que... é muito ruim quando tem um filho com uma mulher que você desconfia que não é boa pessoa, entende? E nada pior do que achar que a mãe do seu filho não presta, isso é coisa muito pesada.

Neste sentido, entre os homens de camadas médias encontramos um caso emblemático. Diferentemente dos demais, um dos informantes ao tomar conhecimento da gravidez de sua parceira não adere ao modelo conjugal de constituição familiar. Segundo seu relato, o relacionamento que tinha com a mãe de sua primeira filha era um envolvimento passageiro, sem compromissos. Era “apenas um caso”. Após a confirmação de que era realmente o pai biológico da criança, o entrevistado assume a paternidade, mas rejeita qualquer outro tipo de envolvimento com a mãe de sua filha. Esta decisão teve implicações para o relacionamento com esta criança, evidente na forma como o informante contrasta esta situação ao contexto do nascimento de seu segundo filho. O segundo filho deste entrevistado também surge de uma gravidez não planejada. Mas ao contrário da situação anterior, no momento da gravidez, o casal estava discutindo a possibilidade de morarem juntos. A gravidez acaba por antecipar esse plano. Neste caso, o informante concordou em se casar e assumir o filho:

“A aceitação foi diferente (...) foi normal. Ah, normal porque foi... que eu sempre tive a relação de pertencimento, de por exemplo, de pertencer a uma relação... e que dessa relação ia nascer um filho e no... anterior não tinha uma relação, não de pertencimento, não no sentido que o filho me pertence. Mas de pertencer a algo que vai construir um filho, na outra eu nunca tive essa relação, eu nunca tive nesse sentido, eu nunca me senti pertencendo a relação na qual a minha filha[a primeira] surgiu, apesar de ser pai.”

O que se apreende do conjunto de relatos dos dois grupos de informantes é a concepção de que um filho nascido em uma situação no qual o homem não se sinta vinculado ou não estabeleça uma relação de comprometimento com a mãe da criança, não adquire um sentido transformador. Isto

porque o nascimento de um filho aciona uma série de obrigações e responsabilidades próprias dos vínculos familiares (ALMEIDA, 2004). Para estes informantes, não diz respeito unicamente a um homem e uma mulher. As narrativas nos remetem à filiação e às relações de parentesco que reconhecem o pertencimento de uma criança a um determinado grupo familiar e que lhe insere em uma linha de descendência, representando um *continuum* biológico e social (HÉRITIER, 2000). No sistema de parentesco ocidental, sexo e procriação encontram-se associados, estabelecendo vínculos de direitos e deveres entre os genitores, seus respectivos grupos familiares e a prole gerada (HÉRITIER, 2000; STRATHERN, 1995). Segundo Strathern (1995), em uma certa perspectiva do pensamento ocidental, se concebe a relação sexual como expressão da união e do amor entre os parceiros. O desejo por filhos seria uma consequência desse amor. Dessa maneira, se promove a idéia de que o contexto ideal para se ter e criar uma criança é aquele em que há um comprometimento mútuo entre parceiros, no qual a parceria sexual coincide com a parceria parental. Todos os entrevistados compartilham dessa concepção.

Townsend (1992) avalia que além do aspecto emocional de ter um filho, há para os homens um profundo sentimento moral que envolve tornar-se pai. Pois, a paternidade representa um dos elementos que contribuem para a construção de um tipo de identidade social, pela qual se justifica e se motiva a adoção de uma série de atitudes e comportamentos com o objetivo de se tornarem e de serem reconhecidos socialmente como “boas pessoas” e adultos bem sucedidos. É neste sentido que o autor considera que o ato de ter filhos deve ser entendido através do contexto das relações sociais que ele produz.

Os relatos masculinos confirmam esta perspectiva. Constituir a própria família é um marcador importante e de implicações distintas para a vida masculina e feminina. Os homens e mulheres entrevistados nos dois estudos apontam que a primeira união e o primeiro filho, que na maioria dos casos decorre de uma gravidez não planejada, marcam as trajetórias como eventos que deram sentido e objetivos concretos para a vida. A reprodução surge como um marcador ainda mais significativo por propiciar um re-ordenamento de posições e relações sociais nos diversos espaços e grupos por onde os entrevistados circulam. Mas qual é o significado que um filho tem para a vida dos homens? O que representou para estes entrevistados a decisão de ter o primeiro filho?

A primeira união conjugal e o primeiro filho: constituição da família de procriação

O nascimento de um filho inaugura uma nova fase no ciclo de vida masculino representando a passagem definitiva para a vida adulta. Tornar-se pai acarreta uma mudança no *status* masculino, no qual deixam de ser jovens irresponsáveis para se tornarem homens adultos responsáveis (ARILHA,

1998). Segundo os homens entrevistados, formar uma família distingue aqueles que estão “livres”, “na farrá”, “descomprometido” ou são “moleques” - características marcantes dos jovens solteiros - daqueles que são “responsáveis”, “maduros” ou “homens por completo”.

Para os informantes masculinos, o desejo de ter filhos viria como consequência de um processo de amadurecimento, no qual ter uma profissão ou trabalho e encontrar a parceira ideal são elementos essenciais e que deveriam anteceder a vinda de um filho. Alguns estudos apontam que entre casais de camadas médias o projeto de constituição familiar tenderia a contemplar certos valores individualistas e igualitários. A decisão de ter filhos estaria condicionada a alguns pré-requisitos. Um deles diz respeito ao desenvolvimento da carreira profissional de ambos os parceiros. O trabalho remunerado feminino estaria presente entre as expectativas familiares das camadas médias não apenas enquanto uma questão de realização pessoal das mulheres, mas também como um elemento essencial para garantir a estabilidade financeira da família. Outra situação colocada como desejável é que o casal possa desfrutar de um período de convivência a dois antes de ampliar a família. Este período daria condições aos parceiros de adquirir uma certa estabilidade emocional no relacionamento. Teriam um tempo para se adaptar e aproveitar a vida conjugal e também para se preparar para as mudanças que poderão surgir com o nascimento dos filhos. (SALÉM, 1987; TOWNSEND, 1992; QUADROS, 1996; OLIVEIRA, BILAC E MUSZKAT, 2000).

Há um contexto considerado como ideal, segundo observa Townsend (1992), que promoveria nos homens a sensação de que estariam prontos para se tornar pai e formar uma família. O ideal é que se sintam em condição de assumir todas as responsabilidades que esta situação implica. Entretanto, para a maioria dos entrevistados a vinda do primeiro filho não se dá exatamente no contexto ideal imaginado por eles.

No momento que ocorreu a gravidez, a maioria dos homens entrevistados, tanto no grupo de camadas médias quanto de populares, se considerava ainda “*muito moleque*”; contudo, a condição de ser pai a princípio trouxe para alguns destes homens a perspectiva de modificar a condição de vida e adquirir maturidade. Ter um filho e casar exigiria deles uma postura mais responsável, de definição mais concreta de um projeto de vida. Na concepção destes homens, ter um filho é responsável por operar transformações emocionais e estruturais na vida tanto dos homens quanto das mulheres. Não tornaria um homem mais homem ou uma mulher mais mulher, mas marcaria a experiência de vida dando um novo e diferente sentido a ela. Entre os homens entrevistados de camadas médias, o relacionamento amoroso foi reavaliado por eles sob a perspectiva de que ter um filho implicaria assumir responsabilidades por um núcleo familiar, significando a postergação ou o abandono de certos projetos pessoais.

Nos relatos dos informantes de camadas populares, nota-se o compartilhamento da idéia de que casar e ter filhos são situações naturalmente desejadas e importantes para o amadurecimento de uma pessoa. A presença ou ausência desses dois eventos e a forma como homens e mulheres assumem as responsabilidades advindas da conjugalidade e da reprodução definem, aos olhos desses informantes, identidades sociais e de gênero, expressas nos discursos como o “homem solto”, o “garanhão”; o “pai desgarrado”, o “homem por completo”, o “marido meia boca”, a “mulher qualquer”, a “mãe de família”, a “patroa”, a “menina avoadá”, entre outros. Essas categorias são construídas tendo por referência um padrão duplo de moral sexual - que distingue as mulheres entre aquelas que são para formar família e as mulheres para curtição - e o modelo de família conjugal burguesa – pautado pela relação complementar e assimétrica do homem provedor e da mulher cuidadora dos filhos. As falas masculinas nos remetem a um entendimento do processo de transição para a vida adulta através da conjugalidade e, principalmente, da reprodução como uma troca: por um lado, os homens perdem a liberdade e os prazeres individuais, mas, por outro, adquirem autoridade moral e reconhecimento social.

Nesse sentido, o segundo estudo corrobora os achados de outras pesquisas com camadas populares, que destacam a importância para os homens de passarem a se ver como responsáveis pelo provimento de “teto, alimento e respeito” para sua família (SARTI, 1996). Ou seja, uma gravidez faz emergir todo um conjunto de expectativas sociais sobre as atitudes de homens e mulheres. O que os relatos mostram é que a decisão de ter um filho aciona um modelo cultural de constituição familiar no qual se espera que os homens não assumam apenas o filho, mas que se responsabilizem por uma família.

De maneira geral, nos dois estudos se observa que as ações e representações dos entrevistados remetem a um modelo de *homem de família* (BILAC, OLIVEIRA e MUSZKAT, 2000), construído em torno da condição masculina de provedor familiar. Ser provedor não se restringe à capacidade de dar suporte financeiro à esposa e aos filhos. Implica, igualmente, em adotar um conjunto de condutas consideradas mais apropriadas – uma masculinidade domesticada (BILAC, OLIVEIRA e MUSZKAT, 2000) - para estabelecer uma vida familiar respeitada socialmente (BILAC, OLIVEIRA e MUSZKAT; 2000; TOWNSEND, 1992). O comprometimento masculino com a família parte de uma avaliação a respeito de sua dedicação ao trabalho remunerado, na manutenção de uma relação conjugal e de uma vida sem vícios, com jogos ou bebidas, por exemplo.

Para Françoise Héritier (2000) a reprodução nas sociedades humanas incorpora um “desejo e dever de descendência”. Este “desejo e dever de descendência” gira em torno de duas idéias: a transmissão da vida e a realização social. Ter filhos significa a possibilidade de se projetar no futuro, perpetuar através

do tempo um pouco de si mesmo. É a idéia de que a vida é um *continuum* e que cada ser representa um elo que não acaba em si mesmo. A segunda idéia diz respeito à realização social enquanto homem e mulher advinda do reconhecimento da reprodução enquanto uma condição da vida adulta. Ter filhos significaria para as mulheres a confirmação de sua feminilidade, enquanto para os homens, o casamento e a paternidade, seriam os elementos que lhes concederiam prestígio social. (TOWNSEND, 1992; BILAC, OLIVEIRA E MUSZKAT, 2000) Como já mencionado, deixariam de ser os garotos irresponsáveis e dependentes para se tornarem homens honrados. A idéia de Townsend (1992) de que ter filhos e tornar-se pai seriam ações morais dos sujeitos parece ser compartilhada por Hérítier (2000) ao dizer que

“parece tratar-se mais de um desejo de descendência e de um desejo de realização do que um desejo de filho, e mais da necessidade de cumprir um dever para consigo mesmo e com a coletividade do que da reivindicação de um direito de possuir.” (Hérítier, 2000:103)

Os relatos masculinos mostraram que estes homens acabam aderindo às expectativas do modelo sócio-cultural dominante de formação familiar. Ter um filho aciona um *script* masculino no qual casar e assumir responsabilidades são ingredientes fundamentais. (BILAC, OLIVEIRA E MUSZKAT, 2000) O teor destas responsabilidades está no que Townsend (1992) chama de “*package deal*” de posições e relacionamentos no qual casamento, filhos e trabalho encontram-se intrinsecamente ligados. A paternidade não seria uma questão de ter filhos, nem de fazer determinadas coisas, mas sim de assumir uma posição: a do homem de família e bom provedor.

Nesta dinâmica sexual-afetiva-reprodutiva, se por um lado as narrativas expressam uma certa noção de virilidade no qual ser homem não significa fazer filhos, mas sim assumi-los, por outro, também remetem a uma outra dimensão da virilidade no qual os homens se colocariam sempre à disposição para “ter relações sexuais com qualquer mulher, a qualquer momento, basta(ndo) que ela se insinue”, muitas vezes, negligenciando as práticas contraceptivas (QUADROS, 2004: 22). Oliveira, Bilac e Muszkat (2000) argumentam que esta prontidão masculina iria além dos próprios prazeres sexuais, ela também se sustentaria em função de uma concepção naturalizada da maternidade, no qual o desejo de ser mãe é visto como algo próprio da natureza feminina e que de forma complementar e relacional os homens se colocariam na condição de “fecundadores de plantão”, sempre atentos ao momento em que serão acionados por uma parceira, para concretizar este desejo feminino (2000:11). Este tipo de comportamento pode ser visto nos contextos dos recasamentos.

A arte de conciliar consangüíneos e afins

Um dos principais desafios para os relacionamentos atuais parece ser o de conciliar um número cada vez maior de exigências da vida contemporânea. Para Vaitsman (1994), os sujeitos

têm exibido comportamentos e valores mais flexíveis para lidar com a pluralidade de situações que surgem ao longo de sua trajetória de vida. Concepções e atitudes seriam reavaliadas em seu contexto específico. O que é valorizado em determinados momentos dessa trajetória pode perder seu valor em outros.

Essa percepção emerge das histórias de vida dos homens recasados entrevistados para os dois estudos. Os relatos masculinos, do grupo de camadas médias, revelam o entendimento de que o sucesso do novo projeto de conjugalidade e reconstituição familiar depende da maior flexibilização das atitudes para não reviver o estado constante de tensão que experimentaram no primeiro casamento. Melancolicamente bem humorado, um dos entrevistados afirma que se não tivesse aprendido a administrar os conflitos conjugais que ressurgiram no convívio com a segunda esposa, provavelmente teria vivenciado uma nova separação, estaria com outra esposa e seria pai de oito filhos.

No segundo casamento, os homens retomam o *script* do *homem de família*, mas tendo que readaptá-lo a uma rede de relacionamentos mais complexa e potencialmente conflituosa. Nesse sentido, as mudanças de atitudes em relação ao casamento e aos filhos têm por objetivo dar continuidade, mesmo com outros elementos, a um projeto familiar interrompido pela ruptura conjugal.

Na percepção dos homens de camadas médias entrevistados constituir um novo ambiente familiar exige, em primeiro lugar, empenho para integrar todos os filhos a essa nova realidade. Isso significa não fazer distinções entre filhos e enteados. Esses homens relatam seus esforços para construir uma rotina que possibilite aumentar a interação com os enteados. Assim, tentam acompanhar as lições escolares, estabelecer disciplinas e dar orientações da mesma forma que o fazem com os filhos biológicos. Um dos entrevistados disse acreditar que o desempenho dessas atividades ajuda na legitimação das relações e na criação de uma identidade familiar. Mas os significados dessa convivência muitas vezes se mostram ambíguos. Pois nem sempre os sujeitos envolvidos possuem clareza sobre quem é responsável pelo o quê e por quem no novo contexto familiar.

Uma queixa comum entre os informantes de camadas populares foi a ambigüidade que cerca a relação com os enteados, pois as parceiras exigem que eles se aproximem, sejam afetuosos e que assumam responsabilidades na criação dos enteados, como se fossem pais, mas ao mesmo tempo não permitem que eles exerçam o poder e a autoridade de um pai. E isso gera desconfortos e conflitos que se acentuam quando os enteados atingem a fase da adolescência.

O sustento financeiro dos filhos do primeiro casamento constitui outro exemplo das incertezas que pairam sobre os deveres para com os membros da antiga e da nova família, levantado

principalmente pelos homens de camadas médias. Para estes informantes nenhum pai pode se desvencilhar da tarefa de prover financeiramente a sua prole. O fato de ter um outro homem vivendo com os filhos, não exime o pai desta responsabilidade. Contudo, os relatos revelam se tratar de uma questão delicada, desconfortável e, em algumas situações, o principal motivo dos conflitos entre o casal. De um lado, estes homens consideram a pensão alimentícia dada aos filhos do primeiro casamento como um compromisso particular e de interesse restrito aos respectivos pais. Tentativas de interferência ou queixas excessivas da atual parceira despertam constrangimentos e discussões. Por outro lado, os homens avaliam que a coabitação acaba fazendo com que assumam grande parte do sustento financeiro dos enteados, pois suas necessidades se inserem no contexto de manutenção da família. Dependendo do tipo de acordo financeiro e de quem recebe e paga pensão, o orçamento familiar fica sobrecarregado. Nos casos onde ambos os parceiros possuem filhos da união anterior, os aborrecimentos e as preocupações em torno dessa questão aparecem de forma mais velada do que nas situações onde somente o homem tem filhos de um primeiro casamento. Esses relatos indicam que no contexto da família reconstituída, seus membros se colocam em constante disputa para defender suas posições, seus afetos e recursos.

Diferente do que se observa nas falas dos homens de camadas médias, no grupo de informantes de camadas populares, ter um filho com a nova mulher trata-se de algo esperado na medida em que entendem que a consolidação de uma união está fundamentada na existência de, ao menos, um filho em comum (PORRECA, 2004; GANONG e COLEMAN, 1988). Dois tipos de circunstâncias se depreendem dessas narrativas: em uma delas o filho gerado na nova união é entendido como um elemento que proporciona a junção de todos os membros que compõem a família reconstituída; na outra, um filho em comum é responsável por promover o distanciamento ou a ruptura dos laços com os núcleos familiares anteriores. Em ambas as percepções, a nova família se instaura a partir de seu nascimento.

A diferença encontrada no grupo está estreitamente relacionada ao tipo de contato que os homens mantiveram com os filhos da primeira união. Nos casos em que houve um convívio mais próximo, os informantes percebem que ter um filho em comum legitimou a nova família e instaurou um elo entre partes até então vistas como separadas. A existência de um meio-irmão da prole gerada em uniões anteriores selou definitivamente os vínculos entre os integrantes da família criada a partir do recasamento. A identidade familiar se dá a partir do nascimento dessa criança (FONSECA, 2004).

Mas nem sempre o novo filho integra as proles das uniões anteriores. Outro conjunto de relatos mostra que, com o nascimento do filho em comum, os homens entrevistados passaram a se responsabilizar unicamente pelas pessoas – mulher, filhos, enteados e outros parentes – que

coabitavam com eles desde o recasamento. Nesses casos, operou-se um distanciamento ou uma ruptura com os filhos não conviventes. Na visão de um desses informantes, a família compreende todos aqueles que vivem sob o mesmo teto de um homem, onde ele pode cuidar, proteger e exercer sua autoridade de pai. Sobre esta questão, outro entrevistado argumenta que com o recasamento sentiu que sua obrigação maior passou a ser com a família atual, mesmo porque manter contato com as duas famílias seria desgastante financeira e emocionalmente.

As entrevistas dos homens de camadas populares sugerem que uma nova união suscita a construção de um novo projeto familiar que, no plano ideal, levaria em conta apenas a relação do casal, desconsiderando qualquer interferência externa. Porém, como “o passado não se apaga”, a existência de filhos de uniões anteriores e o tipo de contato que os homens estabelecem com os seus filhos - conviventes e não conviventes - e enteados parece afetar as intenções do casal sobre a possibilidade de quanto ampliar a nova família. Novas uniões conjugais sempre recolocam a discussão sobre ter filhos. No entanto, as divergências podem ser maiores entre casais, como se observa claramente no segundo estudo, em que há diferenças de experiências de parentalidade entre o casal. Dois relatos femininos discorrem sobre este descompasso quando as entrevistadas mencionam que a convivência com os enteados e outros familiares do parceiro reforçava para elas a necessidade de ter um filho próprio do casal, visando legitimar a união e demarcar as fronteiras entre a família dele – de origem e da união anterior - e a família formada por eles. Uma dessas informantes relata que antes do nascimento do filho ficava insegura quanto ao futuro da relação diante de tantos vínculos que “prendiam” seu companheiro “a coisas do passado”. Tinha receios de que os compromissos, financeiros e afetivos, que ele mantinha com os filhos o impedissem de se dedicar na construção de uma vida familiar com ela. Na visão do companheiro dessa informante, o ciúme que ela sentia da relação dele com os filhos da primeira união era motivado pela inexperiência dela com a maternidade. Algo, que segundo seu relato, melhorou depois que ela se tornou mãe. A valorização da maternidade constitui um elemento importante em alguns relatos. Homens que tiveram filhos no primeiro casamento e que recasaram com solteiras sem filhos não se vêem no direito de negar um desejo que eles percebem como natural, próprio das mulheres. As situações descritas revelam muitas vezes que o desejo feminino de ter um filho teria precedência sobre as pretensões masculinas de não querer aumentar sua prole, colocando-os a cada novo relacionamento, principalmente com parceiras que não tiveram filhos, na expectativa de, a qualquer momento, tornar-se pai de mais uma criança.

Ao refletir sobre a família contemporânea norte-americana, a socióloga Judith Stacey (1998) considera que homens e mulheres estão refazendo a vida familiar unindo elementos do que há de

velho e de novo na relação homem-mulher, no parentesco e nos padrões culturais de gênero. A diversidade e a maior flexibilidade dos relacionamentos familiares fez com que a autora adotasse o termo “família pós-moderna”³ para designar a complexidade da realidade em que atualmente vivem os indivíduos. Para Stacey(1998), não há um padrão de gênero estabelecido. O que vemos são situações como arranjos parentais, sexualidade, distribuição do trabalho, das responsabilidades e de recursos sendo constantemente negociados, acompanhados por inseguranças e conflitos provocados por esse estado de incerteza. No contexto das famílias brasileiras, Vaitsman (1994) vê essa condição de pós-modernidade como algo que

“não eliminou as distintas funções no casamento ou na família, mas deixou em aberto, como objeto de consenso ou disputa, quem deve desempenhá-las e quando elas devem ser desempenhadas.” (p.192)

Em suas experiências de rupturas conjugais e recasamentos, os entrevistados se depararam com a necessidade de resignificar suas obrigações, direitos e convívios familiares. A primeira questão que se coloca para os separados diz respeito à permanência do contato com os ex-parceiros em função dos filhos em comum. Com a dissolução do par conjugal, as responsabilidades parentais, em tese, não se alteram. Contudo, romper com uma relação conjugal e manter a relação parental, em muitos casos, não foi um processo tranquilo para os casais e a existência de um(a) novo(a) companheiro(a) pode acentuar ou amenizar as tensões desse processo.

Em um dos relatos, um entrevistado de classe média discorre que conseguiu manter um relacionamento amigável e fortemente comprometido com a criação dos filhos após a separação conjugal com a ex-mulher. Entretanto, essa convivência próxima e a responsabilidade financeira que mantém com os filhos do primeiro casamento tornaram-se a principal fonte dos conflitos com a atual esposa. Algumas vezes vivenciando situações constrangedoras, quando, por exemplo, a companheira profere insultos e xingamentos contra a ex-esposa na frente dos filhos. O entrevistado desabafa dizendo que tenta

“equilibrar as coisas, ponderar, mas é difícil, porque de um lado é a sua atual mulher, do outro é a mãe dos filhos, e no meio de tudo tem os filhos”.

Mas de forma geral, entre os informantes de camadas médias vigora a percepção de que apesar dos problemas e por mais desarmônica que essas relações possam ser, a figura dos progenitores

3 A autora considera que esse é um momento particular na história da família americana. Um período que está além da família moderna – representada pelo par conjugal e sua prole - mas onde ainda não há condições para estabelecer uma definição precisa sobre o que é esta família que vemos hoje. Isso porque envolve a coexistência de várias culturas familiares. Nesse sentido, o termo pós-moderno indica a condição fluída, diversa e indefinida no qual se encontram os arranjos familiares nos Estados Unidos. O conceito procura dar a idéia que elementos de progresso e retrocesso, experimentações e nostalgias foram incorporados ao modelo familiar com um resultado totalmente incerto (Stacey, 1998).

deve ser preservada. Os direitos e deveres dos pais são mantidos independente do tipo de contato estabelecido com os filhos após a ruptura conjugal. Conseqüentemente, isso estabelece um limite no vínculo parental do(a) novo(a) companheiro(a) com os enteados. Os homens entrevistados reconhecem que mesmo que desempenhem a função de um pai no cotidiano dos enteados, não possuem o mesmo *status* que o pai biológico. Como igualmente não querem perder sua condição junto aos filhos que moram com padrastos. Nos dizeres de um dos informantes, o pai de sua enteada:

“ele não está aqui no todo dia, mas ele existe, tem o jeito dele e as opiniões dele de como criar um filho, na verdade não posso tirar isso dele, como eu não gostaria que fizessem isso comigo. Eu existo na vida da minha filha, faço parte dela também.”

O laço de sangue é tratado como um vínculo perpétuo que determina responsabilidades e, principalmente, lealdades. Dessa forma, há uma preocupação por parte dos entrevistados em demonstrar para os filhos que a existência de um novo companheiro, ou companheira, não exclui o envolvimento com o pai ou a mãe. Procuram demarcar o lugar que cada sujeito possui nessa dinâmica familiar e enfatizar que a convivência entre todos é possível.

Um ponto comum entre os informantes dos dois estudos refere-se ao entendimento de que a relação com os enteados está atrelada ao contexto da aliança conjugal. Trata-se de um vínculo circunstancial em que as lealdades são motivadas pelo tipo de afeto e comprometimento que enteados, madrastas e padrastos conseguem construir ao longo de sua convivência familiar. Por essa razão, esses vínculos são percebidos como frágeis e com pouco envolvimento emocional (FURSTENBERG e CHERLIN, 1991).

Na literatura disponível sobre o tema, autores apontam que as mulheres tenderiam a investir menos na relação com seus enteados do que os homens. Na maioria dos casos, as mulheres não convivem diariamente com os filhos do parceiro. Esse distanciamento tende a manter as relações superficiais. Além disso, alguns filhos evitam uma maior aproximação com a esposa do pai para demonstrar sua lealdade à mãe (COLEMAN, GANONG e FINE, 2000). No caso do grupo de entrevistados, seja para agradar a parceira ou para criar de fato um ambiente de união entre os membros familiares, os relatos revelam homens que se esforçam na construção de um bom relacionamento padrasto-enteado. Contudo, não escondem que esta convivência é cercada de muitos conflitos, principalmente quando os enteados são adolescentes.

Considerações finais: a necessidade de atar e desatar os nós

Entre os achados dos dois estudos destaca-se o fato das separações e dos recasamentos terem impulsionado homens e mulheres a reavaliarem seus comportamentos e concepções familiares.

Os relatos revelam trata-se de um contexto onde o parâmetro de vida familiar que dispunham não se mostrava adequado à nova realidade familiar, havendo a necessidade de experimentar outras dinâmicas para o relacionamento conjugal e parental.

Apesar dos conflitos, a maioria dos informantes parece acreditar que em grande parte os filhos em comum consolidam os vínculos da família constituída a partir das situações de recasamento de um ou de ambos os cônjuges. No entanto, entendem também que é um espaço de disputas, onde a cada membro deseja defender suas posições, seus afetos e seus recursos no interior do grupo familiar. Dessa forma, as novas uniões e as configurações familiares decorrentes destas impõem a necessidade de se repensar os papéis familiares, os deveres e os direitos de cada um dos atores envolvidos. O significado que o fundamento biológico tem para o parentesco nas sociedades ocidentais pode provocar na relação de homens e mulheres com filhos não-biológicos um estado latente de insegurança. Por sua vez, filhos não biológicos podem se sentir ameaçados frente à presença de filhos biológicos na família em que vivem (RIBEIRO, 2005; UZIEL, 2000; BRAY e BERGER, 1993). Isso porque ainda é forte, em nosso meio, uma certa concepção de que a “verdadeira família” seria aquela constituída pelo sangue.

Vários autores (RIBEIRO, 2005; COLEMAN, GANONG e FINE, 2000) discorrem que as situações de pluriparentalidade, como no caso das famílias reconstituídas, ainda sofrem da ausência de referências sociais e institucionais que ajudem as famílias a determinar quais as posições, os direitos e deveres que cada um deve assumir. Faz-se necessário realizar levantamentos mais detalhados sobre os constrangimentos e as possibilidades sociais que levam as pessoas a constituírem novos núcleos familiares e em que bases são mantidas as relações no interior desse tipo de família. Assim como investigar os diferenciais de classe, gênero e raça constitui um passo importante para questionar e desmontar os preconceitos e a visão essencialista que ainda persiste no tratamento das relações familiares.

Bibliografia

ALMEIDA, Carla Cristina L. **Fechando com chave de ouro:** o significado da paternidade e da maternidade na experiência das classes populares no Rio de Janeiro. Campinas, 2004. 232f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas.

ARILHA, Margareth; RIDENTI, Sandra G. U.; MEDRADO, Benedito (Org.). **Homens e masculinidades:** outras palavras. São Paulo: ECOS/Ed. 34, 1998.

ARIZA, Marina; OLIVEIRA, Orlandina de. Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición. **Papeles de Población**, México, n.28, p.9-39, abr./jun.2001.

BERQUÓ, Elza. A família no século XXI: um enfoque demográfico. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v.6, n.2, p.1-16, 1989.

_____. OLIVEIRA, Maria Coleta F A de. Casamento em tempos de crise. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v.9, n.2, p.155-167, jul./dez.1992.

BILAC, Elisabete D.; OLIVEIRA, Maria Coleta F. A. de; MUSZKAT, Malvina. O "homem de família": conjugalidade e paternidade em camadas médias nos anos 90. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 24., 2000, Petrópolis. **Anais...** São Paulo: ANPOCS, 2000.

BRAY, James H.; BERGER, Sandra H. Nonresidential parent-child relationships following divorce and remarriage: a longitudinal perspective. In: DEPNER, Charlene E.; BRAY, James H. (Ed.). **Nonresidential parenting: new vistas in family living**. California: Sage Publications, 1993. p.13-36.

COLEMAN, Marilyn; GANONG, Lawrence; FINE, Mark. Reinvestigating remarriage: another decade of progress. **Journal of Marriage and the Family**, USA, v.62, n.4, p.1288-1307, 2000.

FONSECA, Claudia. A certeza que pariu a dúvida: paternidade e DNA. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.13-34, 2004.

FURSTENBERG JUNIOR, Frank F.; CHERLIN, Andrew J. **Divided families: what happens to children when parents part**. London: Harvard, 1991.

GANONG, Lawrence H.; COLEMAN, Marilyn. Do mutual children cement bonds in stepfamilies? **Journal of Marriage and the Family**, USA, v.50, n.3, p.687-698, 1988.

GARCIA, Sandra M. **Homens e reprodução: mudanças e permanências em um grupo de homens de camadas médias de São Paulo**. Campinas, 2003. 171f. Tese (Doutorado em Demografia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.

GOLDANI, Ana Maria. Família, trajetórias individuais e mudanças demográficas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 9., 1990, Caxambu. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 1990.

_____. Demografia e feminismos: os desafios da incorporação de uma perspectiva de gênero. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., 1998, Caxambu. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 1998.

GRAY, Edith. What do we know about men's fertility levels in Australia? **People and Place**, v.10, n.4, p.1-10, 2002.

HEILBORN, Maria Luiza; GOUVEIA, Patrícia F. "Marido é tudo igual": mulheres populares e sexualidade no contexto da Aids. In: BARBOSA, Regina M.; PARKER, Richard (Org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. São Paulo: Editora 34, 1999. p.175-198.

HÉRITIER, Françoise. A coxa de Júpiter: reflexões sobre os novos modos de procriação. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.98-114, 2000.

LAZO, Aida V. **Nupcialidade nas PNADs-90: um tema em extinção?** Rio de Janeiro: IPEA, 2001. (Textos para Discussão).

LEAL, Ondina Fachel; LEWGOY, B. Aborto: uma contribuição antropológica à discussão. In: ROSENFELD, D.; ZINGANO, M. **Filosofia Política**: nova série 2. Porto Alegre: L&M, 1998.

LEONE, Tiziana; HINDE, Andrew. Fertility and union dissolution in Brazil: na example of multi-process modelling using the demographic and health survey calendar data. **Demographic Research**, Germany, v.17, n.7, p.157-180, 2007. Disponível em: <<http://demographic-research.org>>.

MARCONDES, Glaucia S. **Eternos aprendizes**: o vínculo paterno em homens separados e recasados de camadas médias. Campinas, 2002. 184f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.

_____. **Refazendo famílias**: trajetórias familiares de homens recasados. Campinas, 2008. 286f. Tese (Doutorado em Demografia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.

OLIVEIRA, Maria Coleta. O Lugar dos homens na reprodução. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL "GÉNERO, FAMILIAS Y TRABAJO": RUPTURAS Y CONTINUIDADES. DESAFÍOS PARA LA INVESTIGACIÓN Y LA ACCIÓN POLÍTICA, 2003, Montevideo. **Anais...** 2003.

_____. As novidades do gênero: homens e anticoncepção em camadas médias. In: QUADROS, Marion T.; LEWIS, Liana. **Homens e processos culturais**: saúde reprodutiva, relações raciais, violência. Recife: Editora Universitária, 2008. p.15-36. (Prelo).

OLIVEIRA, Maria Coleta; BILAC, Elisabete D.; MUSZKAT, Malvina. Homens e anticoncepção: um estudo sobre duas gerações masculinas das "camadas médias" paulistas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12., 2000, Caxambu. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 2000a.

PORRECA, Wladimir. **Famílias recompostas**: casais católicos em segunda união. Ribeirão Preto, 2004. 124f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo.

PRESSER, Harriet B. Demography, Feminism, and the Science-Policy Nexus. *Population and Development Review*, Vol. 23 (2): 295-331. 1997

QUADROS, Marion T. **Participação de homens de grupo populares na contracepção**: parâmetro para políticas de igualdade/equidade na saúde reprodutiva? In: SEMINÁRIO AS FAMÍLIAS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL, 2005, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 2005. Disponível em: <<http://www.abep.org.br>>.

_____. **Práticas, idéias e valores masculinos na periferia do Recife**. Recife, 2004. Tese (Doutorado em Sociologia) - Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal de Pernambuco.

RAMIREZ, Martha Célia. Do centro à periferia: os diversos lugares da reprodução nas teorias de gênero. In: ALMEIDA, Heloísa Buarque et al (Org.). **Gênero em matizes**. Bragança Paulista: Editora da Universidade São Francisco, 2002, p.115-152.

RENDALL, Michael S. et al. Incomplete reporting of men's fertility in United States and Britain: a research note. **Demography**, Baltimore, v.36, n.1, p.135-144, feb./1999.

RIBEIRO, Rosa M. F. **Adoção emocional em famílias de recasamento**: um estudo sobre a construção das relações afetivas entre padrastos/madrastas e seus enteados. Rio de Janeiro, 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

SALÉM, Tânia. **Sobre o “casal grávido”**: incursão em um universo ético. Rio de Janeiro, 1987. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Museu da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

SARTI, Cynthia A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. Campinas: Editora Autores Associados, 1996. 128p.

STRATHERN, Marilyn. Necessidade de pais, necessidade de mães. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.303-329, 1995.

SZASZ, Ivonne; LERNER, Susana. Aportes teóricos y desafíos metodológicos de la perspectiva de género para el análisis de los fenómenos demográficos. In: CANALES, Alejandro I.; SIGAL, Susana L. (Coord.). **Desafíos teórico-metodológicos en los estudios de población en el inicio del milenio**. México: El Colegio de México/Universidad de Guadalajara/SOMEDE, 2003. p.177-209.

THOMSON, Elizabeth; LI, Jui-Chung Allen. Her, his and their children: childbearing intentions and births in stepfamilies. **NSFH Working Paper**, Madison, n.89, 2002.

TOULEMON, Laurent. The fertility of stepfamilies: the impact of childbearing before the current union. In: ANNUAL MEETING OF THE POPULATION OF AMERICA, 1997, Washington. **Anais...** Washington: PAA, 1997.

TOWNSEND, Nicholas W. Reproduction in anthropology and demography. In: KERTZER, David I.; FRICKE, Tom (Ed.). **Anthropological demography: toward a new synthesis**. Chicago: The University of Chicago Press, 1997. p.96-114

_____. **Paternity attitudes of a cohort of men in the United States**: cultural values and demographic implications. 1992. (Mimeo).

UZIEL, Ana Paula. Tal pai, tal filho em tempos de pluriparentalidade. Expressão fora de lugar? In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPOCS, 24., Petrópolis, 2000. **Anais...** São Paulo: ANPOCS, 2000.13p.

VAITSMAN, Jeni. **Flexíveis e plurais, identidade, casamento e família em circunstâncias pós modernas**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

VELHO, Gilberto. **Individualismo e cultura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987. 149p.

WATKINS, Susan C. If all we knew about women was what we read in demography, what would we know? **Demography**, Baltimore, v.30, n.4, p.551-77, nov./1993.

Paths to safer sexual practices amongst young men in low income groups

Taís de Freitas Santos
Fatima Juarez
Morvan de Mello Moreira

Introduction

For some time, and especially since the 1994 International Conference on Population and Development, there has been a growing pressure to involve men in issues related to reproductive health. Men have been encouraged to take more responsibility for the consequences of their sexual behaviour, to take equal responsibility with their partners for family planning, and to share domestic and child-rearing responsibilities. This is not an easy task, particularly in developing countries, because of the prevailing and deeply entrenched beliefs that make it seem natural to expect men and women to behave differently in the sexual as in so many other domains. Thus it is not surprising that a recent study in Brazil has found that often women assume that contraception is their sole responsibility while their partners take only a marginal role (Carvalho *et al.*, 2001).

The challenge becomes greater when the problem is to promote sexual and reproductive health among young people in low-income groups. It has been argued that the particular characteristics of this segment of the population – an inclination to break rules and take risks - make it especially vulnerable to unplanned pregnancies and sexually transmitted infections (STIs) (Mota, 1998). Some authors have characterised these sexual risks of the young Brazilian population as lack of information to deal with the sexuality, omnipotence and a feeling of invulnerability, barriers and prejudice, difficulties in making decisions, lack of identity, conflict between the reason and feeling, the necessity of group affirmation, and the difficulties of dealing with waiting times and desires (Santos Jr, 1999). Differences in gender norms and their association with adolescent sexuality also play an important role. In Brazil, as in many other societies, sexual activity and discussion of sexual issues are more acceptable among young males than females (Nascimento and Romera, 1999).

The level of sexual activity among adolescents in Brazil, as in many other developing countries, is high and on the increase, in a setting where information, guidance or services to support their healthy development are usually inadequate or almost non-existent. Consequently, increased sexual activity among adolescents has not been followed by the adoption of safer sexual practices to avoid AIDS/STIs and unwanted pregnancies (Juarez and Castro, 1999; CDC, 1991; Ferraz *et al.*, 1992; Morris, 1988, Santos *et al.*, 2000).

In Brazil, the national fertility level has declined since the mid-sixties (Fernandez and Carvalho, 1986) while a widespread upward trend in childbearing among adolescents has been observed, as in many other countries in the world. This has occurred despite the fact that Brazilian teenage women of today are more likely than their mothers to live in urban areas, to have a higher education level, greater access to information, and more opportunities to participate in the labour force. Apparently, the socio-cultural changes which have caused fertility to decline in some age groups have had the reverse effect among adolescents (Fernandes, 1995). An increasing rate of adolescent pregnancies is especially observed in rural areas and in the poorest regions of the country, such as the North and Northeast regions (Camarano, 1988).

Regarding AIDS, the country has presented a stable prevalence rate of 0.6 percent since the year 2000. However, around 30 thousand new cases on average are identified each year, particularly among women and old people. With respect to other curable STIs, such as gonorrhoea, Chlamydia and trichomoniasis, about 12.5 million Brazilians presented with at least one of these infections in 1999 (WHO, 1999).

Up to the present, very little has been known about the sexual and reproductive health knowledge, attitudes and behaviour of young males. More worrying is the non-existence of programmes or guidance on how to reduce sexual and reproductive health risks, in particular unwanted pregnancies and prevention of STIs/AIDS. Considering the importance of this topic and the need for practical advice on how to improve sexual health, a project was implemented *Design and Assessment of a Peer-led Programme for the Promotion of Condom Use among Adolescent Males in Recife, Brazil*. The aim of this project was to reduce unwanted pregnancies, STIs and AIDS in low-income areas in Brazil. Reasons for starting to use condoms were investigated as well as reasons for refusing to do so. An intervention was designed that incorporates the key elements of AIDS and reproductive health programmes in the world that appear to be successful. This project was led by the Centre for Population Studies (CPS) at the London School of Hygiene and Tropical Medicine, in collaboration with two Brazilian counterparts, Fundação Joaquim Nabuco and BEMFAM.

The Intervention

This section describes briefly what the intervention was about, so that it is understood what type of data are used and to put in context the findings presented. As the *Gente Joven* programme of the Mexican family planning association (MEXFAM) has been internationally recognised as one of the most successful in reaching adolescents in less developed countries (Aguilar, 1991), the intervention has adopted key aspects of this approach peer-led, an outreach strategy, and participatory techniques. However, modifications were incorporated to allow for the different cultural setting, and to take into account findings from CPS research on adolescent reproductive health in Recife (Marques, 1995). Further elements of success factors from the literature on AIDS and adolescents sexual health were incorporated. An innovative component of the design of this intervention (not followed by *Gente Joven*) was the incorporation of marketing methods. Help with the design of appropriate methods was obtained from motivational experts and their contribution has been very significant.

The use of mass media was part of the publicity campaign, but since the programme was being rigorously evaluated, careful consideration had to be taken in each promotional activity so as not to contaminate the control area whilst targeting the intervention site. The advice of MMS was sought at each stage of the intervention¹. Another key partner was the Local Community Radio. They promoted the adolescent programme, advertised meetings, lectures and other activities. For example, the community radio's adolescents' programme was scheduled to celebrate 'Valentine's Lovers' day (*dia dos namorados*) with a contest of love phrases to the girlfriend or boyfriend. The intervention team suggested a modification to the contest to incorporate the concept of safer sex and improved reproductive health. So the contest was changed to include phrase about 'love is good and more so if it is safe and responsible' (*namorar é bom mas com cuidado e responsabilidade*). In addition, on that radio programme, the intervention team gave information on STIs and unwanted pregnancies and the scheme was promoted.

The Recife intervention *Proteger* was a peer-led outreach programme directed to boys aged between 13 and 19 years, with or without sexual experience, regardless of their sexual orientation. The programme was aimed at improving sexual and reproductive health by encouraging young men to adopt safer sexual behaviour and by providing knowledge on HIV/AIDS, STIs and family planning. *Proteger* offered a menu of activities, from participatory talks and mini-courses, to street festivals and activities at bars and dancing places. One of the most important components was the peer

¹ The main advisors have been MMS Comunicações (a well known publicity company recommended by TV- REDE GLOBO who elaborate their advertisements) and TV REDE GLOBO.

educators, young males, called promoters. They were recruited from the target community of the intervention and trained to pass on information about sexual and reproductive issues, and to promote and distribute condoms among sexually active adolescents². Leaders and followers were continuously contacted and recruited. This snowballing procedure continued throughout the 15 months' duration of the programme. Promoters of the intervention and other young people involved in the intervention were volunteers; no payment was made to them. The training programme was directed towards instilling or intensifying that commitment.

Adolescents with STIs or with other medical, mental or reproductive health problems were referred to specialised health facilities. The support of local voluntary organisations working with young people was also sought. Owing to the high dropout rate of adolescents from schools (full dropout or non-continuous schooling) and the widespread unemployment among them, it was essential to use a community approach for this group.

Data and Methodology

Since a very strong evaluative component was incorporated in the project, data were collected in a control and an intervention area. Questionnaire surveys before and after the intervention were used to measure its impact, together with focus group discussion and in-depth interviews.

The baseline survey was carried out among 1438 males aged between 13 and 19 years in the intervention and control areas. The questionnaire was designed to collect relevant data such as socio-demographic status, childhood family of orientation, sexual knowledge, beliefs, values and attitudes relevant to the use of condoms and other contraceptives. The follow up survey was carried out immediately after the intervention. A total of 1446 adolescents were interviewed. About half of this total was interviewed in both surveys. The follow up data are not available yet.

Qualitative data were collected to guide the intervention. A total of three focus groups were conducted at different times in the intervention site, and 19 in-depth interviews, 11 of them conducted in the intervention site and eight of them in the control area at initiation of the intervention. Young leader promoters of the programme were interviewed a few months after the initiation of the programme. Another round of in-depth interviews with the same young men took place at the end of the intervention. The cohort approach adopted for the in-depth interviews allowed us to guide the intervention, find out more about what attracts boys, and what appears to makes a difference. Further, the cohort approach was expected to help us to observe the process of

² These young males were trained and supervised by a team of psychologists.

change in reproductive health, if any that might have occurred among the adolescents targeted by the intervention.

Although the qualitative sample is rather small and is not representative of all the adolescents in the area, in this study we are assuming that the responses in this sub-group, the active participants, would typify the range of views of the young population targeted by the programme.

Both the intervention and control sites are low-income areas and have similar socio-economic characteristics³. The intervention site consisted of three districts (*bairros*) of Recife, Northeast Brazil, while the control area was a district of Olinda, a city adjacent to Recife.

This paper explores the qualitative data from the first round of the in-depth interviews and focus groups. The central aim is to highlight the attitudes and perceptions that prevent safe sex and the process that may occur to adopt a new behaviour free of reproductive health risks.

The preliminary findings presented here are organised in the following way: first, the current patterns of adolescent sexual behaviour, second, the reasons for refusal of safe sex, and third, an exploratory analysis of the processes through which adolescent males go from an unsafe to a new behaviour of safer sex in the study area.

Current Patterns of Adolescent Sexual Behaviour

The baseline survey revealed that roughly 40 percent of the respondents of control and intervention sites were aged between 13 and 15 years, with around 30 percent in each of the 16 to 17 and 18 to 19 age ranges. Almost all the adolescents were attending school and did not have any formal job at the time of the survey. The vast majority was of 'mixed' ethnic background, Catholic and single.

The results indicate that, in general, adolescents in both areas (intervention and control) start their sexual life between 13 and 15 years. The partner at first intercourse is very often a friend and it takes place in the home, or locations near their homes or schools. A large percentage did not use any protection in the first intercourse (around 68.6 percent in both areas). Among those who declared to have used protection, the condom was the most cited method (98.4 percent). The basic results of the survey are in line with the qualitative data regarding some important variables, such as age at commencing sexual life and the relationship with the first sexual partner.

³ Selection of areas was based on their similarity in terms of their socio-economic condition, household density, participant observation, consultation with experts in the field and comparison of census data. On the whole one observes that the intervention and control areas are similar (and with similar internal variation) with respect to their socio-economic characteristics and background variables.

The literature has suggested that usually adolescents do not consistently use protection in their first intercourse (Stone and Ingham, 2002; Viegas-Pereira, 2000; CEBRAP, 1999). This pattern has been observed in other societies, and young people frequently explain that it has to do with the unexpectedness of intercourse. When analysing the qualitative data, this pattern is also observed in our sample of young males. In the qualitative study, some adolescents in the intervention site reported having used a condom in the first sexual experience. Among those who used protection in the first intercourse, half of them did so because they had been asked to by their partners. This finding is of interest, since studies in other countries have shown that women are socialised to be submissive and not to discuss sex (Kim *et al.*, 2001; Campos, 1998). The traditional values that place women in a more passive role may be, to some extent, changing in Recife. As stated by one of the young males interviewed:

I used a condom. My partner had one and she asked me to use it (17 years adolescent, intervention area).

We agree with Stone and Ingham (2002) that changes are possibly being brought about by the ability of adolescents to communicate and negotiate wishes which are crucial to the effective use of protection.

Different reasons were mentioned for the use of protection in the first intercourse; for example, when protected sex was decided by the adolescent male and when the partner requested it. Young males were more concerned with prevention of STIs/AIDS while their female counterparts were more concerned with preventing an unwanted pregnancy. This is evident in the following statements:

I use a condom because I am always afraid of catching an STI (18 years adolescent, intervention area).

She asked me to use a condom, because she did not want to be pregnant (16 years adolescent, intervention area).

Despite the apparent gender difference in motivation, some male adolescents seemed to be worried about their partners:

I used a condom because I did not want to catch an STI. Also, because I did not want to make her pregnant (15 years adolescent, intervention area).

A recent study in Belo Horizonte has shown similar results, i.e., girls are more concerned with avoiding pregnancy and boys with avoiding STI/AIDS (Viegas-Pereira, 2000). According to this author

the difference in gender roles which is established at home leads the young women to perceive the risk of acquiring HIV infection to a lesser extent than their male counterparts.

On the whole, almost all of the adolescents who participated in our in-depth interviews and focus groups stressed the importance of having protected sex and the need to know about contraceptive and protective methods (with special emphasis on the condom); for example,

It is very important to use a condom (18 years adolescent, intervention area).

My message to other adolescents is: have a condom available and use it, regardless of the situation (18 years adolescent, intervention area).

So why do only a small proportion of them use condoms regularly? Very often, adolescent males only have protected sex with partners other than their girlfriends. Maybe this inconsistent behaviour reflects the view that 'although risk perception increases protective behaviour, presumption of the partner's behaviour influences this perception, placing men and women in a vulnerable situation' (Vieira *et al.*, 2000). Next we explored the reasons that lead adolescents to adopt a behaviour which is not systematically protective.

Reasons for Refusal of Safer Sexual Practices

Many justifications for the practice of unprotected sex have been pointed out in the literature, including lack of knowledge about how to use a condom, the unavailability of condoms at the time of the intercourse, lack of trust in the efficacy of the condom, etc. Here, we have grouped the reasons mentioned by the adolescents into four broad categories:

- a) lack of information;
- b) unexpectedness of the event;
- c) those related to the use of the condom: reduction of pleasure, based on personal experience or that of a friend; the condom makes the contact between penis/vagina difficult, lack of trust, etc; and
- d) those related to risk perception: previous knowledge of the partner's sexual history and the irresponsibility of some adolescents regarding the risk of pregnancy in their partners.

Lack of information is an important reason for unprotected sex as pointed out by some promoters during one of the focus groups. When asked why their friends did not use a condom, young males responded

The people are much uninformed (16 years promoter, focus group two).

Many people use the condom only to prevent a pregnancy. They do not know that it should also be used to prevent STIs (17 years promoter, focus group two).

A girl came to me and told me she was in a sexual relationship with someone. She said that her partner was using a condom, but only to avoid pregnancy. She would like to know whether she could catch an STI, if her partner did not use a condom (15 years promoter, focus group two).

The second category of reasons is mentioned in relation to the first sexual encounter as well as for other relationships. Most of the adolescents were not expecting to have sex at that particular moment, as illustrated by some participants of the group discussion,

I did not use any protection. I did not know what was going to happen (18 years adolescent, focus group one).

I did not use anything. I had not planned to have intercourse at that time (17 years adolescent, focus group one).

Sometimes, the reason is a combination of factors such as condom availability and risk perception.

I did not use protection, because I did not have anything available. In addition, it was my first and her first experience (18 years adolescent, focus group one).

Regarding the reasons related specifically to the use of condoms, what seems to be behind the discourse is that the condom represents a barrier that can have a negative influence on sexual performance.

Almost all the adolescents asserted that 'Condom spoils the pleasure', regardless of their experience in using one or not.

The disadvantage of using a condom is that it bothers a lot (18 years adolescent, intervention area).

I have heard that we do not have pleasure when we have sex using a condom. So, I prefer not to use it (18 years adolescent, control area).

Having sex using a condom is the same as eating a sweet with the wrapper (17 years adolescent, intervention area).

Though it is true that, usually, education messages focus only on the idea of the condom as a 'barrier' to prevent STIs/AIDS and unplanned pregnancies, condoms as 'a barrier to sexual performance' should also be taken into account. However, a careful distinction has to be made between lack of knowledge on how to put on a condom correctly, and actual barriers to sexual performance. In the

data collected, both those who have actually used condoms as well as those who have never used one put forward these views. This negative perception of condoms and the myths about their use are evidence of the inadequate information that young males have. In this environment of lack of knowledge, it is not surprising that rumours and misinformation prevail across almost all the studied population.

In addition to the idea of a condom as a 'barrier to sexual pleasure', very often their efficacy is questioned. The statements below suggest that, even when using a condom, particularly to prevent pregnancies, a risk is still perceived,

Condoms are not a hundred percent safe. Some of them split (17 years adolescent, control area).

Condoms are not completely reliable. I have heard a story in which the girl became pregnant because a condom split (15 years adolescent, intervention area).

It has been pointed out that, sometimes, the inefficacy of the condom is associated with a lack of correct knowledge of its use (Santos Jr., 1999). In our study, suspicions regarding efficacy are observed even among those possessing good knowledge on how to use a condom. In fact, most of the adolescents described – at least in theory - how to use one. These anxieties of the inefficacy of the condom are a reflection of the negative perception of young males toward condoms. Thus, it is not surprising that a large proportion, even though they were able to describe how to use a condom, reported more negative aspects of their use. Information is passed on from friends and spread out in the community.

Some adolescents interviewed attributed condom failure to the source of supply. Many believe that certain brands of condoms sold at pharmacies are reliable while those distributed by Health Centres are not; for example,

There are some brands that split. I only use "Jontex" (15 years adolescent, intervention area).

Condoms can split. This happens, mainly if you use an old one, kept for a long time (17 years adolescent, intervention area)

The final category of reasons mentioned seems very important in determining the sexual behaviour of adolescents in our sample. The lack of systematic use of a condom is also associated, to some extent, to the perception of their knowledge about the previous sexual history of the girl. This perception, sometimes accurate in reality and other times not, is sufficient reason for the young men to know if they are at risk and need protection or not. On the whole, risk is not perceived when

the partner uses an alternative method of contraceptive (other than condoms) or when they trust their partners are healthy. These findings, that safe sex is linked to trust in the partner, are similar to those found in other studies (Monteiro, 1999; Rieth, 1998). The practice of unprotected sex supports romantic values. It operates as if love was a protection against STIs.

The association between the pattern of irregular safe sex and the previous knowledge of the partner seems to be confirmed in the following extracts,

If I know the girl, if she is clean and seems to be hygienic with herself, there is no problem in having unprotected sex with her (18 years adolescent, intervention area).

I use a condom. We always did, from the first time, because we did not trust each other. I knew she had already had sex previously with other partners (18 years adolescent, intervention area). In this case, the partner was the girlfriend.

I used a condom because I did not know her very well. I was and I am always afraid to catch an STD (17 years adolescent, intervention area).

Perception of sexual history of the type of partner may lead to an inconsistent pattern of safer sex. This is the case of some of the adolescents who mentioned using protection in the first intercourse but not later. As stated in their own words,

I used a condom (first sex act). I demanded it. She was not a virgin and I did not want to take the risk. I did not use any protection (last sex act). Although it was my second experience, it was her first one (18 years adolescent, control area).

If I know the girl, I can choose to use a condom or not. However, if I do not know her, I give up having sex (18 years adolescent, control area).

In the majority of the in-depth interviews with the young males, there seems to be little association between risk of an unwanted pregnancy and use of condom. Avoiding pregnancy is not a strong reason to motivate young males to have regular protected sex. When questioned about the risks of an unplanned pregnancy, they stated that in such a case they were not worried as their family would support the child and take care of the new situation.

Shifting from Unsafe to Safer Sexual Practices

Demographic studies have pointed out that adoption of new reproductive behaviour may be explained by the diffusion theory. This theory has been used to explain fertility transition in Latin America.

Diffusion theory relies on social interaction as a key mechanism through which new behaviours, norms, and ideas are adopted, by means of acquiring information through social

networks or impersonal channels such as mass media. A social network is the complex of actors and relationships involving direct or indirect contact between individuals creating conditions leading to the adoption or rejection of a new idea, product or behaviour. The complexity of the social network with which an individual is involved varies with the level of development and the cultural context of the community he/she belongs to. The velocity of diffusion of new behaviours, norms and ideas is dependent on the complexity of the social network, the homogeneity of the group involved and the distance (social and physical) among social network members.

By analogy, adoption of new sexual behaviour may also be explained by diffusion theory.

In the context of the adoption of new sexual behaviour by low-income adolescents, diffusion theory stresses knowledge, attitudes and practices of safer sex by the target population. The essential idea of this perspective is that the behaviour spreads from innovators capable of influencing other individuals that adopted it as a result of innovator behaviour, irrespective of the social status of the adopters or of any cost-benefit calculation that would require the new behaviour. As Palloni (1998) stated 'Adopting the new behaviour occurs as a result of re-evaluation of one's choice *in the light of other people's behaviour*, not as a strategic response or accommodation to a realignment of resources associated with one's position in the social system.' (author italics). How strong the innovator role is varies with the depth of information it has about the topic, its credibility and the force of its example – its social identity, as suggested by Montgomery (1996). Personal relations are more important for diffusion than impersonal contacts as suggested by Cleland (1985) 'the experiences of close friends, neighbours and relatives appear to be of particular importance'.

However, since our interest here is to explore the specific effects that the intervention *Proteger* is having on the young boys, some factors that emerge in the process of change towards safe practices will be presented. Understanding the process of change and how interventions influence change is complex, but our qualitative data draw attention to some potentially key factors. The analyses here are focused on the information of young males who have participated more actively in the programme and who have had a longer exposure to the intervention. These young men represent the best example of how far the intervention can reach. Within the framework of 'cultural diffusion', changes in behaviour are expected to be observed, initially, among the adolescents who have a leadership role in the programme, followed by the leaders' closer friends, and, finally, among all the adolescents.

A pre-requisite for the development of the project was that there was a need/interest for it. That is to say, these particular young men would be concerned about their sexual and reproductive health. The feasibility study indicated that young males were concerned about getting AIDS, followed

by STIs, but avoidance of unwanted pregnancy was not a worry. Adolescents, in particular those from the control area where no programme was running, pointed out the importance and necessity of an education programme that could provide them with better information on health and sexual issues. According to them, this programme should have an intensive participation of peers, with 'people who understand us, who have similar values, ideas, etc.'

An educational programme is welcome in our community. We can learn about AIDS/STIs, how to use a condom, etc (18 years adolescent, control area).

I think it is important to have talk about the subject, once a month, once a week, if possible every day (18 years adolescent, control area).

We should be provided with more information. It does not matter if women or men give the talk. However, for advising I prefer men, particularly if they are prepared on the subject and if they are not much older than me (17 years adolescent, control area).

From the qualitative data obtained from the young men, a tentative framework of how the intervention could influence behaviour is presented in Figure 1. We will not describe each of

The boxes as they are self-explanatory and literature has recognised its importance. What we would like to highlight here are the new elements that arise from our step by step recording of the process of change as the intervention advanced.

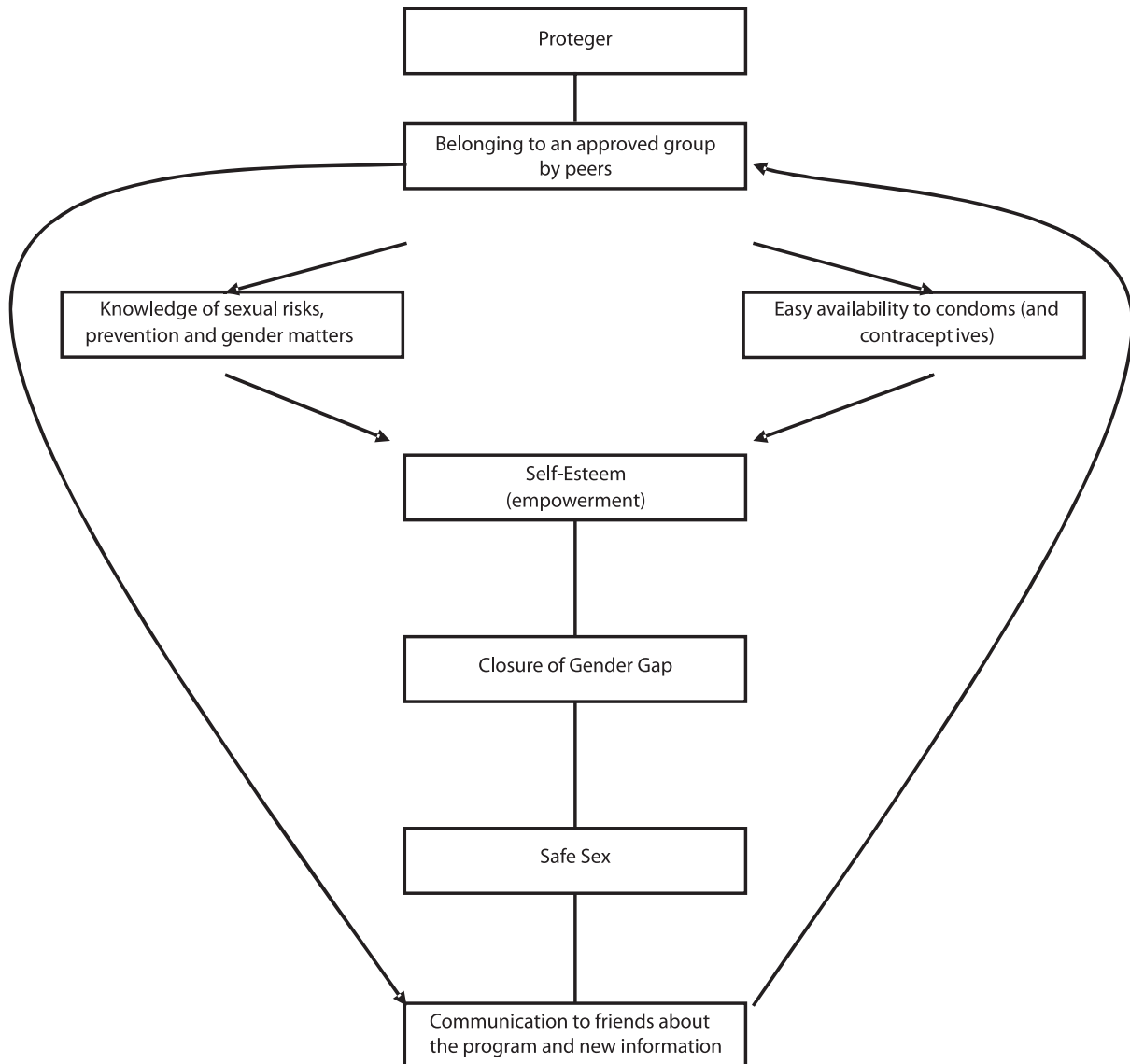
Acknowledgement

The authors thank John Simons and Roger Ingham for comments on a previous draft

For example, a lot has been written about the benefits of peer-led programmes; young people frequently turn to their peers for information and advice, peer leaders offer the opportunity to participate in meaningful roles and to benefit from being a helper, similarities between the influence and recipient increase the persuasiveness of any message (Melbourne, 1995). However, we would like to highlight an element that has been detected in our interviews with the boys in the intervention beside those normally associated with peer-led programmes, which are well documented. A new interesting element is the attractiveness of 'belonging' to the programme. There was a desire similar to 'belonging' to a social club, where boys (and even girls) want to be part of it. We do not believe that this happened 'only' because they wanted to hear information about reproductive health - some might be curious about sexual issues - but there was a feeling that young people wanted to be part of the programme and enjoy its social benefits.

Those belonging to the programme increased their knowledge about sexuality and prevention of reproductive health risks. Increased knowledge seems to be a starting point of any

FIGURE 1
Steps towards safer sexual and reproductive health practices in intervention



change. As stated by Kim *et al.* (2001) 'increased knowledge and heightened approval lead people to recognise that new behaviours can meet a personal need, to decide to take action and, eventually, to adopt new practices'.

An interesting aspect observed was the improvement in terms of self-esteem. Literature has mentioned extensively the lack of self-esteem among young girls and the need for empowerment to prevent unwanted pregnancies and STIs/AIDS, while it has been considered that men are empowered with high self-esteem (Mota, 1998; Kim *et al.*, 2001). The qualitative data suggest that one of the mechanisms by which the programme works to improve sexual and reproductive health is through increasing self-esteem and closing the gender gap. These attitudinal changes and their

self-perception lead to improved sexual practices. When asked about what their friends think about actively participating in *Proteger*, a common reply was,

They admire us (15 years promoter, in-depth interview).

The people look at us as though we are very important. We are important because we are growing. When we learn something new we go to our mates and tell them. My friends keep asking me: how is this, how is that... (16 years Promoter, in-depth interview)

Our classmates, after attending our talks, most of them come to us asking to be enrolled in the mini-courses (15 years Promoter, in-depth interview)

We are supportive, particularly when they need information about sexual health (17 years promoter, in-depth interview).

After giving a talk in my school, some classmates asked me to invite them to be promoters (15 years promoter, in-depth interview)

The increased knowledge along with the approval of the peers, family and community brought about by the intervention, seems to be a consensus, particularly among the promoters. As expressed by the boys with respect to their parents and other members from the community:

My father says it's a good activity. My mother thinks that I am helping someone to protect (against STD/AIDS) (14 years promoter, in-depth interview)

My parents say 'my son is a hero' (joking) (16 years promoter, in-depth interview)

My father and my mother like the idea. They have encouraged me to be a promoter. (15 years promoter, in-depth interview).

My mother never said, but I am sure she is proud of me, because I can help other people. (14 years promoter, in-depth interview).

teachers also support us, even the head master... (15 years promoter, in-depth interview)

Some of testimonies of promoters regarding their new roles in the community are very enthusiastic. This seems to reinforce the idea that the intervention had an impact on their behaviour and self-esteem,

After becoming a promoter, I am more aware about STIs/AIDS. Previously, I was not well informed as I am now. In addition, I have got the respect of my friends (19 years promoter, in-depth interview).

Since I am better informed on sexual health issues, I am able to advise other adolescents (17 years promoter, in-depth interview).

Besides knowledge, my confidence has improved too. Now, I am no longer ashamed to talk to my colleagues about sexual issues (15 years promoter, in-depth).

Although knowledge, approval and self-esteem are fundamental steps to motivate the process of behaviour change, ready access to condoms at affordable prices is also fundamental. In fact, lack of availability and accessibility of condoms and contraceptives was mentioned as important barriers to the adoption of protected sex. Though this is not usually the main reason for risky behaviour among young people, difficulties in obtaining condoms/contraception are a deterrent to safer sexual practices. When required, young people on the programme had ready access to condoms and contraceptives.

Concluding remarks

This study has brought about some insights of the sexual knowledge, attitudes and behaviour of the young population studied, although at this stage our results can not be conclusive. Further analysis will be done when the follow up data and the second round qualitative data are available.

As discussed in this paper, changing behaviour depends on the motivation as well as on the conditions under which changes are attempted. Of course, it is a process that takes time, since it involves many cultural, social and psychological factors that we believe can be accelerated by adequate interventions.

What we observed is that participants in the qualitative study seem to be open to changes, recognise the importance of safer sex and, despite several constraints presented with regard to the use of the condom, it was possible to observe some signs of intent to change behaviour.

Although changing behaviour can be a general trend, long term campaigns and continuous interventions specially designed to reach adolescent must remain an ultimate goal. Adequate programmes can speed up and also support the process, providing conditions that ensure safer passages to adulthood for adolescents.

Gender inequities are constraints to changes in sexual behaviour and need to be addressed in campaigns, programmes, etc. There is almost a consensus in the literature that gender roles, along with other factors, contribute to risky sexual behaviour. Though the qualitative sample does not enable one to be conclusive, the testimony of the adolescents point to a closing of the gap between gender roles. They are apparently becoming more conscious that safer sexual behaviour to prevent unwanted pregnancy and to prevent STIs is a responsibility of both male and female. This argument is based on statements that appear in the section about "Current Patterns of Adolescent

Sexual Behaviour”, on many other statements not presented in this paper and also on statements that appeared during informal talking.

Finally, a new interesting finding is the influence the programme has had on self-esteem among boys. This reveals the potential of empowering men as well as women in order to attempt to close the gap created by gender inequity.

References

- AGUILAR, J.A. (1991). Field Experiences: Mexfam’s ‘Gente Joven’ Program, in (eds.) Brandrup-Lukanow, A., S. Mansour and K. Hawkins *Adolescent sexuality and reproductive health*, IPPF/CIE/GTZ, Report of the workshop CIE, Paris, July.
- CAMARANO, A. A. (1998). Fecundidade e Anticoncepção da População Jovem. *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas*. Vol. I.
- CAMPOS, R.C.P. (1998). AIDS: Trajetórias Afetivo-Sexuais das Mulheres. In: BRUSCHINI, C.; HOLLANDA, H.B. (orgs.). *Horizontes Plurais: Novos Estudos de Gênero no Brasil*. São Paulo. Fundação Carlos Chagas.
- CARVALHO, M.L.O.; PIROTTA, K.C.M.; SCHOR, N. (2001). Participação Masculina na Contracepção pela Ótica Feminina. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 35, no. 2, pp. 23-31.
- CDC (1991). Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem. Rio de Janeiro, Curitiba e Recife, 1989-1990. BEMFM, Brasil.
- CEBRAP/MS-SPS-CNDST/HIV/AIDS. (1999). Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/AIDS. *Relatório Final de Pesquisa*.
- CLELAND, J. (1985) Marital fertility in developing countries: theories and evidence. In: J. Cleland and J. Hobcraft (eds) *Reproductive change in developing countries: insights from the World Fertility Survey*. Oxford: England; Oxford University Press, p.223-252.
- DHALIA, C.; BARREIRA, D.; CASTILHO, E. (2000). A AIDS no Brasil: Situação Atual e Tendências. *Boletim Epidemiológico*. MS- CN DST/AIDS. Vol. 13, no. 1.
- FERNANDES, L. (1995). A Critical Review of the WHO Methodology for Classifying Abortion with an Emphasis on Fortaleza, Brazil. MsC thesis, London School of Hygiene and Tropical Medicine, unpublished.
- FERNANDEZ, R.E.; CARVALHO, J.A M. (1986). A Evolução da fecundidade no Brasil, Período 1957-1975. *Revista Brasileira de Estudos de População*. Vol.3, no. 2.
- FERRAZ, E.A.; FERREIRA, I.Q.; SOARES, M.P.; MORRIS, L. (1992). *Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem*. BEMFAM, Depes.
- JUAREZ, F.; CASTRO, (1999). The value of Demographic Data for Assessing Adolescent Sexual and Reproductive Health in Latin America: Advantages and Limitations, European Commission.

- KIM, Y.M.; KOLS, A.; NYAKAURU, R.; MARANGWANDA, C.; CHIBATAMOTO, P. (2001). Promoting Sexual Responsibility Among Young People in Zimbabwe. *Family Planning Perspectives*. Vol. 27, no. 2.
- MARQUES, N. (1995). Motivational Determinants of Teenage Pregnancy in Recife, Brazil, PhD Thesis in Demography, London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London.
- MONTEIRO, S. (1999). Gênero, Sexualidade e Juventude numa Favela Carioca. In: HEILBORN, (org.). *Sexualidade: O Olhar das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro. Ed. Jorge Zahar.
- MONTGOMERY, M. (1996). Social learning, social influence and new models of fertility. *Population and Development Review*. 22(supplement), p. 151-175.
- MORRIS, L. (1988). Young Adults in Latin America and the Caribbean: Sexual Experience and Contraceptive Use. *International Family Planning Perspectives*. Vol. 14, no. 153.
- MOTA, M.P. (1998). Gênero e Sexualidade: Fragmentos de Identidade Masculina nos Tempos da AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 4, no.1.
- NASCIMENTO, M.J.C; ROMERA, M.L.C.; (1999). Sexualidade, Psiquismo e a Educação Sexual entre Pais e Filhos Adolescentes. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. Vol. 10, no.2, pgs 237-250.
- PALLONI, A. (1998). Diffusion in sociological analysis: how useful is it for study of fertility and mortality. Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin, Madison (unpublished).
- RIETH, F. (1998). Ficar e Namorar. In: BRUSCHINI, C.; HOLLANDA, H.B. (orgs). *Horizontes Plurais: Novos Estudos de Gênero no Brasil*. São Paulo, ed. 34.
- SANTOS, Jr. (1999). Fatores Etiológicos Relacionados à Gravidez na Adolescência: vulnerabilidade à Maternidade. In: *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento* Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas.
- SANTOS, T.F., JUAREZ, F. and MOREIRA, M.M. (2000). A Saúde Reprodutiva de Adolescentes Masculinos em Área de Baixa Renda no Recife. *Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. CD-Rom.
- STONE, N and INGHAM, R. (2002). Factors Affecting British Teenagers' Contraceptive Use at First Intercourse: the Importance of Partner Communication. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 34, n.o 4.
- VIEGAS-PEREIRA, A. P. F (2000). AIDS. Prevenir é tão Fácil quanto Pegar ? Um estudo sobre os Fatores que Determinam o Uso de Preservativo entre Adolescentes na Era da AIDS. CEDEPLAR/UFMG. MSc thesis (unpublished).
- VIEIRA, E.M.; VILLELA, W.V.; RÉA, M.F.; FERNANDES, M.E.L.; FRANCO, E.; RIBEIRO, G. (2000). Alguns Aspectos do Comportamento Sexual e Prática de Sexo Seguro em Homens do Município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol.6, no. 4, pgs 997-1009.
- WHO. (1999). *Global Prevalence and Incidence of Selected Curable STI- Overview and Estimates*, WHO, Geneva

Gênero(s), sexo e proteção: com a palavra, eles!

Marisa Alves Lacerda

Introdução

Numa fase posterior à desvinculação entre sexo e reprodução e à propalada liberdade sexual, em grande medida possibilitadas pela invenção da pílula contraceptiva, o surgimento do HIV/AIDS enquanto epidemia sexualmente transmissível, e a posterior predominância das relações heterossexuais como principais mecanismos de transmissão, puseram em voga o debate acerca da necessidade de (re) criar barreiras às práticas sexuais dos indivíduos. Nesse contexto, o uso consistente do preservativo, inclusive nas relações afetivo-sexuais estáveis, surge como o meio mais efetivo de prevenção.

Apesar disso, na prática, esse uso tem esbarrado em vários fatores, relacionados com o acesso ao método, com o hábito do uso e o imaginário acerca de sua efetividade e influência no ato sexual, com o nível de informação do indivíduo e com sua auto-percepção de risco. Esta última afetada por questões como o desejo, as experiências vivenciadas, a confiança na parceira ou parceiro sexual e o processo de negociação com este, o qual vem permeado por questões atinentes aos papéis de gênero que são distintamente atribuídos aos homens e às mulheres, conforme sua inserção no meio social, cultural, político e econômico.

Embora exista uma gama de estudos abordando questões atinentes ao uso do preservativo, às práticas dentro das relações afetivo-sexuais estáveis, e às diferenças entre homens e mulheres a esse respeito, existe ainda muito a ser dito. Especialmente dentro de uma perspectiva de gênero que privilegie a 'voz' dos homens acerca de questões atinentes às diferentes percepções sobre o preservativo e sobre sua adoção em distintos contextos e situações.

1 Esse trabalho constitui uma primeira abordagem dos resultados de pesquisa levada a campo para elaboração da tese de doutorado em demografia, sob o título "Gênero e vulnerabilidade ao HIV/AIDS: efeitos e mudanças ao longo do curso da vida", desenvolvida no Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da UFMG, sob orientação das demógrafas Paula Miranda-Ribeiro e Maria do Carmo Fonseca;

Assim, o presente estudo propõe-se a apontar situações e percepções que, estando relacionadas aos papéis e relações de gênero e ao preservativo, possam contribuir para diferentes níveis de vulnerabilidade a essa infecção. Assumindo, de um lado, que existe ainda uma carência de estudos que privilegiem a perspectiva dos homens a esse respeito e, de outro, que o surgimento do HIV/AIDS implicou em mudanças senão nas práticas, pelo menos nos discursos acerca do sexo, da confiança e da proteção, privilegia-se aqui a ótica masculina de duas coortes distintas, no caso, uma que teve sua iniciação sexual antes do advento da aids e outra que vivenciou tal situação depois desse momento. Para tanto, utilizam-se os dados gerados por 12 entrevistas em profundidade realizadas no município de Recife, Pernambuco, com homens que mantinham relações sexuais com mulheres e tinham idades entre 18 e 64 anos.

Para a análise que se segue, a vulnerabilidade ao HIV/AIDS é entendida como a incapacidade do homem, em determinado momento do tempo, controlar seu risco de infecção nas relações sexuais, especialmente mediante o uso consistente do preservativo². Tal incapacidade é gerada e ampliada em virtude da ação, isolada ou combinada, de fatores de ordem: demográfica – como idade, curso da vida, situação conjugal e raça/cor; social – desigualdades étnico-raciais, geracionais, de gênero, educacionais, dentre outras; econômica – como pobreza, divisão entre classes sociais, desigualdade no acesso a bens e serviços; contextual ou cultural – tais como a existência de normas e valores que determinam o comportamento individual; programática, ou político-institucional - no sentido da existência de políticas, programas e serviços destinados a informar e educar a população em geral, e também a garantir o acesso a bens e serviços, sobretudo de saúde, inclusive de programas voltados especificamente para o enfrentamento do HIV/AIDS. Dados os objetivos do presente estudo, os fatores de ordem social, em especial os papéis de gênero, são tomados como eixo central para a análise, sem que se deixe de considerar sua interação com os demais fatores. O uso do preservativo, tomado como mecanismo de neutralização do risco e, portanto, determinante final do nível de vulnerabilidade individual, é algo que emerge da combinação de diferentes fatores, dentre aqueles analisados.

Dos entrevistados

Para esse estudo, analisam-se 12 (doze) entrevistas realizadas com homens residentes no município de Recife, Pernambuco, entre os meses de Outubro e Novembro de 2007. Assumindo a notificação dos primeiros casos de infecção pelo HIV/AIDS no Brasil como recorte temporal para

2 Definição formulada a partir do exposto por Acsegrad, 2006; UNAIDS Report, 2006; CEPAL, 2000; Ayres et al., 1999; Ayres, 1997, in Acsegrad, 2006; Mann et al., 1992;

análise, os entrevistados foram divididos em duas coortes distintas: uma composta por homens que vivenciaram sua iniciação sexual antes do advento do HIV/AIDS no Brasil e outra composta por homens cuja iniciação sexual ocorreu após tal evento. Ao todo foram incluídas seis entrevistas para a primeira coorte e seis para a segunda. As características sociodemográficas consideradas mais relevantes para distinguir esses entrevistados encontram-se sumarizadas no quadro abaixo.

QUADRO I
Síntese das principais características sociodemográficas dos entrevistados
Recife, 2007

Nome *	Idade	Situação Conjugal	Nº filhos	Nº anos de estudo	Situação de trabalho
Félix	19	casado	0	11	desempregado
Moisés	19	solteiro	0	11	desempregado
Lenine	21	solteiro	0	14	Estudante
Arnaldo	26	unido	1	7	Empregado cart. Assinada
Henrique	27	solteiro	0	15	Empregado cart. Assinada
Ulisses	33	separado	2	6	Empregado cart. Assinada
Pedro	45	separado	0	21	Profissional liberal
Nilson	49	casado	3	17	Profissional liberal
Jacson	51	casado	1	15	Funcionário público
Soares	53	casado	2	15	Empregado cart. Assinada
Vasco	57	unido	2	8	Funcionário público
Abílio	63	casado	2	15	Empregado cart. Assinada

Fonte: Tabulação própria.

* Para garantir o anonimato dos entrevistados, todos os nomes foram trocados posteriormente às entrevistas.

Dados os objetivos do estudo, foram entrevistados somente homens não virgens e que disseram fazer sexo com mulheres – ou seja, excluíram-se aqueles que disseram fazer sexo somente com outros homens. Embora se saiba que a idade à primeira relação sexual encontra-se, atualmente, abaixo dos 18 anos, optou-se por não entrevistar pessoas nos grupos etários inferiores a esta idade, para se facilitar o processo tanto de recrutamento quanto de autorização para entrevista. Isso porque a entrevista com menores de 18 anos implicaria na necessidade de obter autorização de um responsável, o que, por si só, poderia atrasar o processo de recrutamento, onerar o trabalho de campo, impor constrangimentos a ambas as partes e enviesar o decorrer das entrevistas, dadas as temáticas a serem abordadas.

Da metodologia empregada

Dentro da vertente dos métodos qualitativos, várias são as técnicas existentes. O objetivo deste estudo, que envolve o desvelamento de processos sociais e aspectos atinentes a um âmbito da vida social o qual não se encontra facilmente articulado ou aberto à observação direta – no caso, as atitudes, motivos e pressupostos relacionados ao comportamento e negociação sexual - levou à escolha da entrevista em profundidade como técnica para a coleta das informações ora apresentadas e analisadas.

Esta técnica pode ser definida como “um processo de interação social entre duas pessoas no qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte da outra, o entrevistado”, lançando para isso mão de questões abertas que definem a área a ser explorada, e a partir das quais entrevistador e entrevistado seguem buscando o aprofundamento dos pontos de interesse (Haguette, 1997: 86; Britten, 2005). No presente estudo, a adoção da técnica de entrevista em profundidade garantiu um melhor manejo da subjetividade e das singularidades do fenômeno social em análise, permitindo à pesquisadora acessar situações e contextos dos quais ela não fazia parte e atingir os sentidos subjacentes às falas e comportamentos individuais. Garantiu, ainda, uma maior flexibilidade e criatividade no processo de coleta de dados, possibilitando assim maior aprofundamento nos pontos de interesse para a pesquisa, e maior respeito ao fluxo tomado pelos entrevistados durante o processo de coleta (Haguette, 2005; Pope e Mays, 2005; Britten, 2005; Lacerda, 2004; Weiss, 1994; Minayo, 1993).

Como instrumental de coleta de dados, foi utilizado um roteiro semi-estruturado. Tal instrumental garantiu que a maior flexibilidade, possibilitada pela técnica de entrevista em profundidade, viesse sempre atrelada aos objetivos do estudo e ao arcabouço teórico-metodológico adotado. O roteiro foi construído sob a perspectiva da técnica qualitativa de história de vida. Esta técnica refere-se à “coleção de materiais que representam a ‘essência’ de uma vida individual, ou os aspectos subjacentes que organizam e dirigem as atividades de um indivíduo” (Fisher, 1991: 22). A principal vantagem da observação dessa técnica ao longo das entrevistas em profundidade é que ela permite aos entrevistados, no processo de entrevista, interligar os eventos de sua vida e seus padrões de comportamento, vinculando-os a forças sociais mais amplas e percebendo o efeito de eventos ‘históricos’ ou sociais particulares e de normas sociais sobre sua vida atual e também sobre as mudanças ocorridas ao longo do tempo (Fisher, 1991). E era justo esse o objetivo mais amplo da pesquisa dentro da qual as entrevistas foram desenvolvidas: identificar efeitos dos papéis e relações de gênero sobre a vulnerabilidade ao HIV/AIDS.

Uma vez que a pesquisa foi realizada fora do local de residência da pesquisadora, portanto, fora de suas redes de sociabilidade, os contatos estabelecidos com pessoas residentes naquele município e que, por isso, tinham acesso mais facilitado a possíveis entrevistados, foi essencial. Assim, para recrutamento e seleção dos participantes, foram utilizadas duas estratégias. A primeira delas foi a abordagem direta de possíveis entrevistados, em diferentes locais – escolas, universidades, postos de saúde, comércios, setores públicos, organizações não governamentais, dentre outros. A segunda foi a técnica de bola de neve, segundo a qual os entrevistados indicaram outras pessoas que se encaixavam nos perfis buscados (Weiss, 1994). Com isso, buscou-se garantir a maior

diversidade possível de situações, no que tange ao local de residência, idade, situação conjugal e socioeconômica.

Todas as entrevistas foram gravadas – com o consentimento dos entrevistados – e posteriormente transcritas. Os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, dizendo que concordavam em participar da pesquisa e que autorizavam a referida gravação. As entrevistas transcritas foram analisadas tomando por base roteiro com categorias analíticas. Esse roteiro foi elaborado a partir da leitura cuidadosa e exaustiva das entrevistas, onde foram identificados temas, termos, idéias e conceitos que, estando relacionados ao objeto de análise do presente estudo, mostraram-se recorrentes ao longo das entrevistas.

Importante ressaltar que o projeto dentro do qual as entrevistas foram realizadas, bem como o roteiro e as estratégias de abordagem, entrevista e análise, foram submetidos à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, tendo sido aprovados.

Da interação entrevistadora-entrevistados

Antes de proceder à apresentação dos principais resultados, faz-se importante destacar alguns fatores atinentes à interação entrevistadora-entrevistados. Dentre os pontos abordados por estudos específicos destinados a avaliar a objetividade e neutralidade de métodos e técnicas de pesquisa, bem como as formas de minimizar o efeito das características do entrevistador sobre o entrevistado, tema freqüentemente discutido é a sugestão de que o entrevistador, no caso de entrevistas sobre temas sensíveis, seja do mesmo sexo do entrevistado. Tal fato serviria, segundo os autores desses estudos, para evitar inibição ou constrangimentos que possam interferir negativamente nas respostas obtidas (Huddy et al., 1997; Kane e Macaulay, 1993).

Reconhece-se que este seja um aspecto importante a ser considerado, não tendo sido, por isso, negligenciado no presente estudo. Há de se reconhecer, no entanto, a inevitabilidade do efeito mútuo gerado pela interação que se estabelece entre entrevistador e entrevistado, no momento da entrevista, efeito esse que resulta da própria interação que se estabelece entre as partes, o que torna a interferência algo inerente ao processo. Atributos físicos (cor, sexo, aparência, idade, etc.), sociais (classe) ou educacionais (nível educacional), sejam eles reais ou imputados pelas partes, servem como primeiras fontes de informação no momento da interação, podendo ou não interferir no processo de entrevista, a depender, em grande medida, da postura assumida pela pessoa responsável pela condução da entrevista, frente às atitudes e reações da pessoa entrevistada. Ademais, é recorrente que o entrevistado ou entrevistada queira causar uma ‘boa impressão’ no entrevistador ou entrevistadora, independente do sexo de ambos e da técnica de pesquisa empregada. O que pode

implicar, em alguns casos, em tentar responder às questões de maneira ‘correta’, ou seja, conforme o que o entrevistado acredite que o entrevistador gostaria de ouvir (Britten, 2005; Huddy et al., 1997). Tendo essa reflexão em vista, o roteiro de entrevistas foi elaborado de forma a garantir o mínimo de constrangimento aos entrevistados frente ao tema, e com o intuito de garantir que os temas mais ‘sensíveis’ seriam abordados gradualmente, respeitando sempre o ritmo de cada entrevistado e os limites de intimidade por ele estabelecidos.

Na prática, tais estratégias, aliadas a um treinamento cuidadoso de condução da entrevista, contribuíram para que a diferença de sexo entre entrevistado e entrevistadora não representasse, neste estudo, fonte adicional de constrangimentos para os entrevistados nem gerasse, ao longo das conversas, silêncios e recusas em discutir os temas sugeridos. Pelo contrário, a maioria dos entrevistados mostrou-se bastante receptiva à idéia de compartilhar, durante as entrevistas, opiniões e experiências vividas, sobre as quais, segundo eles, dificilmente haviam tido espaço – e disposição – ao longo da vida para abordar nos grupos com os quais interagiam.

O bom andamento das entrevistas, na perspectiva dos próprios entrevistados, foi possível especialmente devido ao fato de que a entrevistadora representava para eles alguém externo ao seu meio social, com quem, por isso, não haveria motivos para manter discursos coerentes com as imagens que eles desejavam manter cotidianamente. A própria técnica escolhida, por ser mais flexível, contribuiu para o êxito das entrevistas, na medida que era possível adequar a ordem dos tópicos abordados e a forma de abordá-los à situação da entrevista. Tal flexibilidade possibilitou, em alguns casos, romper com o discurso de gênero ‘politicamente correto’, desconstruindo-o e atingindo, assim, aspectos subjacentes às atitudes e comportamentos dos entrevistados.

HIV/AIDS, preservativo e gênero: trajetória, interações e correlações

Ao longo das duas décadas transcorridas desde a descoberta dos primeiros casos de aids no Brasil, mudanças substanciais têm sido observadas tanto no perfil da parcela populacional mais acometida por essa infecção quanto nas principais formas de contágio pela mesma. Reafirmando, de forma inquestionável, sua estreita relação com o contexto socioeconômico, a epidemia do HIV/AIDS vem vitimando, com intensidade crescente, pessoas cada vez menos escolarizadas, residentes nas regiões Norte e Nordeste e classificadas como negras³. Além disso, tem-se observado o seu espraiamento ao longo do território nacional e o aumento da incidência na população mais velha e

³ A categoria “negra”, adotada neste estudo, agrega indivíduos que se auto-classificam como pardos ou pretos, segundo as categorias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

idosa – leia-se, de 50 anos e mais de idade (Parker, 1994; Barbosa, 2002; Barbosa, 2001; Villela, 2007; Brasil, 2006; Cunha, 2006).

Além das tendências citadas, a epidemia do HIV/AIDS vem se caracterizando cada vez mais pela sua disseminação, com excepcional velocidade, entre as mulheres – feminização da epidemia. Estreitamente associada a essa mudança, vem se observando também um intenso processo de heterossexualização dos casos notificados, o qual caracteriza-se pelo aumento sistemático do peso relativo do contágio por meio das “relações heterossexuais desprotegidas”, vis-à-vis a diminuição da importância das demais formas, especialmente da via “uso de drogas injetáveis” (Brasil, 2006; Lopes, 2003).

Os novos contornos da epidemia, com a população heterossexual, em união estável e não usuária de drogas se infectando crescentemente, apontam para a inadequação de noções como as de grupos e comportamentos de risco, na compreensão da dinâmica do HIV/AIDS no Brasil. Importadas especialmente dos Estados Unidos, essas noções se disseminaram no país durante os primeiros anos da epidemia e acabaram por permear o imaginário social acerca da aids, trazendo importantes consequências para sua prevenção.

Dentre essas consequências se destaca, primeiramente, o fato de que tais noções desconsideram o efeito exercido pelos contextos social, cultural, econômico e político, e pelas relações neles travadas, sobre a adoção de práticas preventivas. Além disso, as noções de grupos e comportamentos de risco estimulam a responsabilização de um contingente circunscrito de indivíduos, considerados ‘desviantes’, pela adoção de medidas protetivas – no caso, os homens que fazem sexo com homens, os usuários de drogas injetáveis e, posteriormente, pessoas com comportamento promíscuo. À sombra desse discurso, a epidemia seguiu se disseminando para o restante da população, enquanto todos os esforços de campanhas e estratégias de prevenção recaíam, principalmente, sobre grupos específicos, reforçando ainda mais a idéia de ‘imunidade’ ao HIV para o restante da população (Cunha, 2006; Ayres et al., 1999; Bastos et al., 1994; Parker, 1994; Guimarães, 1994; Bastos et al., 1994; Mann et al., 1992).

Além de corroborar a inadequação das noções de grupos e comportamentos de risco, para a compreensão da dinâmica do HIV/AIDS no Brasil, os processos de feminização e heterossexualização colocam em xeque a eficiência, enquanto mecanismo de proteção contra a contaminação, do modelo tradicional de família. Modelo esse pautado nas relações estáveis e monogâmicas, onde a fidelidade e a confiança no (a) parceiro (a) são tomadas como alicerces insuspeitos para a relação. Tais processos relativizam, por outro lado, a tão propalada liberdade sexual e desvinculação entre sexo e reprodução, grandemente possibilitada pelo advento da pílula contraceptiva, na década de 60.

Dentro dos novos contornos determinados pelo risco iminente de infecção nas relações sexuais desprotegidas, vem à baila, novamente, a necessidade de se impor barreiras – físicas ou sociais - às práticas sexuais dos indivíduos. Embora, no nível conceitual, existam outras barreiras possíveis contra a infecção – como outras formas de sexo que não envolvam a troca de fluídos ou a abstinência sexual, por exemplo – na prática, o uso consistente do preservativo figura como a mais usual e factível, pelo menos para a maior parte da população.

Apesar disso, o uso do preservativo tem esbarrado em alguns fatores, de ordem tanto material quanto social, que dificultam, quando não, impedem, a efetividade do seu uso. Em primeiro lugar, o custo do preservativo em muitos casos pode dificultar – ou mesmo impossibilitar - sua aquisição por parte dos contingentes populacionais mais carentes economicamente. Sua falta no sistema público de saúde e a burocracia e pouca privacidade envolvidas nos procedimentos exigidos para obtenção no mesmo, acabam por agravar esse quadro, desestimulando ou impedindo a procura e obtenção por parte de alguns indivíduos, mesmo daqueles que não têm condições de obtê-lo por outras fontes.

Em segundo lugar, a recorrente associação entre o preservativo e sua propriedade contraceptiva, em detrimento de seu potencial de proteção contra IST/HIV/AIDS, faz com que, na maioria dos casos, seu uso seja interrompido tão logo outro método contraceptivo seja adotado, ou quando um dos parceiros não se encontre mais sob o risco de produzir uma gravidez indesejada ou não planejada – por estar o parceiro vasectomizado ou infértil, ou pela parceira estar em menopausa, histerectomizada, infértil, grávida ou em período de lactação. Uma vez protegidos do risco de gravidez, tem-se aumentado o ônus de negociar o uso do preservativo com o parceiro ou parceira, em especial quando se trata de uma relação estável.

Em terceiro lugar, o suposto modelo de pessoa racional, frequentemente empregado para compreender as decisões individuais no que tange à adoção do preservativo nas relações sexuais, e propalado nas campanhas de prevenção veiculadas pela mídia em geral, na prática se mostra pouco efetivo. Isto porque supõe um nível de racionalidade e passividade que são incompatíveis com a realidade, sobretudo no contexto das relações afetivo-sexuais, na medida em que se baseia na falsa suposição de que o comportamento está condicionado ao acesso à informação, à motivação para a mudança e à aquisição de habilidades comportamentais (Santos e Iriart, 2007)

Por fim, a construção social da idéia de “fidelidade” como algo inerente às relações afetivas e sexuais consideradas estáveis, bem como sua associação, especialmente nesse contexto, com práticas libertinas, implica, em muitos casos, na interrupção do uso do preservativo como forma de prevenção de IST/AIDS, quando estas relações atingem tal status. Nesse caso, sugerir o uso do

preservativo implica em assumir o ônus da ruptura do 'contrato' de confiança que se estabelece entre os parceiros, frente à sugestão da possibilidade de existência de um terceiro elemento na relação. Assim, o uso do preservativo acaba por ser relegado, quando muito, às relações sexuais casuais, à fase inicial dos relacionamentos - em especial como método contraceptivo - ou a momentos específicos e temporalmente delimitados dentro das relações estáveis, quando o risco de gravidez não possa ser neutralizado por outros meios (Marinho, 2000; Guimarães, 1994; Bastos et al., 1994; Villela, 2007; Mann et al., 1992).

Perpassando todo o processo que antecede a adoção ou não do uso do preservativo nas relações sexuais, estão os papéis de gênero e as relações por eles mediadas. Esses papéis parecem variar não somente ao longo do tempo, do curso da vida dos indivíduos, mas também de um indivíduo a outro, conforme seu pertencimento a grupos com características sociodemográficas e culturais distintas que, por isso, se inserem de forma diversa no meio social.

Sendo constituídos de forma relacional, os papéis de gênero imprimem significados às diferenças biológicas entre homens e mulheres, determinando em ampla medida os comportamentos socialmente desejáveis e aceitáveis para um e outro e implicando em níveis diferenciados de poder para os mesmos. No que tange à proteção contra IST/HIV/AIDS, esse 'agir' conforme o socialmente desejável implica, em muitos casos, em níveis diferenciados de risco de infecção para ambos os gêneros. Isto porque, se de um lado, as imagens de amor, submissão, maternidade, passividade e fidelidade, tradicionalmente associadas à mulher, ao 'ser feminino', quase sempre implicam em atribuir-lhe a responsabilidade pela prevenção contra gravidezes e IST's, de outro lado, as representações do 'ser masculino', ancoradas no poder, no gosto pelo sexo, na liberdade e impulsividade sexual, tendem a atribuir-lhe as prerrogativas de estar sempre disponível para o sexo e de decidir sobre se, quando e com quem adotar o uso do preservativo, estando certo de que os cuidados contraceptivos e com a prevenção contra IST/HIV/AIDS serão garantidos por sua (s) parceira (s) (Bastos et al., 1994; Guimarães, 1994; Villela, 2007; Cunha, 2006).

Principais resultados

O objetivo de identificar situações e percepções atinentes aos papéis e relações de gênero e ao preservativo, para duas coortes que vivenciaram sua iniciação sexual em momentos distintos, demonstrou ser o advento da aids importante demarcador para rupturas nas práticas sexuais e percepções a respeito do preservativo e de seu uso. Por outro lado, no tocante aos papéis e relações de gênero, o surgimento da aids apresenta-se como um demarcador menos claro para as mudanças, decerto afetadas mormente por outras instâncias e fatores da vida social. Conforme se busca destacar

nos parágrafos seguintes, os caracteres histórico, contextual e relacional desses papéis e relações, responsáveis por gerar, em cada momento e para cada indivíduo, os tipos de comportamentos que deles se espera, constituem explicação plausível para o que se identificou no discurso dos entrevistados: o imbricamento do que se poderia tomar como tradicionais e modernos padrões de atitudes e comportamentos generificados e a dissonância, sob muitos aspectos, entre o discurso e a prática. Nesse sentido, o evento escolhido aqui para diferenciar as duas coortes, atua, no caso da comparação dos papéis e relações de gênero, como demarcador temporal das experiências e percepções das duas coortes, muito mais do que fator que isoladamente explicaria as diferenças nos papéis e relações de gênero vivenciadas pelos entrevistados.

Embora o discurso generificado tenha sido identificado nas duas coortes avaliadas, a referida historicidade e contextualidade dos papéis e relações de gênero pôde ser percebida mais fortemente no discurso não linear – e por vezes destoante – dos entrevistados que tiveram sua iniciação sexual antes do HIV/AIDS. Estes mesclam, em suas falas, padrões de comportamentos e de pensamentos passíveis de serem taxados como modernos e tradicionais, ao mesmo tempo que demonstram que a apreensão de papéis de gênero modernos se dá muito mais no nível do discurso do que no da prática, dado que esses dois níveis nem sempre são equivalentes para essa coorte.

No caso da coorte que se iniciou sexualmente após o surgimento da aids, embora para a maioria, em especial para os solteiros ou não casados, seja possível identificar traços tradicionais dos discursos generificados, como a reafirmação da impulsividade sexual do homem, vis-à-vis o autocontrole e a necessidade do sexo com amor, que caracterizariam as mulheres, o que prevalece é a aparente linearidade entre discurso e prática, juntamente com visões generificadas que poderiam ser tomadas como modernas. Tal é o caso da maior aceitação à não virgindade e à iniciativa sexual das mulheres, mesmo fora das relações estáveis.

Independente da coorte de pertencimento, para a maioria absoluta dos entrevistados a infidelidade é vista como comportamento inerentemente masculino que, dada sua inevitabilidade, adquire status de característica inata e, por isso, perdoável. Justamente por ser um comportamento inerentemente masculino, a infidelidade feminina é descrita como ‘abominável’, imperdoável sob qualquer circunstância, nas palavras da maioria dos entrevistados, mesmo daqueles que disseram manter ou já ter mantido relações sexuais com outras mulheres que não suas companheiras.

As falas sugerem, assim, a utilização de normas de conduta distintas para avaliar a questão da (in) fidelidade: uma para o caso dos homens e outra para o caso das mulheres. Nas palavras dos entrevistados, o homem é emoção, a mulher é razão, o que justifica o fato de que os homens traíam mais. Para os entrevistados, a ocorrência de uma traição depende da circunstância que se coloca

mas, independente de qualquer outro fator, em circunstâncias semelhantes, a mulher é capaz de resistir muito mais, dada sua capacidade inata de ponderar, de se controlar.

ENTREVISTADORA: E quem trai mais o homem ou a mulher?

ARNALDO: Acho que homem. Bem mais.

ENTREVISTADORA: Mulher trai?

ARNALDO: Trai.

ENTREVISTADORA: O que é pior, o homem trair ou a mulher trair?

ARNALDO: Acho que mulher.

ENTREVISTADORA: É?

ARNALDO: É!

ENTREVISTADORA: O que tem na traição da mulher que você acha pior do que a do homem?

ARNALDO: Não, assim, são... Acho que... Porque o homem no tempo dos meus avôs já traía. O homem tem um jeito de trair mais a mulher não tem e tal. Sei lá, assim, eu acho que a mulher deve se dá mais valor.

ENTREVISTADORA: Mais valor? Como assim?

ARNALDO: Mais valor, assim, valor que eu digo é ser mais séria, entendeu?

(Arnaldo, unido, 26 anos)

No caso da traição masculina, além do que foi exposto acima, para a maioria dos entrevistados é a descoberta do ato, e não o ato em si, que caracterizaria a quebra do acordo de lealdade e confiança, justificando, por isso, o término da relação. Ou seja, prevalece, para a maioria dos entrevistados, a máxima “oque os olhos (femininos) não vêem, o coração não sente”.

ENTREVISTADORA: E me conta uma coisa, cê falou assim: “Ah, se o cara não tiver namorando ele pode ficar com quantas quiser”. E se tiver namorando?

FÉLIX: Aí tem que respeitar a namorada.

ENTREVISTADORA: É? Respeitar quer dizer que (...).

FÉLIX: Se for ficar faz uma coisa bem escondida pra ela não saber, entendeu?

ENTREVISTADORA: Entendi, entendi.

FÉLIX: Pra não magoar.

ENTREVISTADORA: Entendi. Respeitar não quer dizer necessariamente não ficar com outra?

FÉLIX: É. Se for ficar saber fazer pra ela não descobrir.

ENTREVISTADORA: E o contrario? A menina?

FÉLIX: Também. Se ela quiser trair, que eu acho assim, as mulheres é mais difícil de trair do que os homens.

ENTREVISTADORA: É por quê?

FÉLIX: Porque homem é mais safado.

ENTREVISTADORA: Homem é mais safado mesmo?

FÉLIX: Homem não consegue resistir tanto. Agora, se for fazer saber fazer, entendeu? Tem umas que conseguem resistir, outras não.

(Félix, 19 anos, casado)

Interessante mencionar que para todos os entrevistados que se encontravam em relacionamentos afetivo-sexuais estáveis, a necessidade da fidelidade masculina – entendida, para muitos deles como discricção e não como monogamia - quando muito está circunscrita ao casamento ou união. No namoro, por seu curso, sobretudo nas circunstâncias em que o sexo (ainda) não seja ‘permitido’, manter relações sexuais com outras mulheres é aceitável, justificável, uma vez que o desejo sexual do homem é quase incontrolável: ‘o homem precisa dar vazão aos seus hormônios’.

No que tange às diferenças em termos das práticas e contextos sexuais entre as duas coortes analisadas, mudanças ao longo do tempo, entre o que é e o que não é permitido foram notáveis nos discursos dos entrevistados. O discurso daqueles pertencentes à coorte que teve sua iniciação sexual após o surgimento do HIV/AIDS esteve marcado pela idealização de um passado – não vivido por eles - onde a virgindade tinha um valor em si, e onde o acesso ao sexo era muito mais difícil, sendo mais difícil também a conquista, o convencimento para tal. Nesse passado idealizado, a preocupação com doenças de transmissão sexual ou com o uso do preservativo eram dois fatores inexistentes, porque desnecessários.

Tal discurso teve seu contraponto nas falas dos membros da coorte que se iniciou sexualmente antes da aids surgir. Estes apresentaram a idealização do presente como o momento da liberdade sexual para homens e para mulheres, do acesso livre e fácil ao prazer, à informação e aos meios de prevenção contra gravidezes e infecções de transmissão sexual – o que não significa, sob a ótica desses entrevistados, que os jovens ‘de hoje’ necessariamente se protejam mais que os de ‘antigamente’, ou seja, o maior acesso não significa a continuidade entre o conhecimento, a atitude e a prática protetiva.

Essa visão de passado e presente e, mais que isso, as práticas sexuais adotadas pelos entrevistados desde sua primeira experiência, aliadas à exaltação relativamente recente da importância do uso do preservativo, podem ajudar a compreender as diferenças de adesão ao uso desse método, observadas entre as duas coortes aqui analisadas. As entrevistas revelam uma maior resistência – percebida e também real - em utilizar o preservativo, por parte dos entrevistados da coorte que se iniciou sexualmente antes do advento da aids.

No caso dessa coorte, parece ter exercido grande impacto sobre as práticas protetivas o fato dos entrevistados terem crescido, se iniciado e experimentado boa parte de sua vida sexual num contexto livre do risco de infecção pelo HIV e onde assuntos relacionados ao sexo eram verdadeiros tabus, proibidos mesmo nas rodas de amigos. Segundo a fala de alguns entrevistados, o próprio contexto político da época, marcado pela ditadura que determinava os assuntos que eram ou não permitidos, acabava por reforçar o caráter proibitivo desse tipo de tema.

Nesse contexto, a maior preocupação que emergia para os entrevistados da coorte que teve sua primeira transa antes do HIV surgir, à época da sua adolescência, era a ocorrência de uma gravidez indesejada. Segundo eles, esse medo era incutido e reforçado em casa, sobretudo pelo pai. Para eles, ter um filho na adolescência significaria assumir o papel de 'homem', ou seja, ter que se casar e constituir uma família não necessariamente com a companheira que se desejava ter. Adquirir uma infecção sexualmente transmissível, por outro lado, embora assustasse, não era considerada a maior preocupação, dado o contexto constituído por doenças curáveis e de tratamento mais simples, proporcionado diretamente nas farmácias, ou a partir de receitas que circulavam livremente entre os amigos. A esse respeito, interessante mencionar que, segundo alguns entrevistados, era recorrente a idéia de que ter tido uma IST, em muitos meios, era visto como um selo de qualidade, uma garantia do caráter de 'macho' de quem a adquiria.

Para os entrevistados da coorte que teve sua iniciação sexual antes do surgimento da aids, o preservativo não fazia parte, à época de sua iniciação, do rol de possibilidades e preocupações. Seu uso estava circunscrito, quando muito, às práticas sexuais com profissionais do sexo, ainda assim de forma muito marginal. Tal fato é explicitado na fala de alguns entrevistados dessa coorte, que utilizam como justificativa para sua não adesão ao uso atual do preservativo a dificuldade em mudar um hábito tão agradável e 'prazeroso', adquirido desde sua adolescência: o de ter o contato direto no momento do sexo, sem 'barreiras' que interfiram nas sensações.

ENTREVISTADORA: Cê acha que informação faz diferença pro comportamento?

PEDRO: Faz! Faz! Uma coisa é você fazer o que não sei e outra coisa é fazer sabendo o que ta fazendo, então cê ta assumindo o erro. Outra coisa; saber como prevenir é importante, isso é muito importante ter esses cuidados. Agora, eu venho de uma geração que iniciou a vida sexual, que curtiu sexo sem preservativo, é diferente da geração de hoje. Então, por exemplo, quando eu transo com pessoas da minha idade, camisinha ninguém nem fala né, até pelo problema da penetração, alguma coisa assim, não se fala. Mas, por exemplo, se eu transar com um cara de 19, 20 anos, automaticamente ele pede preservativo.

ENTREVISTADORA: Sem camisinha...

PEDRO: Ele não transa, ele não transa. Porque eles começaram a vida sexual com preservativo, alguns até se masturbam, masturbações com preservativo. Aquela masturbação inicial de adolescente, eles começam tudo com camisinha. Então eles acostumaram a ter a sensibilidade com a borracha, diferente da minha geração. Minha geração era quentinho, molhadinho, a vagina, aquela coisinha molhadinha, úmida né.

ENTREVISTADORA: Então faz diferença?

PEDRO: Faz diferença e muita. Quem experimentou sem preservativo, que foi da minha geração, pega uma vagina úmida, quentinha, pra pegar um plástico no meio é muito diferente.

(Pedro, 45 anos, separado)

É assim que, embora no nível do discurso, a premência do uso do preservativo seja defendida com unanimidade por essa coorte, na prática, todos os entrevistados admitem tê-lo utilizado somente em ocasiões bastante eventuais, demonstrando não ser esse um hábito consistente, independente do tipo de vínculo com a parceira. Para essa coorte, 'conhecer' a parceira, ter informações – ainda que superficiais e corriqueiras – sobre seu 'passado amoroso', são fatores suficientes para autorizar uma transa desprotegida.

Ponto levantado por apenas um entrevistado, mas que merece ser destacado, é o efeito que a idade exerce sobre a 'aptidão' para o uso do preservativo. Para esse entrevistado, os efeitos 'biológicos' da idade, como a dificuldade em manter uma ereção, foram utilizados como justificativa para o sexo sem proteção. Aqui, a principal preocupação pareceu ser, de fato, o não prejuízo ao desempenho sexual, visto como uma 'obrigação' do homem.

PEDRO: Às vezes, nem sempre, ou se eu estou muito excitado, aí coloco.

ENTREVISTADORA: Por quê? O quê que fica diferente?

PEDRO: Fica porque depois dos 40 não é mais a mesma coisa não, não é.

ENTREVISTADORA: Entendi.

PEDRO: A sensibilidade, a ereção não é mais a mesma, uma vez ou outra quando ta muito excitado [**]. Não é mais a mesma. Tem até um sentido isso né? Então assim, antigamente dava quatro cinco na noite tranqüilo, sem estresse, hoje, duas. Mais assim, não é aquela ereção 100% [**]. A primeira tudo bem mais a segunda. Então às vezes cê não ta com aquele pique todo não, e a coisa já não ta muito ereção total e cê bota um preservativo pra fazer uma penetração anal e não vai.

ENTREVISTADORA: Não vai?

PEDRO: Não vai.

ENTREVISTADORA: Aí enquanto a ereção não ta 100% vai sem?

PEDRO: Não vai. Se cê tiver sem camisinha não entra.

ENTREVISTADORA: Ah, se tiver sem camisinha!

PEDRO: Se tiver de camisinha não entra.

ENTREVISTADORA: Aí nesse caso (...).

PEDRO: Broxa, não penetra, fica mole, vai pra todo lado menos pra onde tem que entrar. Mesmo se excitando pra não cair, mesmo assim não funciona.

ENTREVISTADORA: Aí vai sem ou fica na masturbação?

PEDRO: Aí depende, depende. Realmente aí eu vou sem preservativo pra não dar o gosto né, (risos).

(Pedro, 45 anos, separado)

Já entre os entrevistados que tiveram sua iniciação sexual após o surgimento do HIV/AIDS, a aceitação e adesão ao uso do preservativo é claramente maior e se dá de forma mais tranquila, sendo a associação de tal uso com o risco de infecção explícita em seus discursos. Para esses entrevistados, o preservativo faz parte do *kit* básico cotidiano e seu uso aparece acima de qualquer possibilidade

de negociação, no caso das relações sexuais com mulheres que não sejam suas namoradas, esposas ou companheiras.

LENINE: [...] Eu não sei, porque essa geração que teve adolescência que viveu o começo da AIDS, eles tem um preocupação da porra em usar camisinha. Os mais velhos que estão excluídos desse círculo, 45, 50 anos, eles acham que a vida dele ta acabada, eles tem uma resistência maior. Eles acham que chega pros outros e não pra mim.

ENTREVISTADORA: Você acha que pros mais velhos isso é mais forte?

LENINE: É mais forte. Agora, essa geração, meus amigos, que tem 30, 20 anos, que viveram esse tempo, essa agonia... Porque hoje não tem mais a propaganda tão extensiva da AIDS. Até quando eu era pequeno, na década de 90, tinha um medo da bichinha. Era um terror. Achava que se tocasse no outro, pegava. Porque se reclama do preconceito, mas o preconceito, em certa medida, um discurso que os médicos criaram. Vamos criar um medo, para as pessoas usarem camisinha. Aí o medo ficou maior. Aí, essas pessoas tem muit medo. Inclusive porque muitos perderam o medo com AIDS.

(Lenine, 21 anos, solteiro)

Avaliando as percepções acerca do preservativo e da prevenção contra doenças de transmissão sexual, para os entrevistados da coorte que experimentou sua primeira transa após o surgimento da aids, fica latente o impacto positivo exercido pelas inúmeras campanhas preventivas e informativas divulgadas pela mídia – ressaltando, quase sempre, imagens e comportamentos mais típicos do público jovem – e pela inserção dessa temática no currículo das escolas. As falas dos entrevistados dessa coorte revelam que embora em nenhum âmbito questões práticas, atinentes à forma correta do uso do preservativo, sejam abordadas – ‘aprende-se a usar, usando’ - tanto a televisão quanto as escolas exercem importante papel informativo sobre o HIV, suas formas de transmissão e de prevenção. Já para a outra coorte em análise – aquela que experimentou a primeira transa antes da descoberta da aids - o impacto da mídia foi também mencionado, porém sem tanta ênfase. Além dessa, foi citado como fonte de informação, em casos específicos, o próprio local de trabalho e alguns informativos recebidos nos serviços de saúde.

A despeito das diferenças observadas entre os entrevistados, chama a atenção o fato de que, independente da sua coorte ou do tipo de vínculo que mantenham com suas parceiras atuais, está latente em suas falas a contraposição entre segurança e risco, aqui representadas pelo sexo com mulheres ‘conhecidas’ e ‘desconhecidas’. Assim, se por um lado, todos declararam, em vários momentos, considerar imprescindível o uso do preservativo como forma de prevenção contra IST/HIV/AIDS em relações extraconjugais com mulheres ‘desconhecidas’, por outro lado, foi unânime também a opinião de que nas relações afetivo-sexuais estáveis, o uso do preservativo é não

somente dispensável, como recriminável, salvo se sua finalidade for contraceptiva e, ainda assim, na impossibilidade de adoção de qualquer outro método mais 'confortável'.

Cabe aqui ressaltar que embora o 'conhecer' a parceira tenha demonstrado um grande peso no discurso dos entrevistados, seu sentido apresenta-se bastante ambíguo, relativo e superficial. Não guarda, necessariamente, equivalência com o tempo de relação ou com a frequência do contato. Isso é especialmente verdadeiro para os homens da coorte que iniciou a vida sexual antes do surgimento da aids.

VASCO: Olhe. Veja bem, é como eu digo a você, na maioria das vezes, na maioria dos relacionamentos que aconteceu comigo, a maioria deles eram pessoas conhecidas, veja bem. Quer dizer, entre aspas, eu poderia ver aquela pessoa de um jeito e aquela pessoa ser outro né, então quer dizer, eu já ia com aquela confiança. Outra coisa, a maioria dos meus relacionamentos, por incrível que pareça, era mulher que tinha homem.

ENTREVISTADORA: Casada?

VASCO: Casada.

ENTREVISTADORA: Entendi.

VASCO: Quer dizer, eu ainda ia com mais confiança nela, mais tinha hora que eu parava: "E o marido dela?". Ta entendendo como é que é?

ENTREVISTADORA: E aí?

VASCO: Bom, mais naquela dúvida eu ia mais na confiança.

ENTREVISTADORA: Sem nada?

VASCO: Na confiança. E às vezes também pensava: "Será que eu sou o eterno? Sou o melhor? Será que do jeito que ela faz comigo ela não tem um outro?".

ENTREVISTADORA: Entendi.

VASCO: Quer dizer, todas essas possibilidades havia, mais bem, aí eu confiava. Sempre e graças a Deus até agora confiei e nunca tive nenhuma doença. Graças a Deus! Nenhuma doença venérea. Às vezes até conversava com amigos que às vezes dizia a mim: "O camarada aqui nunca pegou nenhuma doença venérea". Ele não pode até dizer que "usava até essa palavra".

(Vasco, unido, 57 anos)

Sobretudo no contexto das relações afetivo-sexuais estáveis, o fato da parceira estar utilizando algum outro método contraceptivo apareceu como justificativa suficiente para o não uso do preservativo. Isso pôde ser observado em ambas as coortes, reafirmando, assim, o argumento de que nesse tipo de relação a principal – senão, a única - função do preservativo é, ainda, a prevenção contra gravidezes indesejadas. Essa associação, dentre outras coisas, pareceu significar, em certas ocasiões, rigor menor com relação ao momento de se colocar a camisinha: eventualmente era permitido ter práticas sexuais sem a mesma, desde que se adotassem estratégias outras que evitassem a gravidez.

Corroborando o que vem sendo sugerido por outros estudos, o discurso dos entrevistados confirma, dessa maneira, a velha idéia de que nas relações estáveis não há lugar para questionamentos acerca da fidelidade da parceira, que é tomada como a melhor proteção existente, a mais confiável. Nesse tipo de relação, sugerir o uso do preservativo seria abrir espaço para a dúvida, para questionamentos e desconfiças com relação à saúde e ao comportamento - do homem, nunca da mulher. O risco inerente ao não uso do preservativo estaria, assim, inserido no amplo universo dos riscos aceitáveis e perdoáveis, que decorrem do ato de amar. A sensação de imunidade que emerge da confiança na parceira, em sua fidelidade, funcionaria como uma redoma de vidro, protegendo os entrevistados de qualquer risco.

ENTREVISTADORA: Você me falou que antes essa coisa de camisinha não pegava muito, não existia na verdade, né? Que isso começou mais ou menos na década de 80, de lá pra cá e tal. E de lá pra cá, como é que tem sido a sua relação com a camisinha? Você tem algum problema em usar a camisinha?

NILSON: ... Atualmente, sim! Atualmente não tá dando certo, eu tenho a parceira certa, né, e a minha esposa. Mas eu acho que pra usar o preservativo agora eu acho que não seria tão diferente não, né.

ENTREVISTADORA: Te incomodava? Mudava o seu prazer estar usando ou não camisinha?

NILSON: Eu mesmo, se for pra optar, eu prefiro estar sem a camisinha!

ENTREVISTADORA: Porque? O que tem na camisinha que...

NILSON: Eu acho que tem mais prazer sem ela! Eu acho né.

ENTREVISTADORA: Porque tem gente que fala que transar com camisinha é chupar bala com papel...

NILSON: É... mas no meu caso, vamos dizer assim, como eu falei pra você que eu tenho plena confiança nessa pessoa né, e que... eu não vejo outra justificativa pra não ficar à vontade, né.

(NILSON, casado, 49 anos)

A negociação do uso do preservativo, caso se fizesse necessária, não seria difícil, segundo os entrevistados, a depender de quem propusesse o uso e do motivo alegado para a proposição. De toda forma, não há dúvidas para os entrevistados de ambas as coortes: sendo a parceira a sugerir a adesão ao uso do preservativo, desconfiça em relação à sua fidelidade não seria sequer suscitada. Essa máxima é válida mesmo para o caso dos homens que declararam ter relações com outras mulheres que não suas parceiras estáveis.

A desconfiça em relação à conduta do parceiro, por outro lado, foi apontada pela maioria dos entrevistados, independente de sua idade, como motivação para o pedido do uso do preservativo, esteja esse pedido partindo da parceira ou dele próprio. O medo de levantar tal suspeita

foi apontado por alguns deles como uma justificativa suficiente para eliminar a possibilidade de uso do preservativo com a parceira estável, salvo nos casos em que o uso de tal método possa ser justificado por sua finalidade contraceptiva.

Parece perpassar a maioria das entrevistas a idéia de que o homem é um ser irracional, impulsivo por excelência e relapso quando o assunto é o cuidado com o próprio corpo. Tais características teriam, segundo sugerem as falas dos entrevistados, implicações diretas na hora de decidir por usar ou não o preservativo em relações com desconhecidas – já que é unânime a idéia de que nas relações estáveis/com conhecidas tal uso é dispensável.

Para os entrevistados pertencentes à coorte que experimentou sua primeira transa antes do surgimento da aids, tal impulsividade e irracionalidade masculinas contribuiriam para a pouca convicção com relação à adoção do preservativo nesse tipo de relação. Na fala desses entrevistados e, em alguma medida, na fala de alguns entrevistados da outra coorte, aparece reforçada a idéia de que o cuidado com o corpo na hora da relação cabe sobretudo à mulher que, por instinto maternal ou por criação, já está habituada ao papel de 'cuidadora'. Além disso, segundo argumentaram alguns entrevistados, em especial aqueles que tiveram sua iniciação sexual antes do advendo da aids, a responsabilização da mulher pela prevenção é perfeitamente justificável, tendo em vista que ela, sim, está sujeita ao risco de uma gravidez indesejada ou não planejada.

ENTREVISTADORA: Quem que o Senhor acha que adere melhor o uso da camisinha, homem ou mulher? Que aceita melhor usar?

JACSON: Acho a mulher.

ENTREVISTADORA: A mulher?

JACSON: Aceita mais a idéia. Parece instinto de sobrevivência da mulher. O homem é meio suicida.

ENTREVISTADORA: É mesmo? Não liga muito?

JACSON: Ou suicida e meio.

ENTREVISTADORA: É?

JACSON: A mulher é mais... A mulher quando (...).

ENTREVISTADORA: Como assim? Homem não se preocupa então?

JACSON: A mulher quando ela não vem usar... ter relações com alguém que não usa camisinha, ela sai induzida ou equivocada. Mais ela é muito mais precavida e cuidadosa do que o homem. O homem é um suicida natural.

ENTREVISTADORA: Entendi. Isso não mudou ao longo do tempo? Da sua juventude até o dia de hoje.

JACSON: Não muito. Embora haja esclarecimento, essa coisa toda, continua ainda meio suicida. Assim, de satisfazer seus instintos sem medir conseqüências né.

(Jacson, 51 anos, casado)

O que parece sustentar esse discurso é a opinião de que os filhos são da mãe, não do pai, e que, especialmente no caso de gravidezes fora de uma relação estável, a 'culpa' do ocorrido e também a responsabilidade por arcar com as consequências são integralmente da mulher, que deveria ter assumido com maior responsabilidade o cuidado no momento da relação sexual, não permitindo assim que a situação acontecesse. Nesse sentido, mesmo aqueles entrevistados que sugeriram não ter na virgindade um valor máximo, algo a ser preservado até o momento do casamento, concordam, em sua maioria, com o fato de que a mulher deve se 'preservar', se guardar, não se entregando a 'qualquer um', sob pena de ser taxada de fácil, vadia, dentre outros e ter que arcar com o ônus de uma gravidez indesejada.

VASCO: [...]Veja bem, eu não concordo não, concordo não. Não concordo que a mulher tenha que ser virgem apesar da necessidade, ainda mais o homem, o homem quando é novinho, virgem; ah, vai tirar o [queijo?!]! Vai tirar o [queijo?]. Não sei o que. E porque a mulher não? Veja bem, não é que a mulher não tem o direito não, mulher é uma coisa diferente, tem outra preocupação. O homem, a única coisa que o homem pode arrumar indo lá fora, veja bem o que eu quero dizer a você, é uma doença. A mulher, além da doença pode arrumar um bucho, entendeu? Uma gravidez de uma pessoa que ela não quer e nem uma pessoa que vá assumir. E aí?

(Vasco, 57 anos, unido)

A despeito desse discurso que responsabiliza a mulher pela prevenção, o fato é que para a maioria dos entrevistados de ambas as coortes a preocupação com uma gravidez não planejada aparece como algo premente em todas as relações sexuais, sobretudo naquelas que ocorrem fora de um relacionamento estável. Essa preocupação aparece de forma muito mais iminente e real do que o medo de contrair uma IST, em especial o HIV, visto como algo totalmente abstrato e distante da realidade da maioria dos entrevistados, que sequer têm ou tiveram algum tipo de contato com pessoas infectadas.

Não quer isso dizer que o medo de se infectar não tenha sido mencionado pelos entrevistados. Pelo contrário, essa menção ocorreu, porém com menor ênfase do que a menção à prevenção de uma gravidez, e especialmente circunscrita aos membros da coorte que se iniciou sexualmente após o surgimento da aids. Essa coorte declarou de fato utilizar o preservativo em relações sexuais com 'desconhecidas', em contraposição à outra coorte que, embora tendo mencionado o medo da infecção, admitiu que, na prática não lança mão do preservativo nesse mesmo tipo de relação – nos casos em que ela ocorre.

No que tange às opiniões sobre o preservativo, foi bastante recorrente a sugestão de que sexo sem o preservativo é melhor e mais prazeroso, tanto para a mulher quanto – e sobretudo – para

o homem. Interessante destacar que essa opinião foi mais recorrente entre os entrevistados que iniciaram sua vida sexual antes do surgimento do HIV, portanto, em um contexto onde o uso do preservativo era menos difundido e recomendado.

No caso da coorte dos que iniciaram sua vida sexual após o surgimento do HIV, em especial daqueles que nunca tiveram um relacionamento afetivo-sexual mais duradouro, chama a atenção a maior aceitação ao uso do preservativo em todas as relações e as percepções menos negativas a respeito de seu uso. Essa maior aceitação parece guardar relação com o fato de que alguns deles sequer tiveram experiência sexual sem o preservativo, não tendo, por isso, um parâmetro real para comparação.

Analisando as falas dos entrevistados, é possível dividir os argumentos apresentados contrários ao preservativo em dois tipos: de um lado aqueles que destacam a pouca praticidade do uso, sobretudo quando se deseja uma maior 'variação' na hora da transa; de outro aqueles que destacam a perda de sensibilidade e prazer, provocadas pela existência de um 'anteparo' que impede o contato direto do pênis e da vagina. No primeiro caso, a necessidade de trocar de preservativo a cada nova 'experimentação' sexual e o maior cuidado que deve ser tomado para que o preservativo não se rompa e para que não haja vazamento do esperma, acabariam, segundo os entrevistados, por não somente tornar mais cara a adoção do sexo protegido como também limitar a liberdade do casal.

LENINE: Não, não. A sensação é no... Não é a sensação, é a praticidade de fazer coisas diferentes. De parar, e não sei o quê. Você ta fazendo sexo oral, e você vai colocar uma camisinha de morango, porque tem menina que não gosta do sabor, ou até uma normal. Vai fazer vaginal, tem que colocar uma outra. Vai anal, três camisinhas. Quer voltar o sexo oral, 4.

ENTREVISTADORA: Entendi, é mais a praticidade do que a sensação.

LENINE: Exatamente.

(Lenine, 21 anos, solteiro)

No segundo caso, a falta do contato 'pele com pele' e a redução da sensação de plenitude que o momento do orgasmo nessas condições proporciona justificariam a preferência pelo sexo sem preservativo.

VASCO: Exatamente! De repente, se ela não tinha preocupação com nada, pronto. O mais gostoso do relacionamento é a pessoa, é na hora de gozar dentro, se junta, abraçado, não se soltar de jeito nenhum. Na hora você joga fora, eu acho que é até prejudicial. Se você analisar direitinho é até prejudicial.

ENTREVISTADORA: O que? Não gozar dentro?

VASCO: É. Exatamente! Eu acho que interrompe. Aquela ejaculação não sai normal não.

ENTREVISTADORA: É? Senhor acha que pode fazer mal pro organismo?

VASCO: Com certeza! Eu acho que faz.

ENTREVISTADORA: O Senhor se sente mal quando isso acontece, de não poder (...).

VASCO: É. Não vou dizer que não me sinto bem, que a pessoa se realiza, mais não é igual quando você deixa concluir.

ENTREVISTADORA: E quando usa camisinha como é que é?

VASCO: Eu acho um negócio muito estranho. Muito estranho.

(Vasco, 57 anos, unido)

ENTREVISTADORA: Tem gente que fala que transar com camisinha é igual chupar bala com papel.

ARNALDO: É horrível.

ENTREVISTADORA: Cê acha ruim?

ARNALDO: Terrível.

ENTREVISTADORA: Incomoda?

ARNALDO: Acho que não é tanto incomodar, acho que porque não é a mesma. Sem camisinha né, a gente sente melhor, a transa é bem melhor.

ENTREVISTADORA: Sem camisinha é melhor?

ARNALDO: É melhor.

ENTREVISTADORA: O prazer é maior?

ARNALDO: É mais. Acho que com a camisinha você perde 30% do seu prazer numa transa ou até mais.

ENTREVISTADORA: Será que é por isso que tem gente que não gosta de usar ou é falta de hábito, por exemplo?

ARNALDO: Com certeza. Eu acho que é por isso, com certeza.

(ARNALDO, unido, 26 anos)

ENTREVISTADORA: E você, tem alguma coisa contra a camisinha?

HENRIQUE: Eu acho uma merda!

ENTREVISTADORA: É? Incomoda, atrapalha?

HENRIQUE: Atrapalha.

ENTREVISTADORA: Qual que é o maior incômodo da camisinha, assim, pra você?

HENRIQUE: A sensibilidade que ela tira né.

ENTREVISTADORA: Tira? Você acha que da menos prazer com camisinha?

HENRIQUE: Dá. É diferente, é muito estranho.

(Henrique, solteiro, 27 anos)

Por fim, como resultado de todo o discurso generificado dos entrevistados de ambas as coortes, há de se pensar na maneira como, num contexto mais amplo, suas práticas sexuais que, em alguma medida, são resultantes desse discurso, implicam em diferentes níveis de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. Isso levando em conta que a adoção ou não do preservativo nas relações sexuais é fruto da auto-percepção de risco individual, a qual se conforma, dentre outras coisas, à maneira como os

entrevistados percebem suas ações, seus posicionamentos, e avaliam as possibilidades de papéis possíveis para suas parceiras.

A esse respeito, chama a atenção o fato de que quando perguntados sobre sua auto-percepção de risco à infecção pelo HIV/AIDS, todos os entrevistados reportaram níveis de risco inexistentes ou bastante baixos – nesse último caso, nunca em virtude de seu comportamento sexual ou, menos ainda, de sua parceira estável. Isso pôde ser observado independente da situação conjugal ou do fato do entrevistado manter ou não relações sexuais sem o uso do preservativo, dentro e fora de um relacionamento estável.

Ou seja, mesmo aqueles entrevistados que mantinham práticas sexuais que lhes incutiam algum nível de risco de contrair o HIV/AIDS não percebiam suas práticas como práticas de risco. Tal fato reitera, novamente, o peso que a confiança na parceira - em boa medida gerada pelo imaginário da mulher fiel e submissa - e a estabilidade da relação, de um lado, e a falta do hábito de utilizar o preservativo, de outro, gerem para os indivíduos níveis de vulnerabilidade mais elevados do que eles se mostram capazes de perceber.

Reitera-se, aqui, o fato de que os comportamentos dos entrevistados que poderiam ser tomados como sendo de risco, quando ocorriam, não se deviam à falta de informação sobre as formas de infecção ou sobre a importância do preservativo, mas sim à dificuldade destes os perceberem dentro do rol de comportamentos que poderiam aumentar sua vulnerabilidade individual.

Considerações finais

Em suma, o que parece prevalecer ao longo do discurso dos entrevistados de ambas as coortes é a noção de que o HIV constitui um risco real para as práticas sexuais, porém não para aquelas por eles realizadas. Ou seja, o HIV/AIDS segue sendo percebido como uma infecção 'do outro', e de um outro distante, diferente de mim. Esse discurso foi marcadamente relevante para os entrevistados da coorte que experimentou sua primeira transa num contexto livre dessa infecção.

As falas dos entrevistados dessa coorte, avaliadas em contraposição àquelas da coorte que teve sua iniciação sexual antes da aids, sugerem ser esse um evento importante para demarcar experiências e para definir comportamentos sexuais e protetivos futuros, pelo menos no caso do grupo analisado. Tal fato reforça a importância do contexto sociocultural no qual se dá a iniciação sexual, enquanto contexto passível de favorecer a adoção de práticas sexuais protegidas, contribuindo assim para a redução da vulnerabilidade de homens e mulheres à infecção.

No que tange aos papéis e relações de gênero, as falas apontam para mudanças importantes nas percepções, atitudes e comportamentos dos entrevistados. A comparação entre os discursos das

duas coortes analisadas vem indicar a influência do contexto social, político e cultural sobre essas percepções, atitudes e comportamentos, novamente reforçando o efeito potencial do contexto mais amplo sobre a formação dos indivíduos, sobre sua forma de perceber o mundo e se posicionar diante dele e, conseqüentemente, alterar sua vida, no sentido de minimizar situações vulnerabilizantes que dependam de seu comportamento.

Enfim, os resultados aqui apresentados vêm, mais uma vez, sugerir a inadequação de modelos analíticos pautados na tomada de decisão enquanto fruto da sequência informação-atitude-prática protetiva. Esses resultados vêm demonstrar que, embora a opção por adotar ou não o uso do preservativo se dê, na maioria dos casos, no nível individual, essa opção está longe de ser solitária. Isso na medida em que existe um longo processo cognitivo a ser percorrido até que o indivíduo tome sua decisão, processo esse influenciado por um contexto social, político, cultural e econômico mais amplo, dentro do qual os papéis e relações de gênero constituem apenas um dos vários elementos existentes.

Referências bibliográficas

ACSELRAD, H. Vulnerabilidade ambiental, processos e relações. **Comunicação ao II Encontro Nacional de Produtores e Usuários de Informações Sociais, Econômicas e Territoriais**, FIBGE, Rio de Janeiro, 24/08/2006. (disponível em <http://www.justicaambiental.org.br/projetos/clientes/noar/noar/UserFiles/17/File/VulnerabilidadeAmbProcRelAcselrad.pdf>. Consulta em 30/07/2007).

ALWANG, J.; SIEGEL, P.B.; JORGENSEN, S.L.. Vulnerability as viewed from different disciplines. **Internacional Symposium Sustining Food Security and managing Natural Resources in Southeast Asia – Challenges for the 21st Century – January 8-11, 2002 at Chiang Mai, Thailand.** (disponível em www.worldbank.org).

AYRES, J. R. de C. M.; FRANÇA JR., I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. IN: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (orgs.) **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 49-72.

BARBOSA, L.M. A dinâmica da epidemia de aids nas regiões Nordeste e Sudeste. **Anais do XIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, ABEP, Ouro Preto – Minas Gerais – Brasil, de 04 a 08 de Novembro de 2002.

BARBOSA, L.M. **Perfis de vulnerabilidade ao risco de contrair o HIV nas regiões Nordeste e Sudeste brasileiras:** aspectos individuais e da comunidade. Tese (doutorado em Demografia) Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG, 2001. 158 páginas.

BARBOSA, R. M.; VILLELA, W. V. A trajetória feminina da aids. IN: **PARKER, R.; GALVÃO, J.** (orgs.). **Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996. p. 17-32.

BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S.; PARKER, R. Introdução. IN: PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. (org.). **A AIDS no Brasil** (1982-1992). Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994 (História Social da AIDS, nº2). P. 13-58.

BASTOS, F. I. **A feminização da epidemia de aids no Brasil**: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Coleção ABIA, Saúde sexual e reprodutiva, nº.3, 2001. Rio de Janeiro: ABIA. 27p.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, Rio de Janeiro, 2000. p. 65-76.

BRASIL. Ministério da Saúde/CN-DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico-Aids**, Brasília, ano III nº1 – 1ª a 26ª semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2006.

BRITO, M. N. C. Gênero e cidadania: referenciais analíticos. **Estudos Feministas**, vol. 9, nº. 1, 2001. p. 291-298.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. IN: POPE, C.; MAYS, N. (orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.21-29.

CUNHA, J. V. Q. **Vulnerabilidade, gênero e HIV: um estudo sobre mulheres e homens heterossexuais, Brasil, 1998**. (Tese de doutorado) Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG, 2006. 157 p.

DINIZ, S. G. **Gênero e prevenção das DST/AIDS**. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. [s.d] [s.l].

FINKLER, L.; BRAGA, P.; GOMES, W. B. Percepções de casais heterossexuais em relação à suscetibilidade de infecção por HIV/AIDS. **Interação em psicologia**, v. 8, n. 1, 2004. p. 113-122.

FISHER, B. The essence of a life: life histories as a method for generating images of successful aging. **Teaching Sociology**, v. 19, nº.1, 1991. pp. 21-27. (disponível em <http://links.jstor.org/sici?sici=0092-055X%28199101%2919%3A1%3C21%3ATEOALL%3E2.0.CO%3B2-Z>).

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa** / Tradução Sandra Netz. Porto Alegre: Bookman, 2004. 2. ed. 312 páginas. (3-A construção e a compreensão de textos – 45-53; 5-Questões de pesquisa – 63-68; 6-Entrando no campo – 69-75; 8-Entrevistas semi-estruturadas: 89-108; 14-Documentação de dados: 179-187.).

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Record, 1997. 107 páginas.

GUERRIERO, I.; AYRES, J. R. C. M.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, São Paulo, 2002.

GUIMARÃES, C. D. Mulheres, homens e AIDS: o visível e o invisível. IN: PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. (org.). **A AIDS no Brasil** (1982-1992). Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994 (História Social da AIDS, nº2). P. 217-230.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2005. x ed.

HUDDY, L. et al. The effect of interviewer gender on the survey response. **Political Behavior**, v. 19, n. 3, 1997. p. 197-220.

KANE, E. W. MACAULAY, L.J. Interviewer gender and gender attitudes. **The public opinion quarterly**, v. 57, n. 1, 1993. p. 1-28.

LACERDA, M. A. Adolescentes falando “daquilo”: um estudo qualitativo das fontes de informação sobre sexualidade e saúde reprodutiva em duas escolas municipais de Betim, MG. **Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP**, realizado em Caxambu – MG – Brasil, de 20-24 de Setembro de 2004.

LAPLANTINE, F. **Aprender Antropologia** / François Laplantine: Tradução Marie-Agnes Chauvel: prefácio Maria Isaura Pereira Queiroz – São Paulo: Brasiliense, 2000. 205 páginas.

LEITE, I. C.; RODRIGUES, R.N.; FONSECA, M. C. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):474-481, mar- abr, 2004

LOPES, F. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo**: um estudo sobre suas vulnerabilidades. Tese (doutorado em Saúde Pública) São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/UFSP. 2003. 175 páginas.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. (Eds.). AIDS in the world. Cambridge: Harvard University Press, 1992. 1037 páginas.

MOTA, M. P. Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos de aids. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 1. Rio de Janeiro, 1998. p. 145-155.

PAIVA, V. et al. A vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero? Tradução de **Cuadernos Mujer e Salud, 3, 1998**, Red de salud de lãs mujeres latino americanas y Del Caribe. p. 34-38.

PARKER, R. **A construção da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994. Parte I: A construção Social da AIDS no Brasil. p. 23-50. 141 páginas.

PARKER, R. **A construção da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994. Capítulo 7: Diversidade Sexual, Análise Cultural e Prevenção da AIDS. p. 117-132. 141 páginas.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. IN: POPE, C.; MAYS, N. (orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 11-19.

POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. Analisando dados qualitativos. IN: POPE, C.; MAYS, N. (orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.87-99.

PRADO, S. D. O curso da vida, o envelhecimento humano e o futuro. **Textos sobre envelhecimento**, v. 4, nº. 8. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

SANTOS, C. O.; IRIART, J.A.B. Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(12):2896-2905, dez, 2007.

SILVA, C. G. M. de. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. **Revista de Saúde Pública**, 36 (4). São Paulo, Agosto 2002.

VIGNOLI, J. R. **Vulnerabilidad demográfica: una faceta de las desventajas sociales**. CEPAL – Serie Población y desarrollo, nº. 5. Santiago de Chile, 2000.

WEISS, R. S. **Learning from strangers: the art and method of qualitative interview studies**. EUA: The Free Press, 1994. 246 páginas.

“É igual chupar bala com papel”: a vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids e o uso de camisinha em Belo Horizonte e Recife¹

Paula Miranda-Ribeiro
Andréa Branco Simão
Marisa Alves Lacerda
Maria Eponina de Abreu e Torres

1 Introdução

Desde a descoberta dos primeiros casos de HIV/Aids no Brasil, várias foram as mudanças na dinâmica e no perfil da epidemia. Dentre elas destaca-se o aumento drástico do número de casos entre as mulheres, com a razão de sexo dos casos tendo passado de 15,1 para 1,5 homens para cada mulher, no período compreendido entre os anos de 1986 e 2005. Para a população feminina, as taxas de incidência (por 100.000 habitantes) passaram de 0,1 em 1986, para 9,1 em 1996 e 14,0 em 2006 (Brasil, 2007).

Observando a distribuição do HIV/Aids segundo outras características, percebe-se que no Brasil, assim como em outros lugares do mundo onde as desigualdades sociais são marcantes, esta epidemia vem atingindo de forma cada vez mais intensa os grupos socioeconômicos menos privilegiados, tendo, também, se espalhado ao longo do território nacional, ao mesmo tempo em que diminuiu a incidência nos estados mais desenvolvidos socioeconomicamente (Barbosa, 2001; Brasil, 2004; Brasil, 2007). Especificamente para os dois estados onde se localizam os municípios estudados, entre 1996 e 2005 observa-se o aumento das taxas de incidência em Pernambuco (de 7,6 para 10,4) e sua diminuição em Minas Gerais (de 10,0 para 8,2).

O uso da camisinha (masculina ou feminina) é a única maneira eficaz de prevenção das DST's. No entanto, seu uso nem sempre está relacionado à prevenção de doenças e infecções, mas sim à contracepção (Fernandes et al, 2000). Com isso, a vulnerabilidade das mulheres ao

¹ Projeto financiado pelo Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS, CVS 319/06.

HIV/Aids torna-se ainda maior entre as usuárias de outros métodos contraceptivos. O objetivo deste artigo é entender a vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids, com foco no uso de camisinha, na perspectiva de mulheres residentes em Belo Horizonte e Recife. Os dados são oriundos de 83 entrevistas em profundidade conduzidas entre outubro e dezembro de 2007, com mulheres de 18 a 59 anos, nos dois municípios. Os resultados apontam para cinco razões para o não uso de camisinha: gravidez, uso de outro método contraceptivo, confiança no parceiro, desigualdade nas relações de gênero e o fato de muitas mulheres não gostarem de usar camisinha – “é igual chupa bala com papel”.

O artigo está organizado em seis partes. Após esta introdução, discute-se a vulnerabilidade ao HIV/Aids e o uso de camisinha. Em seguida, são apresentados os dados e a metodologia utilizada. Na parte 5 estão os resultados e uma discussão sobre eles e, finalmente, a parte 6 traz alguns comentários finais.

2 A vulnerabilidade ao HIV/Aids

Estudos recentes mostram que, ao entrar em sua terceira década, a epidemia de HIV já atingiu a vida de milhões de pessoas ao redor do mundo e afetou a estrutura social, econômica e familiar de inúmeros países. Segundo o *Aids Epidemic Update* (UNAIDS/WHO; 2007), estima-se que no mundo todo, em 2007, havia mais de 33 milhões de pessoas vivendo com HIV e, a cada dia, mais de 6.800 pessoas se infectam com o vírus e cerca de 5.700 morrem de AIDS, principalmente por causa do acesso inadequado a prevenção e aos serviços de tratamento. Na América Latina, 1/3 da população vivendo com HIV reside no Brasil, onde, em 2005, de acordo com estimativas, havia cerca de 620.000 portadores do vírus. Diante deste cenário, é possível dizer que o HIV permanece como um dos maiores desafios para a saúde pública e motivo de grandes preocupações.

Embora a incidência desta epidemia venha mostrando sinais de estabilização quando a análise é feita para a população como um todo, o mesmo não acontece quando grupos específicos são considerados. Na realidade, os resultados de diversos estudos têm mostrado uma estreita correlação entre indicadores socioeconômicos desfavoráveis e o aumento da incidência desta epidemia. Esta vem se elevando entre indivíduos de baixa escolaridade e nível de renda, residentes em áreas geográficas com baixo índice de desenvolvimento humano e também entre aqueles pertencentes à raça negra. Além disto, a incidência do HIV/AIDS também vem mostrando um crescimento entre as mulheres e entre a população madura e idosa, considerada como sendo aquela acima de 49 anos (Barbosa, 2001; Bastos e Szwarcwald, 2000; Brasil, 2006; Brasil, 2007; Diniz, 2001; Fonseca e Bastos, 2007; Lopes, 2003; Villela, [200-],).

Dados atuais mostram que a razão de sexo vem diminuindo ao longo das décadas, passando de 15 homens para cada 1 mulher em 1986, para 15 homens para cada 10 mulheres em 2005. Além disso, ao longo dos tempos, houve mudanças na categoria de exposição sexual, observando-se uma maior proporção na categoria de heterossexuais (9,2% dos casos) e na categoria de transmissão vertical, que concentra a maior parte dos casos (81,6%). Finalmente, enquanto a taxa de incidência de casos de aids (por 100.000 habitantes) em Minas Gerais é de 12,7, em Pernambuco ela é de 15,4.

Desta forma, é possível argumentar que inúmeros aspectos influenciam a dinâmica da aids, o que faz com que coexistam diferentes epidemias – epidemias multifacetadas e estreitamente relacionadas com o contexto onde ocorrem. Assim, sendo o Brasil um país de dimensões continentais e de grande diversidade cultural e socioeconômica, suas diferentes regiões e os diversos subgrupos populacionais que nele coexistem revelam dinâmicas distintas para a epidemia. Neste contexto, existe uma necessidade premente de estudos mais detalhados das populações que se encontram mais suscetíveis à epidemia (Barbosa, 2001; Barbosa, 2002; Fonseca e Bastos, 2007; Santos e Iriart, 2007).

Diante da relação entre a dinâmica da epidemia e o contexto socioeconômico e cultural e das novas descobertas relativas ao HIV/Aids, o conceito de risco per si torna-se cada vez menos adequado para explicar, de forma abrangente, a diversidade das dinâmicas e das interações possíveis entre o espaço geográfico e os grupos sociais, de um lado, e a epidemia, de outro. Santos e Iriart (2007), por exemplo, apontam que, no início da epidemia, a crença na existência de grupos de risco pode ser encarada como um dos fatores que gerou baixa eficácia das ações preventivas entre as mulheres, já que elas não eram vistas como integrantes de tais grupos.

É em face desta insuficiência que a noção de vulnerabilidade vem ganhando cada vez mais espaços nos estudos desenvolvidos sobre o HIV/Aids. Proveniente da área de Direitos Humanos, a noção de vulnerabilidade aplicada aos estudos de HIV/Aids foi utilizada inicialmente por Mann et al (1992). Depois de apresentar um panorama geral sobre o HIV/Aids ao redor do mundo, os autores propõem uma forma de operacionalização da idéia de vulnerabilidade, pautada em três eixos interdependentes: o do contexto social, o programático e o do comportamento pessoal. No eixo relativo ao contexto social, está embutida a idéia de que a redução da vulnerabilidade só é possível num contexto social favorável. Por trás da reflexão apresentada pelos autores, é possível entender contexto como sendo o espaço onde as normas e valores que influenciam os comportamentos e as condutas sociais são criados, negociados e modificados. O eixo programático remete aos programas nacionais de combate à aids, à informação e à educação. Por fim, o terceiro eixo, o de comportamento pessoal, é apontado como fundamental na determinação da vulnerabilidade, dado

que as decisões são tomadas no nível individual. Apesar disto, as decisões e os comportamentos não ocorrem desvinculadas dos outros dois eixos. Justamente a interação e interdependência destes três eixos, tal como apresentado por Mann e seus colaboradores, é que representa a melhoria na noção de vulnerabilidade, vis-à-vis a de risco. Barbosa (2001) destaca que há que se ter em conta a mutabilidade do comportamento individual e o fato de ser o mesmo socialmente construído. Dessa forma, ao se analisar a vulnerabilidade, deve-se considerar os valores inerentes à sociedade em estudo, os quais influenciam o comportamento individual.

Diversos estudos já partiram do arcabouço proposto por Mann e seus colaboradores para desenvolver investigações sobre o HIV/Aids sob diferentes perspectivas (Barbosa, 2001; Lopes, 2003; Cunha, 2006). No geral, os pesquisadores ressaltam a importância de focar a questão da vulnerabilidade no estudo da aids no Brasil, tendo em vista as diferentes dinâmicas da epidemia – “heterossexualização”, “feminização” e “pauperização” –, as quais guardam uma relação estreita com a heterogeneidade socioeconômica e cultural da população e geram diferentes níveis de vulnerabilidade ao longo do território nacional.

No caso deste estudo, embora se tenha pretendido considerar aspectos atinentes aos três eixos propostos por Mann et al. (1992) para avaliar a percepção de vulnerabilidade das entrevistadas, o eixo a ser destacado foi o do comportamento pessoal, sobretudo em sua interação com o contexto social, sendo este último entendido enquanto o espaço onde os papéis e normas de conduta cabíveis a cada mulher são criados, negociados e modificados de acordo com seu pertencimento a diferentes grupos sociais.

Este tipo de avaliação já foi realizado em estudos anteriores, os quais, além de apontarem para a necessidade de por fim à invisibilidade dos diferenciais culturais, socioeconômicos e de gênero enquanto geradores de distintos níveis de vulnerabilidade ao HIV/Aids e de percepção da mesma, identificaram a existência de relação entre tais características e a percepção individual da vulnerabilidade, ou do risco de infecção pelo HIV/Aids (Diniz, 2001; Antunes, 2002; Paiva, 1998). Alguns deles apontam para o fato de que a permanência da idéia de grupos de risco e a confiança no parceiro, implícita nos relacionamentos estáveis, afetam a percepção do risco pessoal, levando a comportamentos individuais de risco e, conseqüentemente, ao aumento da vulnerabilidade (Paiva, 1998). Outros sugerem que o aumento do nível de informação, embora necessário, não é suficiente para garantir mudanças nas práticas sexuais, sugerindo que, para além do nível de informação, é necessário considerar as diferenças nos modos de viver a sexualidade e nas normas e valores que determinam o processo de socialização sexual dos indivíduos (Santelli et al. 1995; Santelli et al, 1998; Soler et al, 2000; Wagstaff et al, 1995; Antunes, 2002). Além disso, em muitos casos, o risco é

apontado, com base em resultados de pesquisa, como tendo uma dimensão de destino, parte do custo intrínseco de qualquer relação afetivo-sexual (Finkler et al., 2004).

Permeando a maioria destes estudos, está a afirmativa de que as relações de gênero têm papel central na determinação dos comportamentos. Eles apontam para o fato de que as mulheres encontram mais barreiras que os homens para adotar práticas de sexo seguro. Este fato vem associado, quase sempre, ao seu menor poder de negociação do uso do preservativo nas relações sexuais, sobretudo aquelas com parceiros estáveis, onde a monogamia e a heterossexualidade do parceiro são tomadas como certas; à associação entre preservativo e proteção contra gravidezes e não contra doenças infecciosas; à vergonha de falar com o parceiro sexual sobre temas relativos a sexo, tais como práticas prazerosas e sexo seguro; à maior associação entre amor e sexo e entre estabilidade na relação e fidelidade – o que implica em menores níveis de uso do preservativo nas relações sexuais com parceiros estáveis; à representação, ainda comum e socialmente aceita, do homem como possuindo um caráter sexual quase incontrolável, em contraposição à mulher, vista como passiva e submissa, ambos respondendo aos papéis sexuais e de gênero que lhes são incutidos socialmente (Finkler et al., 2004; Diniz, 2001; Antunes, 2002; Guerriero et al., 2002; Ayres et al., 1999; Paiva, 1998; Soler, 2000).

Norteando a realização deste estudo e tendo como base toda a bibliografia consultada, o conceito de vulnerabilidade que balizou as atividades foi aquele apresentado pela UNAIDS, que preconiza que vulnerabilidade constitui "*o reflexo da incapacidade de um indivíduo ou comunidade controlar seu risco de infecção ao HIV*"². Este conceito vem afirmar, uma vez mais, a relação entre comportamento individual e contexto social e programático na definição dos níveis de vulnerabilidade e, conseqüentemente, no planejamento e consecução de estratégias para o enfrentamento dessa epidemia.

3 O uso de camisinha

A única forma eficaz de prevenção de DST's entre indivíduos sexualmente ativos é o uso consistente do preservativo. Apesar do conhecimento da camisinha masculina entre as mulheres brasileiras ser universal, somente 13% das mulheres a utilizam atualmente (Ministério da Saúde, 2008). Estudo realizado com 294 mulheres atendidas pela rede primária de saúde em Campinas mostra que a prevalência de uso era de 10% (Fernandes et al, 2000). Já em São Leopoldo, RS, estudo de base populacional revela uma prevalência bem mais elevada de uso de camisinha masculina –

2 UNAIDS, 1998, apud Report on the Global AIDS Epidemic, Chapter 5, page 105, 2005.

29% das mulheres incluídas no estudo faziam uso do método (Carreno e Costa, 2006). Estudo com base nos dados SRSR indica que 30% das mulheres não virgens de 18 a 59 anos em Belo Horizonte fizeram uso da camisinha na sua última relação sexual, contra 19% em Recife (Souza, 2008). No que diz respeito à camisinha feminina, dados da PNDS 2006 revelam que, apesar de 91% do total de mulheres conhecerem ou já terem ouvido falar do método, apenas 3% já usaram alguma vez e o uso atual é nulo (Ministério da Saúde, 2008).

Poucas são as pesquisas de natureza quantitativa que oferecem informação sobre a razão do uso e do não uso da camisinha. No estudo feito em Campinas, quando perguntadas sobre a utilidade da camisinha, 56% das entrevistadas responderam "evitar doenças e gravidez", 23% afirmam que a utilidade é "evitar doenças e AIDS" e 14,5% mencionaram "evitar a gravidez". Entre as que efetivamente usaram a camisinha, 69% o fizeram para evitar a gravidez e 18% para evitar gravidez e doenças. Apenas 10% o fizeram para evitar somente doenças. Com relação ao não uso, as justificativas foram o fato de estarem grávidas, de fazerem uso de outro método contraceptivo e de confiarem no parceiro (Fernandes et al, 2000).

Freqüentemente, as mulheres assumem comportamentos que perpetuam ou ampliam sua vulnerabilidade às DST's, incluindo aí o HIV/Aids. Isto acontece porque, ao procurarem seguir as regras que ditam o que é certo e o que é errado para homens e mulheres, muitas mulheres relegam ao segundo plano suas necessidades, anseios e potencialidades. Barbosa e Villela (1996) ressaltam que a dificuldade de incorporação da idéia de prevenção, "*pois o verbo amar, ao ser conjugado no feminino, adquire um forte sentido de abnegação, de negação de si mesma em função do outro, e a prevenção implica interpor um objeto ou uma racionalidade ao desejo...*". O estudo de Souza (2008) indica que as mulheres menos empoderadas em Belo Horizonte e Recife são aquelas com maior chance de não uso de camisinha. Portanto, além da gravidez, do uso de outro método e da confiança no parceiro, deve-se acrescentar à lista de justificativas para o não uso de camisinha as desigualdades de gênero entre os parceiros sexuais.

4 Dados e metodologia

Os dados utilizados neste estudo são provenientes de 83 entrevistas em profundidade, realizadas entre outubro e dezembro de 2007, com mulheres brancas e negras, de 18 a 59 anos, não virgens e residentes nos municípios de Belo Horizonte e Recife. Foram realizadas 40 entrevistas em profundidade no Recife e 43 em Belo Horizonte, onde aconteceu, também, o pré-teste.

A entrevista em profundidade pode ser definida como "um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações

por parte do outro, o entrevistado" (Haguette, 2005, p.86). Uma das principais vantagens desta técnica é que ela permite que o pesquisador obtenha informações que não são acessíveis através de questionários estruturados e que o ajudam a compreender o comportamento do entrevistado, bem como as representações que o mesmo apresenta a respeito de sua experiência de vida (Weiss, 1994).

Assim, a entrevista em profundidade, por suas características, possibilita que se compreenda melhor, através dos relatos das entrevistadas, a influência que diferentes fatores podem exercer no processo de construção da percepção da vulnerabilidade à infecção pelo HIV/Aids. Dentre tais fatores podem ser mencionados as relações de gênero, o nível de informação sobre HIV/Aids e a percepção que as mulheres entrevistadas apresentam sobre o vírus e a doença e as atitudes que assumem em suas vidas cotidianas.

A seleção dos entrevistados costuma ser um dos pontos frágeis dos estudos de natureza qualitativa, uma vez que o perfil daqueles a serem recrutados costuma ser decidido com base em aspectos teóricos e na literatura pertinente, sem que se saiba, com certeza, se as características apontadas pela literatura se aplicam à população em estudo. As mulheres entrevistadas para este estudo foram selecionadas de acordo com quatro perfis delineados pelo método Grade of Membership (GoM) para cada uma das capitais estudadas, com base nos dados da pesquisa Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor, realizada pelo Cedeplar, em 2002³. Foram observadas algumas categorias sociodemográficas que definiram cada perfil: idade, estado conjugal, parturição, escolaridade, raça/cor e se possui ou não plano de saúde. Ao utilizar os perfis delineados pelo GoM para o recrutamento das entrevistadas, o problema da subjetividade na seleção das mesmas foi minimizado, uma vez que o recrutamento obedeceu a critérios que podem ser considerados, em grande medida, objetivos, pois foram gerados a partir de dados representativos da população em estudo. Ainda assim, não se pode afirmar que a subjetividade não foi totalmente eliminada, uma vez que a seleção das entrevistadas não foi feita aleatoriamente (Miranda-Ribeiro et al, 2007). Na prática, a seleção das participantes aconteceu por meio de estratégias de conveniência ou ao acaso. Nas estratégias de conveniência, foram utilizadas redes de contatos e de conhecimentos. Algumas entrevistadas foram recrutadas ao acaso, ou seja, foram abordadas diretamente pelas pesquisadoras ou por recrutadoras, sem que nenhuma delas conhecesse previamente a mulher ou algum contato. Esta segunda forma

3 Para maiores informações sobre o método Grade of Membership, sobre a pesquisa Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor (SRSR) e sobre a aplicação do método aos dados da pesquisa SRSR, ver Miranda-Ribeiro e Caetano, 2003 e Miranda-Ribeiro et al, 2004.

de recrutamento foi mais prevalente em Recife, onde a equipe tinha menos contatos. Já em Belo Horizonte, a maioria das entrevistadas foi recrutada via redes de contatos da equipe.

Todas as entrevistas foram realizadas com base em roteiro de entrevista elaborado especialmente para este estudo, gravadas e posteriormente transcritas para análise. Seguindo a Resolução 196, do Ministério da Saúde, os procedimentos adotados na pesquisa foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

Os perfis das mulheres entrevistadas nos dois municípios encontram-se no Quadro 1.

QUADRO 01

Belo Horizonte				
Variável	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4
Grupo Etário	25 a 34 anos	40 a 59 anos	18 a 29 anos	30 a 39 anos
Raça/cor	Negras	Branças e Negras	Branças e Negras	Branças
Situação conjugal	Unidas	Separadas e Viúvas	Solteiras	Casadas
Escolaridade	1 a 7 anos	0 a 7 anos	8 anos ou mais	8 anos ou mais
Parturição	2 filhos	3 filhos ou mais	sem filhos	1 filho
Número de entrevistas	10	11	12	10

Recife				
Variável	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4
Grupo Etário	25 a 34 anos e 40 a 54 anos	18 a 29 anos	18 a 29 anos	40 a 44 anos e 50 a 59 anos
Raça/cor	Branças e Negras	Branças e Negras	Branças e Negras	Branças
Situação conjugal	Unidas	Solteiras e Unidas	Separadas e Viúvas	Casadas
Escolaridade	0 a 7 anos	8 anos ou mais	0 a 4 anos	8 anos ou mais
Parturição	3 filhos ou mais	sem filhos ou 1 filho	1 filho ou 3 filhos e mais	2 filhos
Número de entrevistas	10	10	10	10

5 Resultados e discussão

Neste estudo, as perspectivas das mulheres são o centro da análise e seus relatos apontam algumas dimensões fundamentais a serem trabalhadas. Cabe ressaltar que o fato de se incluir somente a perspectiva feminina não quer dizer que o ponto de vista masculino não seja relevante. Pelo contrário, ele está implícito nas diferentes histórias contadas pelas entrevistadas, as quais trazem à tona como as normas culturais presentes na socialização das mulheres para a vida sexual podem colocá-las em situações de vulnerabilidade⁴.

⁴ Para a visão masculina sobre alguns aspectos atinentes à vulnerabilidade ao HIV/Aids em Belo Horizonte e Recife, vide o artigo de Lacerda, neste volume.

Ao analisar os resultados dos quatro perfis de mulheres entrevistadas em cada município, é possível verificar que as barreiras para a prevenção ao HIV/AIDS são muito similares. As variações que emergem dos diferentes perfis são muito tênues e reforçam a idéia de que as relações de gênero, o nível de informação sobre HIV/AIDS, as mudanças de atitudes na prática sexual, além de outros aspectos, são elementos fundamentais na conformação dos resultados encontrados.

Durante o trabalho qualitativo, ficou evidente que os comportamentos que se estabelecem na seara afetivo-sexual são fundamentados, quase sempre, em relações de gênero desiguais e, por esta razão, são um aspecto central para a minimização da vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids. Em conflito com padrões tradicionais, que determinam que as mulheres iniciem a vida sexual somente dentro do casamento e que tenham um único parceiro, por exemplo, a maioria das mulheres entrevistadas revela que suas vidas seguem trajetórias bastante distintas do esperado. Apesar disto, as falas destas entrevistadas sugerem que muitas regulações socioculturais ainda permanecem difíceis de serem superadas e seguem impedindo a prática do sexo seguro, além de afetar a percepção de risco. O relato de uma das entrevistadas de Recife, apresentado a seguir, ilustra estas questões.

ENTREVISTADORA: Mas pra você então foi bom? [referindo-se à primeira relação sexual]
Como é que foi? Foi você quem tomou iniciativa ou foi ele?

NORMA: Ele. Ele pedia direto assim! Por eu ser nova demais e não ter aquela cabeça, assim, ele dizia assim é, "uma mulher que já disse que gosta de um homem tem que demonstrar. Se ela gosta, não é nada demais ela se entregar ao homem". Aí eu ficava com medo, porque a maioria das minhas colegas, quando se perdia, tudo ficou grávida, então eu tinha medo, porque se minha mãe descobria meu pai me botava na rua. "Não! Se você ficar grávida eu sou muito homem pra lhe assumir!". Mas graças a Deus eu me perdi com ele mas Deus não deixou isso acontecer. Porque fiquei com ele, me perdi com 13 anos, fui morar com o pai dos meus filhos com 16, fui ter a minha primeira filha com 18 anos.

ENTREVISTADORA: E você tomou algum cuidado pra não engravidar na sua primeira vez?

NORMA: Eu não tinha experiência de nada. Eu só dizia a ele: eu fico com medo. Aí ele: não é assim não!.E como ele tinha experiência, já que não é assim. Mas depois dava na minha cabeça assim, não é todo homem que vale a pena a gente ir pra cama com ele não.

(Norma, P3, Recife)

A fala de outra entrevistada, recorrente em várias entrevistas, também remete a uma reflexão sobre o significado atribuído a alguns comportamentos em virtude do sistema de relações de gênero vigente em nossa sociedade. Embora o relato revele que ela tenha desviado do estereótipo esperado dentro de um sistema tradicional, ou seja, que a mulher tenha, preferencialmente, um único parceiro

sexual em sua vida, ela mesma assume que mulheres com mais parceiros são tidas como "vulgares". Em comparação, os homens com mais parceiras não são qualificados da mesma maneira, pois, na percepção dela, e de algumas outras entrevistadas, o gosto pelas aventuras com várias mulheres é uma característica masculina.

CLAUDETE: É...Eu falei pra senhora que eu tive só três companheiros. Deu pra senhora perceber que eu não tenho uma vida vulgar.

ENTREVISTADORA: Quanto você acha que é ter muito companheiro ou pouco companheiro?

CLAUDETE: Passou de dez companheiros já é uma mulher vulgar.

(Claudete, P2, Belo Horizonte)

As falas de grande parte das mulheres sugerem que, para elas, é natural, por exemplo, que o homem inicie sua vida sexual mais cedo e que o sexo, em si, não tenha um vínculo com amor; que o homem tenha diferentes parceiras até se casar e que isto não seja motivo para que sua reputação seja questionada, pois seu repertório sexual deve ser maior do que o da mulher, já que cabe a ele ensinar à parceira como fazer sexo e ter prazer. Em algumas entrevistas, também foi possível perceber que a traição masculina é vista como algo natural, que faz parte da trajetória de vida de uma grande parcela dos homens.

ENTREVISTADORA: Me fala uma coisa, o que que é pior, o homem que trai ou a mulher que trai?

NIARA: Pra mim é a mulher.

ENTREVISTADORA: Cê acha mais feio?

NIARA: É porque a mulher fica mais falada [**] é uma vagabunda é uma safada, a mulher que não presta

ENTREVISTADORA: E quando é o homem que trai?

NIARA: Ah ai não [**] fica tão sujo quanto à mulher..

(Niara,, P3, Recife)

Além disso, muitos relatos deixam evidente que dificilmente cabe ao homem a responsabilidade de zelar pela proteção da saúde sexual da companheira, via uso de preservativo nas relações sexuais, pois esse é um papel que cabe à mulher. Barbosa e Villela (1996) lembram que todas estas questões são fundamentais porque implicam e estão implicadas com todo o processo de negociação sexual, na medida que colocam em uma única equação perdas e ganhos intermediados por diferentes valores e significados atribuídos à sexualidade.

É interessante perceber, no entanto, que mesmo achando natural que o homem inicie sua vida sexual mais cedo e que a responsabilidade pela manutenção do bem-estar feminino seja da própria mulher, muitas entrevistadas indicam que as maiores chances de contrair alguma doença

são, em geral, delas mesmas e não dos homens. As diferenças anatômicas e de cuidados com a saúde entre homens e mulheres são ressaltadas.

ENTREVISTADORA: Quem que você acha que tem maior risco de infecção? Homens ou mulheres?

HORTÊNCIA: Eu acho que a mulher é mais fácil né?

ENTREVISTADORA: As mulheres você acha que é mais fácil. Porque que é mais fácil?

HORTÊNCIA: Mulher é mais complicada, mulher tem que ter o preventivo da ... da coisa, se cuidar mais. A mulher tem mais lubrificação, acho que ... mulher é mais fácil do que homem. Homem é ... homem tirô dali, abriu, fez xixi pronto acabou. Acho que a mulher tá mais vulnerável a pegar a infecção.

(Hortência, P4, Belo Horizonte)

ENTREVISTADORA: E se você fosse homem?

GLAURA: Se eu fosse homem eu acho que ia ser mais fácil pra mim porque eu ia ter mais facilidade. Eu acho que o homem tem muito mais facilidade de ter uma boa saúde, depende muito dele e a mulher não depende só dela pra ela ter uma saúde boa. E o homem não, o homem é exclusivamente dele porque ele encapa lá, sabe?

(Glaura, P4, Belo Horizonte)

No decorrer das entrevistas, as falas a respeito do processo que leva à efetivação ou não do uso da camisinha, como proteção contra o HIV/Aids nas relações sexuais, trouxeram à baila uma série de questões. Primeiramente, chama a atenção o fato de que, em ambos os municípios, a camisinha feminina parece não fazer parte do *mix* contraceptivo das entrevistadas, nem mesmo enquanto uma possibilidade. Nenhuma das entrevistadas declarou já tê-la experimentado e algumas sequer viram uma. Para muitas das entrevistadas que já viram uma camisinha feminina, questões estéticas – “é feia”, “é estranha”, “parece uma sacola” – foram bastante mencionadas, em muitos casos servindo como justificativa para seu não uso.

ENTREVISTADORA: Você já usou camisinha feminina?

NANCI: Não. Nunca usei.

ENTREVISTADORA: Já viu?

NANCI: Já vi como é que é, eu achei muito feia.

ENTREVISTADORA: Ahm.

NANCI: Parece uma sacola.

ENTREVISTADORA: Ahmmm. Rsrsssssss

NANCI: É feia.

(Nanci, P3, Recife)

Além de reiterar idéias discutidas em outros estudos, os achados apresentados aqui colocam em xeque o papel da camisinha feminina enquanto alternativa que, na prática, promova o empoderamento da mulher dentro do processo de negociação e proteção. Se as mulheres não

costumam utilizá-la independente da opinião do parceiro, se a camisinha feminina não faz parte do cotidiano e seu uso, conforme sugerem as falas de algumas entrevistadas, não é estimulado pelos profissionais da área de saúde, as pretensas vantagens de sua adoção simplesmente não se efetivam.

A fala a seguir ilustra esta questão.

ENTREVISTADORA: Quando a gente fala da camisinha a gente normalmente lembra dessa redondinha né, que é a do homem. E a da mulher, a senhora. já viu?

VIRGÍNIA: Ô menina, a da mulher eu já até quis comprar porque eu acho ela bem mais adequada. Cê já coloca e já sai de casa com ela. Mais eu nunca vi e nunca usei.

ENTREVISTADORA: A senhora. nunca viu e nunca pegou não?

VIRGÍNIA: Nunca vi, nunca peguei. Já vi assim, em televisão, mais assim, igual eles distribuem no posto, tinha que distribuir a outra[feminina] também né.

(Virgínia, P2, Belo Horizonte)

No tocante à camisinha masculina, as falas das entrevistadas demonstram que esta, sim, faz parte do *mix* contraceptivo deste grupo, pelo menos no nível das possibilidades. Em termos do uso efetivo, no entanto, não há unanimidade. A maioria das entrevistadas, sobretudo aquelas do Recife, declara não fazer uso efetivo da camisinha. No caso das mulheres em relação afetivo-sexual estável, ela é, no máximo, utilizada como contraceptivo. Há casos de mulheres que nunca usaram camisinha.

As falas de duas entrevistadas elucidam este ponto.

ENTREVISTADORA: Quando a senhora. era casada, pra negociar né, pra ver qual tipo de método pra evitar gravidez e usar quem que decidia era a senhora., era ele ou era os dois juntos?

DORALICE: No princípio foi nós dois juntos né, eu parti pra tomar o medicamento né, a pílula. Aí depois que eu comecei a sentir mal eu peguei e parei. Falei com ele: "Não, a gente vai um tempo, vai evitar e fazer de camisinha agora". Aí ele não questionou nada comigo não, usou a camisinha. Toda vez que ia ter ele usava, não questionava nada.

(Doralice, P2, Belo Horizonte)

MARTA: Da camiseta, nunca usei não.

(Marta, P1, Recife)

Algumas entrevistadas declaram não confiar plenamente na camisinha, alegando que esta pode estourar ou "se soltar lá dentro". Além disso, é unânime em todas as entrevistas: a camisinha não é adotada para a prática do sexo oral, mesmo pelas mulheres que citaram este tipo de sexo como uma das fontes de infecção pelo HIV. Estes achados chamam a atenção para outro ponto, qual seja, a necessidade não só de disponibilizar a camisinha, mas também de capacitar as pessoas para seu uso correto e de conscientizá-las sobre a importância deste fato, dois pontos essenciais para a mudança de atitudes e comportamentos, em termos de prevenção. Esta é uma questão central, tendo em vista

que a eficácia da camisinha depende, sobretudo, de seu uso correto. As três falas a seguir ilustram a falta de confiança na camisinha.

ENTREVISTADORA: Você não confia na camisinha, como assim?

TÂMARA: Por que ela sai. Porque você [**] no seu normal, eu vejo que na, na... relação ela vai querer sair e quanto nas pessoas é... que bebeu, os dois, eu num acredito que funcione bem ali não. Eu acho que é uma coisa que deveria puxar e amarrar até aqui (risos). Prá segurar bem, prá não sair, porque eu num acredito que [**]. Eu num sei qual é a parte da penetração que se tiver AIDS, atinge a você, eu num sei.

(Tâmara, P4, Recife)

ENTREVISTADORA: E você se preocupa em não pegar alguma doença?

NORMA: Eu morro de medo.

ENTREVISTADORA: É? E que tipo de doença?

NORMA: Somente o HIV e eu gosto de ta bem recuada, é melhor as vezes ta na vontade de fazer um sexo ali e ficar com a pessoa do que fazer e depois se prejudicar. Porque pra mim só com preservativo ta se arriscando.

ENTREVISTADORA: É? Você acha que até com camisinha ta se arriscando?

NORMA: Uma vez eu fui transar com um homem, meu ex marido, a camisinha ficou foi dentro. Se eu fosse transar com um que fosse um soropositivo e a camisinha ficasse, eu não ia me arriscar a pegar essa doença? Eu dei por sorte até nisso, porquê às vezes ele assim: é [fulana] tá com outro é melhor que tá aqui comigo, não, é melhor eu ficar sozinha porque a gente pelo menos sabe que ta se guardando porque ficar pegando qualquer tipo de homem e depois sair prejudicada.

(Norma, P3, Recife)

BRENDA: Ah, eu não acho isso certo não porque... Eu acho que isso é uma coisa muito relativa né, isso é uma coisa muito séria. A pessoa pra ir tem que conhecer a pessoa direito, saber qual a intenção dela mesmo. Porque, vamos supor, cê conhece o cara hoje, aí cê vai e tem relação com ele, aí vai que esqueceu de tomar um remédio ou vai confiando na camisinha. E se a camisinha estoura na hora ou então o remédio que cê tomou não valeu e tudo? Às vezes a pessoa não tá tomando remédio certo cê vai e engravida? Já teve amiga minha que engravidou assim. Então a pessoa tem que pensar. Cê não pode pôr as mãos na frente do chapéu que a gente não alcança não porque é complicado.

(Brenda, P1, Belo Horizonte)

No tocante ao momento de colocar a camisinha, as falas das entrevistadas sugerem que a maioria delas tem conhecimento de que sua eficácia está vinculada à colocação ainda durante as preliminares, ou seja, antes que haja a penetração, a despeito de que muitas entrevistadas dizem que, na prática, a camisinha não é utilizada em todas as transas, ou nem sempre é colocada antes do início da penetração. Tal fato vem reafirmar a importância da informação e da conscientização a respeito do uso da camisinha.

Esse argumento parece ir ao encontro da idéia de que a preocupação com a prevenção – seja de gravidezes, seja de DST's – continua a ser uma prerrogativa feminina, a despeito do amplo debate contemporâneo acerca do papel do homem dentro desse processo e da relevância da negociação entre o casal. Adicionalmente, como já colocado nas reflexões acerca das relações de gênero, usar a camisinha é visto por muitos parceiros como algo que não diz respeito a homem, ou seja, homem que é homem não usa camisinha, particularmente se é casado, o que está associado à fidelidade. A fala de duas entrevistadas de Belo Horizonte, apresentadas a seguir, ilustram estas questões.

ENTREVISTADORA: E você nessa época não usava camisinha?

CLAUDETE: Não.

ENTREVISTADORA: Quando você era casada?

CLAUDETE: Não. Nunca usei.

ENTREVISTADORA: Alguma vez você tentou usar camisinha?

CLAUDETE: Não, porque ele não queria. Ele não gostava.

ENTREVISTADORA: O que que ele dizia ?

CLAUDETE: Ele falava que não queria, que isso era besteira. Que não era pra homem não.

ENTREVISTADORA: Que não era para homem?

CLAUDETE: Não.

ENTREVISTADORA: Porque que ele achava isso?

CLAUDETE: Ah...que não precisava, que era palhaçada, que era casado, que não queria, que não sei o que. Ficava com raiva, xingava, que ele trabalhava, não tinha mulher. Entendeu? Se não dava certo alguma coisa, ele achava ruim e saía. Saía e chegava três, quatro da manhã com raiva.

(Claudete, P2, Belo Horizonte)

BETÂNIA: É. Porque tem muito homem machista. Qualquer coisa, se a mulher chegar e pedir pra usar camisinha ele: "Ah, porque cê ta querendo? – Nós nunca usamos porque cê ta querendo agora?". Tem uma barreira aí.

ENTREVISTADORA: Então você acha que a decisão de usar a camisinha depende mais do homem que da mulher?

BETÂNIA: Depende mais de alguns homens. Ainda mais se for casado né, se for casado é mais complicado.

(Betânia, P1, Belo Horizonte)

A exceção a esta regra é observada no perfil 4 de Belo Horizonte e de Recife. Em ambas as localidades, as mulheres de alta escolaridade acreditam que a negociação da camisinha deve partir do casal.

ENTREVISTADORA: Hum hum e vem cá, é... quem você acha que tem que é... tomar a iniciativa de usar a camisinha?

ÚRSULA: Ah, tanto o homem quanto a mulher, os dois.

ENTREVISTADORA: Tanto o homem como a mulher?

ÚRSULA: É.

ENTREVISTADORA: Quem tem que carregar a camisinha?

ÚRSULA: Os dois, minha filha carregava.

(Úrsula, P4, Recife)

Algumas falas indicam que, para várias entrevistadas, embora tanto o homem quanto a mulher possam sugerir o uso do preservativo, essa sugestão necessariamente gera desconfiança por parte do parceiro, na medida em que coloca em dúvida sua saúde e/ou sua fidelidade, esta última, tomada pela maioria das entrevistadas como garantia de proteção. Isso se mostra ainda mais legítimo no caso das entrevistadas mais velhas, particularmente daquelas casadas ou vivendo numa relação estável.

ENTREVISTADORA: Entendi. Você acha que essa história de usar camisinha é diferente pro homem? Por exemplo, se o homem pedir pra ter relação com camisinha, faz diferença?

EMÍLIA: Bom, eu acho que se ele pede é porque ele não confia nele né, ou ele não confia na pessoa que ele tá. Agora, assim, uma mulher (...).

ENTREVISTADORA: É sempre então por algum motivo que ele vai pedir pra usar camisinha?

EMÍLIA: É. Acho que ninguém pediria assim, por nada. Usar a camisinha é ruim, então acho que ninguém pediria por nada.

(Emília, P3, Belo Horizonte)

Os dois pontos apresentados acima sugerem a permanência de papéis tradicionais de gênero, nos quais a imagem da mulher vem muito associada à reprodução, tomada enquanto acontecimento estritamente feminino, onde o homem tem uma participação meramente coadjuvante. No caso das diferenças observadas para as mulheres mais velhas, uma explicação possível seria a interferência do fato de que a iniciação sexual destas mulheres se deu, na maioria dos casos, anteriormente ao surgimento do HIV/Aids e à volta do discurso pró-camisinha, num contexto onde a camisinha vinha ainda muito associada à idéia de promiscuidade e prostituição. Isso tudo dificultaria, para estas entrevistadas, a absorção desta prática. Algumas delas revelam, também, haver um certo preconceito em torno das mulheres que usam camisinha.

ENTREVISTADORA: A mulher pode pedir pra usar camisinha? Na hora do sexo? Ela pode sugerir?

NIARA: Pode e deve

ENTREVISTADORA: Mulher pode andar com camisinha na bolsa?

NIARA: Rapaz, eu tenho vergonha.

ENTREVISTADORA: É?

NIARA: Se a gente abrir a bolsa sem querer cai à camisinha vão pensar o que ???

ENTREVISTADORA: Hamham, entendi, entendi quer dizer ta com a camisinha na bolsa e o homem vê (...)

NIARA: Vai pensar que eu quero ir logo pra cama [**] pra gente ir pra cama, aí que vai ficar tentando mesmo pra gente ir pra cama, aí pronto.

ENTREVISTADORA: E homem pensa isto mesmo?

NIARA: Eu acho que pensa, vê a mulher com camisinha acho que pensa isto, porque se você vê o homem de camisinha você vai pensa o que [**]

(Niara, P3, Recife)

Seguindo alguns padrões tradicionais de pensamento e de comportamento, o conteúdo das entrevistas sugere fortemente que o tipo de vínculo mantido com o parceiro sexual é determinante na opção de adotar ou não o uso da camisinha. A maioria das entrevistadas assume que esse uso é perfeitamente dispensável dentro das relações afetivo-sexuais estáveis, onde, assume-se, já foi estabelecido um laço de amor e confiança que atua como proteção para os parceiros. Interessante notar que esta postura é assumida a despeito do fato de que, no nível do discurso, as entrevistadas admitam que a traição 'pode acontecer em qualquer lugar'. As falas das entrevistadas de Belo Horizonte evidenciam este ponto.

FLORA: [...] Ah, não sei! Não sei, por que eu penso assim: não acho errado fazer sem camisinha. Se tá namorando há um tempão, se confia, se a pessoa fez exame, alguma coisa. É lógico que o cara sempre pode ter outra mulher, mas aí tinha que fazer exame antes. Igual eu falava com meu namorado: "eu to confiando em você e transando sem camisinha, se você por acaso me trair e fizer com outra mulher e eu correr o risco de pegar alguma doença, nossa, vai ser muita sacanagem se você fizer isso!". Ele: "Não né meu bem, eu também preocupo em não pegar doença".

(Flora, P3, Belo Horizonte)

ENTREVISTADORA: Unhum. E quando você transa com alguém que você conhece há mais tempo, tipo um namorado de mais tempo, como que fica a história da camisinha, precisa usar, não precisa, é, quando que para de usar a camisinha?

ROSANA: É, eu acho que tem que usar, né? Agora acho assim depois que cê casa, aí não, eu acho que antes docê casar, você tem que fazer exame, pra ver se ce tem alguma doença, se num tiver, a mulher toma remédio e aí pode ser sem, porque ce casou com a pessoa, entendeu?

ENTREVISTADORA: E o que o casamento significa? Que você pode...

ROSANA: Pra que você possa?

ENTREVISTADORA: Deixar sem...

ROSANA: Porque, é assim, é mais prazeroso, e cê deixar sem, porque vai ser melhor e se você casou com a pessoa é porque você confia nela! Porque cê quer ficar com ela pra sempre! Então ela não tem doença, ces já tão casados, se acontecer de ce ter filhos, já tão casados pelo menos né? Então, eu acho que, eu acho que praticamente todo mundo que é casado faz sexo.

(Rosana, P3, Belo Horizonte)

O mesmo discurso pode ser observado na fala de uma das entrevistadas de Recife, a qual, mesmo sabendo que corre riscos, têm relações sexuais sem a camisinha porque confia no parceiro.

ENTREVISTADORA: Você falou que está usando pílula, né?

MAGNÓLIA: Humhum.

ENTREVISTADORA: E a camisinha? Vocês já usaram?

MAGNÓLIA: Já, mas só no começo.

ENTREVISTADORA: Aí depois vocês desistiram?

MAGNÓLIA: Foi.

ENTREVISTADORA: Por quê?

MAGNÓLIA: Porque é mais gostoso sem camisinha.

ENTREVISTADORA: Mas aí vocês conversaram? Como que foi?

MAGNÓLIA: Foi. A gente conversou e... Assim, foi mais ele que insistiu que ele não gosta muito. Eu relutei um pouco, mas depois eu cedi assim, porque eu confio nele e tal. Eu sei que eu corro o risco né, mas quando a gente gosta a gente acaba cedendo pra essas coisas.

(Magnólia, P2, Recife)

Na prática, a maioria das entrevistadas em relações afetivo-sexuais estáveis que declara usar a camisinha diz fazê-lo para evitar gravidezes. No caso daquelas sem parceiro sexual fixo, a preocupação também com DST/Aids se faz mais presente. Exceção feita para as entrevistadas pertencentes ao Perfil 3 do Recife, no qual a maioria, embora sem parceiro sexual fixo, declara nunca ter usado o preservativo ou tê-lo usado algumas vezes e parado, sobretudo por não gostar. Interessante notar que este é o perfil constituído por mulheres que agregam maior número de características socioeconômicas que elevaria sua situação de vulnerabilidade ao HIV/Aids. Segundo indicam trabalhos anteriores, as mulheres de baixa escolaridade, desempregadas ou sub-empregadas, que iniciaram sua vida sexual e também reprodutiva bastante jovens e que somente tiveram, na maioria dos casos, relações estáveis de curta duração estão mais vulneráveis à infecção. As falas destas mulheres sugerem que não só seu poder de negociação é baixo, como também o é sua convicção em relação à necessidade do uso efetivo do preservativo em todas as relações sexuais. As exceções a este caso pareceram estar associadas com o acesso a informações mais efetivas com relação à prevenção, sugerindo que esta pode, sim, contribuir para a mudança de comportamento.

O mais interessante é que, mesmo não utilizando o preservativo ou utilizando-o de maneira não efetiva, as entrevistadas deste perfil, assim como as entrevistadas dos demais perfis nos dois municípios apresentam o discurso, bastante difundido pela mídia sob a forma de campanhas, de que o uso da camisinha é imprescindível em todas as relações sexuais, mesmo naquelas com o parceiro estável – marido, companheiro ou namorado. Discurso esse que não se sustenta ao longo

da entrevista, dado que a maioria das entrevistadas, quando perguntada sobre o papel da camisinha neste tipo de relação, declara poder abrir mão da mesma, ou então que é difícil negociar seu uso com alguém com quem se vive. A fala a seguir, de uma mulher de alta escolaridade, residente em Recife, reflete muito bem esta idéia.

ENTREVISTADORA: E vem cá, é... no caso você acha que você disse que sua filha não usa mais com o namorado?

URSÚLA: Olha, eu não sei.

ENTREVISTADORA: Você acha que não.

URSÚLA: Eu acho, eu acho que passado algum período [**].

ENTREVISTADORA: E você acha que é normal isso, que é tranqüilo? Que deveria usar, como que é?

URSÚLA: Veja bem, veja então eu acho que deveria. Dever, deveria, né?! Assim a rigor, a rigor eu deveria usar até com meu marido.

(Ursúla, P4, Recife)

O tipo de vínculo estabelecido parece interferir também na forma como se dá o diálogo entre os parceiros. Se, com o parceiro eventual, o uso da camisinha pode ser negociado e, em algumas situações, imposto, com o parceiro estável, sobretudo com o marido ou companheiro, esse uso é, no máximo, conteúdo de conversas, de forma pouco sistemática e sem grande ênfase na questão da prevenção de DST/Aids. Insistir no uso da camisinha seria o mesmo que colocar em dúvida a fidelidade e a monogamia dentro da relação, tomadas, na maioria dos casos, como pilares dos relacionamentos, como parte de um acordo tácito e geralmente não verbalizado dentro do casal.

Um contraponto aos argumentos anteriores pode ser encontrado entre muitas mulheres do perfil 2 de Belo Horizonte, que reuniu mulheres viúvas e separadas que estão tendo novos relacionamentos e que relataram experiências interessantes em relação à negociação da camisinha. Em geral, elas se casaram com a pessoa com quem tiveram a primeira relação sexual ou tiveram a primeira relação sexual somente depois do casamento. Dentro do primeiro casamento, estas mulheres não se sentiam livres para conversar sobre o uso da camisinha, pois os maridos determinavam o que podia e não podia acontecer. No entanto, nos relacionamentos atuais, uma parte destas mulheres se sente à vontade para pedir a camisinha e, até mesmo, para orientar o companheiro sobre como usá-la, sem que o prazer seja diminuído – um medo constante dos homens, segundo elas. Os relatos a seguir ilustram essa questão.

VIRGÍNIA: Com meu marido eu nem conseguia [pedir para usar camisinha]. Com esse namorado que eu tô conseguindo por na cabeça dele, assim, tirar a camisinha da cabeça dele, vê se ele esquece a camisinha. Então aí dá pra [*] legal, mais se a camisinha ficar na mente dele, muda completamente. Nó, broxa na hora! (risos). Então é falta de costume

e falta da gente orientar né. Eu mesmo falo: "esquece que cê ta com camisinha!". Eu falo mesmo (risos).

(Virgínia, P2, Belo Horizonte)

ENTREVISTADORA: Se eles dissessem pra você: olha, eu pago suas contas mas você transa comigo sem camisinha?

CLAUDETE: Não. Não, de jeito nenhum.

ENTREVISTADORA: Não? Mesmo que ele pagasse...

CLAUDETE: Mesmo que pagasse. Isso daí não tem negócio não.

ENTREVISTADORA: Não tem negócio? Por que que não tem negócio?

CLAUDETE: Porque eu quero segurança também, da minha saúde.

ENTREVISTADORA: Anham.

CLAUDETE: E eu quero uma pessoa do meu lado, que me trata bem, que gosta de mim, que me ama e que me dá segurança financeira.

(Claudete, P2, Belo Horizonte)

Conforme a fala das entrevistadas, a sugestão do uso da camisinha, por parte da mulher, fica ainda mais complicada quando há o uso de algum outro método contraceptivo, o que tornaria explícita a preocupação com DST/Aids e a aceitação da infidelidade – associada a comportamentos promíscuos, portanto inadequados socialmente – enquanto uma possibilidade dentro da relação. Novamente, esse fato é especialmente marcante dentro das relações estáveis e mesmo em situações nas quais a mulher não faz uso de outro método contraceptivo. Os trechos abaixo exemplificam esta questão.

ENTREVISTADORA: E quando é uma transa com alguém que você conhece há mais tempo, por exemplo seu companheiro que você ta vivendo com ele. Como fica essa historia de camisinha?

NORMA: Não gosta. Feito meu ex-marido mesmo não gostava. Chegava assim agente vai botar camisinha pra que? Tá me achando com cara que tá com alguma doença é? E começava logo a (.) não queria não, porque a maioria dos homens se a mulher bota uma camisinha, tá achando o que? Que eu to com doença? Aí começa com aquela discussão. Eu digo pelo meu ex marido que toda vez era assim. Então tá bom, vai sem camisinha mesmo. Aí ia sem camisinha mesmo e botava fora. Esse negócio mesmo de botar fora, o primeiro liquido que sai já fica dentro. Então (..) prepara o dinheiro pra comprar os enxoval. É, porque acha melhor do que prevenir uma gravidez, acha melhor tá se preservativo porque vai que a camisinha vai prevenir tanta coisa, mas não quer.

ENTREVISTADORA: Você confiava no seu ultimo parceiro?

NORMA: Eu nunca confiei em homem nenhum não. Eu ia assim por ir, né! Que eu confiava.

ENTREVISTADORA: E você acredita que ele poderia te passar alguma doença?

NORMA: Bom, mesmo assim ainda eu ia.

(Norma, P3, Recife)

Enfim, talvez o que mais perpassasse as entrevistas seja a incoerência entre o discurso e a prática, ou seja, entre o que se sabe e o que se diz pensar ser o correto, de um lado, e o que se faz no dia-a-dia, de outro. A visão do HIV/Aids como sendo uma doença que só atinge o outro e a crença na fidelidade do parceiro enquanto mecanismo de proteção contra a infecção são, provavelmente, os pontos que suscitaram mais descontinuidades. Exemplo disso é o fato de que, mesmo nos casos em que a entrevistada admite, enquanto possibilidade, a traição e a infecção pelo HIV quando mantém relações sexuais desprotegidas, essa aceitação pareceu se referir muito mais a outras mulheres, a outros relacionamentos, do que a ela própria. A fala a seguir representa bem o distanciamento entre o discurso e a prática, bem como a grande preocupação das mulheres: a contracepção.

FRANCISCA: Não. Eu acho que tem que usar sempre. Eu não estou usando porque, por mais que previna doença... Eu to usando só o anticoncepcional, mas eu acho que tem que usar.

ENTREVISTADORA: Independente de qualquer situação?

FRANCISCA: Independente

[...]

FRANCISCA: Eu acho que tem que usar. Independente da pessoa tem que usar. Principalmente... Eu não sei. Eu fico preocupada com filho. Exatamente... Hoje como já tem muitos anos eu me preocupo muito mais com filho do que com doença. Agora eu não teria estrutura de criar um filho, então hoje se eu não tivesse com o meu noivo, com qualquer outra pessoa eu usaria camisinha.

ENTREVISTADORA: Então para você é mais importante evitar a gravidez...

FRANCISCA: Hoje sim. É a preocupação que eu tenho, mas se eu não tivesse com ele eu usaria muito mais por causa de doença.

(Francisca, P3, Belo Horizonte)

Na perspectiva das mulheres que usam a camisinha, e também de algumas que não a usam, é bastante freqüente o argumento de que o ato de ter que interromper as preliminares para pegá-la e colocá-la 'quebra o clima', interferindo negativamente na transa. Além do mais, a camisinha não é compatível com todas as relações sexuais – por exemplo, uma das falas ressalta a dificuldade de utilizá-la na água.

ENEIDA: É, eu tenho menos medo de pegar AIDS, eu sô menos neurada em relação a isso, mais eu continuo defendendo a camisinha, eu por mim, eu usaria camisinha todas as vezes inclusive com meu namorado, sabe, eu assim, sou super a favor da camisinha.

ENTREVISTADORA: Umhum! E por quê que você não usa?

ENEIDA: Por, por causa disso! Às vez tá lá, tá no tesão e não consegue, e é mentira esse negócio de falar que num corta tesão. É mentira assim, ce acostuma com isso, mais corta sim, corta sim!

ENTREVISTADORA: Umhum! Corta o barato?

ENEIDA: Corta! Corta o barato imediato! Ce segura até a pessoa pegar e colocar e tal, mas corta! Corta o tesão!

ENTREVISTADORA: Umhum!

ENEIDA: Como que, por exemplo, como que transa no mar! Numa praia deserta maravilhosa com camisinha sabe? Tá andando com seu namorado, vai fazer uma caminhada e deu tesão, cê tá no meio do mato sem nada! Aí ce fala, não, num vamos transar no paraíso aqui não porque num tem camisinha? É triste! Eu fico puta com essas doenças na verdade. (risos)

(Eneida, P3, Belo Horizonte)

Além de quebrar o clima, a camisinha nem sempre é "objeto de desejo" da mulher. Pelo contrário, para muitas ela é vista como algo que interfere no prazer sexual feminino e causa incômodos. Para estas, então, a camisinha é utilizada somente "em último caso", ou seja, como método contraceptivo.

ENTREVISTADORA: E pensando na camisinha normal, masculina, que você já usou, né? Em que momento da relação, ali da transa, que a camisinha entra?

LAÍS: Eu não gosto de camisinha de jeito nenhum.

ENTREVISTADORA: Não gosta?

LAÍS: Não gosto. Pra mim ela não entraria de jeito nenhum.

ENTREVISTADORA: É mesmo? E o seu companheiro, seu marido?

LAÍS: Ele também pensa do mesmo jeito. A gente só usa na necessidade mesmo.

ENTREVISTADORA: Junta a fome com a vontade de comer?

LAÍS: A fome com a vontade de comer.

ENTREVISTADORA: Entendi.

LAÍS: A gente só usa na questão de evitar filho mesmo ou da nojeira, assim

ENTREVISTADORA: Então é só em último caso?

LAÍS: Só em último caso. Nem eu, nem ele gosta.

ENTREVISTADORA: Por que que você não gosta? Tem alguma coisa nela que te incomoda?

LAÍS: Eu acho que é o plástico que esquenta. Ele também diz que não é do mesmo jeito. Não sente o mesmo tesão, não. Com, camisinha, não.

ENTREVISTADORA: E você sente diferente também?

LAÍS: Sinto diferente também.

ENTREVISTADORA: Então, por você, também não usaria.

LAÍS: Não usaria.

(Laís, P2, Recife)

Diferentemente do que é, muitas vezes, apontado pela literatura, nem sempre a mulher está disposta a negociar o uso da camisinha com seu parceiro. A razão pode ser tão simples quanto aquela alegada pelos homens: o prazer com a camisinha é reduzido. As mulheres também preferem não chupar bala com papel.

MAIARA: Mesmo com ele. Então a partir do momento que a gente tá junto eu falei com ele: "Oh, confio em você, não quero me decepcionar com você". Porque na maioria das vezes quem passa doença pra mulher é o homem. Entendeu? Então eu sempre joguei aberto com ele. Mas eu me previno. Falar com ele pra usar camisinha, ele [*].

ENTREVISTADORA: Ele não gosta?

MAIARA: Não aceita. Ele não aceita.

ENTREVISTADORA: Você sua pílula né?

MAIARA: Uso pílula.

ENTREVISTADORA: Então nem pensar em negociar usar camisinha?

MAIARA: Não.

ENTREVISTADORA: De forma alguma?

MAIARA: Nossa! É briga, é guerra.

ENTREVISTADORA: Cê gostaria?

MAIARA: Sinceramente, com ele não.

ENTREVISTADORA: Te incomoda?

MAIARA: É igual chupar bala com papel né. Cê chupa, chupa, chupa e o gosto não sai. Cê não tem o gosto da bala.

(Maiara, P1, Belo Horizonte)

6 Comentários finais

A vulnerabilidade ao HIV/Aids é um fenômeno de difícil compreensão. Geralmente atribui-se boa parte dessa dificuldade à natureza dos dados comumente utilizados pelos pesquisadores – dados quantitativos, que oferecem possibilidades limitadas de análise quando se consideram fenômenos tão complexos como a vulnerabilidade, que exige incursões em esferas mal cobertas pelo quantitativo, tais como as relações de gênero. No entanto, mesmo quando são utilizados dados qualitativos, as dificuldades na compreensão não desaparecem por completo.

Muitas são as razões pelas quais uma mulher é vulnerável ao HIV/Aids. No que diz respeito à via de transmissão sexual, esta vulnerabilidade está diretamente relacionada ao não uso do preservativo. Mas por que as mulheres não usam camisinha? As quatro razões reveladas aqui são as mesmas apontadas pela literatura: gravidez, uso de outros métodos contraceptivos, confiança no parceiro e desigualdade de gênero. A camisinha masculina passa a fazer parte do horizonte de escolhas contraceptivas das mulheres apenas quando estas não desejam engravidar, mas não utilizam nenhum outro método. Esta possibilidade, contudo, está sempre sujeita à vontade masculina. Neste cenário, é comum encontrar falas que ressaltam o sentimento de desconfiança que surge entre os homens quando a mulher sugere que a camisinha seja utilizada. Para os homens casados ou em relacionamentos estáveis, esta sugestão indica que a mulher está traindo seu parceiro ou que ela pode ter algum tipo de doença, enquanto que, para aqueles em relações eventuais, indicam

mulheres não são "decentes". Mesmo a camisinha feminina, tão rejeitada pelas mulheres, depende, em certa medida, do consentimento masculino, uma vez que é um método de barreira perceptível à visão, ao tato e à audição.

Há, ainda, um quinto motivo pelo qual as mulheres não usam preservativo: algumas entrevistadas revelam não gostar de usar camisinha. Tradicionalmente, o discurso do "chupar bala com papel" é masculino. Há um pressuposto implícito de que a mulher, ao contrário, sempre quer usar preservativo, pois só ele é capaz de protegê-la das DST's. Se a mulher não usa camisinha, é porque está grávida, usa outro método, confia no seu parceiro ou se sente desempoderada diante de alguém que, via de regra, não gosta de usar camisinha. A mulher é, portanto, encarada como "vítima" de um parceiro sexual que rejeita a camisinha e não como protagonista, com direito de manifestar seus desejos e preferências e de buscar mais prazer durante a relação.

O fato de haver mulheres que também não gostam de usar camisinha é algo que merece atenção não apenas dos profissionais de saúde e das campanhas de promoção do uso, mas também de pesquisas de maior abrangência e representativas da população em estudo. Para reduzir a vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids, é preciso promover o uso da camisinha, levando em consideração que "chupar bala com papel" deixou de ser um privilégio dos homens e passou a também fazer parte do repertório feminino.

Referências bibliográficas

AYRES, J. R. de C. M.; FRANÇA JR., I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. IN: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (orgs.) *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999. p.49-72.

ANTUNES, M. C.; PERES, C. A.; PAIVA, V.; STALL, R.; HEARST, N. Diferenças na prevenção da AIDS entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, n. 36 (4 sup.), 2002.

BARBOSA, R. M.; VILLELA, W. V. A trajetória feminina da AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO .J. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Série História Social da AIDS, n. 7, Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1996. p.16-32.

BARBOSA, L. M. *Perfis de vulnerabilidade ao risco de contrair o HIV nas regiões Nordeste e Sudeste brasileiras: aspectos individuais e da comunidade*. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001, 115f.

BARBOSA, L.M. A dinâmica da epidemia de aids nas regiões Nordeste e Sudeste. Anais do XIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Ouro Preto – Minas Gerais – Brasil, de 04 a 08 de Novembro de 2002.

- BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(Sup.1), 2000
- BRASIL. Boletim Epidemiológico AIDSDST – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, programa Nacional de DST e Aids. Brasília, 2004.
- BRASIL. Boletim Epidemiológico AIDSDST – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, programa Nacional de DST e Aids. Brasília, 2006.
- BRASIL. Boletim Epidemiológico AIDSDST – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, programa Nacional de DST e Aids. Brasília, 2007.
- BEMFAM (Sociedade civil bem-estar familiar no Brasil)/DHS (Demograph and health survey), 1997. Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM/DHS.
- CARRENO, I. e COSTA, J. S. D.. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública* 40 (4), 2006.
- CUNHA, J. V. Q. *Vulnerabilidade, gênero e HIV: um estudo sobre mulheres e homens heterossexuais*. Brasil, 1998. (Tese de doutorado) Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG, 2006. 157 p.
- DINIZ, S. G. Gênero e prevenção das DST/ AIDS.[São Paulo]: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, [2001]. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/documentos/relacoes_de_genero.doc>. Acesso em: 14 jan. 2005..
- FERNANDES, A. M. dos S., ANTONIO, D. de G., BAHAMONDES, L. G., CUPERTINO, C. V. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Cadernos de Saúde Pública* 16, supl.1, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000700009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Jul 2008.
- FINKLER, L.; BRAGA, P.; GOMES, W. B. Percepções de casais heterossexuais em relação à suscetibilidade de infecção por HIV/AIDS. *Interação em psicologia*, v. 8, n. 1, 2004. p. 113-122.
- FONSECA, M. G. P.; BASTOS, F. I. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 Sup 3, 2007.
- GUERRIERO, I.; AYRES, J. R. C. M.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 4, São Paulo, 2002.
- HAGUETTE, T. M. F. Metodologias Qualitativas na Sociologia. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 224 p.
- LOPES, F. Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades. 2003. 203f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. (Eds.). *AIDS in the world*. Cambridge: Harvard University Press, 1992. 1037 p.

MIRANDA-RIBEIRO, P., CAETANO, A. J. O Programa SRSR. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, Campinas, v.20, n.2, 303-305, jul/dez 2003.

MIRANDA-RIBEIRO, P., CAETANO, A. J., SANTOS, T. F. SRSR: *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor – Relatório descritivo*. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2004.

MIRANDA-RIBEIRO, P., SIMÃO, A. B., CAETANO, A. J., PERPÉTUO, I. H. O., LACERDA, M. A., TORRES, M. E. A. Acesso à contracepção e ao diagnóstico do câncer de colo uterino em Belo Horizonte: uma contribuição metodológica aos estudos quanti-quali. *Revista Brasileira de Estudos da População*, v. 24, n.2, p. 241-244, 2007.

PAIVA, V.; BUGAMELLI, L.; LEME, B. VENTURA-FILIPPI, L. Vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero? *Cuadernos Mujer y Salud*, 3, 1998.

PARKER, R.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. (orgs). Como avaliar vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. (orgs). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ ABIA/IMS/UERJ, 1993, p. 275-301.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2008. *Relatório PNDS 2006 - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher*. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf

SANTELLI, J. KOUZIS, A. C.; HOOVER, D. R; POLACSEK, L. W. G., M Polacsek, LWG Stage of behavioral change for condom use: the influences of partner type, relationship and pregnancy factors. *Family Planning Perspectives*, 28(3):101-107, 1996.

SANTELLI, J.; BRENER, N. D.; LOWRY, R.; BHATT, A.; ZABIN, L. S. Multiple sexual partners among US adolescents and young adults. *Family Planning Perspectives*, 30(6):271-275, 1998.

SANTOS, C. O.; IRIART, J. A. B., Significados e práticas associadas ao risco de contrair HIV no roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(12), 2007.

SOLER, H., QUADAGNO, D.; SLY, D. F. RIEHMAN K. S.; EBERSTEIN, I. W.; HARRISON, D. F. Relationship dynamics, ethnicity and condom use among low-income women. *Family Planning Perspectives*, 32(2):82-88 &101, 2000.

SOUZA, C. F. O uso/não uso de preservativo entre mulheres residentes em Belo Horizonte e Recife, 2002: um estudo de fatores associados. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

UNAIDS. 2006 Report on the global AIDS epidemic. A UNAIDS 10th special edition. 2006. Genebra: UNAIDS, 2006. (disponível em http://data.unAIDS.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_en.pdf).

UNAIDS/WHO; 2007. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS epidemic update: December, 2007. UNAIDS/WHO, 2007.

VILLELA, W. Dossiê mulher e AIDS. [SI]: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, [200?]. 33 páginas. Disponível em http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiemulher_e_AIDS.html. Acesso em 20 de Janeiro de 2007.

WAGSTAFF, D; JEFFREY, A. K. PERRY, M. J.; SIKKEMA, K. J.; SOLOMON, L. J.; HECKMAN T. G.; ANDERSON; E. S.; e THE COMMUNITY HOUSING AIDS PREVENTION STUDY GROUP. Multiple partners, risk partners and HIV risk among low –income urban women. *Family Planning Perspectives*, 27(6):241-245, 1995.

WEISS, R. S. *Learning for strangers: the art and method of qualitative interviews studies*. New York: The Free Press, 1994.

Práticas sexuais e vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro. Considerações sobre as desigualdades de gênero, raça e geração no enfrentamento da epidemia¹

Sandra Garcia
Elza Berquó
Fernanda Lopes
Lilium P. de Lima
Fabiana Mendes de Souza

Introdução

No campo da saúde, o conceito de vulnerabilidade teve destaque no início da década de 90 entre aqueles que, na intersecção de vários campos do saber, buscavam estratégias para o enfrentamento da aids. Embora seja um recurso teórico aperfeiçoado no campo de estudos e pesquisas em aids, o conceito de vulnerabilidade não lhe é restrito (Lopes, 2003). De acordo com Ayres (2003), esse conceito é expresso por um “conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das conseqüências indesejáveis daquela situação”.

Com a finalidade de avaliar a vulnerabilidade à infecção por HIV e ao adoecimento por aids, Mann *et al.* (1993) definiram três planos interdependentes de análise: (1) o componente individual, (2) o componente social ou coletivo e o (3) componente político ou programático.

No plano individual, os autores apresentam inúmeras definições para o conceito de vulnerabilidade:

¹ Este estudo foi desenvolvido no âmbito da pesquisa amostral de abrangência nacional “Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre o HIV-Aids-2005. Essa pesquisa foi realizada pelo Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids-GEPSAIDS, sob a coordenação da professora Elza Berquó e com o apoio do Programa Nacional DST e Aids do Ministério da Saúde. Integram o GEPSAIDS: Elza Berquó, Francisco Inácio Pinkusfeld Bastos, Ivan França Junior, Regina Barbosa, Sandra Garcia, Vera Paiva, Wilton Bussab.

- Em termos absolutos, a expressão designa os desprotegidos.
- Em termos relativos, refere-se àqueles que estão expostos a um risco maior do que a média.
- Em termos epidemiológicos, o conceito relaciona-se àqueles que apresentam maiores graus de exposição.
- Em termos médicos, é atribuído às pessoas incapazes de avaliar o nível e a qualidade da assistência médica que lhe é oferecida.
- Em termos operacionais, a expressão diz respeito àqueles que necessitam de maior grau de proteção e assistência.
- Em termos de direitos humanos, refere-se àqueles que estão expostos ao risco de discriminação ou de tratamento injusto que desafie os princípios de igualdade e dignidade humana.
- Em termos sociais, àqueles que não têm seus direitos efetivados e àqueles que não têm acesso aos serviços e bens sociais disponíveis.
- Em termos econômicos, aos incapazes de ter acesso a um nível satisfatório de assistência, devido às limitações financeiras.
- E em termos políticos, diz respeito aos carentes de poder ou incapazes de conseguir representação total.

A dimensão programática da vulnerabilidade é caracterizada pelos investimentos em ações e programas de informação e educação preventivas; pela existência de serviços sociais e de saúde de fácil acesso, com alta qualidade, democraticamente delineados, periodicamente retroalimentados e avaliados; pela adoção de mecanismos de não discriminação nas instituições.

A dimensão social da vulnerabilidade frente às DST/HIV/aids e outros agravos é mediada pela noção de cidadania e de direitos, em especial o direito humano à saúde, os direitos sexuais e reprodutivos e o direito à livre orientação sexual que as pessoas e os grupos adotam; pelo repertório de crenças e valores relacionados ao exercício da sexualidade, ao processo saúde-doença-cuidado; pelos sentidos e significados sociais atribuídos ao pertencimento étnico e racial, à masculinidade, feminilidade e às identidades de gênero, à idade e geração, denominação religiosa, dentre outras dimensões.

A dinâmica da aids no Brasil

No Brasil, a principal fonte de informações sobre aids é a vigilância epidemiológica, não obstante, são vários os fatores impeditivos para que a notificação seja mais completa, dentre eles destacam-se: a baixa capacidade de diagnóstico, a subnotificação, o atraso nas notificações e no processamento das informações (Ferreira, 2000; Lemos e Valente, 2001; BRASIL, 2006) e, do ponto

de vista da classificação por cor, a ausência de investimentos na sensibilização da população e dos profissionais quanto à sua importância e na capacitação dos mesmos para a coleta da informação, processamento e análise de dados desagregados (Lopes e Malachias, 2001).

Notificada no país no início da década de 80, a aids inicialmente esteve associada aos homens adultos, com comportamento homossexual, elevado nível socioeconômico, residentes dos grandes centros urbanos, prioritariamente São Paulo e Rio de Janeiro; bem como aos hemofílicos e àqueles que se beneficiavam de hemoderivados. Os usuários de drogas, mais diretamente afetados no período subsequente, desempenharam papel central no processo de expansão para as demais localidades do país, grupos etários e também para as mulheres.

Em um país com tantas heterogeneidades sociogeográficas, a ampla difusão da epidemia não lhe confere uniformidade, pelo contrário, permite que ela seja reconhecida como um conjunto de inúmeras microepidemias regionais (Szwarcwald *et al.*, 2000). A diversidade no padrão de disseminação apresenta-se como grande desafio para o acompanhamento de seu curso e para a implementação de políticas de prevenção e assistência.

No que diz respeito à distribuição espacial, a epidemia difundiu-se a partir das principais metrópoles em direção aos municípios de médio e pequeno porte que, via de regra, dispõem de menos recursos no âmbito da saúde ou no âmbito comunitário em geral. Embora o processo de disseminação apresente-se em uma lógica hierárquica, de acordo com a organização da malha municipal, tem sido seletivo quanto ao grau de urbanização dos municípios, privilegiando aqueles com características predominantemente urbanas, com maiores densidades demográficas e que estão sob interação mais intensa com as demais localidades – seguindo as rotas do sistema rodoviário, ferroviário ou aéreo e as rotas instituídas pelo deslocamento sazonal dos trabalhadores (Szwarcwald e Castilho, 2000; Brito *et al.*, 2000; Szwarcwald *et al.*, 2000).

No que tange à tendência temporal de disseminação da epidemia, a partir de 1999, tem-se verificado uma redução relativa nas taxas de incidência nacional. Essa tendência provavelmente deriva do relativo esgotamento do contingente de susceptíveis (Gupta *et al.*, 1989), da implementação de medidas preventivas, da mudança espontânea de comportamento de certos segmentos populacionais (MS/CEBRAP, 2000; Pinho *et al.*, 2002), do impacto das ações de intervenção e controle e do acesso universal e gratuito à terapia anti-retroviral (BRASIL, 2006). Apesar disso, é importante destacar que a redução não tem ocorrido de forma homogênea, seja do ponto de vista dos segmentos populacionais mais diretamente afetados, seja das diferentes regiões geográficas.

A epidemia que, na primeira década mantivera-se, fundamentalmente, restrita às áreas metropolitanas de região Sudeste, aos homens que fazem sexo com outros homens (HSH), aos

hemofílicos, aos hemotransfundidos e aos UDIs, vem crescendo de forma considerável entre as mulheres em decorrência da transmissão heterossexual. Desde 1993, essa passou a ser a principal modalidade de exposição ao HIV para o conjunto de casos notificados, superando as categorias “homo” e “bissexual”.

Desde meados dos anos 1990 o aumento do número de casos na população feminina tem chamado a atenção em todos os países do mundo, contudo, embora seja um fenômeno mundial, são vários os estudos e documentos oficiais que afirmam que, em nenhum outro lugar a feminização da epidemia foi tão rápida quanto no Brasil. A razão de sexos vem diminuindo sistematicamente, passando de 26,5 homens por mulher em 1985, para 1,5 homens por mulher em 2005 (BRASIL, 2006).

Outra característica do processo de mudança no perfil da epidemia é o persistente aumento do número de casos nas pessoas com 30 anos e mais. A velocidade com que a epidemia de aids se expande tem decrescido entre os homens de 13 a 34 anos, o mesmo não se observa para as mulheres desta faixa etária. Para as pessoas de 35 anos e mais, as taxas de incidência continuam crescendo persistentemente. O crescimento é bem mais evidente entre as mulheres de 40 a 49 anos, passando de 17,9 por 100.000 habitantes em 1998 para 27,9 por 100.000 habitantes em 2003.

As desigualdades socioeconômicas do país também influenciam a dinâmica da aids. Nesse sentido observa-se aumento da incidência de casos na população de menor nível socioeconômico (Parker, 1994; Bastos e Szwarcwald, 2000; Parker e Camargo Júnior, 2000). Em 1996, cerca de 70,0% dos casos de indivíduos do sexo masculino tinham nível de escolaridade equivalente ao ensino fundamental. Para as mulheres, as proporções no grupo de menor grau de escolaridade já ultrapassavam os 70% desde o final da década de 80 (Fonseca *et al.*, 2000).

A descoberta dos anti-retrovirais e, mais tarde, a garantia de acesso ao tratamento de alta eficácia contribuíram sobremaneira para a redução da letalidade; todavia, o impacto positivo do direito conquistado é influenciado pela região de moradia e se apresenta distinto para homens e mulheres, para pretos ou pardos e brancos (BRASIL, 2006).

A mortalidade vem aumentando persistentemente nas regiões Norte e Nordeste, enquanto decresce no Sudeste e tende a se estabilizar nas regiões Sul e Centro-Oeste. Em todas as regiões do país houve queda nos coeficientes de mortalidade por aids entre os homens. Para as mulheres, essa diminuição foi bem menor e não aconteceu em todas as regiões (a razão de sexos na taxa de mortalidade era de 16,5 H:M em 1986, em 2006 atingiu 2,0 H:M).

Em que pese a elevada proporção de óbitos com cor ignorada, nota-se que, de 2000 a 2006 houve uma diminuição proporcional de óbitos por aids em mulheres e homens brancos, e um leve aumento proporcional de óbitos na população parda, sobretudo de sexo feminino (BRASIL, 2006).

Em se compreendendo a saúde como o conjunto de condições integrais, individuais e coletivas determinado por fatores de ordem biológica, social, econômica, política, cultural e ambiental, não se pode considerar os sujeitos como unidades estatísticas independentes, não se deve ignorar a existência das relações sociais que produzem representações, comportamentos, saberes, valores, modos e condições de vida e de saúde. É em função dessa compreensão que o presente trabalho adota o conceito de vulnerabilidade como referencial teórico.

Aqui se considera que as vulnerabilidades são sempre definidas na relação com o outro, seja o outro uma pessoa ou um equipamento social. Nesse sentido os estudos de vulnerabilidade apresentam-se como recursos interpretativos da condição da pessoa humana nas sociedades modernas e seus horizontes práticos são de natureza político-cultural, pois desafiam seus condutores a denunciar os determinantes sociais do agravo; a “coletivizar” os compromissos políticos e a construir estratégias de intervenção que atinjam, produtiva e efetivamente, esses determinantes (Ayres *et al.*, 1999, 2003).

No sentido de compreender o processo de vulnerabilização de segmentos populacionais específicos foram definidos dois objetivos para esse estudo: identificar as inter-relações entre as variáveis sociodemográficas e econômicas e as práticas sexuais desses segmentos e explorar os significados das percepções e práticas sexuais nos sítios de São Paulo e Recife.

Metodologia

A estratégia metodológica adotada combinou métodos quantitativo e qualitativo. O estudo quantitativo baseou-se nos dados da Pesquisa Nacional “Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre o HIV/Aids, 2005”. Os dados foram obtidos por meio de amostra probabilística em múltiplos estágios, totalizando 5.040 respondentes de ambos os sexos, com idades entre 16 e 65 anos, residentes em áreas urbanas das 52 micro regiões brasileiras. Essa pesquisa gerou uma base de informações atualizada sobre comportamento sexual, práticas sexuais e conhecimento sobre HIV/Aids. A entrevista foi do tipo face-a-face (entrevistador homem entrevistou homem e entrevistadora mulher entrevistou mulher) e precedida de um esclarecimento lido pelo (a) entrevistador (a) informando os objetivos da pesquisa. A entrevista só foi realizada em condições de privacidade e mediante assinatura, pelo (a) entrevistado (a), de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Para este estudo particular, recortou-se uma subamostra dessa pesquisa: homens e mulheres negros e não negros, das faixas etárias de 16 a 24 anos e 45 e mais. Dessa forma, foram oito os seguimentos populacionais de interesse selecionados, a saber:

1. HB 16-24 – homens brancos de 16 a 24 anos;
2. HB 45-65 – homens brancos de 45 a 65 anos;
3. HN 16-24 – homens negros de 16 a 24 anos;
4. HN 45-65 – homens negros de 45 a 65 anos;
5. MB 16-24 – mulheres brancas de 16 a 24 anos;
6. MB 45-65 – mulheres brancas de 45 a 65 anos;
7. MN 16-24 – mulheres negras de 16 a 24 anos;
8. MN 45-65 – mulheres negras de 45 a 65 anos.

As variáveis analisadas foram: (1) uso de preservativo (UP) na primeira relação sexual; (2) uso consistente de preservativo (UCP) nos últimos 12 meses entre pessoas só com relações sexuais estáveis nesse período e (3) testagem anti-HIV na vida para a população sexualmente ativa nos últimos 12 meses. Foram utilizadas árvores de CHAID exaustivo (Exhaustive Chi-squared Automatic Interaction Detector) para avaliar a associação hierárquica entre cada umas das variáveis dependentes e variáveis sociodemográficas, econômicas e comportamentais.

O estudo qualitativo, por sua vez, foi baseado em entrevistas em profundidade com roteiro semi-estruturado, com o intuito de explorar as trajetórias afetivo-sexuais de 64 indivíduos selecionados (as) de acordo com o perfil dos 8 segmentos, nos sítios de São Paulo e Recife. Os temas explorados foram: Conhecimento e percepção sobre a aids; Percepção de risco individual e social; Relações de gênero; Negociação e uso de preservativos; Iniciação sexual e práticas sexuais; Saúde reprodutiva e acesso aos serviços de saúde. As recomendações da Resolução CNS/196/96 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece parâmetros para a participação de indivíduos e/ou grupos em pesquisas foram também adotadas para as entrevistas qualitativas.

Resultados do estudo quantitativo

Análise do modelo CHAID

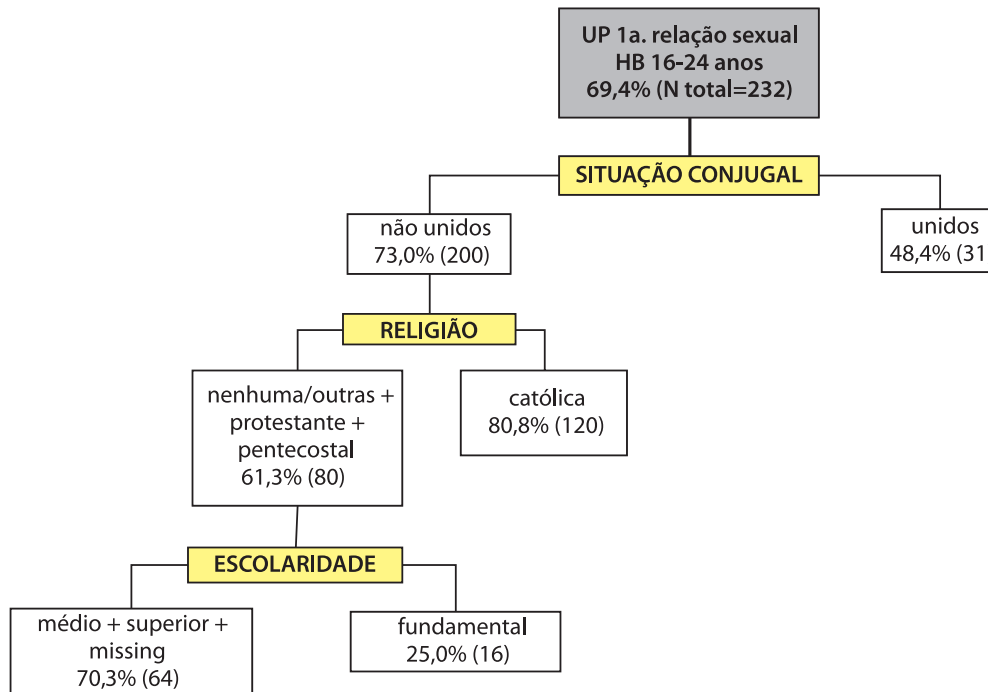
Os resultados de todas as variáveis analisadas serão descritas para os oito segmentos, porém, devido à restrição de espaço a qual este artigo está submetido, serão ilustradas apenas 5 figuras de árvores. Vale destacar que a variável Uso do Preservativo (UP) na 1ª. Relação sexual foi considerada apenas para a faixa etária 16-24 anos. A Figura 1 apresenta o resultado dessa variável para o segmento HB 16-24 anos. O primeiro ramo da árvore representa a variável mais associada ao UP na 1ª relação sexual, dentre aquelas consideradas na análise. Neste caso, a situação conjugal foi a variável mais associada ao UP na 1ª relação sexual: entre os não unidos, 73% fizeram uso de preservativo e, entre os unidos, esta proporção foi de 48%. O segundo nível da árvore permite

avaliar o UP na 1ª relação sexual dentro das categorias da variável selecionada anteriormente (situação conjugal) quando detectada alguma associação significativa. Neste nível, observa-se que, entre os não unidos existe associação significativa entre o uso do preservativo e a religião atual. Além disso, a figura mostra que as categorias pentecostal, protestante e nenhuma/outras foram agrupadas, indicando que não existem diferenças significantes quanto ao uso do preservativo entre os homens brancos jovens destas denominações. Porém, existe diferença em relação aos católicos. No primeiro grupo composto pelas várias denominações religiosas, a porcentagem de uso foi menor (61%) que para o grupo dos católicos (81%). A figura 1 mostra ainda um terceiro nível hierárquico definido pela variável escolaridade para o grupo formado pelos pentecostais, protestantes e com nenhuma/outras religiões. Neste terceiro nível, observamos que, por um lado, não existem diferenças significantes quanto ao uso do preservativo entre HB que cursaram as séries do ensino médio e aqueles com ensino superior e mais. O mesmo não se observa em relação à categoria de ensino fundamental. A porcentagem de uso foi de 25% entre aqueles com ensino fundamental e de 70% para os demais. Apesar dos padrões hierárquicos específicos observados para o UP na 1ª relação sexual para cada segmento, algumas características gerais podem ser observadas. Para os HB, MB e MN a situação conjugal apresentou-se como a variável mais associada ao uso do preservativo na primeira relação sexual. No caso dos HN, nenhum dos fatores estudados apresentou associação significativa com o uso do preservativo na primeira relação sexual. Para as MB o uso do recurso preventivo também foi influenciado pela região de moradia, entre aquelas cuja situação conjugal era de união. Já para as MN não unidas, a influência se deu por meio da variável importância da religião na vida.

Dos resultados obtidos para o UCP em relações estáveis para a população de 16 a 24 anos observa-se que para todos os segmentos de interesse, quem propõe o uso de preservativo apresentou-se como a variável mais associada ao uso consistente de preservativo. Para os HN (figura 2) e MN, esta foi a única variável selecionada na árvore, sendo que as categorias “parceiro” e “pessoa” foram agrupadas. Nestes dois grupos, o UCP foi maior para aqueles (as) que declararam que o uso de preservativo é proposto por ambos.

Para os homens brancos, o agrupamento da variável quem propõe o uso de preservativo foi diferente. Foram criadas duas categorias: “ambos/por acordo + pessoa” e “parceiro + ninguém”, sendo que a primeira foi aquela que apresentou maior porcentagem de UCP. O uso do preservativo quando proposto por ambos ou pela pessoa entrevistada sofreu influência da situação conjugal e da percepção de risco individual, sendo mais freqüente entre os não unidos que não sabiam caracterizar o nível do risco a que estavam submetidos ou que afirmavam apresentar nenhum/baixo risco.

FIGURA 1
Fatores relacionados ao uso de preservativo na 1ª relação sexual entre homens brancos de 16-24 anos



Para as mulheres brancas, as categorias geradas pelo modelo para a variável quem propõe o uso de preservativo foram diferentes das demais: “ambos/por acordo + pessoa + parceiro” e “ninguém”, sendo que a primeira foi aquela que apresentou maior porcentagem de UCP. O uso do preservativo quando proposto por ambos, pela pessoa entrevistada ou pelo parceiro (a), foi menos freqüente entre aquelas que desejavam ter (ter mais) filhos e que acreditavam que o preservativo tira o prazer do homem.

Dos resultados obtidos para os adultos de 45 anos ou mais observa-se que à semelhança do que foi descrito para os jovens, os segmentos de 45 + anos apresentaram quem propõe o uso de preservativo como a variável mais associada ao uso consistente de preservativo. No entanto, nesta faixa etária apenas os HN tiveram esta variável como sendo a única selecionada na árvore, sendo que houve apenas um agrupamento “ambos/por acordo + pessoa”, que concentrou a maior freqüência de UCP.

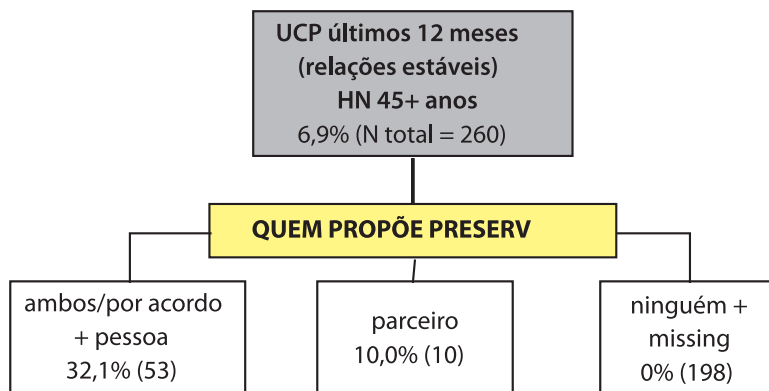
Para os HB e para as MB, observam-se duas variáveis selecionadas em cada árvore, compondo o segundo nível hierárquico. A situação conjugal foi selecionada tanto no grupo dos homens quanto no das mulheres, sendo, em ambos os casos, hierárquica aos respondentes que disseram que ambos propõem o uso do preservativo. A outra variável foi a religião atual – para os HB – e a opinião sobre preservativo gerar suspeita acerca do comportamento do (a) parceiro (a) – no grupo das MB –,

ambas hierárquicas aos respondentes que disseram que o parceiro/pessoa é quem propõe o uso do preservativo.

O grupo das MN mostra um segundo nível hierárquico gerado para aquelas que propõem o uso do preservativo. A variável selecionada neste novo nível hierárquico foi a opinião sobre o fato de o preservativo tirar o prazer do homem. Neste nível, observamos que o uso consistente foi maior entre aquelas que não concordam com a idéia de que o preservativo tira o prazer do homem.

Os resultados dos modelos CHAID mostraram que a variável “quem propõe o uso do preservativo” foi a mais associada com o UCP em relações estáveis para todos os segmentos de interesse. Com o objetivo de investigar a associação das demais variáveis na ausência desta, novas árvores CHAID foram realizadas desconsiderando apenas “quem propõe o uso do preservativo”. Os resultados mostraram que, na ausência desta, a situação conjugal foi a mais associada com o UCP em relações estáveis para todos os segmentos. Além disso, para os HN, MB e MN de 16 a 24 anos, a situação conjugal foi também a única variável selecionada.

FIGURA 2
Fatores relacionados ao uso consistente de preservativo nos últimos 12 meses em relações estáveis entre homens negros de 45 anos ou mais



Em relação à Testagem anti-HIV na vida, os resultados obtidos para os jovens de 16 a 24 anos, observa-se que homens negros e brancos apresentaram padrões diferentes. No caso dos HB a variável mais associada à testagem foi o uso de preservativo nos últimos 12 meses, num segundo nível duas variáveis foram selecionadas: situação conjugal (hierárquica nos jovens que não usaram preservativo) e renda individual (hierárquica nos jovens que usaram preservativo). Para os jovens que usaram preservativo e que declararam não ter renda ou ter renda igual a mais de 1 salário mínimo, um terceiro nível hierárquico foi gerado com a variável deseja ter/ter mais filhos.

No caso dos HN (figura 3) a variável mais associada à testagem foi a renda individual, sendo que a frequência de testagem é menor entre aqueles que relataram não ter renda (6%). As árvores

geradas para as mulheres apresentaram padrões semelhantes: a situação conjugal foi a primeira variável segmentadora, sendo que as unidas relataram a realização de teste anti-HIV na vida em maiores proporções. Num segundo nível, a variável desejo de ter/ter mais filhos aparece hierarquizada no subgrupo das unidas, sendo que, tanto para as negras quanto para as brancas, a testagem foi maior entre aquelas que não desejam ter/ter mais filhos. Além disso, apenas entre as brancas, para as unidas que desejavam ter/ter mais filhos foi gerado um terceiro nível hierárquico definido pela variável religião atual.

Em relação aos resultados obtidos para os adultos de 45 anos ou mais, observa-se que para os HB, a variável mais associada à testagem anti-HIV foi a escolaridade. Para aqueles com nível médio de escolaridade, o modelo gerou um segundo nível hierárquico associado à religião atual. Para os HN e para as MB (figura 4), a situação conjugal foi a primeira variável associada à testagem e a escolaridade foi a variável selecionada no segundo nível, em ambos os casos, hierárquica aos respondentes não unidos. Para as MB não unidas, foram selecionadas ainda duas outras variáveis num mesmo nível hierárquico: entre aquelas com ensino médio/superior a testagem foi significativamente associada com a região de moradia; e entre aquelas com ensino fundamental, a associação deu-se com a variável renda individual.

Para as MN (figura 5), a testagem anti-HIV apresentou diferenças significantes a depender da região de moradia, sendo que a região Norte-Nordeste apresentou a menor porcentagem de testes (4%) quando comparadas com as demais regiões (30% para as regiões CoSud/SP/Sul agrupadas). Para as residentes na região Norte-Nordeste, a testagem apresentou-se ainda associada à situação conjugal, enquanto para as residentes nas regiões CoSud, Sul, ou em SP, a variável hierárquica foi a importância da religião na vida.

FIGURA 3
Fatores relacionados à testagem anti-HIV na vida entre homens negros de 16-24 anos sexualmente ativos nos últimos 12 meses

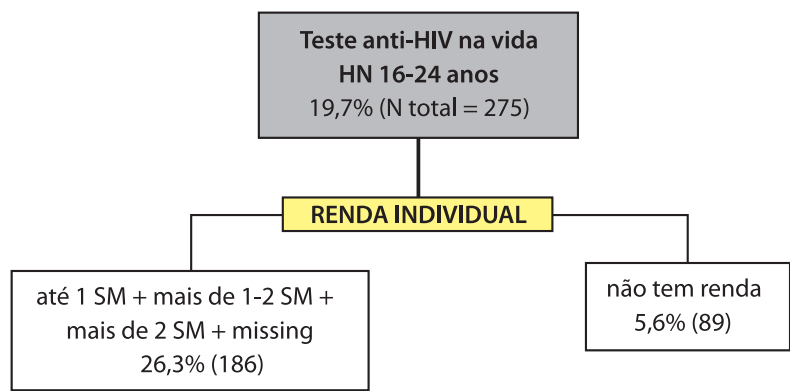


FIGURA 4
Fatores relacionados à testagem anti-HIV na vida entre mulheres brancas de 45 anos ou mais sexualmente ativas nos últimos 12 meses

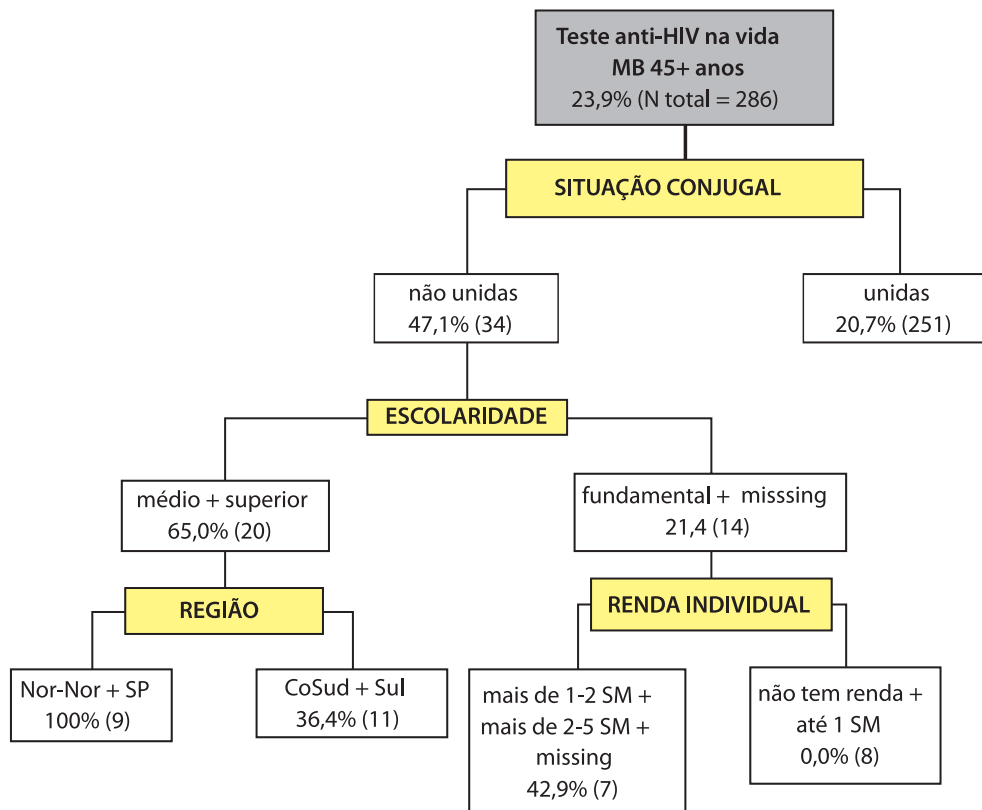
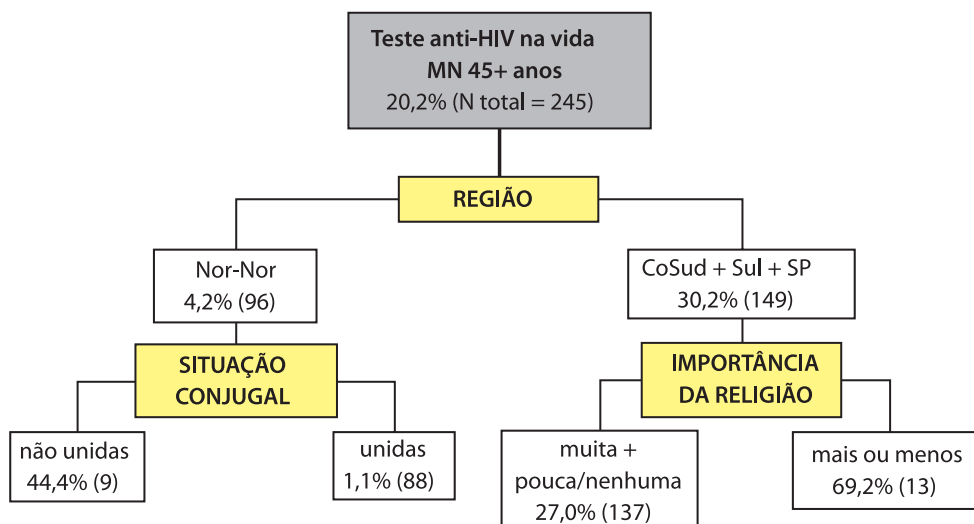


FIGURA 5
Fatores relacionados à testagem anti-HIV na vida entre mulheres negras de 45 anos ou mais sexualmente ativas nos últimos 12 meses



Resultados do estudo qualitativo

O propósito desse estudo foi investigar mais profundamente algumas das questões levantadas pelos resultados do inquérito populacional. Dentre os temas explorados já citados na metodologia, destacamos aqueles que foram objeto de análise no presente artigo: conhecimento e percepção sobre a aids, percepção de risco individual e social, negociação e uso de preservativos e testagem anti-hiv. Os depoimentos a respeito desses temas e os discursos sobre as práticas sexuais relatadas foram analisados a partir da perspectivas de gênero e levando-se em conta as dimensões de raça e geração.

Informação e conhecimento sobre DST/aids

O estudo qualitativo realizado em São Paulo e Recife mostrou que, os menos escolarizados, os homens, os mais velhos e os moradores de Recife possuem menos informação sobre DST e aids. Além disso, o acesso à informação sobre DST/aids é obtido apenas por meio dos meios de comunicação de massa, com exceção dos jovens e dos mais escolarizados que afirmaram ter acesso à internet, portanto, com possibilidades de obtenção de informações adicionais.

Alguns entrevistados, quando questionados sobre o que sabiam a respeito das doenças sexualmente transmissíveis, em especial os adultos com menor escolaridade, revelaram ter pouco ou nenhum conhecimento a respeito das DST. Uma das entrevistadas associou a aids (única DST por ela citada) a um tipo de “doença genética”.

Ainda com referência às DST, é importante destacar a diferença entre homens e mulheres em relação às declarações de exposição. A maioria dos homens respondeu afirmativamente a esta questão, enquanto que entre as mulheres houve apenas dois relatos afirmativos. As expressões de surpresa como “Deus me livre” e “Graças a Deus, não” após a colocação da questão, sugerem incômodo na abordagem dessa temática.

Nos depoimentos dos homens, há alguns relatos de tratamento caseiro das DST tais como: sabões específicos e alguns produtos alimentícios, como ovos e café. Chama a atenção, o caso de um entrevistado que usou gasolina para acabar com o “chato”.

“Como o senhor se tratou? Raspei tudo e passei gasolina; não quis nem saber de querosene, foi logo gasolina.” (homem, 49 anos, branco, fundamental, Recife)

Com relação ao conhecimento sobre a aids, apesar de todos os entrevistados terem afirmado possuir informações a respeito, encontramos relatos sobre formas incorretas de transmissão e prevenção. Isso ocorre principalmente entre os menos escolarizados, sobretudo adultos acima de 50 anos.

Uma entrevistada afirma “não se ligar muito” nas informações veiculadas sobre aids. Como razão para tal indiferença afirma que ela e seu cônjuge “não têm nada”, logo, não haveria com o que se “preocupar”. Dessa forma, ela se coloca fora tanto do grupo alvo de tais informações quanto do grupo exposto a doenças sexualmente transmissíveis, graças a uma espécie de “proteção” garantida pelo casamento.

Outro entrevistado manifesta não saber manipular os conteúdos informativos sobre aids, disparando um “não sei te explicar o que é” sem hesitação, mas emendando que saberia o que fazer para se prevenir “se fosse um cara novo”, especialmente pela gravidade da doença, pois a aids “é uma doença muito pior do que um câncer”.

“Olha, rapaz, eu não sei te explicar o que é a aids não. Eu só vou te falar uma coisa: eu se fosse um cara novo, hoje em dia, que fosse sair atrás de mulher feito esses cara sai doido aí atrás de mulher, eu sabia como era que eu ia fazer, eu tinha que me prevenir pra não pegar porque isso aí é uma doença muito triste. É uma doença, essa doença é uma doença muito pior do que um câncer.” (homem, 60 anos, negro, fundamental, São Paulo)

Vale destacar o relato de um entrevistado que mostra a convivência entre informações corretas sobre as formas de transmissão e “especulações” produzidas pelo imaginário popular. Ou seja, ao mesmo tempo em que o sujeito afirma estar informado sobre o risco de exposição ao vírus por meio da prática sexual desprotegida, introduz um elemento revelador da sua desinformação sobre o assunto.

“Você acha que pode pegar aids?” O vírus passa pelo sexo sem camisinha. Mas eu posso pegar, porque eu conheço uma menina que nunca transou e pegou o vírus da aids. No mangue, tem um mosquito que dá uma picada em que o sangue escorre mesmo, ele suga mesmo o sangue. Todo mundo diz que aquela menina contraiu desse jeito quando ela foi ao mangue.” (homem, 22 anos, branco, fundamental, Recife)

É preciso destacar que a desinformação não está somente entre os menos escolarizados. Noções incorretas sobre a aids foram relatadas por entrevistados mais escolarizados. Chama a atenção o relato de um adulto negro, nível superior de escolaridade e morador da cidade de São Paulo, a respeito do vírus HIV. Afirma que as pessoas têm o “HIV congênito” sendo que alguns desenvolvem e outros não. Essa informação, que segundo ele, foi obtida em uma palestra para professores da rede pública, tem sido por ele replicada para os próprios alunos. A situação relatada levanta dúvidas, de um lado, quanto às informações veiculadas pelos agentes públicos, e de outro, quanto às possíveis dificuldades de entendimento dos receptores dessas mensagens, que a seu modo as sistematizam e replicam em outros espaços públicos.

No que se refere às formas de prevenção contra a aids, todos entrevistados mencionaram o uso do preservativo nas relações sexuais. Outras formas de prevenção foram citadas, principalmente pelos homens adultos de Recife, tais como: exclusividade sexual, diminuição de parceiros e conhecimento do parceiro.

Dois entrevistados afirmaram sentirem-se protegidos devido a mudanças no seu comportamento sexual. Ambos apontaram o comportamento sexual monogâmico como forma de não exposição à aids. Um deles afirmou que se hoje ainda fosse “raparigueiro”, como fora em sua “vida de antes”, ou seja, se ainda tivesse uma vida sexual ativa combinada com uma grande variedade de parceiras estaria exposto à aids.

Outro entrevistado coloca inicialmente a prevenção à aids como um elemento caracterizador de “hombridade”, afastando-se da visão do masculino associada ao número de parceiras sexuais, indiscutível marcador cultural de masculinidade², e que paulatinamente vem se transformando nas últimas décadas. (Garcia, 2006)

Ainda com relação à prevenção, cabe destacar duas formas incorretas de prevenção mencionadas por um jovem (negro, com escolaridade fundamental, morador de São Paulo) e por um adulto (negro, com escolaridade média, morador de Recife). O primeiro afirma que para se prevenir é necessário lavar o pênis entre as práticas sexuais anal e vaginal. Enquanto que o segundo revela se prevenir da aids controlando o seu fluxo urinário.

“O que você sabe sobre a aids?” Rapaz, eu sei que é uma doença grave, né?! E é causada pelo sexo, né?! Primeiro, eu acho também, assim, a doença contrai muito, assim, em si, quando o cara faz sexo anal e não faz vaginal, às vezes ele acaba de fazer sexo e não lava o pênis. Então causa umas coisas que... às vezes nem a mulher tem a doença e ele nem lavou o pinto. Porque, todas às vezes depois do sexo, você tem que lavar o seu pênis, né?! Às vezes o cara goza na mulher. **Você sabe como é que previne? Como faz pra não pegar?** Pra não pegar?! Tem que ser a camisinha mesmo, você tem que usar a camisinha. Agora, dentro do casamento eu não uso. Eu não vou mentir, eu não uso. Eu só não faço sexo anal, mas eu não uso.” (homem, 24 anos, negro, fundamental, São Paulo)

“A maneira de prevenção do senhor é qual?” Eu prendia o pênis, urinava e soltava.” (homem, 64 anos, negro, médio, Recife).

Apesar da avaliação positiva das campanhas de prevenção à aids por grande parte dos entrevistados, pode-se dizer que ainda há muito por melhorar quanto à ampliação temática e às

2 Para uma discussão sobre masculinidade e as representações da identidade masculina ver o trabalho de Sandra Garcia: Homens na Intimidade: Masculinidades Contemporâneas, Holos, Editora, 2006.

formas de linguagem utilizadas. Para uma entrevistada as campanhas preventivas carecem de informações detalhadas sobre as formas de transmissão da doença.

“Você acha que essas informações que têm nos meios de comunicação (...) sobre doença sexualmente transmissível e aids, você acha que elas são informativas?”

Não, elas não são. **Por quê?** Eu acho que, por exemplo, no caso do HIV, eu acho que teria que ser menos preconceituosa e mais detalhada sobre as formas de contaminação.”
(mulher, 50 anos, negra, superior, São Paulo)

Para outra entrevistada, as campanhas deveriam utilizar um “modo popular” de transmitir as informações, trazendo um conteúdo mais objetivo e direto, falando abertamente sobre o assunto.

“Você acha as informações na tv, no rádio, sobre a aids, são suficientes para que as pessoas façam sexo com segurança? Você acha que podia ter mais?”

Acho que não. **Você acha que podia ter mais?** Acho que o governo podia se especializar em coisas mais objetivas e diretas, assim, para as pessoas. Que eles não falam de um modo popular. Eu acho do meu ponto de vista. Acho que poderia ser mais aberto, o assunto.” (mulher, 18 anos, branca, fundamental, São Paulo)

Já para outro entrevistado, as campanhas deveriam considerar os variados contextos sociais que existem no país, avaliando as necessidades e especificidades de cada segmento social. Segundo ele, um adolescente que vive em uma situação de extrema miséria não tem preocupação com a aids, ele quer apenas ter um pouco de prazer na vida, no momento do ato sexual. Além disso, ele sugere campanhas que invistam na eliminação do preconceito contra os soropositivos, a fim de que este grupo assuma a doença e busque o tratamento.

Críticas à sazonalidade das inserções das campanhas preventivas nos meios de comunicação de massa foram frequentes. Muitos afirmaram que “fazer campanhas” e distribuir camisinha somente durante o carnaval é um equívoco, pois “não se pega aids só no carnaval”. Muitos entrevistados expressaram a necessidade de ampliar o período e os locais de divulgação das campanhas, e não somente no período do carnaval. Por outro lado, uma entrevistada jovem afirmou que a esporadicidade e as chamadas de incentivo ao uso da camisinha não favorecem uma vida sexual segura. Para ela, essas campanhas deveriam mostrar como se usa a camisinha, ela mesma revela não saber como se coloca uma camisinha, função que ela já destinou ao companheiro.

Outra entrevistada acima de 45 anos também acredita que as campanhas de prevenção à aids deveriam ocorrer em outros períodos do ano, além do carnaval. Para ela, as campanhas de incentivo ao uso do preservativo se assemelham às campanhas contra o mosquito da dengue, que são realizadas somente em um período do ano e “depois fica em branco” e “ninguém faz mais nada”. Segundo ela, quem já tem um comportamento preventivo segue com as práticas sexuais seguras,

mas quem não tem costume de usar preservativo, esquece as recomendações feitas assim que finalizam as campanhas. Na sua avaliação, quem tem filhos/as adolescentes não pode esperar pelas campanhas do governo.

Quanto ao tratamento da aids, os depoimentos revelam haver muito pouca informação sobre o mesmo. Sabe-se que existe o chamado “coquetel” para os soropositivos, mas não se tem conhecimento a respeito da sua obtenção nos serviços públicos de saúde. Da mesma forma, notícias esporádicas nos telejornais sobre os avanços dos laboratórios a respeito de medicamentos e vacinas contra o vírus hiv podem ser de difícil compreensão para aqueles indivíduos que têm dificuldade de acompanhar informações de cunho científico, em geral os menos escolarizados. Em resumo, a escassez e esporadicidade das informações refletem falhas importantes na divulgação do tema nos grandes meios de comunicação.

Uso do preservativo e teste anti-hiv

O uso consistente de preservativo entre os entrevistados das cidades de São Paulo e de Recife é relativamente baixo. Entre os entrevistados que declararam usar o preservativo, verifica-se que o tipo de relação estabelecida e a fase do relacionamento determinam diversificados padrões de uso. Assim, como já foi dito anteriormente, o uso consistente do preservativo está associado ao tipo de parceria, ou seja, aqueles que se relacionam com pessoas “desconhecidas”, tendem a usar mais consistentemente o preservativo em suas práticas sexuais. Deve-se destacar que alguns entrevistados do sexo masculino, especialmente de Recife revelaram não usar preservativo nos relacionamentos extraconjugais com mulheres com as quais já saíram algumas vezes. De acordo com Guerriero *et al.* (2002:55), alguns homens não usam preservativo nas relações extraconjugais, porque não têm as suas esposas como as únicas parceiras fixas, e, portanto, o relacionamento extraconjugal é visto também como uma parceria estável.

Já nos relacionamentos estáveis monogâmicos, a prática do uso do preservativo está praticamente restrita ao início dos relacionamentos, quando ainda não se construiu laços de intimidade e confiança com o parceiro. Deve-se destacar, contudo, que para os homens jovens, usuários consistentes e inconsistentes do preservativo, a motivação principal relatada foi o controle da reprodução, uma vez que a parceira não estava usando outros métodos de regulação da fecundidade.

Algumas mulheres justificaram o uso do preservativo pelo fato de não terem se adaptado a outros métodos contraceptivos. No entanto, afirmaram estar dispostas a abandonar o seu uso na medida em que o controle da reprodução pudesse ser resolvido de outra maneira. Nesse sentido,

o uso transitório da camisinha parece ser, por um lado, uma prática utilizada quando ainda se está tentando construir um compromisso afetivo-sexual, e de outro, a solução para o controle da reprodução na ausência de alternativas mais satisfatórias por parte da mulher.

Uma das entrevistadas afirma que irá suspender o uso do preservativo assim que começar a usar a pílula. Ela revela que sua menstruação é irregular, o que indica que o uso da camisinha só existe, mesmo sem a pílula, por não poder confiar no método mais antigo, a “tabelinha”. Chama a atenção que a única preocupação demonstrada por duas entrevistadas é com uma gravidez indesejada.

“Com ele, a gente começou usando camisinha, (...) Mas eu ainda tô procurando um método anticoncepcional porque eu queria parar com a pílula e eu comecei a usar um anel vaginal, que eu também não me adaptei, então, agora, eu vou voltar pra pílula. Então, eu tô tentando... como eu tô nessa fase de transição, a gente tá sempre usando camisinha pra não (...)” (mulher, 22 anos, branca, superior, São Paulo)

“Ele [namorado] usa, mas queremos ter o relacionamento sem a camisinha, mas enquanto eu não começar a tomar anticoncepcional, não vai acontecer para não correr o risco de gravidez, porque tenho a menstruação irregular.” (mulher, 22 anos, branca, superior, Recife)

Ainda com relação ao uso do preservativo no início dos relacionamentos, alguns entrevistados de ambos os sexos, com grau superior de escolaridade, em sua maioria moradores de São Paulo, revelaram que fazer o teste anti-HIV é uma forma de abolir o uso do preservativo. Isso revela que a testagem pode estar funcionando como um método de prevenção contra a aids. Outros estudos têm apontado nessa mesma direção (Garcia, 2006). De acordo com o relato desses entrevistados, assim que uma relação começa a se “estabilizar” a realização do teste anti-HIV desobriga o casal do uso da camisinha. Um entrevistado, após fazer o teste anti-HIV, abandonou o uso do preservativo com sua namorada, pois parece pressupor a exclusividade sexual entre ambos.

“Por que motivo você não usa preservativos?” Eu vou ser bem sincero com você. Atualmente, eu e minha parceira não temos nenhum tipo de doença, eu sei por que já fizemos exames. Quando começamos a conviver com uma pessoa, adquirimos confiança, e a relação começa a se estabilizar. O ideal seria que, antes de qualquer ato, se fizesse o exame, essa seria a via mais adequada, mas quando começamos a ter um diálogo, ter certa cumplicidade, respeito e confiança, fazemos sem camisinha.” (homem, 24 anos, negro, superior, Recife)

O uso do preservativo está também associado à influência da mídia, especial entre os mais jovens. É inegável que para este grupo populacional, cujo desenvolvimento sexual se deu em uma época que se fala recorrentemente da aids, a mídia tem um papel importante na criação de um clima de alerta constante.

Dentre os entrevistados adultos, existe a preocupação das mulheres com o uso da camisinha por parte de seus filhos de ambos os sexos, considerando os riscos de exposição à aids e de uma gravidez indesejada. Uma das mulheres entrevistadas afirma que a geração de hoje deveria ser a “geração da camisinha”, em função de uma vida sexual mais ativa, com parcerias sexuais variadas e sem a preocupação com valores como a fidelidade, muito importantes para a sua geração.

Nesse sentido, o medo de engravidar surge em primeiro plano em alguns relatos de mulheres jovens, em especial de escolaridade superior. A orientação das mães sobre “os estragos” que a gravidez indesejada pode trazer na vida uma jovem mulher, prejudicando a consolidação de carreira profissional até então construída, tem um indiscutível apelo.

“Como tenho muito medo de engravidar, se a camisinha estourar, mesmo tomando pílula, tomo a pílula do dia seguinte; minha mãe disse que é inadmissível eu engravidar; se isso acontecer, ela me mata, mata meu namorado e a criança, porque ela disse que não tem necessidade de uma pessoa engravidar, porque me deu todos os subsídios. Eu também acho errado, porque ela me deu tudo, dá casa, dá tudo. (...) Como a maioria das pessoas, a gente acha que nunca vai pegar doença, mas o medo maior, e de todas as minhas amigas, não é nem pegar doenças, é engravidar. Todo mundo tem medo de engravidar.” (mulher, 20 anos, negra, superior, Recife)

“(...) Até mesmo por causa da gravidez, minha mãe sempre falou: ‘você fica grávida e estraga sua vida inteira.’” (mulher, 22 anos, negra, superior, São Paulo)

Ainda com relação às influências do meio social sobre o uso do preservativo, deve-se destacar que embora a maioria dos entrevistados declare alguma religião, a orientação religiosa parece não exercer interferência direta nas práticas e comportamentos sexuais. Entre os praticantes da religião católica não há preocupação com os dogmas da Igreja. Alguns entrevistados católicos, sobretudo os menos escolarizados, nem sequer sabiam da campanha pública da igreja católica contra o uso da camisinha. O estudo de Kissiling (1998) revela que os católicos “(...) não seguem a doutrina Católica Romana oficial em assuntos de sexualidade e reprodução (...)”, e continua “(...) a grande distância entre as posições da Igreja e os pontos de vista dos fiéis tem levado os católicos a desenvolver sua própria ética sexual e reprodutiva, funcional e digna”.

Uma entrevistada foi categórica em afirmar que não segue a sua religião (catolicismo), pois esta “não cuida da sua saúde”. Outra entrevistada, também católica, declara com indignação que não segue os dogmas da Igreja referentes à sexualidade. Outro entrevistado evangélico segue na mesma direção, afirmando que sua salvação é a camisinha. É interessante destacar o relato de uma entrevistada sobre o comportamento do pastor da igreja que frequenta, e que é descrito como “mais liberal” pela entrevistada. Segundo ela, o pastor fala em particular com os jovens sobre o uso do

preservativo, revelando o tabu e a proibição de se falar abertamente sobre este assunto no culto, uma vez que a vida sexual dos fiéis deveria existir apenas dentro do casamento.

“Sua religião [católica] influencia seu comportamento sexual? Não. A minha religião não cuida da minha saúde” (mulher, 49 anos, negra, fundamental, São Paulo)

“Não, né?! Eu vou seguir os dogmas da Igreja... Não.” (mulher, 50 anos, negra, superior, São Paulo)

“Não, acho que não envolve nada, sabe? A igreja que fala que não pode fazer até casar, essas coisas todas. Mas não envolve não.” (mulher, 18 anos, negra, médio, São Paulo)

“Quanto à religião. Como é a sua religião e o uso de preservativo? A minha religião é evangélica, e nesses assuntos eles não falam muito. Mas os pastores da igreja que eu vou são meio liberais, eles tentam meio que alertar um pouco, sobre o assunto. Não em público, mas pessoalmente. **Tem que seguir os preceitos da religião em relação ao comportamento sexual?** Eu acho que isso não. No caso de outras coisas, por exemplo, drogas, companhias, que as pessoas de lá tentam falar para mim, eu aceito, porque é uma maneira de cuidarem de mim já que eu tô lá dentro freqüentando o espaço deles. Mas relação sexual eu acho que não, nem de quem eu vou me relacionar não, por causa que eles também não sabem, entendeu?” (mulher, 18 anos, branca, fundamental, São Paulo)

Como apontado anteriormente, a maioria dos entrevistados que revelou não usar o preservativo em suas relações sexuais, declarou estar em relacionamentos estáveis (namoros ou uniões legal-consensuais). A principal motivação declarada para não usar a camisinha é a “confiança” no parceiro. A convivência e a intimidade construídas no dia-a-dia da relação parecem afastar, para grande parte dos entrevistados, o risco de contágio pelo vírus HIV ou qualquer outra DST. É importante pontuar, que a expressão *confiança*, muito recorrente nas falas de todos os entrevistados, não tem necessariamente, o mesmo significado para homens e mulheres. Para os homens a confiança na parceira (namorada, esposa/companheira), significa crença na fidelidade desta, ou seja, na exclusividade sexual da parceira. Segundo Paiva (2002:31), os homens se sentem mais protegidos da aids no casamento do que as mulheres.

“Por que você não usa camisinha? Não necessito. Se eu a escolhi para ser minha companheira, eu não preciso; confio muito nela, a confiança me deixa fazer isso.” (homem, 22 anos, branco, fundamental, Recife)

“Ela é uma mulher em quem confio e nunca vai trazer doenças para mim. Agora o resto eu não conheço, e ela mora comigo, com a mulher de casa não precisa usar, mas com outras mulheres, a pessoa usa.” (homem, 18 anos, negro, fundamental, Recife)

Já entre as mulheres, a palavra confiança se reveste de outro sentido. Para elas, confiar no parceiro não é acreditar na fidelidade deste, isto é, na exclusividade nas relações sexuais, pois algumas,

em seus depoimentos, revelam desconfiar do companheiro/marido/namorado quanto à fidelidade deste no relacionamento. A confiança das mulheres está relacionada à crença na prevenção do parceiro nas relações extraconjugais.

O depoimento de uma entrevistada revela a confiança na atitude preventiva do marido em seus possíveis relacionamentos extraconjugais. No seu relato, fica claro que o não uso do preservativo em casa pressupõe o uso deste fora de casa.

“Então, depois que a gente já tava meio firmado, um saindo com o outro, eu espero que, quando ele pula a cerca, ele use” (mulher, 46 anos, branca, superior, São Paulo)

“Você e seu marido já conversaram sobre o uso de preservativo? Já. Que conversaram a esse respeito? Eu peço a ele que se, por acaso, ele se engraçar com alguém, use lá.” (mulher, 48 anos, negra, superior, Recife)

Além da justificativa da confiança no parceiro para o não uso da camisinha, muitos depoimentos indicam outro elemento cultural, bastante difundido, quanto ao significado do uso do preservativo para a população masculina, ou seja: “é o mesmo que chupar papel com bala”. Para grande parte dos homens e para algumas mulheres o preservativo incomoda no ato sexual. Segundo alguns entrevistados a camisinha altera a sensibilidade, prejudicando a ereção. Para as mulheres (todas jovens) que reclamaram do uso preservativo, a relação sexual com camisinha pode provocar alergia ao material e prejudicar a relação sexual.

“Eu uso camisinha, mas a gente não tem aquela sensação carne com carne, está entendendo, não é aquela sensação gostosa, é um negócio que incomoda, mas tem de usar. [Ele usa preservativo somente nas relações extraconjugais.]” (homem, 47 anos, branco, fundamental, Recife)

Vale destacar o depoimento de um entrevistado que declara “não gostar” de usar o preservativo, apesar de nunca ter usado. Fica evidente que o “não gostar” não se refere ao preservativo, mas sim ao ato de usá-lo.

Em relação a esse aspecto, a situação mais preocupante é das mulheres que declararam não utilizar a camisinha devido à negativa do parceiro. Estas demonstram um baixo poder de negociação, apontando para uma maior vulnerabilidade às DST/aids. Os depoimentos revelam que não há diferença entre os grupos etários (jovens e adultos) e de cor, no que diz respeito à dificuldade de negociar o uso do preservativo com o parceiro. Nota-se, entretanto, um menor poder de negociação do uso do preservativo entre as mulheres menos escolarizadas e as residentes da cidade de Recife. Alguns estudos indicam que a mulher, independentemente da faixa etária, tem poder reduzido na negociação do uso do preservativo. Algumas entrevistadas disseram que se dependesse delas, não

transariam sem camisinha, mas como na prática essa decisão parece estar por conta do parceiro, ficam sujeitas ao comportamento sexual de seus companheiros fora de casa, esperando que eles usem camisinha em suas relações extraconjugais. O uso da camisinha no casamento só se justificaria como método contraceptivo.

“Então você não usa camisinha com seu marido? Não. Por quê? Eu acho que estou sujeita a pegar aids, mas ele se mostra uma pessoa tão limpa, ele passa tanta confiança, que eu acho que não precisa. **Você estava comentando que no início ele tinha outras pessoas. Você tinha medo de pegar uma doença?** Tinha, mas ele dizia a mim que fazia com camisinha.” (mulher, 22 anos, branca, fundamental, Recife)

“Você e seu parceiro conversam sobre o uso ou não uso do preservativo? Conversamos, mas ele sempre diz que não há necessidade, porque ele se diz fiel e eu também sou. (mulher, 21 anos, branca, fundamental, Recife)

“Usa preservativo? Eu nunca usei. **Vocês já chegaram a conversar sobre o uso de preservativo?** Já, mas ele disse que só se fosse para fazer uma coisa diferente, mas ele não gosta. Só se fosse usar para fugir da rotina.” (mulher, 49 anos, branca, fundamental, Recife)

Uma entrevistada relata que suas amigas evitam solicitar aos seus parceiros o uso de preservativos, pois temem um julgamento negativo por parte deles a respeito delas. A exigência feminina do uso do preservativo significaria o mesmo que dizer aos parceiros que estes devem se proteger delas.

Minhas amigas, como são mulheres, ficam mais receosas de pedir para usar a camisinha. **Por que você acha que elas ficam com esse receio?** Porque as pessoas pensam que quem quer a camisinha tem alguma doença, é vulgar, e não gostam.” (mulher, 20 anos, negra, superior, Recife)

Discussão

Os autores Delor e Hubert (2000), afirmam que, por intermédio da noção de vulnerabilidade, é possível caracterizar a interação de trajetórias individuais inseridas em amplos contextos sociais, políticos, econômicos e culturais e destacam a importância de realizar os estudos de vulnerabilidade associados aos estudos sobre construção de identidades. Para eles, durante o delineamento dos processos identitários, os mecanismos sociais de (re) produção das iniquidades podem ser explicitados e explorados.

No contexto das intersecções de trajetórias individuais e das interações sociais, homens e mulheres estão vulneráveis à infecção pelo HIV e ao adoecimento por aids devido a determinações histórico-culturais, sobretudo no que diz respeito às noções de gênero e raça por eles apreendidas (Lopes, 2003).

No cenário da aids, os indicadores de conhecimento e práticas sexuais mostram que os grupos de menor nível socioeconômico são aqueles que detêm o menor nível de informação sobre as formas de transmissão do HIV, as maiores taxas de atividade sexual (Szwarcwald *et al.*, 2000) e apresentam, com maior frequência, práticas sexuais não seguras (MS/CEBRAP, 2000)

Este estudo mostrou que todos os entrevistados revelaram maior conhecimento, mesmo que básico, a respeito da aids do que em relação às DST. É preocupante a lacuna de informações sobre DST mesmo entre os entrevistados mais escolarizados. Alguns estudos revelam uma maior dificuldade das mulheres em assumir um quadro sintomático associado às doenças transmitidas pela via sexual. Quiroga (2006:15) em um trabalho sobre negociação e práticas de prevenção de DST/aids, entre moradores de uma favela em Belo Horizonte, destaca a dificuldade das mulheres abordadas em associar algumas DST, como candidíase, por exemplo, com sua transmissão pela via sexual, preferindo relacioná-las ao uso de banheiros públicos.

Em relação à aids, observa-se que mesmo entre os adultos e os menos escolarizados, há um conhecimento ainda incipiente em relação às formas de transmissão e prevenção. Deve-se destacar que as informações inconsistentes e incorretas sobre o assunto levam principalmente os adultos e os menos escolarizados às práticas sexuais inseguras, como por exemplo, a higienização dos órgãos genitais após a relação sexual como forma profilática e preventiva à aids e demais DST.

O pouco conhecimento sobre DST entre a população, não é novidade no campo da saúde coletiva. Já foi demonstrado em outros trabalhos que a falta de conhecimento sobre DST está presente inclusive entre estudantes da área da saúde. GIR *et al* (1999:15), em um estudo que buscava verificar o nível de conhecimento de futuros profissionais da área de saúde, encontra uma realidade inquietante, pois verifica que o conhecimento desse grupo em relação às DST se mostrou precário.

Segundo Nadal e Manzione (2003:128), “mesmo em algumas escolas médicas, as DST são tratadas de maneira superficial, e raras são as que dispõem de ambulatório especializado para tal, mostrando o desinteresse pelo assunto”. O mais preocupante, é que o indivíduo exposto a alguma DST acaba procurando profissionais não qualificados (atendente de farmácia, por exemplo) e fazendo tratamentos caseiros.

Ademais, segundo vários autores, a desinformação sobre o assunto, faz com que os indivíduos subestimem as conseqüências de tais doenças, as quais se não forem cuidadas corretamente podem provocar complicações como: infertilidade, abortamento espontâneo, malformações congênitas e até mesmo a morte. (Mota, 1998; Jiménez *et al* 2001; Nadal e Mazione, 2003; Carret *et al*, 2004)

Com relação às informações sobre a aids, devemos chamar a atenção neste trabalho, para o fato de que as formas incorretas de transmissão citadas em vários relatos corroboram os achados de

estudos realizados há quase vinte anos atrás e que ainda são recorrentes em trabalhos mais recentes. (Galvão *et al*, 2003; Gir *et al*, 1999; Merchán-Hamann, 1995) indicando que campanhas divulgadas pela televisão, principal veículo de informação sobre DST/aids, sobretudo, entre as camadas populares, não tem sido eficientes quanto à divulgação das formas de transmissão da aids, deixando muitas dúvidas e lacunas que precisam ser adequadamente preenchidas.

Merchán-Hamann (1995:470) revela em estudo com adolescentes pobres do Rio de Janeiro, que a cadeia de desinformação identificada entre alunos/as começa pelos/as professores/as. Na sua pesquisa, este autor verifica que o teor das dúvidas dos professores era similar a de seus alunos: "Muitos professores manifestaram não só dúvidas, mas também insegurança para enfrentar perguntas dos alunos com respeito a temas considerados delicados. O teor das dúvidas sobre AIDS e infecção pelo HIV foi muito similar ao dos alunos".

Roso (2000:395) em uma pesquisa sobre recepção das campanhas de prevenção às DST/aids entre mulheres de baixa renda, em uma comunidade de Porto Alegre, encontra uma realidade parecida. Segundo a autora, "(...) existe uma falta de entendimento acerca das mensagens em geral e dificuldade de fixar o conteúdo de algumas propagandas (...)".

A respeito do conhecimento sobre o tratamento da aids, poucos entrevistados tinham informações sobre esse assunto. Foi entre os adultos e os menos escolarizados, de ambos os sexos, que encontramos maior número de informações incorretas sobre o tratamento. Acredita-se que as informações incorretas refletem a divulgação incipiente desse assunto nos grandes meios de comunicação.

É preocupante também, a falta de informação sobre os locais de realização do teste anti-HIV, principalmente entre os adultos menos escolarizados da cidade de São Paulo, que por coincidência, são os que menos declararam a realização do teste.

Por fim, devemos pontuar que essa lacuna de informação relatada pelos entrevistados a respeito das DST/aids, deve-se, em parte, à deficiência na divulgação desse tema nas campanhas de prevenção veiculadas nos meios de comunicação de massa. Essa deficiência é associada pelos entrevistados a dois fatores: 1) a inadequação da linguagem e dos conteúdos das campanhas aos diferentes segmentos socioeconômicos e culturais brasileiros; 2) a sazonalidade das campanhas que não consideram que as práticas sexuais não se restringem ao período do carnaval.

A restrição da divulgação das campanhas de prevenção às DST/aids ao período do carnaval, prejudica a consolidação de um projeto informativo e educativo relacionado às práticas sexuais, podendo reforçar no imaginário coletivo a idéia de que é somente nesse período que os indivíduos podem e têm uma vida sexual mais ativa. Segundo Gonçalves e Varandas (2005:233) "(...) a erotização

nas campanhas brasileiras fica mais destacada do que as mensagens educativas, no sentido de prevenir o contágio pelo HIV/AIDS'. Desta forma, acredita-se que as campanhas de prevenção às DST/aids devam atingir de forma efetiva as práticas sexuais da população brasileira sem, contudo, reforçar os estereótipos que impedem mudança nas práticas de risco. (Merchán-Hamann, 1995)

No que diz respeito às práticas sexuais dos entrevistados, verifica-se que o uso de preservativo é relativamente baixo. Apenas 14 dos 64 entrevistados fazem uso consistente da camisinha em suas relações sexuais, na sua maioria jovens, do sexo masculino e em relações eventuais. Por outro lado, é no início de relacionamentos, quando ainda não se construiu laços de proximidade e confiança com o parceiro, que o uso do preservativo é também relatado. Para os/as entrevistados/as que declararam não usar a camisinha em suas práticas sexuais com os parceiros estáveis, a confiança no/a parceiro/a, é o principal motivo citado para o não uso. Fica bastante evidente que o sentimento de confiança, baseado no princípio do relacionamento monogâmico serve como espécie de um escudo protetor contra DST/aids, desobrigando o casal unido de uma medida preventiva, entendida como desnecessária. Lopes *et al* (2002:9) afirmam que para aqueles/as que mantêm relacionamentos estáveis, a união funciona como uma garantia de proteção à aids e às demais DST, impedindo jovens e adultos de se perceberem em risco de infecção, aumentando o número de casos de aids entre os casais heterossexuais

Os resultados indicam que o primeiro fator que determina o uso do preservativo é o tipo de união. Entre aqueles com relacionamentos estáveis (namoro ou uniões legal/consensual) a camisinha é menos usada em comparação com aqueles que estão em relacionamentos eventuais. De acordo com os entrevistados, em relacionamentos nos quais se conhece e se pode confiar no parceiro, não há necessidade de uso do preservativo. É importante destacar que muitos estudos têm apontado para este mesmo padrão de comportamento sexual, cuja base é o modelo monogâmico cuja pressuposição é a fidelidade dos parceiros. Contudo, a dinâmica das relações afetivo-sexuais agrega outros elementos na prática cotidiana, trazendo mais complexidade para a compreensão do uso do preservativo no que se refere à realidade brasileira (Berquó *et al.*, 2008, Quiroga, 2006; Geluda, *et al.*, 2006; Paiva *et al.* 2003; Guerriero, *et al.*, 2002; Pinho, 2002).

No que diz respeito aos jovens, a troca de informações entre os pares, o acesso a vários tipos de materiais informativos e educativos nas escolas sobre atividade sexual e exposição ao HIV podem estar contribuindo para mudar o padrão de comportamento sexual (Garcia, 2006). Paiva *et al.*, (2003:35-39) destacam que as políticas públicas de distribuição de preservativos em massa e iniciativas de programas de prevenção em escolas e outros ambientes sociais, contribuíram para a incorporação do hábito de usar camisinha entre os jovens, o que tem crescido de geração para

geração. Entretanto, estudos localizados têm demonstrado que não basta informar para mudar, há outros elementos que precisam ser trabalhados para a incorporação do uso do preservativo, como a desconstrução de modelos do masculino e feminino na nossa sociedade (Garcia, 2006).

Segundo Geluda *et al* (2006:1677) as meninas preferem se expor ao risco de infecção em relação às DST, do que perder um relacionamento estável ou inicial. Outras pesquisas apontam para a dificuldade das mulheres em solicitar o uso do preservativo ao companheiro, uma vez que estas devem confiar no marido (Guerriero *et al*, 2002:58). É importante destacar que muitos estudos têm demonstrado a relevância das questões de gênero dentro do quadro da epidemia da aids e a inclusão dessas questões nos programas e políticas de saúde no Brasil. (Gomes *et al.*, 2005; Geluda *et al.*, 2006; Guerriero *et al.*, 2002; Quiroga, 2006)

A divisão entre “mulher da casa” e “mulher da rua” ainda é muito presente no imaginário social e reforça o preconceito da existência de grupos de risco, em que as profissionais do sexo faziam (e ainda parece fazer) parte de um dos grupos responsabilizados pela disseminação da aids. De acordo com Geluda *et al.* (2006:1675) entre as meninas entrevistadas para sua pesquisa usar camisinha é relacionado à “outra”, a “pecadora”, aquela que tem uma vida sexual ativa (leia-se promíscua). Para os autores, “esta crença foi reforçada na medida em que os primeiros programas de intervenção limitavam-se às mulheres envolvidas na prostituição ou ligadas a múltiplos parceiros sexuais, como se as mulheres monogâmicas estivessem imunes”.

No imaginário coletivo, a aids é apresentada como “doença dos outros”, “doença da rua” ou “doença dos solteiros”, “doença daqueles; as que têm muitos parceiros/as”. Em razão dessa leitura, os homens com parceria fixa não são motivados a usar preservativo, salvo como contraceptivo, seja nas relações com a parceira estável ou nas extraconjugais (Vieira *et al.*, 2000; Silva, 2002; Almeida, 2002; Guerriero *et al.*, 2002; Pinho *et al.*, 2002).

É possível afirmar que nos relacionamentos estáveis, nas quais a intimidade e a confiança são construídas cotidianamente, os indivíduos pretendem abolir o do preservativo, uma vez que a estabilidade da relação é vista como garantia de uma atividade sexual segura. Porém, como apontam as pesquisas nesta temática, não existe a relação entre sexo seguro e relações estáveis. Ao contrário do que se pensa, nos últimos anos houve um aumento dos casos de contaminação pelo HIV entre os casais heterossexuais, justamente por ser o grupo que menos usa o preservativo. (MS/CEBRAP, 2000; Paiva *et al*, 2003). Segundo Praça e Gualda (2003:15), no ano de 2003, 45% das mulheres soropositivas em São Paulo possuíam parceiros exclusivos

Nos relatos das entrevistas das mulheres, fica evidente como se constrói esse processo de feminização da aids. De um lado, o discurso da confiança no parceiro e de outro, a alegação do

desprazer do parceiro com o uso da camisinha. No que se refere aos homens, o discurso é o mesmo: confiança nas parceiras, (mesmo quando são eventuais, como apareceu em relatos dos homens de Recife) mas, principalmente, desprazer no ato sexual. Assim, fica evidente a questão do poder de negociação limitado das mulheres quanto às práticas sexuais mais seguras, pois o fato do homem não gostar de usar o preservativo se torna um imperativo e, em muitos casos, condição para a prática das relações sexuais. A camisinha feminina é, contudo, uma opção para as mulheres praticarem a prevenção. Porém, o seu preço elevado (chega a ser vinte e uma vezes mais caro do que o preservativo masculino) faz com que seja um método de prevenção inacessível a uma parcela considerável da população feminina. Informações do pn-dst/aids³ dão conta de que há somente um grande produtor mundial de camisinha feminina, sendo o Brasil responsável pela aquisição de 80% dessa produção.

Além disso, a camisinha feminina não é vista como uma boa opção para algumas mulheres. Foi encontrada apenas uma entrevistada usuária da camisinha feminina. O seu depoimento favorável ao uso não tem poder de convencimento para mulheres com as quais convive. O aspecto físico e a mecânica de uso da camisinha feminina é motivo de receio e descrédito quanto à sua funcionalidade.

Muitos estudos têm abordado a dinâmica das relações de gênero nas vivências sexuais de homens e mulheres. (Garcia, 2006; Quiroga, 2006; Guerriero *et al.*, 2002; Antunes *et al.*, 2002; Meyer, *et al.*, 2004; Mota, 1998; Roso, 2000; Silva, 2002). Os significados e símbolos sociais construídos acerca dos sexos são fundamentais para compreendermos as práticas sexuais de homens e mulheres. No senso comum, ser homem está associado ao ativo em uma relação; o que sempre toma a iniciativa; o viril. De outro lado, a mulher ainda está associada à passividade; à submissão; à fragilidade e à resignação. Essa desigualdade de poder entre homens e mulheres, reproduzidas nas dinâmicas afetivo-sexuais é, portanto, o principal entrave na negociação das formas seguras de exercer a sexualidade. (Merchán-Hamann, 1995; Mota, 1998; Taquete *et al.*, 2004).

Com base nos resultados da pesquisa e na literatura, podemos concluir que a mulher está mais exposta ao HIV, na medida em que seus parceiros relutam em usar preservativo nas relações sexuais com suas parceiras estáveis e muitas vezes, como apontado em Recife, não usam, também, nos relacionamentos “paralelos”. O preocupante é que as mulheres, sobretudo em Recife, ficam na *esperança* que seus parceiros usem preservativo em seus relacionamentos extraconjugais, uma vez que não usam com elas. Neste sentido, as políticas públicas de prevenção à aids precisam lidar com

3 Comunicação feita por Cristina Possas, assessora responsável da Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional dst/Aids, Unidade de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico, Ministério da Saúde, no 2º Workshop de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa da Chamada 323/2005, Brasília, 11/06/07.

as questões de gênero, explicitando as tensões e o desequilíbrio de poder existente nas relações entre homens e mulheres.

Os entraves colocados para a negociação do sexo protegido, independentemente do grau de instrução, poder aquisitivo ou independência financeira da mulher, revelam a dificuldade de negociação por parte das mulheres, a falta de expectativas, de aspirações e de demandas das mulheres (Villela, 1999; Guimarães, 1996; Barbosa, 1999), mas não deixam de revelar também o estatuto atribuído ao(s) seu(s) parceiro(s). A estabilidade do vínculo é interpretada como um passaporte seguro para a não infecção tanto para os homens como para as mulheres (Giami, 1998; Vieira *et al.*, 2000; Almeida, 2002).

Recomendações

Os resultados desse estudo apontam para a necessidade de investimento em ações de informação e comunicação para a população em geral, de forma contínua e não apenas em data específicas, bem como, a ampliação da divulgação focada nas formas de transmissão das DST/aids e à testagem anti-HIV, principalmente nos locais de grande circulação de pessoas: ônibus, metrô, trens e escolas. Os meios de comunicação de massa devem continuar sendo veículos importantes para a comunicação da temática, porém, com garantia de adequação e diversidade cultural, características e condições regionais. Em relação ao uso adequado do preservativo, escolas e postos de saúde podem ser fontes importantes de veiculação dessas informações. Recomenda-se que as questões de gênero sejam foco de ações específicas para homens e mulheres, e que sejam contempladas no planejamento das políticas públicas de saúde, considerando-se as diversidades culturais e regionais. É importante promover ações específicas que atuem no combate ao preconceito contra os soropositivos e investir na divulgação, promoção e distribuição da camisinha feminina como uma alternativa para as mulheres que não conseguem negociar o uso da camisinha masculina com seus parceiros.

Referência bibliográfica

Almeida C.C.L. Risco e saúde reprodutiva a percepção dos homens de camadas populares. **Cadernos de Saúde Pública** 2002; 18(3): 797-805

Ayres, JCRM, França Jr, I; Calazans, GJ; Saletti Fº, HS. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. São Paulo; 2003. (mimeo)

_____. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R e Parker R (orgs.) **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34; 1999. p. 49-72

Antunes, M.C. *et al.* "Diferenças na prevenção da aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP." **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, supl. 4, pp. 88-95, 2002.

Barbosa, R.M. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de aids. In: Barbosa R e Parker R. (orgs.) **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34; 1999. p. 49-72

Bastos F.I. e Szwarcwald C.L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública** 2000; 16(1 Supl.): p. 65-76

Berquó, E., Barbosa R.M., Lima, L.P. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo 2008 Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>>. Acesso em: 07 Ago 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Controle e Prevenção de DST/AIDS. Bol. epidemiológico: AIDS DST. 2006 jul. - dez; 4 (1).

Brito A.M., Castilho E.A., Szwarcwald C.L. AIDS e infecção no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 2000; 34(2): 207-217

Carret, M.L.V. *et al.* "Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco." **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.1, pp.76-84, 2004.

Delor F. e Hubert M. Revisiting the concept of "vulnerability". **Social Science & Medicine** 2000; 50: 1557-2570

Ferreira M.P.S. Aids: da violência aos direitos humanos à construção da solidariedade. In: **Anais do I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids e DST** 2000 nov 6-10; v. 2, Rio de Janeiro, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST/Aids; 2000. p.663

Fonseca M.G., Szwarcwald C.L., Derriço M., *et al.* AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cadernos de Saúde Pública** 2000; 16 (1 Supl.): 77-87

Galvão, M.T.G. *et al.* "Sexualidade e conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis e aids entre adultos em um município do interior do nordeste brasileiro." **DST – Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissível**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, pp. 37-40, 2003.

Garcia, S. **Homens na Intimidade: masculinidades contemporâneas**. Ribeirão Preto: Holos, Ed. Limitada, 2006.

Geluda, K. *et al.* "'Quando um não quer, dois não brigam': um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil." **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, pp.1671-1680, 2006.

Giami A. Representações e sexualidade: psicologia social e pluridisciplinaridade. In: Loyola M.A., org. **Sexo e Sexualidade na Antropologia** (A sexualidade nas Ciências Humanas). Rio de Janeiro: Eduerj; 1998. p. 202-225.

Gir, E. *et al.* "Medidas Preventivas contra a aids e outras doenças sexualmente transmissíveis conhecidas por universitários da área de saúde." **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.1, pp.11-17, 1999.

Gomes, R. *et al.* "Informações e valores de jovens sobre a aids: avaliação de escolares de três cidades brasileiras." **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, pp.381-387, 2005.

Gonçalves, E.L. e Varandas, R. "O papel da mídia na prevenção do HIV/Aids e a representação da mulher no contexto da epidemia." **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, pp.229-235, 2005

Guerriero, I. *et al.* "Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP." **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, supl.4, pp. 50-60, 2002

Guimarães C.D. "Mas eu conheço ele!": um método de prevenção do HIV/Aids. In: Parker R e Galvão J, orgs. **Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil**. Série História social da Aids, n. 7. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1996. p.169-180

Gupta S., Anderson R.M., Mary R.M. Networks of sexual contacts: implications for the pattern of spread of HIV. **AIDS** 1989; 3: 807-817

Jiménez, A.L. *et al.* "Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas." **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, pp.55-62, 2001.

Kissiling, F. "Perspectivas católicas progressistas em saúde e direitos reprodutivos: o desafio político da ortodoxia." **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, 1998.

Lemos K.R.V. e Valente J.G. A declaração de óbito como indicador de sub-registro de casos de Aids. **Cadernos de Saúde Pública** 2001; 17(3)

Lopes F. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no Estado de São Paulo**: um estudo sobre vulnerabilidades, 2003, 175f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Departamento de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Lopes, F. *et al.* "A Auto-atribuição de risco de infecção por HIV na população brasileira: um estudo com recorte racial." **CEBRAP**, São Paulo, mimeo, 2002.

LOPES, F; MALACHIAS, R. Assumir a diferença para promover a igualdade: a importância do quesito cor na investigação epidemiológica. **Boletim Epidemiológico de AIDS do PE-DST/AIDS Secretaria do Estado da Saúde. São Paulo** 2001 out; Ano XIX(2): 3-5. Disponível em <<http://www.jbaid.com.br>>

Mann J.M. Tarantola D.J.M. e Netter T.W. **A Aids no Mundo**. Rio de Janeiro: ABIA/IMS/Relume-Dumará, 1993.

Merchán-Hamann, E. "Grau de Informação, Atitudes e Representações sobre o risco e a prevenção de aids em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, Brasil." **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, pp.463-479, 1995.

Meyer, D.E. *et al.* "Mulher sem vergonha' e 'traidor responsável': problematizando representação de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/aids." **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n.2, maio - ago., 2004.

Mota, M.P. "Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos da aids." **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, pp. 145-155, jan - mar, 1998.

MS/CEBRAP. "**Comportamento sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/aids.**" Série Avaliação nº 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Nadal, S.R. e Manzione, C.R. "Identificação dos grupos de risco para as doenças sexualmente transmitidas." **Revista Brasileira de Coloproctologia**, São Paulo, v.23, n. 2, pp.128-129, 2003.

Paiva, V. *et al.* "Uso de preservativos: pesquisa nacional MS/IBOPE." **CN-DST/aids**, <http://www.aids.gov.br>, Ministério da Saúde, Brasília, 2003.

Paiva, V. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/Aids em São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública** 2002; 18(6)

Parker R. **A construção da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA/IMS/UERJRelume-Dumará; 1994

Parker R.e Camargo Jr. K.R. Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública** 2000; 16 (1 Supl.): 89-102

Pinho, M.D *et al.* "Juventudes, raça e vulnerabilidades". **Rev Brasileira de Estudos de População**; vol.19, n.2, pp.277-294, jul/dez. 2002.

Praça, N.S. e Gualda, D.M.R. "Risco de Infecção Pelo HIV: como mulheres moradoras em uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus." **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n.1, pp.14-20, 2003.

Quiroga, J. "Negociação e práticas de prevenção de DST/aids entre uniões inter-raciais e de mesma raça em uma comunidade favelada de Belo Horizonte." Texto apresentado no **XII Seminário sobre a Economia Mineira Economia, História, Demografia e Políticas Públicas, Diamantina, MG**; 29/ago.-1º/set. 2006. (http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A010.pdf)

Roso, A. "Ideologia e relações de gênero: um estudo de recepção das propagandas de prevenção da aids." **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, pp. 385-397, abr.-jun., 2000.

Silva, C.G.M. O significado de fidelidade e as estratégias para a prevenção da aids entre homens casados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, supl. 4, pp.40-49, 2002.

Szwarcwald C.L., Bastos F.I., Esteves A.A.P., *et al.* A disseminação da epidemia da aids no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública** 2000; 16(1): 7-19

Szwarcwald C.L. e Castilho E.A. Estimativa do número de pessoas de 15-49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. **Cadernos de Saúde Pública** 2000; 16(1): 135-141

Taquete, S.R. *et al.* "Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro." **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, pp.282-290, 2004.

Vieira E.M., Villela W.V., Réa M.F., *et al.* Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens do município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública** 2000; 16(4).

Villela W.V. Refletindo sobre a negociação sexual como estratégia de prevenção da aids entre as mulheres. In: Parker R. e Galvão, J. , orgs. **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34; 1999. p. 199-214.

Sobre os autores

Ana Paula dos Reis

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), doutoranda em Antropologia na Universidade Federal da Bahia (UFBA) e pesquisadora associada do MUSA - Programa de Estudos em Gênero e Saúde do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Ana Paula Portella

Mestra em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz, Coordenadora de Pesquisa do SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia - Recife/PE.

Andréa Branco Simão

Mestre em Sociologia pela Texas A&M University, EUA, doutora em Demografia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), professora da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e pesquisadora do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Ann M. Moore

PhD em Sociologia/Demografia pela University of Texas at Austin, EUA e Senior Research Associate do Guttmacher Institute, New York, EUA.

Carla Jorge Machado

Mestre em Demografia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), PhD em Dinâmica Populacional pela Johns Hopkins University, EUA e professora adjunta do Departamento de Demografia e do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Carmen L. B. Fusco

Médica Psiquiatra, Mestre em Epidemiologia, doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e presidente da "Associação para Pesquisa e Promoção da Saúde e dos Direitos da Mulher - Gesto&Ação".

Cecilia Anne McCallum

PhD em Antropologia pela LSE - London School of Economics and Political Science of the University of London, pesquisadora e professora participante do MUSA - Programa de Estudos em Gênero e Saúde do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Cristiane S. Cabral

Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) e pesquisadora do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM/IMS/UERJ).

Dimitri Fazito

Mestre em Sociologia da Cultura pela UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais), doutor em Demografia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), pós-doutorando na University of Florida, Gainesville, EUA e professor colaborador do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Elisabete Dória Bilac

Doutora em Ciência Política pela Universidade de São Paulo (USP), Professora de Sociologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Neto (UNESP) e Pesquisadora do Núcleo de Estudos de População (NEPO) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Elza Berquó

Demógrafa, Pós-Graduação em Bioestatística pela Columbia University, New York, EUA e coordenadora da área de População e Sociedade do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap).

Fabiana Mendes

Antropóloga, Mestre em Antropologia Social pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Fatima Juarez

PhD em Estudos Populacionais pela London School of Hygiene and Tropical Medicine e professora do Colegio de México.

Fernanda Lopes

Bióloga, mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Assessora em HIV/Aids do UNFPA.

Gláucia Marcondes

Doutora em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e assistente de pesquisa do Núcleo de Estudos de População (NEPO).

Kátia Cibelle Machado Pirotta

Socióloga pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (USP), Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde/SP.

Kristine Hopkins

Ph.D. em Sociologia/Demografia pela University of Texas at Austin, pesquisadora associada no Population Research Center e lecturer no Departamento de Sociologia, University of Texas at Austin.

Liliam Pereira de Lima

Estatística, mestre em Ciências pelo Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo (USP), doutora pela Faculdade de Medicina da USP e pesquisadora da área de População e Sociedade do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap).

Lílian Valim Resende

Fisioterapeuta pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e mestre em Educação pelo CEFET-MG.

Malvina Muszkat

Psicanalista, mestre em Psicologia, presidente da organização não governamental “Pró-Mulher, Família e Cidadania” de São Paulo.

Maria Betania Ávila

Socióloga, coordenadora geral do SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia.

Maria Coleta Oliveira

Doutora em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (USP), Especialista em Demografia, Professora de Departamento de Demografia e Pesquisadora do Núcleo de Estudos de População (NEPO) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Maria do Carmo Fonseca

Mestre em Demografia pela University of Pennsylvania, EUA, PhD em Demografia Social pela Forham University, EUA, pós-doutorado pela Universidad Autonoma de Barcelona, professora aposentada da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais) e consultora em temas de saúde e direitos reprodutivos.

Maria Eponina de Abreu e Torres

Socióloga pela FAFICH/UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais), mestre em Demografia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Maria Sheila Bezerra

Mestre em Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco e doutoranda em Sociologia na UFPE.

Marisa Alves Lacerda

Socióloga pela FAFICH/UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais), mestre e doutoranda em Demografia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Morvan de Mello Moreira

Doutor em Demografia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pesquisador sênior da Fundação Joaquim Nabuco.

Paula Miranda-Ribeiro

Mestre em Demografia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), PhD em Sociologia/Demografia pela University of Texas at Austin, EUA e professora associada do Departamento de Demografia e do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Rebeca de Souza e Silva

Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e professora associada do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Rivaldo Mendes Albuquerque

Doutor em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), professor e coordenador da Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco.

Sandra Garcia

Antropóloga, mestre em Gênero e Estudos do Desenvolvimento pelo Institute of Development Studies, University of Sussex, England, doutora em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e pesquisadora da área de População e Sociedade do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap).

Taís de Freitas Santos

Mestre em Demografia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), PhD em Estatísticas Sociais/Demografia pela Universidade de Southampton, Inglaterra e Representante Auxiliar do Fundo de População das Nações Unidas.

Verônica Ferreira

Mestra em Serviço Social, pesquisadora do SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia.

Existe hoje um sem número de livros-texto acerca das metodologias qualitativas de coleta e análise de dados. Algumas destas metodologias tornaram-se comuns, esgarçando as matrizes antropológicas da observação participante que envolve o trabalho etnográfico nesta disciplina das ciências sociais. A técnica dos grupos focais é uma delas, popular tanto nas análises de mercado quanto nos estudos acadêmicos. Não existem receitas nem limites à criatividade da pesquisa em levar adiante estratégias que combinam fontes e metodologias de análise.

Felizmente, as tradições que privilegiam as relações de causa-efeito nas ciências sociais, e na Demografia em particular, hoje conversam mais livremente com aquelas que enfatizam as relações de significados na vida social, e vice versa. Não há como desqualificar umas ou outras, pois que representam diferentes visões da experiência e de como podemos reconstruí-la através da ciência social. A Demografia como ciência social é um palco privilegiado para estas aproximações, sempre que queremos entender os porquês de certas relações que encontramos através da aplicação de metodologias que se limitam às relações entre quantidades. Este e-book é bem vindo, pois que reúne estudos empíricos extremamente ilustrativos da potência das metodologias qualitativas no tratamento de múltiplas dimensões, contemplando temas relativos às relações familiares, à nupcialidade e à saúde reprodutiva. É, pois, uma inspiração para quem desejar explorar esta senda da ciência social.

Maria Coleta Oliveira

This collection of papers using qualitative methods in population research in Brazil represents an important step forward. Research, like many other human endeavors, is territorial, and qualitative research like that included in this volume was not always a prominent or proud product of a band of scholars best known for the application of both formal demographic and statistical methods. Although, at least since the Pesquisa Nacional de Reprodução Humana conducted by Cebrap in the early 1970s, qualitative research has shed light on the dramatic demographic changes taking place in Brazil, this volume marks the coming of age of a new generation of scholars whose work has served to broaden and enlighten a series of ongoing discussions regarding reproductive health, sexuality, fertility, nupciality, and HIV/AIDS.

Joseph E. Potter

ISBN 978-85-85543-19-8



9 788585 543198