

Universidade Federal de Juiz de Fora  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais  
Mestrado em Ciências Sociais

Flávia Vidal Magalhães

**A ESCOLHA VIVIDA:  
Um estudo antropológico sobre a relação entre a escolha do método anticoncepcional e  
as outras dimensões da vida de mulheres que participam dos grupos de educação em  
saúde**

Juiz de fora  
2010

Flávia Vidal Magalhães

**A Escolha Vivida:**

**Um estudo antropológico sobre a relação entre a escolha do método anticoncepcional e as outras dimensões da vida de mulheres que participam dos grupos de educação em saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, área de concentração: Cultura, Poder e Instituições, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Octavio Andres Ramon Bonet.

Juiz de Fora

2010

Flávia Vidal Magalhães

**A ESCOLHA VIVIDA:**

**Um estudo antropológico sobre a relação entre a escolha do método anticoncepcional e as outras dimensões da vida de mulheres que participam dos grupos de educação em saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Área de Concentração: Cultura, Poder e Instituições da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Aprovada em 08 de abril de 2010.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Octavio Andres Ramon Bonet (orientador)  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof.(a) Dra. Fátima Regina Gomes Tavares  
Universidade Federal da Bahia

---

Prof.(a) Dra. Elizabeth de Souza Pissolato  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Aos meus pais, irmãos, sobrinha e noivo,  
– amores da minha vida – com muito carinho, dedico.

## AGRADECIMENTOS

Se neste momento escrevo estes agradecimentos, é porque, enfim, concluí uma etapa importante da minha vida. Cheguei ao final de um caminho que começou com muitas incertezas, dúvidas e inseguranças. Passei pela angústia das páginas em branco, das primeiras palavras e... consegui. Neste momento, tenho em mim um sentimento de orgulho pela tarefa cumprida. O caminho ainda é longo e, certamente, muitos desafios virão; mas este, considero vencido.

Esta conquista só foi possível porque ao longo do caminho encontrei pessoas que me amaram, me apoiaram e, sobretudo, acreditaram em mim. Por tudo, agradeço a Deus, por ser sempre tão bom comigo. Agradeço imensamente aos meus pais, Beth e Luiz, pelo amor incondicional, pois sempre acreditaram no meu trabalho e me incentivaram apesar de não compreenderem muito bem o que eu fazia. Aos meus irmãos, Fernanda e Rafael, também pelo incentivo constante. Ao meu amor, Juninho, pela atenção e carinho essenciais à minha vida.

Agradeço a todos os professores que tive, desde a graduação, que contribuíram para minha formação e me ensinaram a pensar como uma cientista social. Meu agradecimento especial ao professor Octávio Bonet, meu orientador desde o início, que também depositou sua confiança em mim, e sempre ajudou a organizar minhas ideias e impressões. Agradeço à professora Fátima Tavares por ensinar o ofício da pesquisa nos trabalhos de iniciação científica e fazer despertar a paixão pelo trabalho de campo. Agradeço ao CNPq, que possibilitou o privilégio de poder dedicar-me exclusivamente à minha pesquisa.

Aos amigos, sem os quais ficar na cidade de Juiz de Fora, longe da minha família, seria impossível para mim. À Lucélia, pela companhia e amizade presencial ou virtual; à amiga Gláucia, companheira de república, sempre disposta a escutar minhas angústias e inseguranças e apontar caminhos; ao Luciano, pela consultoria e ajuda on-line; a todos os meus amigos que fizeram parte da minha vida e me ajudaram a chegar até aqui.

Agradeço muito às profissionais de saúde que me aceitaram em seus grupos e, depois, embora tivessem muito trabalho a fazer nos postos de saúde, conversaram comigo. Agradeço de todo coração às mulheres que abriram as portas de suas casas para as entrevistas, ao mesmo tempo em que abriam seus corações e suas intimidades; a elas, minha enorme gratidão por confiarem em mim e por permitirem que eu, timidamente, “invadissem” um pouco suas vidas e sua privacidade. Sem essas pessoas, nenhuma das páginas que se seguem existiriam. Espero retribuir toda essa confiança sendo fiel às suas palavras, opiniões e sentimentos.

Queria ir num dermatologista tirar essas manchas horrórasas que me põe pra baixo. Você acha que eu ando do jeito que eu quero? Não, não. (...) Eu vou usar batom com essa mancha aqui? Com esse bigode? Num vou. Igual eu pedi a doutora Flávia o encaminhamento pra passar pra dermatologista pra mim, ela virou pra mim e falou: o que importa é a beleza interior. Eu falei com ela: doutora, eu olho no espelho eu num vejo a beleza interior, eu vejo a minha cara (...) (Dayzi, 40 anos, entrevistada).

## RESUMO

O objetivo do presente trabalho é analisar a relação entre a escolha do método contraceptivo pelas mulheres que participam dos Grupos de Direitos Reprodutivos e as representações do que é ser mulher, suas concepções sobre a sexualidade e seu corpo. O argumento central é que não é possível compreender tal escolha sem relacioná-la àquelas dimensões da vida da mulher. A metodologia utilizada foi a observação participante feita nos Grupos de Direitos Reprodutivos realizados nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Juiz de Fora (Minas Gerais), onde há a distribuição gratuita de métodos anticoncepcionais, e entrevistas em profundidade. A observação nos grupos possibilita perceber a existência de dois pontos de vista distintos: o dos profissionais de saúde e o das usuárias. A partir da contraposição entre estes dois pontos de vista, concluímos que estão em jogo, nos grupos, diferentes modos de percepção da Conjugalidade, da Sexualidade e do Corpo, que não são (re)conhecidos pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Métodos contraceptivos. Educação em Saúde. Gênero. Sexualidade. Corpo.

## **ABSTRACT**

The purpose of this study is to analyze the relationship between the choice of contraceptive method by women who participate in Reproductive Rights Groups and representations of being a woman, their concepts about sexuality and their body. The main argument is that you are unable to understand such a choice without relating it to those dimensions of women's lives. The methodology used was a participant observation of the Groups for Reproductive Rights made in Basic Health Units in Juiz de Fora (Minas Gerais), in which there is free distribution of contraceptives, and in-depth interviews. The groups observation made it possible to identify the existence of two distinct points of view: the health professionals` and the users` ones. From the contrast of these two points, it is concluded that in the groups there are different ways of perception of marital relationship, sexuality and body that are not known (recognized) by health professionals.

Keywords: Contraceptive Methods. Health Education. Gender. Sexuality. Body.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2</b>	<b>CAPÍTULO I – OS GRUPOS</b>	14
2.1	DIREITOS REPRODUTIVOS: O DISCURSO OFICIAL	14
2.1.1	A “natureza feminina”	14
2.1.2	A reprodução como escolha: direitos reprodutivos e sexuais	16
2.1.3	O conceito de Direitos Reprodutivos	18
2.1.4	Políticas Públicas e Reprodução	20
2.2	ETNOGRAFIA DOS GRUPOS	23
2.3	OS GRUPOS: O PONTO DE VISTA DAS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	35
2.3.1	“Conhecimento”, “informação” e “orientação”	35
2.3.2	O “desconhecimento”	37
2.3.3	A “cultura” como contexto	39
2.3.4	A percepção do outro	43
2.3.5	A “reprodução responsável”	47
2.3.6	A “falta de planejamento”	49
2.3.7	O ideal de Grupo	50
2.3.8	A educação em saúde e a ênfase na informação	53
<b>3</b>	<b>CAPÍTULO II – AS USUÁRIAS E SUAS FALAS</b>	56
3.1	PROJETOS DE VIDA E ANTICONCEPÇÃO	56
3.1.1	Camisinha feminina e Diafragma	63
3.1.2	O (não) uso da Camisinha	63
3.1.3	A decisão de ter filhos	65
3.2	“NA PRÓXIMA ENCARNAÇÃO EU QUERO VIM HOMEM”	71
3.3	SUBMISSÃO, CONFRONTO, NEGOCIAÇÃO	80
3.4	MULHER E/OU MÃE	86
3.5	CONJUGALIDADE E MATERNIDADE	89
3.6	SONHOS COM O FUTURO DO FILHO	90
3.7	O “ENCANTO QUEBROU”	92
3.8	O “SEXO”	97
3.9	O CORPO	104

<b>4 CONCLUSÃO .....</b>	<b>110</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>112</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A pergunta que motivou o início da pesquisa apresentada na presente dissertação foi: “por que as mulheres escolhem por determinado método contraceptivo?” A indagação inicial era sobre quais eram os critérios e os elementos envolvidos nessa escolha. Logo nos primeiros passos da pesquisa, um dado ficou evidente: tal pergunta, isolada de outros aspectos da vida daquelas mulheres, não fazia muito sentido e não era tão relevante. Para chegar à resposta do porquê da escolha por determinado método era necessário entender outras dimensões da vida. Descobri, então, que a escolha do método está relacionada com outros aspectos da vida da mulher: sua sexualidade, seus projetos de vida, sua relação conjugal, o significado de ser mulher e sua percepção do próprio corpo. Indagar sobre o motivo que leva as mulheres a optarem por determinados métodos só é relevante por ser uma porta de acesso a essas dimensões fundamentais da vida mulher.

Os Grupos de Direitos Reprodutivos (GDR), realizados nas Unidades Básicas de Saúde do Programa Saúde da Família, era um momento privilegiado para a investigação que pretendia fazer. As mulheres que queriam obter algum método contraceptivo gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) deviam, obrigatoriamente, passar pelo grupo. Assim, a observação dos grupos me permitiria saber quais eram os métodos escolhidos e quem os escolhia. Além disso, essa observação dos grupos me deu acesso a dois pontos de vistas distintos: o dos profissionais de saúde e o das usuárias. Minha atenção, então, voltou-se também para a relação (ou não) entre esses dois pontos de vista. Interessei-me em investigar, de um lado, o que as profissionais de saúde pensavam sobre os grupos que faziam e sobre as mulheres que deles participavam e, de outro lado, investigar as escolhas de anticoncepcionais por essas usuárias e, conseqüentemente, acessar suas percepções e representações sobre ser mulher, sobre sua sexualidade e seu corpo.

Assim, a presente dissertação tem como objetivo ser um estudo sobre as escolhas contraceptivas das mulheres que participam dos Grupos de Direitos Reprodutivos. Contudo, compreender tais escolhas só é possível levando-se em conta as outras dimensões da vida determinantes para as opções contraceptivas. Além desse objetivo mais geral, essa pesquisa tem como objetivo específico analisar a distribuição gratuita dos métodos anticoncepcionais através dos Grupos e, ainda mais especificamente, contrapor os pontos de vista dos profissionais neles envolvidos e o das usuárias, voltando o olhar para a questão da educação em saúde.

A pesquisa de campo foi realizada ao longo do ano de 2009 no Instituto da Mulher e em algumas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Juiz de Fora em Minas Gerais. Durante a pesquisa, com meus sucessos e fracassos; êxitos e dificuldades, aprendi lições preciosas sobre o trabalho de campo. Estabelecer contatos e empatia com os pesquisados, convencê-los a nos “aceitarem”, conseguir um “bom” *locus* de observação foram tarefas, algumas vezes, difíceis, mas que determinaram o bom desenvolvimento desse tipo de trabalho. Experimentei momentos de felicidade e de extrema motivação quando era bem aceita e recebida, mas também passei por momentos de desânimo com as recusas e rejeições.

Enquanto os grupos aconteciam, eu apenas observava sem fazer nenhuma intervenção. Esses momentos de observação foram fundamentais, pois era ali que eu ouvia e via pontos-chaves que seriam aprofundados posteriormente nas entrevistas com as profissionais e mulheres que haviam participado dos grupos. Na tentativa de conseguir captar percepções e representações acerca do corpo, da sexualidade e de métodos anticoncepcionais, ficava atenta às falas, gestos e tipos de olhares dos participantes dos grupos. Nem tudo era dito com palavras. As formas como as pessoas olhavam, tocavam e riam foram fontes de informações importantes. Assim, a observação participante e as entrevistas em profundidade tiveram como objetivo fundamental perceber “com que”, ou “por meios de que”, ou “através de que” os informantes percebem (GEERTZ, 2004, p. 89). A concepção que permeia o trabalho é de que a Antropologia existe essencialmente por confiarmos que existem universos além do nosso, com diferentes experiências, práticas, normas, valores e representações. A ideia que esteve presente durante toda a pesquisa é de que a maior contribuição da Antropologia ao conhecimento científico é propiciar o conhecimento de outros pontos de vistas, de percepções que, às vezes, levam a configuração de mundos diferentes dos nossos, tornar possível ver o mundo com outro olhar. (DA MATTA, 1987). Aprender o ponto de vista do “outro” foi a tarefa que me propus a realizar.

Após a observação dos grupos, eu “selecionava” algumas mulheres e pedia-lhes o número de seu telefone para entrevistá-las. Esta “seleção” seguiu o critério da empatia, pois era difícil estabelecer um vínculo com essas mulheres e profissionais ou conhecê-los melhor, já que cada grupo durava apenas dois ou três dias. Então, solicitava o telefone das mulheres que falavam mais e que se mostraram mais simpáticas a mim.

Realizei um total de dezesseis entrevistas, sendo dez com as mulheres que participaram dos grupos e seis com as profissionais que os faziam (quatro enfermeiras, uma assistente social e uma médica). As entrevistas com as participantes dos grupos foram feitas em suas próprias casas com exceção de uma que preferiu ser entrevistada no pátio da escola

em que seu filho estudava; já com as profissionais de saúde, todas foram feitas nas Unidades Básicas de Saúde. A duração das entrevistas variou entre uma e duas horas e todas foram gravadas, com exceção da entrevista feita com a médica, que não permitiu a gravação. Embora possa ser questionável a “profundidade” das entrevistas devido à sua pequena duração, considero legítimo chamá-las de “entrevistas em profundidade”, principalmente a das participantes, pelo teor “confidencial” que elas assumiram. Mesmo sem me conhecer muito bem, tendo apenas me visto no grupo, e sem entender precisamente o que eu queria através das entrevistas, as mulheres confiaram em mim e me contaram suas intimidades; falaram sobre o relacionamento afetivo e sexual com seus maridos e me confidenciaram seus desejos e sonhos. Estes foram momentos fascinantes da minha pesquisa. Por isso, durante as páginas seguintes, transcrevo fielmente suas falas, pois não são apenas palavras, mas sentimentos que não podem ser traduzidos de outra forma.<sup>1</sup> Em vários momentos, sentia-me extremamente constrangida ao fazer determinadas perguntas como, por exemplo: “Você gosta de sexo?”, “você tem o costume de tocar o próprio corpo?” Contudo, as mulheres tiveram confiança em mim e simplesmente diziam: “Pode perguntar, a gente fala, não precisa ter vergonha”. Era fascinante ouvir suas histórias de vida, suas opiniões; enfim, tudo o que pensavam.

A dissertação está dividida em dois capítulos: I – Os Grupos e II – As usuárias e suas falas. Os dois capítulos representam os dois pontos de vista – das profissionais de saúde e das usuárias – que proponho contrapor. A questão da escolha dos métodos contraceptivos pelas mulheres que participam dos grupos perpassa toda a dissertação: primeiro, nas falas das profissionais de saúde que fazem os grupos e, segundo, nas falas das usuárias. A indagação sobre os métodos contraceptivos tem uma série de desdobramentos e questões que são tratadas nos subcapítulos.

O primeiro capítulo é subdividido em três subcapítulos. O primeiro – Direitos Reprodutivos: o discurso oficial – trata dos discursos oficiais acerca dos Direitos Reprodutivos que desembocam na formulação dos Grupos de Direitos Reprodutivos. O objetivo desse subcapítulo é apresentar os “discursos oficiais”, isto é, os ideais que informam e modelam os grupos. É uma introdução ao tema, mostrando como essas ideias surgiram, tendo início nos movimentos feministas dos anos 60 e continuidade com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) nos anos 80. Houve nesse momento a priorização pelo Governo de ações educativas para usuárias do SUS, voltadas para

---

<sup>1</sup> Todos os nomes citados são fictícios

a questão dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, para as informações sobre os métodos contraceptivos bem como a sua distribuição gratuita. Pretendo explicitar o cunho individualista dessas idéias que, por sua vez, influenciam a opinião expressa nas falas das profissionais de saúde.

No segundo subcapítulo – Etnografia dos Grupos – é feita uma descrição etnográfica dos grupos, resultado da minha observação. Pretendo mostrar como os grupos acontecem na prática e apontar como se dá a relação entre profissionais de saúde e usuários.

No terceiro subcapítulo – Os grupos: o ponto de vista das profissionais de saúde – pretendo mostrar o ponto de vista das profissionais de saúde que fazem os grupos. Através de suas falas, busco analisar o que elas pensam sobre o que fazem e como percebem o “outro”, ou seja, como elas vêem as mulheres que participam dos grupos.

No segundo capítulo – As usuárias e suas falas – baseadas nas falas das mulheres que participaram dos grupos, é feita a relação entre as escolhas dos métodos contraceptivos e os seus projetos de vida, o significado de ser mulher e mãe, o relacionamento conjugal e suas concepções sobre sexualidade e corpo. No primeiro subcapítulo deste capítulo – Projeto de vida e anticoncepção – é abordada a relação entre os projetos de vida e anticoncepção.

O segundo subcapítulo – “Na próxima encarnação eu quero vim homem” – fala sobre o significado de ser mulher para aquelas mulheres e sobre como percebem seus papéis na relação com os homens.

O terceiro subcapítulo - Mulher e/ou mãe – aborda os casos de algumas mulheres que deixam de levar seus projetos pessoais adiante em prol de seus filhos. Tais mulheres anulam sua individualidade e tornam-se totalmente mães, projetando seus sonhos não alcançados em seus filhos.

O quarto subcapítulo – “O encanto quebrou” – trata das mulheres casadas que me contaram sobre seus relacionamentos com seus companheiros. Nele, aponta-se o ideal de “complementaridade hierárquica” (DUARTE, 1981), presente nas falas dessas mulheres, e a prescrição social de papéis: o homem provedor e a mulher responsável pela casa e pelo cuidado com os filhos.

O quinto subcapítulo – *O sexo* fala da sexualidade dessas mulheres, do que é sexualidade para elas e de como é o seu relacionamento sexual com seus companheiros. O sexto e último subcapítulo – O corpo – aborda a percepção dessas mulheres do seu próprio corpo e como é a sua relação com ele. Por fim, é feita uma breve conclusão sobre a centralidade da relação da escolha do método contraceptivo e as outras dimensões da vida e, sobre os grupos e o modelo tradicional de educação em saúde.

## 2 CAPÍTULO I – OS GRUPOS

### 2.1 Direitos Reprodutivos: o discurso oficial

#### 2.1.1 A “natureza feminina”

Podemos tomar como os primórdios do campo que hoje se constitui como campo da saúde da mulher o surgimento da ginecologia, durante a segunda metade do século XIX. Fabíola Rohden, ao analisar esse tema, chama a atenção para o surgimento da ginecologia como ciência ou estudo da mulher, que não vem acompanhada de uma ciência ou estudo do homem. A autora sugere que, no momento deste surgimento, de um lado, a mulher é tratada no discurso médico como eminentemente presa à função sexual/reprodutora, diferentemente do homem. De outro lado, a reprodução se refere quase que exclusivamente às mulheres e, raras vezes, aos homens. Há uma percepção diferenciada da mulher e do homem em relação à sexualidade e à reprodução. (ROHDEN, 2002, p. 107). Essa noção de papéis diferenciados na reprodução tem como consequência a prescrição de papéis sociais distintos para homens e mulheres. Para Rohden, a ginecologia teria legitimado essa visão da mulher, “naturalmente” distinta do homem e destinada à reprodução.

Meloni, ao falar sobre a medicalização do corpo feminino, mostra como ele é construído ao longo do tempo como objeto da medicina, através do processo de naturalização do corpo feminino (MELONI, 2002). O discurso médico se coloca como detentor da verdade sobre os corpos, reduzindo o corpo feminino a sua condição biológica. Os fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher como gestação, parto, amamentação e também a menstruação, dão base “científica” à ideia da “natureza feminina”.

Dessa perspectiva, as diferenças entre homens e mulheres eram fundadas na natureza. Os médicos buscavam encontrar evidências biológicas da tendência natural da mulher para atividades restritas ao ambiente doméstico bem como para a inferioridade feminina. As ideias recorrentes para os ginecologistas, na época, eram que as capacidades intelectuais eram mais características dos homens; as mulheres eram mais dominadas pelas funções sexuais e, conseqüentemente, eram tidas como mais instintivas e emotivas. Segundo Rohden: “a identificação de características supostamente naturais e observáveis cientificamente traçam as bases para a justificação das diferenças entre os sexos quanto aos seus papéis sociais. Ao

homem caberia os desafios do mundo público, à mulher a reprodução da família (ROHDEN, 2002, p. 122).

Esse processo de naturalização de uma domesticidade feminina vai além da esfera médica e científica. Segundo Donzelot, há uma estratégia de familização das camadas populares na segunda metade do século XIX, que tem a mulher como suporte principal e o apoio central do Estado. Para tanto, lhe era ensinada e inculcada sua função de dona do lar dedicada, capaz de coibir o ímpeto de independência de seus esposos operários (DONZELOT, 1980)

Entretanto, o principal suporte de legitimação da inferioridade feminina e de sua “natureza doméstica” ainda está na ciência médica. De acordo com Donzelot, a mulher também se torna no século XIX uma aliada importante dos médicos que lutam para derrotar a hegemonia da medicina popular das comadres, ao conferir-lhes o status de mães, concedendo à mulher burguesa, por meio da importância maior das funções maternas, um novo poder na esfera doméstica (*Ibidem*). Costa também aponta o nascimento no século XIX da “mãe-higiênica amante dos filhos, aliada dos médicos” que, seguindo seus “instintos maternos naturais”, deveria amamentar seus filhos. Dessa forma, a obrigação da mãe de amamentar sua prole serviria como uma estratégia para manter a mulher restrita à esfera doméstica (COSTA, 1983, p. 255-264).

Assim, vemos ao longo do tempo um processo de construção da “natureza feminina” que culmina, como aponta Bourdieu, numa construção social naturalizada:

Com efeito, o trabalho visando transformar em natureza um produto arbitrário da história encontra neste caso um fundamento aparente nas aparências do corpo, ao mesmo tempo que nos efeitos bastante reais produzidos, nos corpos e nos cérebros, isto é na realidade e nas representações da realidade, pelo **trabalho milenar de socialização do biológico e da biologização do social naturalizada** (os *habitus* diferentes produzidos pelas diferentes condições sociais socialmente construídas) aparecer como a justificação natural da representação arbitrária da natureza que está no princípio da realidade e da representação da realidade” (BOURDIEU, 1995, p. 145, grifo meu)

As mulheres são vistas como sendo essencial, natural e biologicamente voltadas para a função procriadora e para o cuidado com o lar, sendo a maior responsável pelo controle da reprodução.

Contudo, a partir da década de 60, com o movimento feminista e o surgimento das pílulas anticoncepcionais, esse quadro começa a dar sinais de mudanças. Há o início de uma contestação dessa visão da mulher como mãe e do corpo feminino como essencialmente

reprodutor, resultando na negação do seu papel procriador, através dos programas de contracepção e planejamento familiar (MELONI, 2002).

### 2.1.2 A reprodução como escolha: direitos reprodutivos e sexuais

Ao final dos anos 60 e início dos anos 70, o feminismo contesta a ideia da mulher como naturalmente subsumida ao campo da reprodução e da esfera familiar. Como demonstram Ávila e Corrêa, todas as concepções de saúde ou de assistência à saúde da mulher com que as feministas se defrontaram inicialmente estavam baseados num conceito de natureza feminina entendida como frágil e descontrolada, devendo ser dirigida à reprodução social como lugar inferior e herdeiro da condição biológica. O saber médico era tanto um saber disciplinador como também um saber que justificava a hierarquia entre os sexos (ÁVILA e CORRÊA, 1999, p.75). Assim, no final dos anos 70, as feministas têm como obstáculos a enfrentar a hegemonia do saber biomédico na construção de representações sobre o corpo feminino e o lugar social da mulher.

Em contraposição a essa percepção naturalizada e inferiorizada da mulher, o feminismo dessa época lutava pela liberdade de decisões nos assuntos da reprodução e da sexualidade, pelo livre exercício da sexualidade e buscava transformar discursos e práticas que faziam da experiência corporal feminina uma experiência de subordinação. Esse feminismo buscou desconstruir o discurso dominante sobre o corpo e teve como um de seus principais alvos de combate a separação da sexualidade da procriação. Outra idéia a ser combatida pelo movimento, na época, era a convicção disseminada de que as mulheres eram por natureza destinadas à maternidade. Ao contrariarem a noção da “natureza feminina”, questionavam o destino inexorável de serem mães imputado às mulheres. A estratégia política dessas feministas consistia na tentativa de resgatar a autonomia reprodutiva do corpo das mulheres, reivindicando a possibilidade de escolha para a mulher; de decidir com autonomia sobre o desejo ou não da reprodução.

Como mostra Lucila Scavone (2006), a máxima “Nosso corpo nos pertence” era a palavra de ordem da década de 70 e expressava as ideias básicas do feminismo contemporâneo no seu momento inaugural. Segundo Scavone, no final dos anos 60 e começo dos anos 70

(...) Emergiu um movimento feminista autônomo e radical que, ao politizar o privado, deu visibilidade especial ao corpo e à sexualidade, tomando-os como questões políticas (...) o discurso feminista se abria para um debate político sobre o corpo ao afirmar suas diferenças e reivindicar seus direitos, mas, sobretudo, ao insurgir-se contra o controle social ao qual ele era submetido” (SCAVONE, 2006, p. 1 -3).<sup>2</sup>

A autora Cinthia Sarti, associando o feminismo ao contexto brasileiro, aponta a especificidade desse movimento no Brasil, que nasce comprometido com a oposição à ditadura e com a luta pela democracia. Segundo Sarti, o “movimento de mulheres”, tal como era chamado o feminismo brasileiro, iniciou-se nas camadas médias, mas expandiu-se através de uma articulação peculiar com as camadas populares e suas organizações de bairro, constituindo-se num movimento interclasses. Havia uma aliança delicada com a igreja, o que fazia com que temas como o aborto, sexualidade e planejamento familiar não tivessem ressonância pública (SARTI, 2001, p. 37).

Contudo, a partir de meados dos anos 80, em parte devido à política de democratização e à consequente institucionalização do movimento, o campo da saúde da mulher ou saúde reprodutiva recebe uma grande atenção e investimento do movimento feminista. Nesse momento, representantes do feminismo reivindicam uma concepção renovada de cidadania que incorporasse as vivências da sexualidade e da reprodução; a sexualidade e a reprodução deveriam, então, ser tratadas como dimensões da cidadania e, conseqüentemente, da vida democrática.

Seguindo essa perspectiva, começam a surgir os ideais que informaram a formulação dos chamados Direitos Reprodutivos e os Direitos Sexuais. Segundo Ávila, os direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da reprodução e, os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade (ÁVILA M. B. 2003, p. 466).

Nesse ponto, é interessante chamar a atenção para o caráter de classe que perpassa o movimento feminista descrito. Segundo Sarti:

O feminismo teve que se enfrentar, ainda, com o fato de ser uma ideologia que tem marcas sociais precisas, sensibilizando mulheres profissionais, com educação universitária, pertencendo a camadas sociais com alguma experiência de vida cosmopolita, associadas ao exílio político ou à formação

---

<sup>2</sup> Maria Otila Bocchini faz uma crítica muito interessante a respeito dessa máxima do movimento feminista ao fazer o estudo de duas revistas femininas populares: “Nosso corpo nos pertence, dizem as feministas. Para as revistas femininas populares, o corpo existe para o outro, é um espaço de permanente correção uma fonte constante de mal-estar, visto que o modelo exigido é inalcançável” (Bocchini, p.66, 2000). Embora o movimento feminista tenha, de fato, conquistado muitos direitos para as mulheres há críticas se, realmente, a ideia de que “nosso corpo nos pertence” tenha tido sucesso entre as mulheres heterossexuais brasileiras.

educacional e profissional. Pressupõe, assim, recursos de ordem simbólicas não acessíveis a todas as mulheres, sobretudo na sociedade brasileira marcada por profundas desigualdades sociais (...). Sabe-se também que as oportunidades não são as mesmas para todas as mulheres que as perspectivas são distintas, assim como são diversas também as possibilidades de identificação com a bandeira feminista, ainda que o feminismo seja reconhecido como um movimento que traz genericamente benefícios à condição social da mulher (SARTI, 2001, p. 44).

Os autores Franquetto *et al* desenvolvem o argumento de que o movimento feminista, na sua formulação, é um desdobramento da ideologia individualista ocidental tal como descrita e estudada por Louis Dumont. Segundo os autores: “As mulheres em movimento requerem autonomia, realização enquanto indivíduos, fracionando a totalidade hierarquizada da família” (FRANQUETTO *et al*, 1980, p. 39). Através das entrevistas, foi possível notar que, de certa forma, a ideologia individualista também está presente nos discursos dos profissionais de saúde que fazem os Grupos de Direitos Reprodutivos. Entretanto, durante as entrevistas com as usuárias, foi possível constatar divergências de pontos de vista em alguns assuntos, o que nos leva a pensar num certo limite da ideologia individualista em determinados grupos. Assim, ao apontarem o sistema de ideias subjacente ao discurso do movimento feminista, esses autores também ressaltam a não universalidade do feminismo e da ideologia individualista que o informa: “O raciocínio da igualdade [entre homens e mulheres] não é, entretanto, compartilhado por todos os grupos sociais e, mesmo no cômputo geral das sociedades conhecidas, não foi essa lógica que dominou” (*ibidem*, p. 35).

### 2.1.3 O conceito de Direitos Reprodutivos

Com a entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho e o advento da contracepção, principalmente através da pílula anticoncepcional, há a possibilidade da desvinculação entre atividade sexual e reprodução (VILLELA, 2003)<sup>3</sup>. Com a contracepção, foi dada à mulher a possibilidade de decidir quantos filhos ter e quando tê-los. Essa

---

<sup>3</sup> É de suma importância ressaltar que essa entrada maciça no mercado de trabalho nos anos 60 e 70 se refere principalmente às mulheres das classes médias. Como nos mostram Cláudia Fonseca, Raquel Soihet e Margareth Rago no livro *A História das Mulheres no Brasil de Del Priore* (2008), as mulheres das classes populares em sua grande maioria sempre estiveram no mercado de trabalho seja como funcionárias nas indústrias, como lavadeiras, prostitutas ou empregadas domésticas.

possibilidade vira, com o planejamento familiar, um direito: o direito de decisão da mulher e do homem sobre o controle de suas capacidades reprodutivas.<sup>4</sup>

Seguindo as mudanças histórico-políticas, novos conceitos sobre cidadania e direitos foram elaborados, sendo os direitos reprodutivos um deles. Esses direitos são um fenômeno histórico recente, e estão ligados às mudanças no papel das mulheres e seu valor na sociedade (MELONI, 2003). Como vimos, através da luta do movimento feminista, ocorre uma transformação do discurso, com a passagem da visão da mulher como naturalmente passiva para a visão da mulher como sujeito do seu próprio destino e, principalmente, dona de seu próprio corpo.

Corrêa *et al* (2003) descrevem o marco teórico-conceitual dos direitos e saúde sexual e reprodutiva. Segundo os autores, em uma das Conferências Internacionais de Populações e Desenvolvimento, organizada pelas Nações Unidas e realizada no Cairo em 1994, houve uma mudança de paradigma do planejamento familiar para os direitos sexuais e reprodutivos. Segundo Meloni, após essa Conferência, a decisão de ter ou não ter filhos (ou quando tê-los) passa a ser vista como um direito que deve ser garantido na área da saúde (MELONI, 2003, p.156).

Na orientação da Plataforma do Cairo, o conceito de direitos reprodutivos foi consagrado num documento das Nações Unidas com a seguinte formulação:

(...) Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de **decidir livre e responsabilmente** sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e **de ter a informação** e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos (FNUAP E CNPD, s. d., parágrafo 7.3 *apud* CORRÊA E AVILA, 2003, p. 20, grifo meu).

Segundo seus idealizadores, os direitos reprodutivos se opõem tanto a qualquer tipo de controle coercitivo da natalidade quanto a qualquer tipo de imposição natalista que implique o uso de métodos contraceptivos, distanciando-se do caráter impositivo da prática anterior do “planejamento familiar”. Outro ponto importante na concepção dos direitos reprodutivos é que eles não se restringem às mulheres, incluindo os homens e suas responsabilidades no processo de reprodução e regulação da fecundidade (CORRÊA *et al*, 2003).

<sup>4</sup> Embora, como veremos, a ênfase da contracepção seja colocada majoritariamente sobre a mulher, sendo ela a principal, senão única responsável pela regulação da fecundidade.

É possível perceber, na formulação do conceito de Direitos Reprodutivos, que está presente o ideal do *indivíduo* livre e informado, capaz de decidir responsável e livremente sobre sua vida reprodutiva. Porém, como terei oportunidade de mostrar posteriormente, o ideal do *indivíduo* livre – munido das informações necessárias sobre os métodos contraceptivos, sobre o funcionamento do corpo bem como sobre os riscos das Doenças Sexualmente Transmissíveis e capaz de decidir “*responsavelmente*” sobre sua reprodução e de evitar comportamentos de risco – por diversas vezes não se realiza na prática. Muitas vezes mesmo o “indivíduo informado” não age da forma “correta” ou de forma “consciente”, como é esperado pelos profissionais de saúde.

Nesse sentido, Guimarães critica fortemente as políticas oficiais de prevenção da AIDS, por elas enfatizarem a responsabilidade individual pela prevenção, sem levarem em conta as diferenças e desigualdades de gênero e o contexto no qual homens e mulheres se relacionam (GUIMARÃES, 2001). Dagmar Meyer também faz essa crítica ao caráter individualista das práticas educativas no campo da saúde sexual e reprodutiva. Ao falar sobre a educação sexual nas escolas e sobre a educação em saúde afirma:

De modo geral, a sexualidade continua sendo tematizada, nas escolas, sob o enfoque do risco, segundo a tradicional hegemonia do referencial médico, e as práticas educativas que enfocam a promoção da saúde sexual a prevenção de gravidez e de doenças nessa esfera tem sido orientadas por um viés individualista. As abordagens pedagógicas que as sustentam continuam centradas na conscientização individual do risco e na necessidade de negociar o sexo seguro com o parceiro, sem levar em conta as construções sociais e estruturais que definem as posições de poder (e de hierarquia) no âmbito das práticas de gênero e de sexualidade e sem problematizar as formas pelas quais as diferentes culturas representam as masculinidades e as feminilidades hegemônicas, o amor e o prazer sexual, viabilizando ou não possibilidades concretas para essas negociações (MEYER, 2007, p.14).

#### 2.1.4 Políticas Públicas e Reprodução

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, limitando-se, neste período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas desse primeiro momento traduziam uma visão tradicional da mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica. Esses programas foram fortemente criticados pelo movimento feminista, que apontava em sua

formulação uma visão reducionista da mulher. As mulheres organizadas reivindicavam sua condição de sujeitos de direitos, com necessidades que fossem além do momento da gestação e do parto, demandando ações que lhe proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos da vida (BRASIL, 2007).

Em 1984 o Ministério da Saúde formulou o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde feminina, assentada no conceito de atenção integral à saúde da mulher, tendo como fundamentos ideológicos os princípios de integralidade e autonomia. Segundo Osis, “esse conceito implica o rompimento com a visão tradicional acerca desse tema, sobretudo no âmbito da medicina que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução” (OSIS, 1998, p. 26). Para esse autor, trabalhar com o conceito de atenção integral a saúde da mulher implica redimensionar o significado do corpo feminino no contexto social levando a uma mudança de posição das mulheres. A intenção é situar a reprodução no contexto mais amplo da atenção à saúde da mulher vista como um todo. Dessa forma, de acordo com Osis, o PAISM rompeu com a antiga lógica que norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres, trazendo um contexto no qual as mulheres deixaram de ser vistas apenas como reprodutoras e em que o cuidado de sua saúde não devia mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério (*ibidem*, p. 31).

O documento do Ministério da Saúde sobre os princípios de diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Mulher diz que essa é uma proposta que enfatiza o empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social (BRASIL, 2007). Com o PAISM, ocorreu a preocupação de melhorar a qualidade da atenção em planejamento familiar, o que levou vários serviços públicos de saúde a oferecerem, pelo menos, uma ação educativa para as mulheres que o procuravam para solicitar métodos anticoncepcionais (OSIS *et al*, 2004).

Atualmente, uma das prioridades do Governo é a implementação de ações educativas para usuários e usuárias da rede de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), voltadas para a questão dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva, para informações sobre métodos anticoncepcionais (incluindo os métodos naturais), para a importância da dupla proteção e para o esclarecimento sobre a legislação federal existente em relação ao planejamento familiar (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde deu início à distribuição de métodos anticoncepcionais aos estados, de forma descontínua, na segunda metade da década de 1980, quando teve início a implementação do Programa de Atenção Integral a Mulher – PAISM (BRASIL, 2005). Com

essa oferta gratuita de métodos anticoncepcionais pelo setor público, mesmo que por vezes ocorra de forma precária, é importante investigar o que leva mulheres usuárias dos serviços a escolher por determinado método; sob quais circunstâncias essa escolha se dá e quais elementos são colocados em jogo nessa decisão. Cabe investigar, também, como são feitas as ações educativas que visam a garantir aos usuários o acesso às informações sobre concepção e anticoncepção, bem como os desafios dessas ações para uma mudança efetiva no exercício dos direitos reprodutivos. É sobre isso o presente trabalho.

De acordo com a Lei 9.263/1996 do Planejamento Familiar, é dever do Estado promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar. Segundo o Manual Técnico do Ministério da Saúde para o planejamento familiar, os profissionais de saúde devem estar preparados para oferecer à clientela os conhecimentos necessários para escolha e uso de métodos anticoncepcionais, assim como propiciar o questionamento e reflexão sobre os temas relacionados com a prática da anticoncepção, inclusive a sexualidade (BRASIL, 2002).

As informações coletadas pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006 mostram o panorama da situação reprodutiva no Brasil, apontando permanências e mudanças de alguns comportamentos relacionados à contracepção. A PNDS 2006 foi realizada com 15 mil mulheres em idade fértil (de 15 a 49 anos). Entre vários dados importantes apresentados na pesquisa, o seguinte dado chama a atenção: segundo Perpétuo (2008), no relatório final da PNDS 2006, verificou-se que o conhecimento de métodos anticoncepcionais é praticamente universal (99,9%) e que o conhecimento de métodos modernos é mais disseminado do que o dos tradicionais<sup>5</sup>. Porém, a pesquisa também aponta que, apesar do número médio de métodos conhecidos – em torno de 10 –, a totalidade de alternativas de regulação da fecundidade não é citada por todas as mulheres o que, para a autora, representa uma limitação desse leque de escolha anticoncepcional (PERPÉTUO, 2008, p. 129). Verificou-se também que a imensa maioria das mulheres já fez uso de algum método anticoncepcional alguma vez, sendo este percentual de quase 100% entre as mulheres não unidas sexualmente ativas.

Contudo, embora o PAISM tenha trazido um novo conceito de atenção integral à saúde da mulher, incluindo seu direito ao planejamento familiar e à dimensão da sexualidade e, pesquisas como a da PNDS (2006) tenham comprovado quantitativamente o uso

---

<sup>5</sup> A PNDS 2006 classifica como Métodos modernos os seguintes: esterilização feminina, esterilização masculina, pílula, DIU, injeção contraceptiva, implantes, camisinha feminina, camisinha masculina, diafragma, creme, óvulos vaginais, pílula do dia seguinte. Métodos tradicionais: tabela, abstinência, periódica, billings, coito interrompido.

disseminado de métodos contraceptivos, o campo da saúde sexual ainda apresenta problemas no seu desenvolvimento. É sobre os percalços no desenvolvimento efetivo das práticas de educação em saúde, bem como sobre as percepções dos atores envolvidos nesse campo - profissionais de saúde e usuários - que falaremos nas páginas que se seguem.

## 2.2 - ETNOGRAFIA DOS GRUPOS

Em dezembro de 2007, comecei a frequentar os Grupos de Direitos Reprodutivos que acontecem no Instituto da Mulher em Juiz de Fora, Minas Gerais. Esse Instituto, atual Departamento da Saúde da Mulher, é o centro de referência em Saúde da Mulher de Juiz de Fora e região. Nesse Departamento, uma ou duas vezes ao mês, acontecem os Grupos de Direitos Reprodutivos (GDR). Inicialmente, foi o local por mim escolhido para desenvolver minha pesquisa de campo, devido a sua centralidade e referência bem como a maior regularidade em que acontecem os grupos. Porém, tive que interromper a observação no Instituto, pois a assistente social que faz o grupo naquele local e que inicialmente havia permitido a minha presença de bom grado, depois de ter assistido a alguns grupos, me disse que não poderia mais assistir a eles, pois, segundo ela, “eu não poderia fazer um trabalho em cima do trabalho dela”. Todas as explicações sobre o que seria o meu trabalho foram em vão, eu não poderia mais assistir ao grupo ali. Primeira lição de campo: não é fácil para as pessoas serem observadas. Causa incômodo. Aprendi que o trabalho de campo é atravessado por uma série de peculiaridades que são determinantes para o desenvolvimento da pesquisa. Estabelecer contatos com os pesquisados; conseguir com que eles nos aceitem; conquistar sua confiança ou conseguir um bom *lôcus* de observação, são tarefas por vezes difíceis, mas fundamentais. São lições que não aprendemos nos livros e manuais, somente na vivência do campo.

Diante desse primeiro impedimento, fui buscar outros grupos em outros lugares. Tal busca resultou num ganho para minha pesquisa, já que tive a oportunidade de assistir aos grupos em outras Unidades Básicas de Saúde, em bairros diferentes. Embora tenham um modelo, os grupos variam na forma como acontecem. No Instituto da Mulher, os homens e mulheres interessados se inscrevem para participar do grupo, que tem suas datas previamente agendadas e um limite de inscrição de 18 pessoas. Já nas Unidades Básicas de Saúde, na

maioria das vezes, as Agentes Comunitárias de Saúde convidam alguns usuários para participarem do grupo, também numa data previamente agendada.

Todas as mulheres e homens que desejam usar algum método contraceptivo oferecido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) devem, obrigatoriamente, frequentar o grupo. Ao final do grupo, a enfermeira ou assistente social distribui aos participantes o Cartão da Mulher e, somente com ele, o usuário poderá pegar o método contraceptivo escolhido, gratuitamente<sup>6</sup>.

O momento da entrega do Cartão é ansiosamente esperado pelos participantes que, em sua maioria, vão aos Grupos principalmente com a finalidade de obtê-lo. Logo no início do Grupo os participantes perguntam quando será o momento da entrega do Cartão, sendo essa uma preocupação central.

O modelo ideal do Grupo é que ele aconteça em três encontros, com aproximadamente duas horas de duração cada um, mas isso varia muito. No Instituto da Mulher, são três encontros seguidos; já em algumas Unidades Básicas de Saúde são, geralmente, dois encontros, que podem acontecer na mesma semana ou em semanas seguidas. Fui também às Unidades que faziam o grupo com um encontro apenas; às vezes com só uma hora de duração.

O número de participantes também varia. Fui a grupos com dezoito pessoas, mas também fui a um no qual apenas uma participante compareceu.<sup>7</sup> A regularidade também é variável. No Instituto da Mulher, a demanda é maior e por isso acontecem regularmente dois grupos por mês. Já nas Unidades Básicas de Saúde, a demanda é menor e, às vezes, as enfermeiras só conseguem fazer de dois a três grupos por ano.<sup>8</sup>

Os locais em que eles acontecem também variam. No Instituto da Mulher, há uma sala de reuniões reservada para os Grupos e palestras em geral. As condições da sala são um pouco precárias (como as condições de todo o Instituto), mas é um espaço amplo, embora pouco ventilado e com um número limitado de cadeiras<sup>9</sup>. Nas Unidades Básicas de Saúde, as condições não são melhores. Algumas dessas Unidades têm espaço para os grupos; já outras,

---

<sup>6</sup> O documento que possibilita o acesso ao método contraceptivo gratuito chama-se Cartão da Mulher embora este também seja dado aos homens que frequentam o grupo com a finalidade de fazer a vasectomia pelo SUS. A denominação “Cartão da Mulher” se deve ao fato de que, inicialmente, os grupos eram feitos só para as mulheres e somente anos depois, com a inclusão da vasectomia nos métodos oferecidos gratuitamente pelo SUS, ele também passou a ser feito com homens.

<sup>7</sup> A enfermeira responsável por esse grupo esperava cerca de oito participantes, mas apenas uma delas compareceu. Ela fez o grupo assim mesmo, ficando na sala eu, a participante, uma Agente Comunitária de Saúde e uma acadêmica de enfermagem.

<sup>8</sup> Algumas enfermeiras com quem pude conversar se queixam da baixa procura pelos grupos educativos em geral.

<sup>9</sup> Num grupo, uma das participantes teve que ficar “sentada” numa pia desativada na sala, pois já não havia mais cadeiras.

que não possuem esse espaço, pedem emprestado o salão da igreja da comunidade. Com relação ao público que participa dos grupos, no Instituto da Mulher e em algumas Unidades, os grupos são abertos para homens e mulheres, sendo que no Instituto, embora a maioria dos participantes ainda seja do sexo feminino, estive presente em grupos em que os homens constituíam quase a metade. Em algumas Unidades Básicas de Saúde, o grupo é só para mulheres. Numa Unidade que conheci, os homens interessados em fazer vasectomia têm que agendar um grupo com um enfermeiro que trabalha na Unidade. Lá, há mulheres de todas as idades. Fui a grupos em que havia “meninas” de treze e quatorze anos, além de mulheres de quarenta<sup>10</sup>. Não há um padrão de idade, assim como também não há um padrão de nível de escolaridade ou de estado civil. A maioria já teve filhos, mas também há aquelas que nunca tiveram. Já com relação à classe social, foi possível notar que o público pertence majoritariamente às classes mais baixas. Isso fica ainda mais evidente nos grupos que acontecem nos bairros mais pobres em que estive presente.

No Instituto da Mulher, quem faz os grupos, em separado, é uma assistente social e uma médica. Já nas Unidades Básicas de Saúde, geralmente, quem os faz são as enfermeiras ou acadêmicas de enfermagem. Os materiais didáticos que elas usam são cartazes e um álbum grande com figuras dos aparelhos reprodutores masculino e feminino, com figuras explicando a menstruação, os processos da ovulação, da fecundação, da cirurgia de ligadura de trompas e da vasectomia. Utilizam, também, mostruários dos métodos contraceptivos oferecidos pelo SUS; um aparelho reprodutor feminino de plástico; um pênis de borracha e dois bonecos de papelão, a “Gertrudes” e o “Getúlio”. Os recursos utilizados e suas condições de conservação também variam. Em algumas Unidades, faltam alguns desses recursos didáticos ou, então, os aparelhos estão quebrados ou rasgados.

Embora seja variável a quantidade de dias e horas em que o grupo acontece, há uma espécie de roteiro seguido em todos os grupos. Esse roteiro é mais compacto, mais resumido, dependendo da duração do grupo. Assim, descrevo a seguir como acontece e como é a interação entre profissionais e usuários dos grupos, com duração de três dias, que seria o modelo ideal.

No primeiro dia de grupo, a assistente social ou enfermeira se apresenta e explica como funcionarão os dias seguintes e faz uma dinâmica. Essa dinâmica, que é diferente em cada lugar, consiste em “quebrar o gelo” inicial com a apresentação dos participantes, em que

---

<sup>10</sup> Em um dos grupos que assisti, havia duas meninas de quatorze anos e uma de treze, que já tinham iniciado sua vida sexual e estavam em busca de anticoncepcionais. Este, entre vários outros, foi um dos momentos que me causou estranhamento no campo.

eles contam por que estão ali e em qual método estão interessados. É interessante porque essas dinâmicas iniciais realmente provocam uma descontração fazendo com que os participantes se conheçam um pouco. Nesse primeiro momento, também há uma preocupação por parte das profissionais de saúde em estabelecer um vínculo de confiança. Elas enfatizam a importância do sigilo das conversas que acontecem no grupo e das confidências pessoais dos participantes colocadas em público ali dentro, afirmando que “o que é falado aqui, não sai daqui”.

Ainda nesse primeiro dia é explicado a anatomia e o funcionamento do aparelho reprodutor feminino e masculino. As profissionais utilizam dois bonecos de papelão chamados de “Gertrudes” e “Getúlio”. Os bonecos são colocados no chão e são distribuídos aos participantes as peças dos órgãos reprodutores (vulva, canal vaginal, útero, trompas, ovários, pênis, testículos, canais deferentes) para serem colocadas, de acordo com seu conhecimento, nos bonecos. Nem todos participam, mas alguns tentam montar as peças e trocam opiniões.

Durante a montagem dos aparelhos reprodutores, há certa dificuldade dos participantes na colocação das peças. A dificuldade é maior com o aparelho reprodutor feminino que tem mais peças que o masculino (com apenas três). Em todos os grupos que eu estive, as mulheres trocavam as peças e sempre colocavam o útero e as demais peças bem próximas ao umbigo<sup>11</sup>. Certa vez uma assistente social, me disse sobre a montagem feita pelos participantes: “Eles têm uma visão confusa, distorcida”.

No momento da explicação de cada órgão dos sistemas reprodutores e em outros momentos da dinâmica do grupo, percebo que as profissionais de saúde costumam citar os nomes “técnicos” de cada órgão. A linguagem utilizada por elas na explicação nem sempre era entendida claramente pelos participantes. Algumas vezes, ao falar do clitóris, por exemplo, as participantes traduziam por “grelho”. Ou ainda, quando uma vez uma acadêmica de enfermagem insistia em falar líquido seminal, mas ao perceber que as participantes não estavam identificando muito bem do que se tratava começou, então, a chamá-lo de “gozo”<sup>12</sup>.

No segundo dia, as profissionais explicam sobre os métodos contraceptivos. Geralmente, distribuem-se primeiro papéis com os nomes dos métodos divididos em métodos

<sup>11</sup> Ceres Victora (1991) utilizou uma metodologia muito interessante de representação gráfica dos aparelhos reprodutores de algumas de suas informantes. Ali também é possível notar, através dos desenhos feitos por essas mulheres, a percepção do aparelho reprodutor feminino localizado próximo ao umbigo.

<sup>12</sup> Durante uma entrevista com uma enfermeira ela fez uma colocação interessante sobre a importância de se ter atenção com a linguagem utilizada. Segundo ela: “... é a linguagem que você tem que usar, você tem que chegar com essa linguagem ao povo. Num adianta você falar pra elas assim: olha as trompas, o útero, tá bom, elas vão ouvir isso mas isso não vai ficar. Na prática isso não fica ...” (Gilda, enfermeira ).

hormonais (pílula, pílula do dia seguinte, minipílula, hormonal injetável, anel vaginal, pílula vaginal, implante subcutâneo e adesivo hormonal),<sup>13</sup> métodos de barreira (diafragma, camisinha, camisinha feminina, e DIU) e métodos naturais (muco cervical, temperatura, tabelinha, amamentação exclusiva). Depois de distribuídos os nomes dos métodos, antes da explicação das profissionais, pede-se para os participantes explicarem, segundo os seus conhecimentos, cada método. Nesse momento em especial, antes da explicação técnica dos métodos, aparecem algumas falas interessantes sobre alguns métodos que reproduzo a seguir:<sup>14</sup>

Assistente social: Lê o papelzinho e diga o que você acha que é  
 Daniel: [anel vaginal] no corpo da mulher, eu acho que é pra mulher urinar, penetração do pênis...  
 Carlos: [pílula vaginal] nunca tinha ouvido falar, agora não sei se ela é dissolvida e depois colocada na vagina ou se é colocada direto.  
 Felipe: [injeção hormonal] é uma injeção que tem os hormônios parecidos com a pílula.  
 Arminda: [pílula anticoncepcional] é para evitar a gravidez, tomando na hora certa.  
 Juliana: [implante subcutâneo] tira o útero? Sei lá, não sei, nunca ouvi falar.  
 Joelma: [o adesivo hormonal] deve ser um adesivo que coloca no corpo... eu acredito que esses hormônios tão ali.  
 Telma: [pílula da amamentação] quem amamenta eu nunca vi toma pílula.  
 Sara: [pílula do dia seguinte] pílula do acidente né?  
 Helena: [camisinha feminina] não sei, nunca usei nem pretendo usar.  
 Dilma: [DIU] Eu acho que ele deve segurar as trompas e impede que o esperma entra.  
 Josi: [DIU] Evita que o espermatozóide entre no óvulo, o T evita a fecundação.

Num grupo, ao conversarem sobre a pílula do dia seguinte, algumas mulheres contavam que já tinham ouvido falar que tomar coca-cola quente, coca-cola com café quente ou tomar banho de coca-cola tinha o mesmo efeito da pílula do dia seguinte.

Os métodos mais conhecidos pelos participantes são a camisinha masculina, laqueadura, vasectomia, pílula, injeção hormonal e DIU. Os outros métodos a maioria desconhece. Sobre o DIU há ainda um receio muito grande por parte de algumas mulheres. Muitas já ouviram falar que ele é abortivo, ou já ouviram casos de mulheres que tiveram problemas com infecções com ele ou ainda que o DIU possa ficar grudado na cabeça do bebê

<sup>13</sup> Na maioria dos grupos só é falado sobre os métodos oferecidos no SUS; apenas no Instituto da Mulher há explicação dos métodos que não são oferecidos gratuitamente pelo sistema, tais como: anel vaginal, pílula vaginal, implantes subcutâneo e adesivo hormonal.

<sup>14</sup> Durante a minha observação nos grupos, não fazia nenhuma interferência apenas assistia; por isso nessas falas reproduzidas os nomes são fictícios, além de que não me era possível colher, naquele momento, dados sobre profissão ou idade. Naquela situação só podia tentar escrever rapidamente algumas falas.

quando ele nasce. Tudo isso faz com que tenham medo de usá-lo. Depois, com as entrevistas, notei que apesar da explicação das profissionais e da tentativa por parte dela de acabar com alguns “mitos”, algumas mulheres continuam a acreditar que o DIU é abortivo ou que pode fazer mal e acabam preferindo não utilizá-lo.

Foi possível perceber, também, que quando se fala do diafragma e da camisinha feminina, há certa repulsa das mulheres. A maioria não os conhecia antes e, quando as profissionais mostram a camisinha feminina, eles olham com certa estranheza, franzindo o rosto ou balançando a cabeça em sinal de negação. Já a maioria das profissionais de saúde afirma que o diafragma e a camisinha feminina são ótimos métodos, porém, em suas próprias palavras, “são ótimos métodos, mas a mulher precisa lidar bem com o próprio corpo e a mulher não costuma conhecer o próprio corpo”. Ouvi essa colocação diversas vezes. Ou ainda uma acadêmica certa vez afirmou considerar a camisinha feminina “uma libertação da mulher”. Apesar disso, entre as participantes tais métodos não despertam interesse e quase nunca são solicitados.

Ao explicar sobre os métodos da laqueadura e da vasectomia e também sobre os aparelhos reprodutores masculino e feminino, no Instituto da Mulher a assistente social divide o grupo em subgrupos e pede para que eles leiam uma pequena parte de um livrinho que mostra as figuras da genitália masculina e feminina. Certa vez, me chamou a atenção o incômodo que causou as figuras da genitália feminina em uma mulher de 37 anos que participava do grupo. Ela ria e tampava a figura da genitália enquanto lia, e quando a participante do lado, sua amiga, pegou o livrinho, ela comentou: “num precisa ficar com esse negócio arreganhado” e deu alguns risos. Notei que a demonstração dessas figuras causa constrangimento em algumas mulheres.

Quando as profissionais de saúde usam o pênis de borracha para ensinar o uso correto da camisinha masculina, também há certa vergonha em alguns e suscitam-se risos entre os participantes<sup>15</sup>. Algumas pessoas quando são solicitadas a mostrar como se coloca a camisinha no pênis, se recusam. Uma das participantes, ao incentivar a outra a pegá-lo dizia, entre risos: “pode pegar, assim não engravida não, pega no negócio direito”. Um homem que participava do grupo disse também rindo: “eu não vou ficar com ele muito tempo na mão não”. Uma enfermeira em um grupo, para descontrair, chamava o pênis de “Joãozinho”.

No terceiro dia de grupo, as profissionais de saúde acabam a explicação sobre os métodos que ficaram pendentes no dia anterior e falam sobre as Doenças Sexualmente

---

<sup>15</sup> A pesquisadora que vos fala também confessa, em seu diário de campo, ter ficado com vergonha quando teve que pegar no pênis de borracha na frente de todos.

Transmissíveis. É utilizado um álbum com fotos chocantes de DSTs em estágio avançado. É enfatizada a importância do uso da dupla proteção, isto é, a prevenção da gravidez inesperada e das doenças, bem como a ênfase na fatalidade da AIDS. Não há uma discussão se as mulheres que estão ali presentes usam ou não camisinha, ou porque usam ou não usam. Apenas se faz a prescrição do uso. Ao final, é feita a tão esperada entrega dos Cartões da Mulher. Como disse anteriormente, embora variem as formas e o tempo de duração do grupo, a sequência de temas seguida é sempre essa: explicação da fisiologia e anatomia masculina e feminina; explicação dos métodos contraceptivos; apresentação das doenças sexualmente transmissíveis e entrega dos Cartões.

Geralmente os participantes escutam atentos e com olhares interessados. É verdade que alguns, no transcorrer do tempo, demonstram cansaço ou sono, principalmente as mulheres grávidas. Quando o grupo demora muito tempo os participantes demonstram um pouco de impaciência, mas na maioria do tempo os olhares são atentos. As intervenções são mínimas, se restringindo a algumas perguntas sobre os métodos. Há momentos que suscitam alguma discussão, sobretudo quando algumas participantes contam casos pessoais ou que tenham acontecido com algum conhecido, vizinho ou parente, mas tais discussões duram muito pouco tempo sendo interrompida pela profissional de saúde que continua a explicação e a passagem de informações.

Também tive a oportunidade de assistir a um Grupo de Direitos Reprodutivos promovido por uma Unidade Básica de Saúde que tem como característica ter residentes de enfermagem, medicina e de serviço social, na qual a dinâmica do grupo era muito diversa. Este grupo foi conduzido por duas residentes em enfermagem, duas residentes em serviço social e um residente em medicina. A divisão entre os residentes sobre os assuntos era a seguinte: as residentes de serviço social falavam sobre a importância de a mulher se tocar e se sentir, sobre o que é sexualidade, sobre direitos reprodutivos e sobre relações entre homens e mulheres. Já as residentes de enfermagem falavam sobre os métodos anticoncepcionais, e o residente de medicina sobre os órgãos e funcionamento do aparelho reprodutor masculino e feminino. Todos vestiam jaleco branco. O residente em medicina não fazia nenhuma intervenção e, enquanto não falava, ficava balançando incessantemente a perna.

A dinâmica desse grupo é diferente porque havia, principalmente por parte das residentes em serviço social, uma preocupação em passar um discurso sobre a necessidade da autonomia da mulher e sobre o conceito de sexualidade, com algo mais abrangente e não somente relacionado ao sexo. Também era enfatizado pelas residentes o caráter de trocas de experiências do grupo, em suas palavras: “a intenção não é somente um repasse de

informações, é trocar experiências”. Máximas como a importância de se fazer uma “escolha consciente” fazer uma “escolha segura” também eram repetidas constantemente.

“Percebi que, embora as residentes quisessem passar um conceito mais amplo de sexualidade, afirmando que a sexualidade não abrange só sexo e, sim, “ter amigos”, “estar bem consigo mesmo” e etc., para os participantes, a sexualidade está mais relacionada ao sexo, a relação sexual propriamente dita<sup>16</sup>. Quando perguntados sobre o que lhes vinha à cabeça quando ouviam a palavra “sexualidade”, as respostas foram: “filho”, “pelado”, “sexo”, “prazer” e “troca de carinho”. O mesmo ocorre com a ideia da “natureza feminina”. Enquanto as profissionais tentavam mostrar o aspecto socialmente construído dessa natureza e insistiam em dizer que a subordinação da mulher é socialmente construída, que não está dada na natureza em si e que por isso poderia ser transformada, as falas dos participantes apontavam para uma essência feminina natural intrínseca à mulher. Num momento desse grupo, por exemplo, uma das enfermeiras diz: “as mulheres não têm que reproduzir a desigualdade de gênero com seus filhos”; uma das participantes retruca: “ah, pode até ser machismo mas não deixo meu filho brincar com boneca”(risos).

Nesse grupo em especial, houve uma discussão sobre vantagens e desvantagens de ser mulher ou homem. O grupo que tinha oito participantes, sendo três homens, foi dividido em dois subgrupos: um grupo deveria escrever num cartaz as vantagens e desvantagens de ser mulher, e o outro, de ser homem. Durante a minha observação no grupo, não utilizei gravador, mas tentei registrar essa discussão muito interessante no meu diário de campo, a escrita ficou um tanto caótica, mas vale a pena tentar reproduzi-la abaixo pela riqueza dos dados nela contida.<sup>17</sup>

Carlos: “[vantagens da mulher] não tem muita necessidade, responsabilidade de trabalhar, não tem obrigação de trabalhar como o homem (...) As pessoas olham a mulher como frágil, mas na verdade não é (...) Liberdade de expressão, mulher pode falar o que quiser, o que sente (...) Licença maternidade de seis meses.”<sup>18</sup>

Marcelo: “Toda mulher tem um preparo especial, eu acho bonito isso, eu acho que isso é um dom”<sup>19</sup>

<sup>16</sup> Essa diferença entre sexo para os usuários e sexualidade para os profissionais será devidamente aprofundado no final do segundo capítulo.

<sup>17</sup> As percepções de ser mulher serão aprofundadas no subcapítulo “Na próxima encarnação quero vim homem” onde descrevo os dados coletados nas entrevistas em profundidade com algumas participantes dos grupos.

<sup>18</sup> Uma das mulheres desse subgrupo questiona o fato de a mulher ser considerada frágil nas vantagens e esse ponto passa a ser uma das desvantagens de ser mulher.

<sup>19</sup> Um ponto interessante que aparece durante essa discussão é que, do ponto de vista de um dos homens que participava do grupo, não havia nenhuma desvantagem em ser homem. GOLDEMBERG (2005) conta que na pesquisa que realizou com homens e mulheres das camadas médias cariocas, cerca de 40% dos homens disseram não invejar “nada” na mulher. Segundo a autora, “os pouco que disseram invejar alguma coisa, apontaram

Michelle: “[desvantagens da mulher] não ter os mesmo direitos que os homens”

Carlos: “coloca aí [na desvantagem] que vocês ficam menstruadas”

Tatiana: “ah é coloca o ciclo menstrual, a TPM”

Martha: “[desvantagem] a gente tem a responsabilidade de cozinhar, ser dona de casa, mãe...”

Michelle: “Eu acho que é uma vantagem, é bonito uma mulher asseada, que faz direitinho. A desvantagem é ter que acordar a noite, agüentar reclamação”.

Tatiana: “[desvantagem] sentir a dor do parto”.

Martha: “Nossa, essa é a pior”.

Michelle: “[vantagem] Ter os filhos nos braços”.

Martha: “[vantagem] ter capacidade de ser mulher em todos os sentidos, ter que fazer tudo e ainda ter que fazer amor, virar os olhinhos (risos)”.

Alguns pontos chamam a atenção nessa discussão. Para as participantes, as mulheres não têm os mesmos direitos que os homens. O fato de ser mãe, de “ter os filhos nos braços” é um ponto positivo, é mesmo uma dádiva que compensa qualquer dor sentida no parto. Os afazeres domésticos como obrigação feminina, para algumas, é uma desvantagem, um ponto negativo. Para outras, é um ponto positivo, aparecendo inclusive como uma qualidade da mulher. É imputada à mulher uma capacidade especial, um diferencial, que corresponde a sua habilidade de “ser mulher em todos os sentidos”, ou seja, ser dona de casa e ser mulher, amante do seu marido.

Depois da discussão entre os participantes e dos cartazes completos com as vantagens e desvantagens descritas, as enfermeiras e assistentes sociais conversaram sobre os pontos colocados nos cartazes. Uma das enfermeiras questiona o fato de um subgrupo ter colocado “não ter obrigação de trabalhar” como uma vantagem da mulher. A enfermeira afirma que isso não é da natureza da mulher e sim uma exigência da sociedade e que, em sua opinião, a mulher não tinha que ser somente uma reprodutora e, principalmente, que a diferença entre homens e mulheres era socialmente construída. Logo depois, devido ao longo tempo transcorrido, a discussão sobre esse assunto foi encerrada.

Esse grupo com os residentes foi especial para mim, pois foi onde ficou mais clara a diferença do ponto de vista dos profissionais da saúde e o ponto de vista de usuários e usuárias. Foi possível ver a tentativa dos profissionais de, em certa medida, impor seu ponto de vista da natureza socialmente construída da diferença entre os sexos, contrariando a “natureza feminina” ou o dom feminino expressado pelos participantes. Aqui, como em

---

maternidade, capacidade de engravidar e sensibilidade. Respostas que reafirmam as representações associadas a uma ‘natureza’ masculina e feminina em nossa cultura” (*ibidem*, p. 71).

outros momentos, é possível notar o “confronto entre os saberes profissionais e os profanos” (BONET, 2004, p. 287).

Tive a oportunidade de assistir no Instituto da Mulher a um grupo conduzido por uma médica que era ginecologista e sexóloga. Este foi completamente diferente dos outros grupos. Logo quando eu me aproximei da médica para pedir permissão para assistir ao grupo, ela já me alertou que seu grupo era um pouco diferente, na sua própria fala: “ah, o meu grupo é diferente, não é muito academicista, não adianta, eles não entendem... eu tenho que falar o que eles... eles que vão me ensinar”. De fato, a dinâmica é bem diferente. Primeiro, não são três dias seguidos como os outros; são dois dias, um em cada semana com duração de uma hora cada um. Não há dinâmica de grupo e é tudo mais corrido. Inicialmente, a médica fala sobre sexo, orgasmo, a submissão da mulher, a diferença do significado do sexo para a mulher e para o homem e sobre a interferência de alguns métodos contraceptivos no desejo sexual feminino. Os participantes ouvem interessados. Notei que ter tocar em assuntos como orgasmo, interferência dos métodos no desejo sexual chama muito a atenção das participantes<sup>20</sup>. Em outros grupos, as mulheres também levantam questões sobre a ação dos métodos no desejo sexual, mas as profissionais não falam sobre o assunto. Os comentários das participantes mais recorrentes eram os seguintes:

Talia: “Minha cunhada disse que o DIU deixou mais foga”.

Amanda: “Tem gente que fala que quando liga a mulher muda né, umas fica mais fria outras mais fogo

Carla: “O coito interrompido causa algum problema pro cérebro do homem?”

Pude perceber também o interesse das participantes em falar sobre a vivência sexual em suas vidas quando, em outro grupo, a enfermeira conversava sobre o fato de a mulher hoje em dia ter mais liberdade para expressar seus desejos sexuais, para demonstrar se tem vontade de transar ou não. Falava da necessidade de diálogo com o parceiro quando uma das participantes levantou uma questão, que suscitou uma breve discussão que tentarei reproduzir abaixo: Joana: “Porque o homem goza mais que a mulher?”

A enfermeira explica sobre as oscilações hormonais da mulher e que há períodos em que a mulher está mais lubrificada e em outros está mais seca. Então, Joana responde e continua:

---

<sup>20</sup> Ao final do grupo, quando ainda faltavam cinco minutos para o término e ela já poderia terminar, perguntou se os participantes gostariam de terminar mais cedo e ir embora. Então uma participante respondeu prontamente que queria ouvir mais. E depois, quando todos já haviam ido embora, duas mulheres foram perguntar à médica sobre os métodos que usavam – uma pílula e a outra injeção – e a sua interferência no desejo sexual.

Joana: “Estou sempre no período da seca então (risos) ... eu pensava que tava melhor pra ele do que pra mim (...) Lá em casa ele pensa que tem que ser do jeito dele”

Lilian: Hoje tá frio, num tô com vontade de ficar com a bunda de fora não (risos) [fala com seu marido quando não está com vontade de ter relações sexuais]”.

Suzana: “Quando eu era casada também era assim, ele falava num sei porque mulher tem isso!” [menstruação]”.

Lilian: “O homem quando a gente não quer acha que não gosta mais”

Nessa discussão, desencadeada pela pergunta de Joana – “Porque o homem goza mais que a mulher?” – as mulheres começaram a falar sobre como era sua relação sexual com seus maridos e se queixavam de que, às vezes, eles queriam ter relações sexuais em, digamos, momentos inadequados. Algumas comentaram da reclamação de seus maridos quando elas se recusavam a fazer sexo no período menstrual. A enfermeira falava da diferença da mulher e do homem com relação ao sexo. Segundo ela, as mulheres, na maioria dos casos, “*iam pra cama*” pensando em problemas domésticos, financeiros ou nos filhos, não conseguindo separar o momento da relação sexual dos problemas vividos dentro da casa, diferentemente do homem, que conseguia fazer essa separação. As mulheres comentavam dando o exemplo do futebol. Na hora do futebol, os homens não paravam para ter relações sexuais, mesmo que as mulheres desejassem. Então diziam que, em contrapartida, também não deviam transar na hora da novela. Esse momento foi de muita descontração e de muitos risos das participantes. Porém, momentos como esse descrito acima são uma exceção. Na maioria dos grupos em que estive presente, notei que há a concentração em passar mais informações técnicas sobre fisiologia e anatomia. Tais informações se concentram, principalmente, sobre os métodos anticoncepcionais, a fecundação e os órgãos dos aparelhos reprodutores femininos e masculinos. É marcante também, na maioria dos casos, certa passividade dos participantes, que raramente fazem alguma intervenção. Quando era suscitada alguma discussão e participação como nos exemplos citados acima, ela se dava no menor tempo do grupo, sempre no final, quando já não era mais possível aprofundar determinadas discussões. O maior tempo é gasto com as informações sobre a anatomia do corpo e os métodos contraceptivos.

Margarita Díaz e Juan Díaz, ao analisar a qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva no Brasil, apontam alguns problemas nesse campo:

Mesmo nos serviços em que existem materiais e os provedores estão mais atualizados, a entrega de informação, habitualmente, é feita de maneira vertical, sem permitir a participação da usuária, ou seja, não se considera o que a usuária já sabe, nem o que ela deseja saber. É comum que as usuárias

recebam uma enorme quantidade de informações, às vezes detalhada, sobre coisas que não precisam ou não desejam saber, e não tem oportunidade de perguntar aspectos que são realmente importantes para elas. Além disso, são poucos os profissionais que investigam e desconstruem os mitos, crenças e informações equivocadas (DIAZ, 1999, p. 216).

Os autores constatam ainda que, embora a sexualidade seja o eixo da saúde reprodutiva, os profissionais de saúde não focalizam a saúde sexual como um fim, enfatizando apenas os problemas decorrentes do exercício da sexualidade, tais como gravidez indesejada e DSTs (HIV/AIDS, etc). Isso levaria a uma percepção da sexualidade limitada ao coito e mais como fonte de riscos em potencial e não de prazer (*ibidem*, p. 230). Para Barsted, no Brasil, embora tenha acontecido avanços significativos, o discurso sobre a o exercício da sexualidade está fortemente atrelado ao discurso sobre o exercício da reprodução (BARSTED, 2003, p. 87).

De forma semelhante, Wilza Villela, ao tomar em consideração a maneira como a sexualidade tem sido tratada no campo da saúde e da educação em saúde, constata que a incorporação do sexo às práticas de saúde é ainda problemática. Para ela, muitas vezes se faz a prescrição de métodos contraceptivos sem a correlata abordagem da experiência de vida que produz essa demanda. Assim, segundo a autora, “a tarefa ‘educativa’(...) fica reduzida a uma fria e assexuada orientação sobre uso de contraceptivo ou realização de exames para prevenção do colo do útero” (VILLELA, 1999, p. 316-317).

Foi possível notar em minhas observações durante os grupos que, na grande maioria das vezes, as informações sobre os métodos anticoncepcionais e o funcionamento do aparelho reprodutor feminino e masculino são passadas de forma desvinculadas das experiências individuais e de uma reflexão maior sobre suas vivências no campo da sexualidade e das relações de gênero. Sobre essa separação entre o repasse de informações e o contexto mais abrangente no qual os indivíduos estão imersos, diz Duarte:

A demonstração do modo como essas ‘decisões individuais’ se atualizam num contexto abrangente de determinações inclui a recomendação de que a necessária difusão de informações e esclarecimento não pode prescindir do envolvimento dos próprios segmentos alvo e do reconhecimento de que, se trata de estimular a ‘consciência’ em relação a determinados comportamentos íntimos, mais se deveria tratar de estimular a sua ‘reflexividade’ geral, entranhada num processo de cidadanização global e coerente (DUARTE, 2006, p. 25).

Durante a minha observação no campo, pude perceber a pertinência das críticas feitas às ações educativas centradas na promoção da “escolha informada”, que se preocupam

demasiadamente em informar os participantes sobre o conhecimento do corpo e dos métodos de forma desvinculada às suas experiências pessoais. Foi possível constatar que o que desperta mais interesse nas mulheres e homens que participam dos grupos não é tão somente saber sobre seus órgãos reprodutivos (fisiologia, anatomia) ou sobre o uso correto dos métodos contraceptivos ou ainda sobre as doenças sexualmente transmissíveis. O maior interesse está em conversar sobre sua vivência sexual pessoal, ou seja, como o “sexo” acontece “em casa”.

### **2.3 – OS GRUPOS: PONTO DE VISTA DOS PROFISSIONAIS**

*“(...) o mundo, em grande medida, depende dos óculos com os quais o estamos enxergando”.*  
(BONET, 2003, p. 131)

Segundo Malinowski, no trabalho de campo é necessário além de registrar o “esqueleto”, a “carne” e o “sangue” do nativo, “há ainda que registrar-se-lhe o espírito – os pontos de vista, as opiniões, as palavras dos nativos” (MALINOWSKI, p. 32, 1987). Assim, a intenção neste subcapítulo é tentar apreender o ponto de vista do nativo através de suas falas. Ou ainda, como diz a epígrafe acima, tentar descrever os óculos com os quais os profissionais de saúde estão enxergando. Mais especificamente, nesse momento quero falar do que três enfermeiras, uma acadêmica de enfermagem e uma assistente social – entrevistadas que fazem os grupos – pensam sobre o que fazem.

#### **2.3.1 “Conhecimento”, “informação” e “orientação”**

Nas entrevistas com essas profissionais, aparecem constantemente algumas categorias que apontam para determinada concepção de seu trabalho com os Grupos de Direitos Reprodutivos. Cada uma tem uma trajetória profissional própria e trabalha em diferentes Unidades Básicas de Saúde (UBS) em diferentes bairros, mas tem como ponto comum

trabalharem há alguns anos nas Unidades Básicas de Saúde fazendo os grupos.<sup>21</sup> Todas apresentam uma percepção comum do significado do que são os grupos para elas.

Ao serem perguntadas sobre qual era o objetivo dos grupos, em todas as falas, apareciam três categorias fundamentais: “conhecimento”, “informação” e “orientação”. Para todas, de uma forma ou de outra, estes são seus objetivos principais. É fazer com que as mulheres conheçam os métodos para poderem escolher qual o melhor para si; é dar informações sobre o uso correto dos métodos e sobre os riscos das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Em suas próprias palavras:

O grupo de Direitos Reprodutivos é um grupo que tá dentro do PSF o primeiro propósito dele é **orientar as mulheres** (...) (Gilda, enfermeira, 17 anos de profissão).

É o **conhecimento**, é a **orientação**, o conhecimento dos métodos; é assim especificamente o descobrimento, a melhora da sexualidade, da vida sexual do casal. Acima de tudo, é do conhecimento mesmo, da orientação. (Helena, enfermeira, 20 anos de profissão).

Basicamente, o objetivo dos grupos é a **educação** e a **informação** a respeito dos métodos contraceptivos. Vamos dizer o objetivo ela num pegar aqui o anticoncepcional sem saber o que ela tá fazendo. A gente tenta informar ela do quê que é aquilo que ela tá usando, por que que ela usa, não usa (Cláudia, assistente social, 28 anos de profissão).

A ideia expressa nessas e em outras falas é que, munidas de informações e conhecimento, as mulheres serão capazes de fazer uma escolha consciente de qual o método mais adequado para si. O ideal do “indivíduo livre e informado”, capaz de tomar as melhores decisões, está claramente presente aqui. Quando esse ideal não se realiza na prática, ou seja, quando mesmo munido de “informações” ou de “conhecimentos” os “indivíduos” ainda não têm o comportamento esperado por essas profissionais, há um sentimento de frustração, como podemos ver no depoimento de uma enfermeira ao falar da persistência do não uso da camisinha para evitar a gravidez:

Flávia: O que você pensa sobre, apesar de vocês orientarem, das pessoas saberem ainda não usarem?

Helena: Tem dia que eu fico frustrada, eu fico tão frustrada com isso. Outro dia eu tava, eu brinco aqui com as minhas colegas, eu viro e falo assim gente, o grupo eu num sei eu acho que eu tô ensinando a engravidar, eu tô ensinando a engravidar (risos). Desde o momento que você evidencia a sexualidade, que você explica o mecanismo fisiológico da gravidez e da possibilidade de não engravidar, talvez elas tenham aprendido esse lado também de como engravidar (risos) e acaba surtindo o efeito contrário. Tem

---

<sup>21</sup> Com exceção da acadêmica de enfermagem, que estava na UBS cumprindo sua carga horária obrigatória de estágio e tinha uma experiência menor com os grupos.

dia que eu fico frustrada, porque num adianta, mas eu tô fazendo o meu papel.

Vemos que a prática da “escolha livre e informada”, como quer as políticas voltadas para a reprodução, envolvem mais do que receber uma grande quantidade de informações sobre os métodos anticoncepcionais e o funcionamento do aparelho reprodutor feminino e masculino. Os dados da PNDS 2006 já demonstraram a grande difusão de conhecimento dos métodos anticoncepcionais existentes. Os problemas com o planejamento familiar, bem como a escolha de métodos contraceptivos envolvem outras questões que não se restringem ao acesso à informação. Elementos como conhecimentos do próprio corpo, sexualidade, relações de gênero influem diretamente na reprodução.

Quando tive a oportunidade de entrevistar algumas mulheres que participaram do grupo, elas me diziam que já foram para o grupo com algum método previamente escolhido e, mesmo tendo conhecido outros métodos, mantiveram sua escolha inicial anterior ao grupo. Osis et al fizeram uma pesquisa no Ambulatório de Planejamento Familiar da Universidade Federal de Campinas e também constataram que a maioria das mulheres já chegava ao Ambulatório sabendo qual método usar, escolhendo-o como pretendido inicialmente. Esse fato leva a questionarmos qual o papel da ação educativa, que mesmo passando uma grande quantidade de informações, não consegue alterar decisões tomadas anteriormente à participação no grupo, sem o devido “conhecimento” considerado pelas profissionais que fazem os grupos. Esses autores levantam ainda a hipótese de que nem sempre as mulheres dão relevância a informações sobre possíveis efeitos colaterais de um contraceptivo no momento em que estão iniciando seu uso; elas podem priorizar a eficácia, independente dos seus efeitos (OSIS *et al*, 2004, p. 1591).

### 2.3.2 O “desconhecimento”

Do ponto de vista das profissionais entrevistadas, o conhecimento prévio das participantes com relação aos métodos contraceptivos e o seu uso são vistos como “desconhecimento”. Esse saber prévio é chamado pelas profissionais de “crenças”, “tabus” e “mitos” a serem desmistificados com as informações passadas no grupo. São esses mitos, segundo elas, que, por exemplo, impedem a maior utilização de métodos que são do seu ponto de vista, interessantes, como o diafragma, a camisinha feminina e até mesmo o DIU. O

diafragma e a camisinha feminina são os métodos menos procurados. Quase nunca são solicitados pelas mulheres e um dos motivos por essa baixa procura, segundo as profissionais, é o “*desconhecimento*”, inclusive do seu próprio corpo, como deixam claro as falas reproduzidas a seguir:

**Ocorre muito desconhecimento.** [as mulheres que vão aos grupos dizem] Ah, a minha vizinha me falou que o DIU entra na cabecinha do neném. Tem aqueles mitos, mas depois que ela ouve, que ela manuseia, ela muda de idéia, ela vê que não é aquilo que ela ouviu falar. Então pode mudar de ideia, às vezes ela queria fazer laqueadura, com medo de colocar o DIU, então aí ela muda de ideia.<sup>22</sup> (Aparecida, enfermeira, 22 anos de profissão).

“Eles tem um pouco de bloqueio em relação à camisinha feminina em relação aos outros métodos, ao diafragma, ao DIU então assim eles têm medo, porque **tem muitos mitos** em cima dos métodos. Ah, DIU é abortivo, ah mata o neném, ah não vale nada entendeu, então tem muito mito em cima dos métodos, existe um preconceito, um dos nossos objetivos é acabar com esses mitos, a gente procura inclusive citar o mitos pra falar ‘olha gente isso é só um mito, todo mundo fala que é abortivo mas num é, mais num é o que realmente é.’; é isso, a gente tenta acabar com esses mito” (Tatiana, 24 anos, acadêmica de enfermagem do nono período).

**O desconhecimento do corpo é muito.** Ainda temos mulheres que não conseguem diferenciar uretra do orifício vaginal<sup>23</sup>, pra você ver. Nós temos dúvidas quanto aos métodos, elas chegam já com uma ideia formada porque escutou de fulano, escutou de ciclano sobre determinado método. Ainda escuta sobre o DIU, se engravidar, hoje a gente sabe que num tem problema engravidar com o DIU, a gente ainda escuta essas duvidas muito frequentes da gravidez com o DIU, se o DIU gruda na cabeça, ainda tem esses tabus. Esses tabus ainda são presentes” (Helena, enfermeira, 22 anos de profissão).

Nessa última fala, aparece a ideia de que as mulheres ainda desconhecem o seu próprio corpo. Essa ideia foi recorrente tanto nas entrevistas quanto nas observações que fiz durante os grupos. Ao falar do diafragma e da camisinha feminina,<sup>24</sup> as profissionais que fazem o grupo, invariavelmente, diziam que são ótimos métodos, mas era necessário tocar o próprio corpo, conhecer o próprio corpo e, as mulheres, em específico as brasileiras – algumas diziam – não têm o costume de tocar a si mesmas. Durante os grupos, diversas vezes as profissionais falavam da importância para mulher de se tocar, de se sentir, de se conhecer e de

<sup>22</sup> Embora, como afirmado acima, todas as mulheres que tive oportunidade de entrevistar posteriormente ao grupo decidiram pelo método já escolhido anteriormente.

<sup>23</sup> De fato, pude perceber que muitas mulheres não sabiam a distinção entre o orifício da uretra e o orifício da vagina, ou em suas palavras, não sabiam que “*o lugar que sai o xixi é diferente do lugar que o pênis entra*”

<sup>24</sup> A camisinha feminina raramente está disponível nas Unidades Básicas de Saúde. Porém, a falta de procura por esse método não é apenas porque ele não é distribuído gratuitamente. Na observação que fiz nos grupos, quando era mostrada a camisinha feminina e como ela era colocada, as mulheres achavam “um horror” e “estranho”. Nas entrevistas com elas, que serão exploradas no próximo capítulo, terei oportunidade de mostrar algumas opiniões sobre esse método.

não ter vergonha do seu próprio corpo. Sobre o desconhecimento do corpo por parte das mulheres e o baixo uso da camisinha feminina e do diafragma, uma enfermeira opina:

Foi uma coisa que não foi muito bem, a mulher não usa. Por causa do barulhinho ela faz um barulhinho e da manipulação. Você faz um oitão e introduz na vagina, mas se ela tiver ali alcoolizada, com drogas, beijando, beijando num amassa, amassa num vai colocar. **Tem que ter muita consciência pra usar camisinha feminina.** Porque ela coloca e por fora fica uma coisa assim oh, [se refere a parte do plástico que fica do lado de fora da vagina] ela num vai colocar aquilo, num vai mesmo, só quando tiver muita consciência. Ela nunca acha que vai pegar a AIDS, ou então faz e depois vem aqui pra fazer o exame de HIV (Gilda).

A enfermeira Gilda aponta nessa fala a dificuldade da manipulação como um impedimento da utilização da camisinha feminina. Gilda trabalha num bairro pobre que, segundo sua descrição, vive mazelas sociais tais como o alcoolismo, o uso e o tráfico de drogas e a prostituição. De acordo com sua fala, seria necessária uma técnica que exige certo grau de autocontrole ou consciência, que não seriam características de algumas mulheres do contexto no qual atua. A mesma dificuldade para as mulheres de manipular e de lidar com o próprio corpo, bem como seu desconhecimento, é expressa pela assistente social:

Nossa a camisinha feminina nem fala, na hora que você mostra elas dão até chilique. [As mulheres dizem] Eu num uso isso de jeito nenhum! E agora nem o SUS tá dando também. Então eu acho que todo método que você tem que colocar, tem que tirar, tem que lavar eu acho que isso aí dificulta pra elas, **eu acho que elas não tem esse costume de se tocar, elas num se conhecem não. Elas num sabem onde põe, como que tira** (Claúdia).

### 2.3.3 A cultura como contexto

Insistindo no tema de as mulheres terem dificuldade de lidar com seu próprio corpo, eu prossegui perguntando a quem a enfermeira Claudia atribuía essa dificuldade:

“Eu acho que tem é tabu mesmo, a **cultura** da gente de é proibido, onde já se viu ir lá se tocar, como que você faz pra se olhar sem roupa no espelho, como que você vai colocar uma coisa dentro de você, isso ninguém ensinou, ninguém nem falou dentro de casa. Tem a questão religiosa que num pode. Eu acho que é muito difícil esse negócio que você tem que te colocar, ou vou tirar, vou colocar elas num gostam não. Então eu acho que é uma questão de educação mesmo, a gente num tá acostumado com isso, **nem a gente tá [nós, no caso eu e ela] imagina esse povo**” (Claúdia).

Nessa fala aparecem dois elementos muito interessantes. Primeiro, a diferenciação entre “nós” e “eles”. O “a gente” seria o “nós”, eu e ela integrantes do mundo letrado e instruído, digamos assim, e o “eles” é, em suas próprias palavras, “esse povo” – referindo-se às mulheres que frequentam a Unidade Básica de Saúde e o Grupo de Direitos Reprodutivos. Outro ponto que merece ser aprofundado é a utilização do termo “**cultura**” e a polissemia que o termo assume nas falas das profissionais de saúde. Todas essas profissionais entrevistadas se utilizam do termo “cultura” em suas explicações. O trecho da entrevista com a enfermeira Aparecida, reproduzido a seguir, é bem ilustrativo de um dos usos desse termo:

**Flávia:** As mulheres costumam procurar pelo diafragma e a camisinha feminina?

**Aparecida:** Não... eu acho que é um pouco a nossa **cultura** né, igual o diafragma, é um método muito bom, ele é usado em países mais desenvolvidos, agora que as mulheres estão procurando mais o diafragma aqui.

**Flávia:** Mas quando você fala que é por causa da cultura, como assim?

**Aparecida:** Porque a mulher sempre nasceu pra ser o quê? Filha de fulano e irmã de fulano, mãe de fulano, esposa de cicrano. Ela num nasceu pra ser ela própria, então às vezes ela por causa dessa **cultura**, que nos dias de hoje ainda prevalece muito, em muitos lugares, em muitas casas com muitas mulheres ainda, então elas desconhecem esses métodos e tem medo de procurar coisas novas. A camisinha feminina é um método mais novo, o diafragma não é tão novo pras mulheres lá de fora, igual to te falando, dos outros países, mas é novo pra nós, então elas num tem conhecimento. Infelizmente as mulheres do nosso país não é de ler, não é de procurar entender coisas, que vão beneficiá-las, vão beneficiar a família dela.

Nessa fala, a cultura aparece como um elemento que impede as mulheres brasileiras de terem um comportamento de vanguarda, ou seja, de usarem a camisinha feminina tal como nos países desenvolvidos. A cultura aqui seria uma barreira à libertação da mulher; uma barreira à busca por maior autonomia e, nesse sentido, tem uma conotação negativa. A cultura como uma barreira também é utilizada quando da explicação do não uso do preservativo pela maioria das pessoas. Segundo algumas profissionais, não seria a falta de informação a responsável pelo não-uso do preservativo pelos casais; o que impede esse uso é a questão cultural. Vejamos essa ideia em suas próprias falas:

O preservativo eu acho que é **cultural** é falta da gente falar e educar mesmo. Acho que a gente tem que bater mais na tecla do preservativo. Não usam muito, tanto que quando a gente faz o grupo a gente procura sonda quais os métodos que a gente vai falar? Vocês tem interesse mais de falar de algum método? A camisinha nunca entra. A gente põe por imposição. (Cláudia).

De forma semelhante, vendo a cultura como uma barreira, a enfermeira Gilda me responde quando pergunto se o não uso do preservativo, em sua opinião, seria devido à falta de informação:

Eu acho que é **cultural**. A mulher é muito carente ainda afetivamente né. Ela gosta mais do homem do que dela mesma. Ela gosta mais do homem ela se apaixonou mais. Hoje em dia eu acho que o homem usa mais preservativo do que a mulher. Ele tem mais medo. Eu acho que **culturalmente** eu acho que ele tá tendo mais medo. Porque ela gosta mais dele (...)Então a baixa auto-estima da mulher influencia muito. **Culturalmente**, o que são passados os valores dos pais pra mulher, aí passa essa coisa (Gilda).

Guimarães critica as estratégias de intervenção no combate à AIDS da última década do século XX por seu caráter individualizante, enfocada na responsabilização individual de forma a separar o indivíduo do contexto sociocultural e das diferenças e desigualdades de gênero nas quais homens e mulheres estão envolvidos. Segundo Guimarães:

Essas estratégias, por sua vez, mesmo não atingindo os resultados esperados, mantêm os discursos individualizantes e as práticas disciplinares, sem questioná-las. Isso porque o problema da prevenção não é atribuído à falha das estratégias, mas sim aos “**obstáculos culturais**” que impedem cada indivíduo de assumir a sua responsabilidade diante do risco da infecção pelo HIV – ‘Se você não se cuidar, a Aids vai te pegar!’”(GUIMARÃES, 2001, p.68, grifo meu)

Por outro lado, a categoria “cultura”, em outras falas, aparece também como contexto, como o meio em que essas mulheres vivem, que por sua vez seria determinante dos comportamentos. Assim, na sua percepção as mulheres que frequentam o grupo seriam produto do meio e o ambiente em que vivem seria o elemento responsável pelo não-uso do preservativo, ou por terem muitos filhos, por exemplo. É nessa direção que vai a explicação pelo alto número de adolescentes grávidas no bairro em que a acadêmica de enfermagem Tatiana atua. Para ela:

Então é comum você ver adolescente grávida, **eu acho que é a cultura** mesmo e a mãe, num liga muito pra estudar, num pensa em trabalhar, é criada na rua, então eu acho que tudo isso influencia, eu acho que é a **cultura** mesmo, a família ali, o meio familiar a minha mãe teve filho nova e é mãe solteira e aí vai trabalhar e a gente fica em casa, fica na rua, aí conhece beltrano eu acho que assim mais por influências mesmo” (Tatiana).

A ideia de cultura como sendo o contexto determinante de determinados comportamentos está claramente presente na fala de outra enfermeira, a Gilda, já citada

anteriormente. Essa enfermeira em especial, em sua entrevista, mostrou uma posição extremamente crítica em relação à saúde ou mesmo a alguns programas do Governo, como o Bolsa Família. Do seu ponto de vista, “*a saúde sozinha faz muito pouco*”. Só as ações feitas no campo da saúde não seriam capazes de provocar uma transformação efetiva no comportamento das pessoas. Para ela, “Mudar a cultura de um povo você não muda de uma hora pra outra, e é aqui que você vê o papel da educação que é fundamental pra mudar a vida das pessoas, educação a saúde e o trabalho que dá dignidade”. Em vários momentos da entrevista, ela repete a ideia da centralidade da educação, da saúde e do trabalho. Sem esses elementos, para ela, poucas mudanças efetivas seriam conquistadas no sentido da melhoria da qualidade de vida da população. Quando falávamos do fato de as mulheres terem muitos filhos ou filhos inesperados, Gilda me relatou um caso ocorrido no grupo em que eu estava presente observando, me contando da “*sina*” de determinadas meninas:

Ontem tinha uma coisa interessante no grupo, tinha lá uma menina, uma gordinha, ela começou a vida sexual novinha, ela deve ter uns treze anos. Aquela grandona só tem uns treze anos. O mais interessante você não viu, ela tava aqui fazendo o grupo quietinha num falava nada, e a mãe dela aqui fora tava me esperando pra pegar um resultado de exame de urina pra ver se tá grávida. A mãe aqui fora e a filha aqui dentro. Eu acompanhei porque eu conheço a família inteira. Então a família inteira, olha só, a mãe tá morando com um homem, já tem um filho e ela é do segundo casamento. Ela já começou a vida sexual cedo, mas pelo menos a mãe orientou a vir aqui; todas as irmãs da mãe têm filhos, mas nem todas são casadas, **muitas são mães solteiras, ela vai ser a próxima, vai. Vai fazer a sina, é a sina, a história se repete. Daqui a dois anos, quando você voltar pra sua tese de doutorado, eu tenho uma memória muito boa, você me pergunta por ela que eu vou te dizer, que ela vai tá aqui grávida, vai ser mãe solteira.**

No trecho destacado fica explícita a ideia de um contexto determinista que, no caso dessa “*sina*” relatada por Gilda, é alguma coisa que se passa de mãe pra filha, um destino inexorável.

Vemos que ao perceber a cultura sob o ponto de vista negativo, isto é, ora como uma barreira que impede a mudança de comportamento, ora como contexto determinista inescapável, há sempre uma explicação *a priori* para os comportamentos. Quero dizer que, lançando mão da cultura como explicação, essas profissionais não analisam de perto o que realmente as usuárias que frequentam o grupo pensam, pois a explicação já está dada de antemão pela “*cultura*”. Bonet (2004) aponta que os programas de educação em saúde estão lidando com uma diversidade cultural que, na maioria das vezes, implica lidar com diferentes concepções de corpos ou emoções, em suas palavras: “(...) estamos lidando com corpos e as

emoções de pessoas que podem ter uma concepção de si diferente da nossa, que podem ter uma relação diferente com suas emoções e com seu próprio corpo” (BONET, 2004, p. 289). São essas diferentes concepções que ficam encobertas quando se utiliza da “*cultura*” como chave explicativa.

É o que se percebe no caso do uso do preservativo, por exemplo. De acordo com as profissionais da saúde aqui entrevistadas, as mulheres não costumam pedir aos seus companheiros para usarem a camisinha ou por questões culturais, com vimos nos trechos acima, ou pela posição submissa da mulher perante os homens. Elas não exigiriam o uso do preservativo por submissão ou medo de perdê-los. Entretanto, nas entrevistas que fiz com algumas das mulheres que participaram do grupo – a maioria casada, com exceção de duas – elas disseram que não usam o preservativo com seus maridos porque elas próprias não gostam. Uma delas, como exemplo, é casada há quinze anos e durante esse tempo só usou camisinha uma vez “por curiosidade”. Porém, achou péssima a experiência e desde então nunca mais a usou.

#### 2.3.4 A percepção do outro

Nas entrevistas, foi possível perceber também como as profissionais veem as usuárias que vão aos grupos, ou seja, como elas veem as mulheres para as quais elas falam. Essa percepção do outro é expressa, por exemplo, quando ao descreverem o contexto no qual atuam, elas comparam os grupos feitos nas Unidades Básicas de Saúde dos bairros mais pobres e os grupos feitos nas Unidades em bairros onde os moradores têm um poder aquisitivo maior. É recorrente nas falas, quando elas apontam as diferenças, a percepção de que as mulheres moradoras dos bairros mais pobres são as que menos falam, as que menos participam ou questionam. Essas mulheres são, segundo as profissionais, as que assumem uma posição mais passiva nos grupos e que estão ali exclusivamente pelo recebimento gratuito do método contraceptivo. Já as mulheres moradoras dos bairros menos pobres são as que perguntam mais, participam mais, questionam mais e que vão aos grupos não somente em busca do cartão para receberem gratuitamente o método, mas, principalmente, em busca da informação.

Essa conexão direta entre o contexto socioeconômico do bairro onde acontece o grupo e o comportamento mais ativo ou passivo das mulheres que o frequentam está explícita em

várias falas, principalmente quando pedia para que elas descrevessem para mim como eram as mulheres que participavam dos grupos. O trecho de entrevista transcrito abaixo ilustra bem essa percepção:

Tatiana: “Bom, a oportunidade que eu tive de **aplicar** o grupo foi em uma comunidade, só em uma comunidade. O grupo que eu **apliquei**, foi um só, aqui na casa de parto, participavam pessoas de classe média a alta. O grupo que **a gente aplicava** no São Judas Tadeu 99% eram pessoas mais carentes com muitos filhos, pessoas muitas vezes sem estudo, sem instrução, eu acho que é uma característica da comunidade mesmo.”

Flávia: “E tem diferença de quando você fez na casa de parto e na comunidade?”

Tatiana: “Tem. As próprias perguntas, as próprias dúvidas os questionamentos, os objetivos. Principalmente os objetivos, **porque quando a classe fica mais alta, média alta, eles vão com o objetivo de ter informação mesmo**, principalmente prevenir a gravidez, porque não querem ter mais filhos, porque sabe que a despesa com filho é alta, então querem ter um só, já vi pessoas que vão pra poderem ter filhos, pra poder planejar, conhecer o corpo e ter filhos, **agora quando a classe é mais baixa eu percebo que o objetivo é esse, pegar o cartão da mulher, conseguir o medicamento porque não tem condições de comprar**”.

Na fala de Tatiana também chama atenção o uso do termo “*aplicar*” o grupo. O uso desse termo talvez seja consequência da sua carreira em formação. Os acadêmicos do curso de enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, quando chegam ao quinto período da faculdade, têm uma disciplina chamada Saúde da Mulher. Um dos itens que eles aprendem nessa disciplina é como fazer os Grupos de Direitos Reprodutivos. Nesse aprendizado, segundo o relato de Tatiana, os alunos aprendem primeiro a teoria e depois a prática. Na parte prática, a professora faz um grupo com os próprios alunos como se eles fossem usuários e estes mesmos alunos, seguindo o mesmo modelo, fazem o grupo com usuários na extinta Casa de Parto daquela Universidade. Quando chegam ao nono período da faculdade, os acadêmicos fazem estágio nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Juiz de Fora e uma de suas tarefas é fazer os Grupos de Direitos Reprodutivos tal como eles aprenderam na faculdade, com os usuários da UBS. Vem daí a utilização do termo “*aplicar*” o grupo.

A ligação direta entre pobreza e falta de informação ou pobreza e falta de participação pode ainda ser constatada na opinião expressa na fala da assistente social Cláudia, que já teve oportunidade de trabalhar em duas Unidades Básicas de Saúde com perfis socioeconômicos distintos: uma localizada em um bairro mais pobre da Zona Norte de Juiz de Fora, e outra, localizada em um bairro da Zona Sul que, embora atenda um público de áreas próximas também mais pobres, possui moradores com um poder aquisitivo maior. Segundo Cláudia:

Claúdia: “É diferente sim sabe por quê? Onde eu trabalhava na zona norte o pessoal tinha um poder aquisitivo muito mais baixo, **elas eram muito mais pobres vamos dizer assim, menos informadas**, tinha mulheres que não sabiam lê nem sabiam escrever. Isso também era há dez anos atrás, eu num sei como que tá a realidade hoje. Agora a realidade do bairro aqui é muito diferente, as mulheres são muito mais informadas. Muito mais informadas. Existe essa área do Bela Aurora que elas são muito pobres, mas mesmo assim eu acho elas mais informadas que o pessoal que eu trabalhava na zona norte. Eu num sei como que tá lá agora...”.

Flávia: Você sente a diferença...

Claúdia: Porque elas participam mais no grupo. Elas dão opinião, elas falam muito. Tem grupo realmente assim que eles num falam nada. Você num sabe nem o que você faz porque você fala demais e elas não falam nada, mas as daqui participam muito mais. Algumas, eu acho isso interessantíssimo elas falam, aquilo que queria que todas elas falassem da vontade delas, mas é muito pouco. Agora na zona norte elas num falavam isso não. Ah, porque fulano falou que tem o grupo eu tô precisando de tomar anticoncepcional então eu quero é isso. Aí tudo que você falava elas aceitavam, ficava aquela coisa muito técnica.

Como podemos ver a partir dessas falas, as mulheres mais pobres são vistas por essas profissionais como menos informadas, com um comportamento mais passivo e tendo como motivação principal, senão única, a necessidade de receber gratuitamente o método. Durante as entrevistas, todas as profissionais entrevistadas diziam que as mulheres iam aos grupos exclusivamente pela possibilidade desse recebimento. O grupo seria, então, como uma “*moeda de troca*”. O trecho de entrevista com a enfermeira Gilda é bem ilustrativo dessa idéia:

Flávia: E se não desse remédio elas viriam aqui?

Gilda: Claro que não! **De jeito nenhum, é uma moeda de troca.** A informação ela só vem se tiver alguma coisa. Tem que ter alguma coisa, é cultural, se não tiver nada não vem, se for só pra falar, falar não vem. **Tudo que você faz na Unidade tem que ter alguma coisa é uma moeda de troca.** A informação só vem aliada a alguma coisa, senão ela não vem. Nós temos experiência de grupos de grupos de gestante, elas não compareceram no grupo de gestante. Só pra ouvir blá, blá, blá. A partir do momento que nós falamos assim: gente vai ter brinde, vai ter distribuição de enxovalzinho aí enche. **Existe um interesse, um interesse. Se não tiver nada pra dar, você num vai conseguir falar, não vai conseguir** .... as pessoas gostam muito de ganhar, a informação vem através de alguma coisa que você dá.

Flávia: Você acha isso certo, errado, qual sua opinião?

Gilda: Eu acho que isso é cultural. Eu acho que pra você sentir interesse em ouvir outra pessoa falar uma das coisas é você ter muito jogo de cintura pra você prender o espectador e saber o que falar de acordo com sua plateia. Aí você vai selecionar a linguagem rebuscada pra um nível de pessoas que tem um maior entendimento, pra povão você tem que falar de maneira clara, engraçada às vezes até irônica, mas **tem que dar alguma coisa pra ele. Nós não. Nós vamos lá naquele curso porque nós estamos à procura de conhecimento. Eles tem que ter alguma coisa pra te pegar,**

**conhecimento pra eles não é importante, mas se você der alguma coisa e aquilo tá associado ao conhecimento simplório, aí acaba assimilando.**

Na fala de Gilda, principalmente no último trecho destacado, há uma diferenciação entre “nós”, que participamos de cursos ou coisas do tipo, tendo como objetivo principal a busca pela informação, ou pelo conhecimento de forma desinteressada, ou seja, desvinculada de algum interesse em ganhar algo de natureza material, e “eles”, que vão aos grupos movidos pela necessidade de receber o método contraceptivo gratuitamente. Segundo Gilda, “*o conhecimento pra eles não é importante*”. Diante dessa afirmação cabe questionar de que “*conhecimento*” está falando Gilda. A pergunta ideal a ser feita é: “que ‘*conhecimento*’ é importante para eles?” Será que um conjunto de informações técnicas sobre a fisiologia e a anatomia do corpo ou sobre o uso correto de métodos contraceptivos, desvinculado dos significados e das vivências pessoais com relação ao corpo, às relações de gênero e à sexualidade é realmente importante para “*eles*”?<sup>25</sup>

A mesma relação entre passividade e pobreza, como levantado anteriormente, é feita com as mulheres moradoras de bairros com características mais rurais qualificadas por uma enfermeira como “*mais retraídas*”. É o que aponta a experiência relatada por Helena:

“É diferente pelo contexto da comunidade. Na primeira UBS tinha uma característica mais rural, mulheres mais retraídas. Mulheres retraídas, eram grupos muito mais retraídos do que grupos mais falantes. Em Teixeira, por exemplo, a comunidade era um contexto socioeconômico melhor... Então tinha pessoas que já tinham orientações sobre isso, e que tavam com o objetivo de ganhar o método, como eu te falei, **mas a conversa é diferente**. Até pelo número de filhos, o **planejamento familiar mais adequado**. É difícil falar adequado porque pra cada família seu planejamento é diferente. Igual pra mim mesmo com dois filhos, trabalho o dia inteiro e queria ter mais um (risos).<sup>26</sup>

<sup>25</sup> Com relação à questão do que as mulheres buscam quando vão aos grupos, é interessante citar uma fala de uma participante antes do início do grupo, que me chamou a atenção: “Eu não quero mais informação, eu quero que me liguem logo... a informação é ligar... o mundo tá muito adiantado hoje para criar filhos eu não quero mais não. Eu vou ligar nem que eu tenho que assaltar um banco! (Solange, 30 anos e três filhos). Contudo, dias depois tive a oportunidade de entrevistar essa mulher e durante a entrevista ela afirma ter gostado muito do grupo e que foi até lá, além de querer fazer a ligadura de trompas pelo SUS, porque ela “gosta de saber das coisas”.

<sup>26</sup> Durante o grupo, essa enfermeira dá um relato pessoal interessante, falando do seu arrependimento atual em ter feito ligadura de trompas aos vinte e oito anos. Ela tem dois filhos, mas gostaria de ter mais um filho hoje caso pudesse. Por isso, ela mesma questiona um pouco o que seria “planejamento adequado”, já que relatou que quando fez sua ligadura de trompas, foi em parte impulsionada pelo fato de já ter dois filhos e ter que trabalhar durante o dia inteiro sendo, essa decisão “mais adequada” segundo sua concepção e a de seus familiares naquela época. Hoje pensa diferente e se arrepende.

### 2.3.5 A “reprodução responsável”

Essa última expressão utilizada pela enfermeira chama a atenção. O que seria um “planejamento familiar mais adequado”? Vale a pena aprofundar um pouco essa ideia que aparece mais claramente nesse outro trecho de entrevista com essa mesma enfermeira:

Helena: O Grupo de Direitos Reprodutivos poderia até chamar outro nome, mas é um nome escolhido pela própria condição do Ministério da Saúde. Ele implantou, organizou esses grupos, deu o nome de grupos de Direitos Reprodutivos, que é o direito de toda a mulher, todo homem garantir a reprodução, mas uma reprodução com saúde, uma **reprodução com responsabilidade**. Então ela tem o seu direito de se reproduzir, mas com responsabilidade.

Flávia: Quando você fala reprodução responsável, me fala melhor...

Helena: Seria **reprodução responsável** o planejamento familiar né por condições socioeconômicas, pela condição que toda família adquire ao longo do tempo. Num é assim propriamente, inclui número de filhos, condições econômicas. É lógico que eu não tenho o direito de intervir nessa capacidade, nessa como eu posso te dizer.... num posso intervir no desejo do homem da mulher ter filho, mas eu posso como profissional orientá-lo da melhor maneira e como poderia ter filho. Por isso que ele chama direito, é direito dele.

Helena nos fala aqui que os Direitos Reprodutivos incluem o direito de se reproduzir, desde que seja uma reprodução responsável. Embora reconheça que não poderia intervir no desejo de homens e mulheres terem filhos e, sim, apenas orientá-los da melhor forma de como fazê-lo, a questão é: com base em que critérios se faz essa orientação? Critérios socioeconômicos ou número de filhos, somente? Como estabelecer o que seria uma reprodução responsável?

Em outro momento, a acadêmica de enfermagem Tatiana explica o que é para ela Direitos Reprodutivos, onde a mesma ideia de uma “*reprodução responsável*” aparece de outra forma:

Todo mundo condena a mulher quando ela tem dez, onze, doze filhos, ela tem o direito de ter dez, onze, doze filhos. Só não tem o direito de num ter condições de criar a criança porque a criança tem o direito de sobreviver, mas ela tem o direito de ter os filhos. A gente ainda comenta muito isso no grupo. Tem grupo que dá até polêmica, mas a mulher tem direito de ter dez, doze filhos, quinze filhos. Mas a criança tem que ter direito a educação, saúde e aquela mãe que tem doze, quinze filhos e num tem condições de criar e é verdade, a gente percebe isso.

Aqui vemos que Direito Reprodutivo é o direito de ter filho, porém, do ponto de vista expresso pela acadêmica, esse direito encontra um certo limite. Seu exercício é condicionado à “*reprodução responsável*”, ou ainda ao “*planejamento adequado*”, isto é, às condições socioeconômicas da mulher que deseja ter esses filhos. É condicionado a ter “condições de criar” e de sustentar sua prole.

Essa mesma ideia de um “planejamento adequado” aparece claramente em outra fala de Tatiana quando lhe pergunto por que, em sua opinião, algumas mulheres têm tantos filhos:

Olha eu num sei, eu sempre quis saber, porque lá é comum gravidez na adolescência, comum que eles acham até legal. Os próprios pais festejam, tipo assim “minha filha tá grávida, você tá sabendo? É nossa, mais um”, na maior felicidade como se aquilo num fosse acarretar em problemas, **porque eu acho que no caso dessas pessoas é um problema, porque num tem dinheiro, num tem o que comer, o que dá de comer pros que já tem ainda fica arrumando mais filho com uma frequência muito grande, pra mim isso é um problema que eles deviam preocupar pelo menos, mas eu não via esse semblante de preocupação não. Então é comum você ver adolescente grávida, eu acho que é a cultura mesmo ....**

Como vemos na fala de Tatiana, a gravidez na adolescência, para ela, é um “problema”. Diz não conseguir entender por que alguns pais chegam a festejar essa gravidez. O que levaria pais e adolescentes com condições financeiras precárias, tal como descreve a enfermeira, a festejar a chegada de mais um filho, sem nenhum “semblante de preocupação”? Do seu ponto de vista, tal atitude parece incompreensível. A partir dessa incompreensão, podemos perceber que, por vezes, não há a tentativa dos profissionais em saber sobre as representações e significados dos comportamentos de usuários e usuárias. Ao analisar o processo de construção social da gravidez na adolescência como um “problema” e o conjunto de categorias utilizadas pelos atores envolvidos nessa construção, Heilborn demonstra o caráter simplificador e dramático dessa formulação. Segundo a autora, “É raro que a heterogeneidade das experiências vividas seja sublinhada e excepcional que as representações das moças e rapazes ou ainda, de seus pais, sejam levadas em conta” (HEILBORN, 2006, p.34).

No exemplo da fala de Tatiana, não há uma reflexão de qual seria o significado ou a representação dessas adolescentes e de seus pais acerca da gravidez que os levam a festejar a chegada de um novo membro mesmo tendo condições financeiras precárias. A explicação, de forma reducionista, recai novamente na “*cultura*”, isto é, no contexto, sobretudo econômico, no qual essas adolescentes vivem. Talvez para compreender o comportamento dessas jovens fosse necessário que as profissionais de saúde sássem um pouco do seu próprio ponto de

vista e tentassem compreender o ponto de vista do “outro”; tentassem reconhecer o “outro” em seu ser diferente (BONET, 2003, p. 141).

### 2.3.6 A “falta de planejamento”

Ainda na busca de apreender o que as profissionais de saúde pensam sobre o comportamento das usuárias que atendem, pergunto à assistente social Cláudia sobre o fato de as mulheres ainda terem “filhos indesejados”, como no trecho de entrevista a seguir:

Flávia: E as mulheres ainda continuam tendo filhos inesperados?

Claúdia: Continuam.

Flávia: Por que você acha que isso acontece?

Claúdia: Elas falam que é descuido. Eu num sei, eu num sei te falar, porque eu acho que informação elas tem. Num é falta de informação. Eu creio que num é falta de informação. **Eu acho que é uma falta de cuidado, é uma falta de planejamento mesmo.**

Também questionei a enfermeira Helena acerca da sua opinião sobre o porquê de algumas mulheres terem tantos filhos. Nesse momento ela me contava sobre o caso de uma usuária com vinte e dois anos de idade que estava já na oitava gestação. Sua explicação foi a seguinte:

Flávia: Tomando o exemplo dessa mulher com mais filhos, você acha que chega ser falta de informação?

Helena: Eu acho que não Flávia. Eu acho da **condição imediatista** de, até ruim eu falar isso, que o sexo dá oportunidade, entendeu. A gente orienta o uso do preservativo, um DIU a colocação de um DIU dependendo da situação, a gente faz isso tudo, mas, por exemplo, os multi parceiros, por exemplo, não tem uma indicação de DIU é muito difícil, você vai ter que colocar nas mãos de uma pessoa assim o uso do preservativo, o uso de um método contraceptivo oral e às vezes a pessoa esquece de tomar, num usa o preservativo na oportunidade do sexo, e aí vai engravida, vem outro, vem outro. Tem outro filho em cima de outro filho.

Essa noção de que as mulheres, mais especificamente mulheres pobres, têm muitos filhos ou “filhos inesperados” devido à falta de planejamento leva-nos à crítica que Guaraci Souza (1986) fez aos programas de planejamento familiar. Segundo Souza, tais programas teriam em sua formulação o suposto ideológico não demonstrado de que a intensa procriação das classes pobres resulta de uma “desregulação” e “falta de planejamento” características

dessas camadas. Ao estudar o padrão de procriação intensa característica do proletariado urbano da Bahia no período de 40/85, o autor constata que tal padrão é resultado de uma sutil manipulação com os símbolos da moralidade, da honra e da dignidade, que acaba por estruturar um universo simbólico peculiar.<sup>27</sup> Sua argumentação vai contra os estereótipos e a interpretação distorcida quanto à “imprevisibilidade”, à “irresponsabilidade” e à “imoralidade” da conduta sexual do homem e da mulher pobre. Para a população que ele estuda, casar significa ter filhos. As pessoas que casam querem ter filhos, muitos filhos. Para Guaraci Souza:

Uma má compreensão de fatos desta ordem enseja interpretações ideológicas para os relatos femininos de gravidez "imprevista". Qualificada seja como "gravidez não-desejada", seja como "filho indesejado", alimenta a crença no suposto não demonstrado de que a intensa procriação das classes proletárias pobres resulta de uma "desregulação". Este é, a meu ver, um dos núcleos míticos centrais da ideologia neomalthusiana corrente nas elites sociais brasileiras em nossos dias, e expressa em discursos sobre "planejamento familiar" (SOUZA, G. A, 1989, p. 20).

### 2.3.7 O ideal de Grupo

Em alguns momentos das entrevistas, aparecia o ideal de grupo para essas profissionais da saúde. Ficava evidente a forma como elas gostariam que o grupo acontecesse; forma esta que, na maioria das vezes, não acontece na prática. Para elas, o ideal seria um grupo onde as mulheres “*participassem*”, “*falassem*”, “*refletissem*”, contassem sobre seus desejos, seus gostos sexuais; que os grupos não fossem mera passagem de informação e, sim, que fossem participativos, que provocassem discussão e que possibilitasse uma troca.

Durante a observação do grupo feito pela enfermeira Helena, percebi que havia uma preocupação em realmente falar um pouco sobre sexualidade, valorização do corpo e conhecimento do próprio corpo. Essa enfermeira em especial tentava estabelecer uma relação

---

<sup>27</sup> É verdade que o padrão reprodutivo do Brasil se modificou bastante desde a pesquisa feita por Guaraci Souza na década de 80 para os dias de hoje. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS (2006) aponta mudanças significativas. A média brasileira de filhos por mulher caiu de 2,5 para 1,8 entre 1996 e 2006. Em média, a idade da mulher ao ter o primeiro filho está em torno dos 21 anos, com tendência a diminuição. A proporção de mulheres de 15 a 19 anos que já são mães aumentou de 14% para 16%. A vida reprodutiva começa mais cedo e, muitas vezes, também termina mais cedo. Cito esse autor para chamar a atenção para os estereótipos por ele criticados e que estão presentes nas falas de algumas profissionais de saúde entrevistadas.

mais próxima com as participantes. Para ela, também, o objetivo do grupo vai além de só passar informações. É o que aparece no trecho de entrevista seguinte:

Flávia: Você gosta de fazer os grupos?

Helena: Eu gosto muito de fazer os grupos. Quando o grupo tem poucas pessoas, tira um pouco **a riqueza do grupo** porque se dessas três pessoas  **você tiver três pessoas falantes fica bem**, mas se tiver três pessoas retraídas vira uma repassada de informações.

Flávia: E não é isso?

Helena: Assim, eu não gosto de fazer isso. Pra mim não é só uma questão de conteúdo, de repasse de conteúdo, é mais do que isso.

A “*riqueza do grupo*” é, para ela, o fato das pessoas falarem, participarem. É isso que faz com que o grupo seja algo mais do que um repasse de conteúdo. Fazer com que as participantes falem também é uma preocupação da enfermeira Gilda:

Então nesse grupo de Direitos Reprodutivos **eu tento fazer que elas usem esse momento pra tá falando também né, tá falando sobre sua vida, o que pensam do sexo, o que vocês querem pra você fazendo esse tipo de questionamento né**. As vezes eu falo assim, ontem foi um dia que eu falei, eu não quero falar eu nunca quero falar e eu acabo falando.

A assistente social Cláudia também demonstra o seu desejo de que os grupos fossem um espaço de discussão para as mulheres, onde elas pudessem falar da sua vivência sexual pessoal:

Flávia: Seu ideal assim seria qual?

Claúdia: Ah, eu acho que as mulheres poderiam usar esse espaço, pra além da informação que eu acho muito legal, **elas discutirem aquilo que é bom pra elas entendeu**, porque a gente vê que a sexualidade até hoje é uma coisa difícil da gente lidar, mas quem sabe a gente poderia nesse grupo trazer um profissional que pudesse ajudar, **que a gente discutisse por que eu gosto de sexo assim, por que eu gosto de sexo assado**. Meu companheiro é assim, quem não gosta de carinho quem não gosta de conviver, isso é muito bom. **Então a gente vê que hoje o sexo com essas mulheres ele é meio assim que pra procriar. Eu acho meio, eu vejo o sexo como uma convivência elas num veem isso**. Meu ideal seria assim seria assim de conviver com seu parceiro. A convivência vão formar essa convivência com o parceiro. Então elas tão muito mais preocupadas assim não ter dinheiro, elas não querem ter filho porque não tem condições de ter filho, então tem que tomar o anticoncepcional, eu acho que a gente podia trabalhar isso de uma outra forma. Eu vou escolher eu quero ter filho não quer, o mas infelizmente isso é ideal mesmo isso não existe.

O trecho destacado da fala, onde Claudia diz: “Então a gente vê que hoje o sexo com essas mulheres ele é meio assim que pra procriar. Eu acho meio, eu vejo o sexo como uma convivência elas num veem isso” merece destaque por dois motivos. Em primeiro lugar,

aponta para uma visão do “outro”, nesse caso, uma visão de que a sexualidade para “*essas*” mulheres, isto é, as mulheres que participam dos grupos, está relacionada, principalmente, com a reprodução, deixando de fora ou em segundo plano o prazer. Em segundo lugar, há, novamente, uma diferenciação entre “nós” e “eles”, ou seja, uma distinção entre ela, que vê o sexo como uma convivência e “elas”, as outras, que veem o sexo como algo relacionado com a reprodução apenas.

Embora exista uma crítica aos programas de educação em saúde e aos programas que abordam a sexualidade (DÍAZ, 1991; MEYER *et al* 2007), segundo a qual os profissionais de saúde, por vezes, focalizam e enfatizam apenas os problemas decorrentes da sexualidade e os riscos envolvidos na prática sexual, pude perceber na observação de alguns grupos e em algumas entrevistas, que há também a preocupação por parte de algumas profissionais da saúde que fazem os grupos em afirmar o lado positivo da sexualidade, como algo instintivo e essencial a vida. É o que podemos perceber nos seguintes trechos:

**Porque sexo é instintivo**, todos nós gostamos, todos nós queremos, todos nós passamos por isso, temos vontade, mas frente a ele o que a gente vai fazer, em determinadas situações, então na primeira reunião a gente fala mais sobre sexualidade, assim a sexualidade mais explorada mais trabalhada, pra depois entrar em método anticoncepcional (Helena)

**Porque sexo é uma coisa boa, e quando você omite a sexualidade você omite quase tudo na vida.** Porque a maioria das frustrações passa por uma vida sexual mal resolvida, e ser você não tiver sua vida sexual resolvida ou bem direcionada, ela pode simplesmente prejudicar todo um plano de vida que você possa ter. Você tem que ter sua sexualidade resolvida, você tem que ter sua vida sexual planejada porque a partir dali você vai evitar uma gravidez indesejada, você vai evitar uma interrupção na vida escolar, você vai evitar um parceiro ou um cara que você num goste uma frustração amorosa. Por isso que eu falo sexo: é bom e elas gostam de ouvir (Gilda).

O desejo expresso pelas profissionais de que as mulheres que participam do grupo falassem mais, discutissem mais sobre suas vivências sexuais, bem como a afirmação da centralidade do sexo remetem ao “dispositivo da sexualidade”, descrito por Foucault (1988). O autor refuta a tese repressiva afirmando, ao contrário, que há uma explosão discursiva acerca do sexo no século XVIII. Segundo Foucault, há uma “(...) incitação institucional a falar do sexo e a falar dele cada vez mais; obstinação das instâncias do poder a ouvir falar e fazê-lo falar ele próprio sob a forma da articulação explícita e do detalhe infinitamente acumulado” (FOUCAULT, 1989, p. 22).

Para Foucault, um complexo dispositivo de controle foi instaurado para produzir discursos verdadeiros sobre o sexo. Seguindo essa interpretação, Ávila e Corrêa, chamam a

atenção para o fato de que o próprio sistema de saúde pode ser um obstáculo à autodeterminação, já que segue a lógica biomédica que tem sido um suporte discursivo e prático de disciplinamento e restrição da autonomia sexual e reprodutiva. Desse modo, o discurso biomédico acerca da sexualidade e, no nosso caso, da reprodução, aparece como o discurso legítimo, produtor de verdades e, enfim, como um dispositivo de controle. Por isso, segundo as autoras:

Por essa razão, a agenda dos direitos sexuais e reprodutivos implica mais que simples acesso aos serviços e qualidade técnica da atenção a saúde; requer adicionalmente um estímulo permanente à auto-reflexão dos profissionais de saúde em relação aos aspectos coercitivos do modelo biomédico que utilizam. Também supõe o empoderamento das pessoas (especialmente das mulheres e, mais ainda, adolescentes) usuárias dos serviços para que possam ‘reagir’ à tendência de controle inerente à medicalização da reprodução e da sexualidade. Esta não é exatamente uma tarefa trivial de política pública (ÁVILA e CORRÊA, 2003, p. 32).

### 2.3.8 A educação em saúde e a ênfase na informação

Embora as profissionais de saúde entrevistadas enfatizem o desejo de um grupo mais participativo no qual as mulheres falassem mais, vemos na prática dos grupos que a ênfase sobre a necessidade do conhecimento e da informação prevalece. Assim, na prática, a passagem de informações toma todo o tempo do grupo, não havendo espaço para discussão ou troca de experiências. A fala da assistente social Cláudia demonstra a percepção de que o grupo acaba centrado nas “informações técnicas”:

Flávia: E você gosta de fazer os grupos?

Claudia: Eu adoro. Apesar de eu achar que é muito fechado ainda. **Muito técnico a gente ficar só batendo na questão dos métodos, eu acho que a gente tinha que falar mais da sexualidade do gênero.** Quando você começa a falar disso, quando você vê o tempo já correu e não seguiu aquilo que você tem que fazer, **falar dos métodos propriamente ditos, da fisiologia do corpo da mulher, do homem, isso acaba gastando muito tempo.** Mas eu acho legal, eu acho muito bom.

Bricenõ-Leon postula sete teses para a educação em saúde das quais aqui destaco três. Sua primeira tese é de que na educação em saúde não há uma pessoa que sabe e outra que não sabe e, sim, duas pessoas que sabem coisas diferentes. A terceira tese diz que o processo educativo é bidirecional, e ambas as partes geram um compromisso de transformação de seus

próprios saberes. A quarta tese aponta que a educação deve ser dialógica e participativa (LEON, 1996).

De certa forma, é possível perceber no ideal descrito pelas profissionais de saúde que fazem os grupos o modelo descrito pelas teses de Briceño-Leon, ou seja, um modelo de grupo que proporcionasse uma troca de experiências no qual fosse possível uma participação ativa das mulheres; onde pudessem falar da sexualidade de forma mais abrangente e não restrita aos métodos contraceptivos. Porém, por mais que suas falas expressem um ideal de participação, discussão e troca, na prática, o que acontece é uma unilateralidade em contraposição à bilateralidade desejada. O seguinte trecho de entrevista com a acadêmica de enfermagem é bem ilustrativo dessa prática:

Tatiana: A gente até fala, que a gente num tá ali pra ensinar, a gente tá ali numa roda de discussão. A gente passa o conhecimento que a gente tem e eles também pra gente o conhecimento deles. Já aconteceu dos usuários comentarem coisas que assim a gente nunca tinha ouvido falar que a gente aprendeu com elas mesmo.

Flávia: Você lembra alguma coisa?

Tatiana: **Num lembro**. Mas tinha sim

Ao contrário de um grupo participativo onde haja uma troca de experiências, tal como idealizado pelas próprias profissionais de saúde, o que vemos é que, na prática, continua a operar um modelo tradicional de educação em saúde. Nesse modelo, a relação entre profissionais e usuários é assimétrica e a comunicação é de caráter informativo. Parte-se do pressuposto de que, através das informações dadas, os usuários serão capazes de decidir sobre a prevenção de doenças e mudar seus hábitos e condutas. Desta perspectiva, segundo Alves, os usuários são tomados apenas como carentes de saber em saúde, e não se leva em conta que suas práticas são orientadas por determinadas crenças, valores e representações do processo de saúde-doença (ALVES, 2005, p. 47), ou ainda, por diferentes formas de agir com o próprio corpo, com as emoções e com a sexualidade (BONET, 2004).

Assim, seguindo esse modelo tradicional de educação em saúde, as explicações sobre a fisiologia a anatomia e o uso correto dos métodos contraceptivos tomam todo o tempo do grupo, configurando uma educação de cima para baixo e uma “participação passiva” (LEON, 1996) das pessoas que o frequentam. Araújo, ao falar da prática do aconselhamento em DST/AIDS, defende uma participação efetiva da clientela na prática do aconselhamento coletivo. Entretanto, o autor reconhece que não é isso que acontece nesses programas. Sua descrição da forma como acontece a prática desse aconselhamento ilustra o modelo

tradicional de educação em saúde que acontece na prática dos Grupos de Direitos Reprodutivos. Segundo Araújo:

O aconselhamento coletivo é compulsório. Ele marca o primeiro contato entre o acolhedor e cliente e tem **caráter informativo**. O aconselhamento coletivo deveria ser o momento de troca coletiva, em que o processo de informação se desse de forma mútua. Ele deveria favorecer as identificações pessoais, posteriormente tratadas no aconselhamento individual. Entretanto, **a ânsia do profissional de saúde em passar uma quantidade enorme de informações inviabiliza a implementação de estratégias mais participativas**. Então, os aconselhadores assumem o papel de professores, determinam que os clientes serão os alunos e partem para dar uma aula expositiva, inclusive com quadro de giz. Assim ficam determinados os papéis: profissional de saúde que se equivale ao professor tradicional, que detém o saber, e o cliente, mero aluno que deve se comportar de forma passiva nesse processo (ARAÚJO, p. 147, 2003, grifo meu).

Por meio das entrevistas com as profissionais de saúde, pude concluir que a percepção do “outro” - a percepção de como são as mulheres que frequentam os Grupos de Direitos Reprodutivos - é repleta de pré-concepções e estereótipos que impedem que exista um reconhecimento real da vivência pessoal dessas mulheres, de suas experiências no campo da sexualidade ou de como é sua relação com seus parceiros. Assim, as mulheres “pobres” são vistas, de antemão, como subordinadas aos homens, não questionadoras, vítimas da “cultura” ou carentes de informações. Essa percepção do outro faz, então, com que as profissionais de saúde vejam o grupo como uma oportunidade de preencher essa carência de informação que, uma vez sanada, levaria essas mulheres a mudarem seus comportamentos e decidirem “conscientemente” sobre qual seria o melhor método contraceptivo para si, bem como ter “*conhecimento*” e um maior controle sobre seu corpo, sobre a reprodução.

Depois de conhecer o que pensam as profissionais de saúde sobre o que fazem e sobre as mulheres que atendem, cabe conhecermos o “outro lado”, ou seja, vejamos “as usuárias e suas falas”.

### 3 - CAPÍTULO II – AS USUÁRIAS E SUAS FALAS

Nesse capítulo, com base nas falas das mulheres que frequentam o grupo, pretende-se relacionar seus projetos de vida; suas concepções sobre filhos; o casamento; o significado de ser mulher; a percepção dos métodos contraceptivos, da sexualidade e do corpo. Ao explicitar suas falas, tenho a intenção de demonstrar o ponto de vista das mulheres que frequentam os Grupos de Direitos Reprodutivos, em contraposição ao ponto de vista, demonstrado no capítulo anterior das profissionais de saúde que os fazem. Assim, será possível ver o que pensam os dois lados e quais são as diferentes percepções que estão em jogo nessa interação.

#### 3.1 – Projetos de vida e anticoncepção

Ao longo das entrevistas, notei que a pergunta mais importante a ser feita para as mulheres não era por que elas tinham escolhido por determinado método. Essa pergunta, descolada de um contexto mais geral, não fazia sentido algum. A questão mais pertinente era sobre quais eram seus projetos de vida e, principalmente, como era a sua vida. A decisão de quantos filhos ter, ou quando desejam tê-los ou, ainda, por que não querer mais filhos é tomada dentro de um contexto mais amplo de sua trajetória de vida pessoal. Dependendo da situação geral em que vivem e de suas expectativas para o futuro, escolhem por determinado método, que é escolhido, sobretudo, por seu maior ou menor grau de “confiança”. Essa “confiança” não segue os percentuais oficiais de eficácia apresentados pelas profissionais de saúde. A confiança é baseada na percepção pessoal que cada mulher tem de alguns métodos e na segurança que, para elas, o método oferece.<sup>28</sup>

Assim, algumas mulheres que eu entrevistei têm medo com relação ao uso do DIU. Apesar de toda explicação dada durante o grupo sobre o funcionamento deste método, e a afirmação por parte das profissionais de saúde que tal método não é abortivo e que isso é um “mito”, algumas mulheres ainda continuam tendo medo de usá-lo. É o que podemos perceber nas seguintes falas:

---

<sup>28</sup> Outro ponto fundamental que determina a escolha do método contraceptivo é a dúvida de que se ele engorda ou não. O receio de engordar usando o anticoncepcional, a injeção hormonal ou a ligadura de trompas esteve presente em todas as falas das mulheres entrevistadas. Sobre essa questão falaremos mais no subcapítulo sobre o corpo.

“Eu tava pensando em usar o DIU. Eu tinha uma tia minha que usou uns dez anos o DIU, daí eu pensei ‘vou usar né’, mas daí eu desisti depois que eu vi aquele aparelhinho pequenininho, **eu não achei ele nem um pouco confiável**, e as meninas começaram a falar que uma teve hemorragia, a outra engravidou usando DIU, eu falei não, desisto do DIU” (Débora, 22 anos, estudante)

“Ah... eu num sei, mas eu tava falando com a minha cunhada. Parece que DIU é abortivo. Aquele dia eu perguntei a menina lá ela falou que não, acha... você viu como ela falou? Você lembra? Ela falou, ah num é abortivo mas evita né. Meu marido também acha que num é não. **Mas eu tenho medo**. Por eu já ter tido problema no útero né. Aí eu tenho medo de colocar e me dá hemorragia sabe, acho que eu morro, cruz credo!” (Leila, 30 anos, cozinheira).

“Sou meio cabreira com o DIU. É um corpo estranho dentro da gente né”.  
(Angélica, 38 anos, estudante de enfermagem).

Esses dados corroboram os resultados encontrados por Osis et al (2006) em sua pesquisa no Ambulatório de Planejamento Familiar da Universidade Federal de Campinas. Nessa pesquisa, eles constataram que as mulheres já chegavam ao ambulatório com o método escolhido e raramente mudavam de idéia após o grupo. Segundo os autores:

[...] parece que quando as mulheres chegam a um serviço de planejamento familiar trazem consigo conceitos e pré-conceitos sobre os métodos anticoncepcionais, construídos sobre informações que para elas têm maior credibilidade do que aquelas que receberam dos profissionais de saúde (OSIS *et al*, 2006, p. 1593).

A *confiança* e a *segurança* são elementos fundamentais na escolha do método. Por exemplo, embora as profissionais de saúde me dissessem que o método mais solicitado era a pílula, pelo menos nos grupos em que estive presente, percebi que a maior procura era pelo método hormonal injetável ou pela ligadura de trompas. Algumas entrevistadas vinham tomando o “*remédio*”, isto é, a pílula anticoncepcional, mas disseram esquecer muito de tomar a pílula, correndo o risco da ocorrência de uma gravidez inesperada. Já a “*injeção*”, inspirava mais confiança porque é mais difícil de se esquecer, já que ela é aplicada apenas uma vez ao mês, em dias determinados, na farmácia.

Conheci dois casos que são bem ilustrativos dessa necessidade de *confiança* e de *segurança* quando, em determinado momento de vida, a mulher não quer ter filhos de forma alguma. O primeiro caso é o de Luciana, uma diarista de 34 anos que faz faxina em alguns dias da semana e também ajuda a irmã grávida em alguns afazeres da casa. Luciana é casada há treze anos, estudou até a quarta série primária e tem um filho de seis anos de idade. Sua trajetória tem eventos marcantes, que chamam a atenção de quem a conhece. Ela se casou aos vinte e um anos e morava na roça, numa casa próxima à da sua sogra. As duas nunca se deram

bem. Segundo Luciana, sua sogra nunca aceitou seu casamento porque dizia: “*eu nunca fiz filho pra casar com negra não*”. Nessa casa onde morava, ficou grávida pela primeira vez aos 22 anos. Foi uma gravidez de gêmeos. Porém, ficou muito doente com pneumonia naquela época e, depois de ter levado um susto provocado pela sogra, perdeu os bebês. Nesse período, ficou muito doente e não contou com a ajuda do seu marido que, segundo ela, não a defendia das humilhações que a sogra lhe fazia passar. Depois de curada, decidiu ir embora para Belo Horizonte; disse que iria sozinha, mas seu marido resolveu segui-la. Após ter passado pela experiência de ter perdido os bebês, Luciana não queria mais engravidar e, para ter segurança de que não engravidaria, chegou, por um tempo, a tomar simultaneamente o anticoncepcional oral e o anticoncepcional injetável.

Esse é um caso curioso porque, de acordo Luciana, ela engravidou mesmo tomando o anticoncepcional. Sua primeira gravidez de gêmeos ocorreu apesar de ela tomar regularmente o “remédio”. Por isso, para se certificar de que não engravidaria de novo, decidiu tomar ao mesmo tempo os dois tipos de anticoncepcional. Vejamos o seguinte trecho de entrevista em que ela conta que tomava os dois métodos ao mesmo tempo:

Flávia: Aí como que foi, você tomava remédio?

Luciana: Tomava remédio. Eu comecei com o Genera, depois foi nordeste, depois Triquilar

Flávia: Você tomava certinho?

Luciana: Certinho, na hora certa, no dia certo, e **além de tomar o anticoncepcional eu tomava a injeção mensal.**

Flávia: Você tomava os dois?

Luciana: É. Todo o dia vinte e cinco eu tomava a injeção.

Flávia: Porque você tomava os dois?

Luciana: **Medo.** Porque já tinha acontecido o primeiro. Lá em São João eles não teve explicação pra me dar, como que eu posso engravidar de gêmeos de cara assim e tomando remédio.

Flávia: Mas você falou isso com o médico ou não?

Luciana: Falei com ele na época, era o Dr. Romeu.

Flávia: O que ele falava? Que podia?

Luciana: Ele falava: não Luciana, só a injeção num mês basta. Mas eu, por mim, automedicar eu mesma, eu tomava o anticoncepcional pra **me garantir.**

Flávia: Você pensava o quê?

Luciana: Se tomar os dois, é menos chance de engravidar. Que se eu tomasse os dois é menos chance de eu engravidar, **eu tô mais segura ainda.** Na minha cabeça.

Em outro momento da entrevista, quando falávamos dos métodos, Luciana expressou sua desconfiança com relação ao contraceptivo hormonal injetável, que é tomado de três em três meses. Sua desconfiança é ainda maior por acreditar que os anticoncepcionais não fazem efeito em seu organismo. Nas palavras de Luciana:

Não dá. Igual ela falou que tem a de três meses, no meu caso eu não confio. **Não confio na injeção que vale três meses.** Eu acho que se eu tomar essa injeção que vale pra três meses eu acabo engravidando. Se eu ficar só na injeção, eu vou acabar engravidando. Eu estranho, porque se o anticoncepcional que você toma todo mês não surte efeito, porque uma injeção valendo por três meses vai surtir?

Como vemos, mesmo tendo informação, ou seja, embora o médico lhe falasse que usar apenas um método bastava, Luciana sentia necessidade de usar os dois métodos juntos para garantir que não ficaria grávida. Da mesma forma, apesar das explicações dadas no grupo pelas profissionais de saúde a respeito do funcionamento do método da injeção trimestral de como ele age no corpo, ela ainda não conseguia confiar em tal método. Assim, sua vivência pessoal e seus “pré-conceitos”, isto é, seu conhecimento sobre os métodos anterior ao grupo, tem maior peso do que as informações passadas pelas profissionais.

O caso de Luciana é ainda mais curioso porque, segundo seu relato, depois dessa primeira gravidez de gêmeos, ela teve uma segunda, gravidez de quíntuplos, mesmo tomando anticoncepcional. Porém, com três meses de gravidez, descobriu que um dos bebês estava nas trompas, e por isso acabou perdendo todos os outros. De acordo com Luciana, os médicos estudaram seu caso e descobriram que o anticoncepcional, em seu organismo, não surtia efeito. Em suas palavras: “foi aí que eles começou a descobrir que o anticoncepcional não fazia efeito. Em vez dele diminuir ele fazia eu ovular ainda mais. De vez de eu diminuir o óvulo, aumentava mais”. Este problema, segundo sua explicação, seria genético, já que ela tem outras irmãs que tiveram gêmeos e uma irmã que teve dez filhos. Passados três anos, Luciana ficou grávida novamente, dessa vez de um só bebê, sendo esta uma gravidez tranqüila, e hoje seu filho está com seis anos de idade, como já mencionado.

Outro caso que chama a atenção e que ilustra a centralidade da *confiança* e da *segurança* do método é o caso de Angélica. Ela tem 38 anos de idade, era estudante do sétimo período de enfermagem e não estava trabalhando. Angélica é solteira e não tem nenhum relacionamento há alguns anos; disse preferir ficar sozinha por já ter passado por muitas decepções com os homens, um deles inclusive chegou a lhe pedir em casamento, mas ela não aceitou. Segundo Angélica, desde os quinze anos de idade já sabia que não queria casar e nem ter filhos. Pergunto se ela não sente falta de ter um companheiro e ela me responde que seus afazeres do dia a dia substituem a falta de ter alguém ao seu lado. O curioso de sua história é que, mesmo não tendo namorado fixo ou uma vida sexual ativa, ela procurou o grupo de Direitos Reprodutivos porque deseja fazer uma laqueadura de trompas. Vejamos esse trecho de entrevista:

Flávia: Você não quer mesmo ter filhos?

Angélica: Não.

Flávia: Por quê?

Angélica: Ah não... primeiro, porque eu não sou menina nova mais, e, segundo, pra ter filho, tem que ter uma paciência de jó, coisa que eu num tenho, e agora eu cisme de estudar né.

Flávia: Mas uma coisa, mas se você num tem namorado, num tem uma vida sexualmente ativa, por que você acha que tem necessidade de fazer uma esterilização?

Angélica: É porque... sei lá, pode acontecer né, eu fico com medo de alguma coisa acontecer, e eu fazendo não vou precisar ficar tomando remédio mais, eu num tomo remédio... num tenho a vida ativa então... **mas mesmo assim eu quero fazer, uma questão de segurança mesmo.**

Flávia: Nem no grupo você não mudou de ideia?

Angélica: Não. Eu vou fazer. Eu vou fazer.

Durante a entrevista, era possível notar que, ao falar da sua decisão em fazer a ligadura de trompas, Angélica se referia a tal decisão como uma espécie de um direito seu; de alguma coisa que ela faria de qualquer jeito, mesmo que alguns psicólogos e assistentes sociais pelos quais deveria passar tentassem persuadi-la. Essa não é uma característica apenas de sua fala. As mulheres que vão ao grupo e optam pela laqueadura desejam muito passar por esse processo, já que a ligadura de trompas seria um meio definitivo para evitar filhos que, nesse momento da vida, não querem de forma alguma. Assim, esperam com ansiedade conseguir “ligar”, como expressa Leila ao falar do parto de seu terceiro filho e do desejo de fazer a ligadura: “... eu nem tô esquentando a cabeça não sabe, eu tô com medo assim da cesária só, mais a sorte é que só de eu saber que eu vou ligar aí, aí eu num tô ligando muito não. Aí eu tô esperançosa, nossa eu to doida pra chegar!”.

Contudo, o processo para conseguir fazer a ligadura de trompas gratuitamente pelo SUS é por vezes demorado e confuso para essas mulheres. As mulheres que estão grávidas e têm certeza de que não querem mais ter filhos desejam fazer a laqueadura de trompas logo depois do parto. Mostram-se dispostas até a se submeterem a uma cesariana, mesmo podendo fazer um parto normal, caso pudessem fazer a cirurgia logo após o nascimento do filho. Elas se queixam muito de ter que esperar, no mínimo, dois meses após o parto para poderem “ligar” e, então, terem que se submeter a outra cirurgia<sup>29</sup>

<sup>29</sup> Segundo a lei do Planejamento Familiar, “Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação de fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce;

II – risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.” (Brasil, 1996)

A ligadura de trompas é visto como método definitivo e o mais seguro para as mulheres que querem encerrar sua vida reprodutiva. Durante o Grupo de Direitos Reprodutivos, as profissionais de saúde ressaltam que não existe nenhum método cem por cento eficaz, dizendo que todos, inclusive a laqueadura de trompas podem, de alguma forma, falhar. Quando dizem isto, sempre aparecem histórias de mulheres que ficaram sabendo, que já conheceram ou que já ouviram falar de casos em que a mulher era “*ligada*” e, mesmo assim, teve filhos. As profissionais explicam como é feito o processo cirúrgico da ligadura, dizendo que os médicos podem somente “*amarrar*” ou, então, “*cortar*” as trompas. Sobre este processo, Fabíola, que está na sua quarta gravidez e afirma não querer e não ter condições financeiras para ter mais filhos, expressa sua preocupação com a questão de “amarrar” ou “cortar” as trompas e com uma possível falha da laqueadura:

Fabíola: Como que a gente podia ter a certeza de que tá ligada, operada? Eles mostram, será?

Flávia: Ah, eu acho que não. Eu acho que é raro, num é muito comum disso acontecer. Mas acontece...

Joana: Mas é porque, é porque eles amarram.

Fabíola: Eu vou pedi pra ele me mostrar então.

Joana: Mas como é que você vai ver o negócio amarrado dentro de você Fabíola?

Fabíola: Que corte, mas eu num quero que amarre eu quero que corte. Amarra, então eu me amarro em casa, pra num fazer [risos]. Num é verdade? Porque se for fazer uma ligadura pra amarrar é melhor que você use o DIU, porque só pra amarrar pra mim num vai ser válido. Ou corta... eu vou perguntar isso aí, se fora pra cortar ou amarrar eu vou optar pelo DIU. Eu acho que amarrar... pra que amarrar? Então usa o DIU.

Sobre o significado da laqueadura de trompas para as mulheres que a desejam, é interessante o estudo de Suzanne Serruya, ao relacionar a ligadura de trompas ao imaginário feminino. A autora investiga, para além de uma conjuntura social e econômica que favoreceria a escolha pela esterilização, o que pensam as mulheres que optam por esse procedimento. Sua hipótese, que de certa forma é também verificável em minhas entrevistas, é que, apesar dessa conjuntura, há de fato um protagonismo da mulher que vai em busca da ligadura. Um dos resultados de sua pesquisa foi perceber que as mulheres falam da cirurgia com orgulho, já que antes somente mulheres de alta renda e com maior nível de instrução faziam a cirurgia. Dizem que há uma espécie de “submissão voluntária”, ou seja, elas de fato desejam se submeter a esse processo altamente medicalizado, mas que aparece como uma solução definitiva e altamente eficaz para seu problema: não querer ou não poder ter mais filhos. Segundo Serruya:

A esterilização é também um momento positivo, uma conquista para estas mulheres. Compelida a exercer um controle sobre seu corpo, por ela desconhecido, a mulher submete-se a esta interferência corporal íntima e irreversível, legitimando-a com significados próprios e surpreendentes (SERRUYA, 1993, p.58).

Fazer a ligadura traz ainda um sentimento de libertação da necessidade e da preocupação constante com a contracepção. É o que expressa Leila ao falar da sua expectativa com relação a sua vida sexual após conseguir fazer a laqueadura:

Eu acho que vai melhorar tanto. Eu falei com meu marido ontem. Porque ele falou: “nossa Leila, com esse neném você tá amarrando pra caramba”. Pra num falar besteira, ele fala assim né. Eu falei: “meu filho, calma”. Depois que eu ligar você vai comer tanto que você vai até enjoar. Porque num vai ter a preocupação “ih tem que ir lá tomar o remédio”. Num vai mais precisar tomar remédio. Porque a pior coisa que tem gente é você tá trepando, ali daqui a pouco você corre lá pra cozinha pra tomar remédio. Ai, eu detesto. E no dia que eu esquecia, eu acordava chorando minha filha, doidinha da cabeça.

Outro ponto interessante a ser sublinhado é que, indo de encontro à suposta posição submissa frente aos homens em que, na maioria das vezes, as profissionais de saúde veem essas mulheres que vão aos grupos, foi possível perceber que por vezes acontece exatamente o contrário. Uma das mulheres entrevistadas, por exemplo, insiste em fazer a ligadura mesmo sem a total aceitação de seu marido:

**A minha vontade é ligar, embora não seja a vontade dele muito, porque ele acha também que não é de Deus** [o casal é evangélico], só que num tem nada a ver não. Então eu acho assim: que eu passei muito aperto na gravidez, passei dificuldade, agora também com esse problema [alguns problemas com a atual gravidez], agora também eu não tenho mais idade, tô com trinta e quatro anos, já tenho três filhos, pela vida que eu tive também né, três casamentos, então acho que tá muito bom. (Fabíola, 34 anos, manicure)

Algumas mulheres manifestaram preferir que seus maridos fizessem a vasectomia, pela maior facilidade do processo cirúrgico, mas diante da sua recusa, tomam a iniciativa e decidem fazer a laqueadura.

### 3.1.1 - Camisinha feminina e diafragma

No capítulo anterior vimos que, para as profissionais de saúde, os métodos da camisinha feminina e do diafragma têm uma baixa procura principalmente devido ao “desconhecimento” do próprio corpo pelas mulheres que vão aos Grupos de Direitos Reprodutivos. De seu ponto de vista, a dificuldade de manipulação do método, bem como a dificuldade de tocar e sentir o próprio corpo seriam um impedimento a uma maior disseminação de tais métodos. Para utilizá-lo, seria necessário “*ter muita consciência*”, elemento que faltaria a essas mulheres, principalmente as moradoras dos bairros mais pobres. De acordo com as profissionais de saúde, a “*cultura*” de submissão da mulher, e do desconhecimento de si é uma barreira para uma maior utilização desse método, que seria ótimo, principalmente, porque levaria a mulher a uma maior autonomia sobre seu próprio corpo.

Por outro lado, quando conversava com as mulheres sobre os métodos da camisinha feminina e do diafragma, elas me diziam que não optariam por tal método porque os achavam estranhos, tanto pela sua forma de uso quanto pelo seu formato externo. Tais métodos lhes pareciam incômodos e de pouca praticidade. De fato, nas entrevistas as mulheres me diziam que realmente não tinham o costume de se tocar e que nunca tinham tido a curiosidade de se sentir por dentro antes. Contudo, não é esse o motivo apontado para a recusa ao uso desses métodos. A fala de Dayzi é bem ilustrativa do sentimento das mulheres com relação à camisinha feminina e ao diafragma:

Eu achei aquilo ridículo né... não, tá certo que tem que prevenir, mas o que é aquilo minha filha? Uma sacola dentro da gente, enorme, tampa as coisas tudo, a boca é desse tamanho, tampa a xana toda assim da gente, e pra tirar? Ah não, se for pôr camisinha, camisinha fica com a dos homens mesmo. Aquele negócio de diafragma então, um horror... pera um cadinho que eu vou colocar um negócio aqui, ah! Corta a onda menina, corta sim” (Dayzi, 40 anos, diarista).

### 3.1.2 - O (não) uso da camisinha

A maioria absoluta das mulheres que entrevistei afirmava não fazer o uso da camisinha masculina. As profissionais de saúde, como mostrado no capítulo anterior, salientaram a resistência ao uso do preservativo masculino. Contudo, de seu ponto de vista, o

não-uso do preservativo no relacionamento sexual se devia, principalmente, ao fato de as mulheres não exigirem o seu uso por seus companheiros devido a sua passividade e submissão frente aos homens. Uma das enfermeiras afirmou que o não-uso da camisinha tem uma explicação “*cultural*”, junto com a baixa autoestima das mulheres que, ao não pensarem em si, no risco que estão correndo, “se entregam” aos seus parceiros sem usar o preservativo.

Quando conversei com as mulheres, notei que não usar a camisinha é uma opção consciente de algumas delas, que não sentem necessidade desse uso. É o que ocorre com Débora que tem 22 anos e é casada há quatro anos:

Flávia: Você usa camisinha?

Débora: Não uso.

Flávia: Por que você não usa?

Débora: **Eu acho que não tem necessidade. Já tomo a injeção.** Se caso vier um filho, eu já tenho minha vida estruturada pra receber ele, eu to evitando né, mas tem aqueles um por cento, se vier vai ser bem vindo. Então não uso não.

Flávia: E com relação às doenças?

Débora: **Ah, assim eu confio muito no meu marido.** Então eu acho que tem que confiar né senão, vai ficar usando a vida inteira a camisinha, então com só... só ele, então assim eu confio nele.

Débora vê o preservativo masculino como uma forma de, principalmente, evitar a gravidez. Só é feita menção às doenças sexualmente transmissíveis quando mencionadas por mim. Guimarães, ao analisar a propagação crescente da AIDS na população feminina, aponta a rejeição da camisinha como método preventivo do HIV/AIDS, e não como contraceptivo (GUIMARÃES, 2001, p 53). Débora diz também que não o usa porque “*confia*” em seu marido e só tem relações sexuais com ele. Sobre a questão da confiança no parceiro como forma preventiva, Guimarães ressalta que:

O fato de ‘conhecer’ o outro ou a outra tem se mostrado o ‘método’ mais usado contra o risco do HIV, tanto no Brasil quanto em outros países. Isso indica que o vírus é um mero acessório no jogo relacional, sendo a avaliação da pessoa com base na experiência vivida o que oferece garantia maior (*ibidem*, p. 157).

Algumas mulheres afirmavam que não usavam o preservativo porque elas mesmas não queriam, não gostavam:

Não. Nunca usei. Eu consegui usar camisinha uma vez depois que eu já tinha dois filhos com meu marido dentro de casa, **nunca mais eu quero usa na minha vida** (...) uma vez só, por curiosidade, porque eu falei com ele pra comprar (Leila, 30 anos, casada há quinze anos).

**Eu não uso, meu marido num gosta, eu também num gosto, ninguém gosta.** A gente só compra quando é negócio assim de... outro dia a gente até comprou uma pra experimentar, mas frequentemente não. **Embora, isso seria o correto, usar por causa de doença mesmo, porque a gente nunca sabe, a gente tá com a pessoa mas num sabe né** (Fabíola, 34 anos, vive com seu atual companheiro há cinco anos).

Camisinha eu nunca usei não, antigamente nem se falava em AIDS, nem de doença, a gente nem sabia... **sabia que tinha sim, num vou falar que num sabia**, mas é uma coisa... depois que a gente ver, do meu marido também no caso eu num devia ser a primeira pessoa que ele ficou, também num sei te falar se ele usava camisinha das outras, isso também num sei te falar não. **Mas com ele nunca usei também não... mas podia ter pegado AIDS também (...)**Hoje em dia, eu penso assim, meu casamento num tá bom das pernas assim, então se eu arrumar outra pessoa, se essa pessoa quiser fazer sexo sem camisinha nem morta! De jeito nenhum, nem pensar, nem se falar que é presidente da república, hoje em dia (Cida, 47 anos, casada há vinte e um anos).

Vemos nesses trechos que não usar a camisinha também é uma opção consciente destas mulheres. É interessante notar também que elas reconhecem que usar o preservativo “*seria o correto*” e que, mesmo mantendo relações sexuais exclusivamente com seus parceiros, “*podia ter pegado AIDS também*”, já que não é possível ter certeza de que eles não tenham relações sexuais com outras pessoas. Assim, o não uso da camisinha como prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, nesses casos, não se deve à falta de informação, passividade feminina ou não reconhecimento do risco. A persistente resistência ao uso do preservativo é um desafio aos profissionais de saúde que trabalham com estratégias de prevenção, principalmente quando tais estratégias são baseadas no ideal do indivíduo livre, informado, responsável pelos seus atos e capaz de fazer as escolhas “mais adequadas” e evitar comportamentos de risco.

### 3.1.3 - A decisão de ter filhos

Com relação à decisão de ter filhos, as falas de algumas mulheres apontam que essa não é uma decisão só delas e, às vezes, nem é a sua vontade o fator determinante. Assim, no caso de Fabíola, por exemplo, que já tinha três filhos de relacionamentos anteriores, engravidou levando em conta, principalmente, o desejo de seu marido de ter mais um filho, como podemos observar nesse trecho de entrevista:

Fabíola: Os dois quis. Ele pediu e eu achei que também fosse bom porque trinta e cinco né, eu já ia fazer trinta e três então foi até melhor que eu adiantei, que eu também não queria mais. **Eu por mim, eu não queria mais filho, porque eu já tenho três, a dificuldade e tudo, mas como eu gosto dele...** sabe quando você quer alguma coisa assim não pra agradar só ele né, a mim também, mas só que agora eu não quero mais. Esse aqui tá muito bom pra ele, também se não quiser... eu num quero mais nenhum .

Flávia: Então você quis também, mas foi uma iniciativa dele?

Fabíola: É. Se ele num tivesse pedido isso assim, eu acho que eu ia levando.

No caso de Fabíola, seu marido já tinha um filho de relacionamentos anteriores. Porém, esse filho está distante e, portanto, o vínculo com ele foi perdido. No caso de Jéssica, também aconteceu algo parecido. Jéssica tem 26 anos e já tem um filho de dez anos de idade de outro relacionamento, que mora com a sua tia. Seu marido também já tem cinco filhos de relacionamentos anteriores, que se distanciaram perdendo o vínculo com o pai. O desejo do seu marido de ter um filho próximo foi um dos elementos levados em conta na decisão dos dois de terem mais um filho. Segundo Jéssica:

Nós dois decidimos juntos. Fora esse daqui ele já tem cinco filhos, do primeiro casamento dele, do segundo, no caso de um outro que aconteceu que é o caçula de cinco anos, aí a gente sentou e decidiu, porque todos os outros filhos deles estão distantes dele, ele num tem muito vínculo com eles, então a gente decidiu optou ter outro, e esse daqui ele fica com ele o tempo todo, é o xodó dele, como ele mesmo fala, “eu tenho cinco filhos e num tenho nenhum”, agora ele arrumou esse

Esse distanciamento do pai de seus filhos, quando finda o relacionamento de qual foram produto, foi observado por Woortman (1987) quando distingue o ponto de vista de homens e mulheres com relação aos filhos. De acordo com o autor:

[...] todos os filhos de uma mulher independentemente de quantas vezes ela tenha trocado de parceiro, permanecem como sua família; quando um homem troca de parceira ele perde os filhos de uniões anteriores e com eles, perde sua família. (WOORTMAN, 1987, p.75).

A vontade do casal ou da mulher que já tem filhos de ter mais um pode também ser determinada pelo desejo de “*ter uma menininha*”, ou seja, tentar ter uma criança do sexo feminino, quando já se tem um ou dois meninos. Foi essa a motivação de duas mulheres entrevistadas que já tinham filhos homens. Sobre esse ponto, Souza afirma:

O fato de ser o primeiro filho do sexo masculino, ou do sexo feminino, pode ter conseqüências para a construção das estratégias de procriação subsequentes, para a decisão de ter ou não ter filhos adicionais... (SOUZA, 1989, p. 19).

Duas entrevistadas em especial chamam a atenção porque seus relatos são bem ilustrativos da relação entre a decisão de ter filhos e os projetos de vida. Em ambas as declarações, afirmam que não querem ter filhos porque a vinda de um filho atrapalharia a condução de seus projetos pessoais. O primeiro caso é o de Débora. Ela tem 22 anos de idade, é casada há quatro anos e ainda não tem nenhum filho. Quando fui até sua casa para conversarmos, e, no início da entrevista ela me contou que tinha 22 anos de idade e já tinha quatro anos de casada, confesso que isso me causou estranhamento. A primeira ideia que me veio à cabeça é de que ela havia se casado aos dezoito anos porque estava grávida. Não era esse o caso.

Débora conheceu seu atual marido com 17 anos, namoraram durante um ano e resolveram se casar. Casaram-se oficialmente no cartório civil e na igreja. Seu marido tem 26 anos. Decidiram se casar por livre e espontânea vontade e com o consentimento de seus pais. Eles possuem uma casa própria, modesta, construída ao longo do namoro. Débora conta que quando se casou todos perguntavam: “cadê sua barriga?” Disse ter se cansado de explicar: “... *não gente, não vai crescer nenhuma barriga aqui não gente, eu casei porque eu quis mesmo*”. As pessoas do seu convívio demoraram a acreditar que não estava grávida e que havia se casado naquela idade por livre e espontânea vontade sua e de seu marido. Quando pergunto se sua vida mudou depois do casamento, ela me responde:

A minha vida continua a mesma, não mudou nada, faço as mesmas tarefas, as mesmas coisas, assim a diferença é que você vai conviver mais intimamente com a pessoa, no caso vai trocar, seu pai e sua mãe lá que te via todo os dias e vai ser seu marido.

Como fica claro em sua fala, para Débora, não houve uma mudança radical em sua vida após o casamento. A diferença é que antes fazia suas tarefas na casa dos seus pais e tinha uma convivência íntima com eles, agora, depois de casada, faz suas atividades em sua própria casa e convive intimamente com seu marido. Knauth et al (2006), ao falar sobre as trajetórias afetivo-sexuais dos jovens, apontam que, embora haja expectativas em torno da juventude que postulem um retardamento da vida conjugal, há um número razoável de jovens que optam por tal situação. O caso de Débora parece corroborar a hipótese levantada pelos autores segundo a qual a união conjugal pode representar uma estratégia de autonomização com relação à família para os jovens. Nas palavras dos autores:

Propomos como hipótese que a primeira união representa um marco no processo de autonomização dos jovens face à família de origem. É

importante evento na trajetória afetivo-sexual, tendo como um dos indicadores dessa autonomização a saída da casa dos pais e do responsável (KNAUTH *et al*, 2006, p.280).

.De fato, em seu relato notamos que o casamento para ela constituiu um marco de sua separação com os pais e do início de uma vida própria, inclusive do início da construção de um patrimônio somente seu. A idéia de autonomização da esfera familiar dos pais está explícita nessa passagem:

Agora, eu penso assim, **a minha vida, só começou depois que eu casei**, porque tudo que eu fiz pra trás ficou pro meu pai, ficou pra minha mãe, meu quartinho lindo que eu montei ficou tudo pro meu pai pra minha mãe, agora que eu comecei a construir a minha vida, entendeu, depois que você começa a construir as suas coisas mesmo, só depois que casa, num tem jeito.

Salem ressalta que para as mulheres que ele entrevistou na favela da Rocinha, no Rio de Janeiro, “o casamento se configura como uma estratégia mais ou menos consciente, com vistas a um maior controle sobre sua existência” (SALEM, 1981, pg.74). A autora afirma que o casamento, seja ele positiva ou negativamente avaliado, sempre representa um corte na vida das mulheres, uma separação dos pais, uma mudança de status de filha a esposa responsável por sua própria casa.

Durante a entrevista, Débora afirmava categoricamente que não queria ter filhos. Em sua opinião, um filho nesse momento mudaria sua vida completamente e atrapalharia seus planos. Seu marido também concorda com sua decisão e não quer ter filhos nesse momento. Na época em que foi entrevistada, ela estava no primeiro período da faculdade de biomedicina e começaria a trabalhar em uma fábrica; trabalharia durante o dia e estudaria à noite. De seu ponto de vista, o casamento não mudou sua vida, porém, um filho provocaria uma mudança radical. A necessidade de cuidar de uma criança implicaria uma série de obrigações e responsabilidades que atrapalhariam seu ritmo de vida. A chegada de um filho seria um impedimento para a realização de seus projetos pessoais. Diz que só vai querer ter filhos quando conseguir alcançar tudo o que deseja. Em suas próprias palavras:

[...] eu acho que eu tô muito nova ainda, pode ser que quando eu estiver um pouco mais velha, com minha vida estabilizada, formada, e tal quando eu chegar num ponto assim, que parar, agora num tem mais nada pra conquistar, aí entendeu, vai vir aquela vontade, aí pronto eu posso ter, **mas dá que eu não chegue nesse auge, eu num vou querer ter entendeu.**

Heilborn, ao falar da experiência da sexualidade, reprodução e das trajetórias biográficas juvenis, levanta a hipótese da correlação entre prevenção frente à gravidez e

planejamento individual da vida<sup>30</sup>. O caso de Débora parece ser um desses casos em que o desejo de continuar os estudos tem efeito determinante na prevenção da gravidez, que nesse momento, seria para ela “indesejada”. Segundo Heilborn:

Formulamos a hipótese de que cogitação da vida sexual e postura preventiva frente à gravidez acontecem juntas para as jovens com possibilidade de planejamento individual da vida em geral, significando, por exemplo, um domínio das condições de vida e a existência de projetos a médio prazo que seriam prejudicados pela gravidez. O prolongamento dos anos de estudo podem ter um papel importante nesse sentido, fazendo com que haja um retardamento da entrada na sexualidade com o parceiro. Inversamente, a ausência de qualquer perspectiva escolar ou profissional, ligada a uma escolaridade bastante irregular, não faz com que sujeitos considerem uma eventual gravidez como uma perturbação maior e, portanto, não os leva a tentar evitá-la (HEILBORN, 2006, p. 38).

Tive a oportunidade de entrevistar também, sem saber de antemão, a irmã mais nova de Débora. Embora tenham sido criadas juntas, sua história de vida é completamente diferente da trajetória de sua irmã. Mônica tem 18 anos, está concluindo o segundo grau, é solteira e tem um filho de um ano e dois meses, nunca trabalhou e mora na casa da avó, que fica embaixo da casa de seus pais. Mônica ficou grávida pela primeira vez aos quinze anos, porém, o bebê faleceu cinco horas após seu nascimento. Devido a essa perda, ela entrou em depressão por algum tempo. Sua primeira gravidez não foi planejada, mas depois de ter perdido o bebê, ela e seu namorado decidiram que queriam ter outro filho. Para tanto, ela parou de tomar o anticoncepcional e durante um ano tentou engravidar. Aos 17 anos ficou grávida de seu filho. Entrou em depressão novamente, segundo ela, por achar que ser mãe acarretou muitas responsabilidades. Quando seu bebê estava com oito meses, ela terminou seu relacionamento com o pai do seu filho, pois descobriu que ele a traía com outra mulher. Perguntei a ela se, se pudesse voltar atrás, tomaria a decisão de ter filhos novamente. Mônica responde que, embora seu filho seja a melhor coisa que aconteceu em sua vida, se fosse hoje, ela não tomaria a mesma decisão novamente e esperaria muito mais tempo para ter filhos.

É interessante notar que o papel determinante da “*cultura*”, ou seja, do contexto no qual a mulher vive, tal como apontam as falas das profissionais de saúde reproduzidas no capítulo anterior, deve aqui ser relativizado já que, duas irmãs que foram criadas juntas e que,

---

<sup>30</sup> Uma das enfermeiras entrevistadas também acreditava que a educação e o trabalho seriam capazes de diminuir o alto número de adolescentes grávidas. Em sua opinião, somente a educação e o trabalho dariam significado a vida das adolescentes, conferindo-lhes um “objetivo na vida”.

portanto, vieram de um mesmo contexto socioeconômico e familiar, trilharam caminhos diferentes no que diz respeito à reprodução e ao planejamento da vida pessoal.

Outro caso em que a decisão de ter filhos é subordinada aos projetos pessoais da mulher é o caso de Rosi, que tem 26 anos, terminou o segundo grau em 2008 e tem um filho de seis anos de idade. Estava desempregada, mas já havia trabalhado como camareira e auxiliar de serviços gerais. A atividade a que mais se dedicava era a capoeira, uma paixão sua. Segundo Rosi, a chegada do seu primeiro filho - que não foi “planejado” - nos primeiros anos mudou a sua vida, pois teve que deixar de fazer algumas coisas que fazia antes de engravidar, como sair para se divertir, por exemplo. Mas agora, com seu filho tendo seis anos de idade, diz viver sua vida naturalmente. Pergunto a ela se deseja ter mais filhos e Rosi diz:

Não. Só se aparecer uma pessoa que eu goste muito né. Aí eu posso até querer ter uma menina, mais por enquanto eu num quero não. **Ia me atrapalhar porque aí eu ia ter que para na capoeira, eu num quero parar. Aí eu prefiro não.**

Aqui aparece novamente a ideia de que um filho atrapalharia a rotina cotidiana; no caso, atrapalharia Rosi a praticar capoeira e, por isso, ela preferia não ter outro filho agora. Da mesma forma que outras mulheres citadas anteriormente, Rosi mudaria sua decisão de não querer mais filhos e poderia até “*tentar uma menina*” caso encontrasse alguém de quem gostasse muito e que quisesse ter um filho com ela, atendendo seu pedido. Porém, só mudaria sua decisão caso essa pessoa ainda não tivesse filhos, porque se já os tivesse, não seria necessário. De acordo com Rosi, cada um tendo o seu filho já seria o bastante.

Assim, fica claro nesses relatos que, para essas jovens, a decisão de ter filhos fica subordinada aos seus projetos pessoais. É significativo que em todos esses três casos as jovens começaram tomando o anticoncepcional oral, mas diante da frequência com que se esqueciam de tomar as pílulas e do medo de engravidar por causa desse esquecimento, optaram por usar o anticoncepcional injetável que, para elas, é mais difícil de ser esquecido por ser tomado apenas uma vez ao mês, num dia determinado. Quero sublinhar aqui que a certeza de que não querem ter filhos leva essas jovens a trocarem de método, optando por algum contraceptivo “mais confiável”, segundo seu ponto de vista que, por vezes, não coincidem com os percentuais de segurança apresentados pelas profissionais de saúde. Mais uma vez, vemos a centralidade da *confiança* e da *segurança* no método escolhido, sendo que tais elementos variam de mulher para mulher segundo sua percepção pessoal do método, sua trajetória reprodutiva e seus projetos pessoais.

### 3.2 “Na próxima encarnação eu quero vim homem”.

Além de abordar assuntos que envolviam a contracepção, digamos, mais diretamente, durante as entrevistas também pretendia tentar conhecer o que essas mulheres que vão aos grupos pensavam sobre o que é ser mulher. A intenção foi abordar os papéis de homens e mulheres do ponto de vista das entrevistadas. Não será possível, nessa dissertação, aprofundar devidamente a discussão sobre as relações de gênero, que também são determinantes no que diz respeito à contracepção. Essa limitação se impõe, em parte, por que entrevistei somente as mulheres. Meu contato com os homens foi restrito ao momento em que presenciava os grupos em que podia ouvir algumas de suas falas. Contudo, de acordo com a proposta desse trabalho de conhecer “os dois lados” envolvidos no jogo, ou seja, o ponto de vista de profissionais da saúde e das mulheres que frequentam os grupos de Direitos Reprodutivos, é fundamental conhecermos, em alguma medida, como essas mulheres se pensam.

Para todas as mulheres que pude entrevistar, a responsabilidade em evitar uma gravidez deveria ser compartilhada por homens e mulheres. Porém, também todas, sem exceção, reconheciam que na prática essa responsabilidade acabava sendo exclusivamente da mulher, havendo pouca ou quase nenhuma preocupação do homem com relação à contracepção. Ceres Victora, em sua dissertação de mestrado, também encontra o mesmo resultado. Para as mulheres de uma Vila de classes populares de Porto Alegre que a autora observou, a anticoncepção é uma responsabilidade feminina (VICTORA p. 156, 1991). Num dos grupos uma das participantes deixou explícita essa responsabilidade exclusivamente feminina dizendo: “meu marido não quer nem saber, quer que eu vou engravidando, igual uma melancia”.

Em determinados momentos foi possível registrar algumas falas de homens que participavam do grupo, que me pareceram muito interessantes. A minha impressão, que não pode ser comprovada aqui porque não os entrevistei, não tendo dados suficientes para tanto, é que, para os homens, a responsabilidade da contracepção também é da mulher, de forma que eles só entram em cena quando há a impossibilidade de suas companheiras utilizarem algum método contraceptivo por algum motivo. Um dos participantes dizia, por exemplo:

Minha mulher trocou de pílulas várias vezes, tinha uma que dava enjôo, aí trocou; depois tinha uma outra que tava dando problema no coração, aí agora eu decidi fazer vasectomia, porque senão a gente ia se separar.

Em outro caso, um casal que tinha apenas um filho estava decidido de que não queria mais outro e, por isso, o marido estava tentando fazer a vasectomia, já que sua esposa não se adaptou aos anticoncepcionais hormonais e teve graves problemas com o uso do DIU.

Outro caso interessante que, infelizmente, não tive a oportunidade de aprofundar, foi o do senhor Emílio, funcionário público da prefeitura com aproximadamente 54 anos de idade. Ele tem um filho de um ano e me contou ter sido “*pego de surpresa*” com a gravidez da namorada (alguns anos mais nova que ele) quando ela lhe contou essa notícia. Senhor Emílio é viúvo e tem outros filhos mais velhos. Diante dessa surpresa, tomou a decisão de fazer a vasectomia já que, definitivamente, devido a sua idade mais avançada, não quer mais ter filhos. Durante uma rápida conversa, no momento em que os participantes do grupo se apresentavam uns para os outros e contavam um pouco de suas vidas, senhor Emílio me disse: “Com todo carinho que eu tenho pela mulher, mas eu quero fazer vasectomia né, porque aí você não fica na mão da mulher, porque ela pode falar que tá tomando remédio...”. Senhor Emílio queria fazer a vasectomia para garantir que não seria mais “pego de surpresa” já que, essa sua namorada lhe dizia que tomava anticoncepcional oral, mas apareceu grávida. Em sua fala, vemos que sua decisão de fazer a vasectomia foi motivada pelo fato de não ter tanta confiança na mulher, pois ela pode dizer que está se prevenindo da gravidez sem o estar fazendo de fato. Assim, fazer a vasectomia é, para o senhor Emílio, um meio de retirar o controle exclusivo sobre a reprodução da “mão da mulher” e ter controle sobre sua própria reprodução.

Nas entrevistas eu perguntava: o que você acha de ser mulher? Você gosta de ser mulher? As respostas variavam um pouco, mas podem ser situadas em dois extremos. De um lado, as que diziam, categoricamente, que não gostavam de ser mulheres (aparecia também um meio termo no qual algumas apontavam que havia vantagens e desvantagens em ser mulher, mas que, se pudessem escolher, optariam por ser homens) e, no outro extremo, as que me disseram que gostam de ser mulheres e que ser mulher é ser especial.

No primeiro extremo temos Mônica, de 18 anos, com um filho de um ano e que estava solteira. Vejamos um pequeno trecho de entrevista em que ela diz que não gosta de ser mulher:

Flávia: Na sua opinião, o que você acha de ser mulher?

Mônica: **Eu odeio ser mulher, eu queria ser homem** (risos)

Flávia: Por quê?

Mônica: Odeio ser mulher, queria ser homem, mulher sofre muito (risos) mulher só se fode... desculpa a palavra.

Flávia: Em que sentido assim...

Mônica: Ah num sei, num gosto de ser mulher, queria ser homem, pra homem é tudo mais fácil, eu acho.

Flávia: Mais fácil em relação a quê, a trabalho...?

Mônica: Trabalho, responsabilidade, tudo. Igual a **responsabilidade** de filho, pai dele num tá nem aí pra ele, vem aqui uma vez ou outra, dá as coisas pra ele, claro, dá tudo pra ele, **mas só que a responsabilidade fica só comigo, ele pode sair, ele tem a liberdade dele a vontade já eu já não tenho.**

No caso de Mônica, essa visão negativa da mulher, em contraposição à visão positiva do homem, se acentua nesse momento da sua vida porque se vê impedida de fazer várias coisas de que gostava e tinha o costume de fazer devido à necessidade de ficar com seu filho. A “responsabilidade” com o filho a impede, às vezes, de sair com suas amigas, namorar ou mesmo trabalhar. Por isso, ela fica um tanto aborrecida com a situação de ver o seu ex-namorado, pai do seu filho, continuar com a “*liberdade dele*”, nesse caso, livre da responsabilidade de cuidar do filho. Em todas as entrevistas, com todas as mulheres, o cuidado do filho também aparece como sendo de responsabilidade da mulher. Mônica mora com os avós e, por isso, a “responsabilidade” a qual se refere restringe-se mais ao cuidado com o filho; já no caso das mulheres mais velhas que entrevistei, além dessa responsabilidade, elas ainda têm de cuidar da casa.

Dois entrevistas foram emblemáticas dessa idéia da responsabilidade exclusivamente feminina do cuidado com a casa. Esses dois casos representam o meio termo que apontei acima, já que essas duas mulheres afirmam gostar de ser mulher, entretanto, se tivessem a opção de escolha, seriam homens. Vejamos suas falas:

Eu acho que ser homem é mais fácil que ser mulher. A mulher sofre muito né? Aí tudo é a gente. Mas eu num ligo de ser mulher não. **Mas eu falei que na próxima encarnação eu quero vim homem** que eu quero descontar tudo que os outros faz com a gente. Ah não, ser homem é muito mais fácil (...)Ele quer comida, ele quer cueca na mão, ele quer roupa, de manhã cedo ele levanta pra ir pro bar, toma banho e fica sentado pelado lá na cama: “pega minha cueca.” Eu falo: “nossa mas sua gaveta tá aí na frente do seu olho” ,[o marido diz] “mas eu quero que você pega pra mim.” Aí eu pego, eu pego camisa, aí eu levanto, faço café. **É muita responsabilidade. Eu acho assim, o homem também é responsável, mas mulher tem mais preocupação** (Leila, 30 anos, casada, três filhos)

Gosto de ser mulher. **Se eu tivesse que escolher hoje ser mulher ou ser homem, eu ia escolher ser homem porque homem não tem a responsabilidade que a mulher tem.** O homem, vamos supor, ele tá trabalhando ele saiu do trabalho, se ele quiser vim pra casa ele vai, se ele quiser preferir ficar no barzinho tomando cerveja ele num liga, ele num tem compromisso na hora de chegar em casa. Agora mulher não, mulher já tem aquele compromisso. Quando sai do seu trabalho tem que chegar em casa

fazer janta, meu marido trabalha fora, leva marmita. Agora eles não (Luciana, 34 anos, casada, um filho).<sup>31</sup>

Estes e outros depoimentos conseguidos durante as entrevistas corroboram a conclusão de Tânia Salem, ao estudar a identidade feminina nas classes populares. Segundo a autora, essa identidade é subsumida ao âmbito familiar, sendo a mulher definida na ou através da família, como filha, esposa ou mãe. O cuidado com a casa e com os filhos é visto como responsabilidade da mulher; responsabilidade esta que, do seu ponto de vista, é maior e mais preocupante, constituindo um fardo mais pesado que o do homem.<sup>32</sup> Com relação à comparação entre ser homem e ser mulher feita pelas mulheres que entrevistou em sua pesquisa, Salem diz:

[...] elas avaliam e qualificam a situação masculina no mundo a partir da relação particular que o homem estabelece (ou, mais precisamente, não estabelece) com o domínio aludido como sendo dela (...) Esse tipo de expediente utilizado pela mulher constitui um dos fatores que dão corpo à representação do homem como sujeito de sua existência e como portador de vontade própria. A ideia de que ele ‘é mais liberto’ remete, de um lado, para seu menor compromisso com a família (‘é mais irresponsável): não só se exime da preocupação cotidiana com os filhos mas também, enquanto ‘presa fácil de mulher’, a abandona mais facilmente. De outro, sua maior liberdade se vincularia à sua maior capacidade para prover sua subsistência” (SALEM, 1981, p. 60).

Por outro lado, em alguns relatos também apareceu uma visão extremamente positiva da mulher, como aquela que é capaz de ser mãe, mulher e esposa ao mesmo tempo. Esta capacidade é vista como um ponto forte da mulher, que traduz sua força em contraposição à ideia disseminada da fragilidade feminina. Aparece também a “natureza feminina” como uma natureza especial, dada sua capacidade de “*gerar um ser*”. Ceres Victora (1991) observou nos depoimentos das mulheres que entrevistou uma “autoimagem positiva baseada em uma

---

<sup>31</sup> É interessante notar como ocorre uma ambivalência de pontos de vista. Num dos grupos que presenciei, um homem apontava como uma vantagem de ser mulher o fato de que, para ele, as mulheres “não tem muita necessidade, responsabilidade de trabalhar; não tem obrigação de trabalhar como o homem”. Ele se referia a “obrigação” masculina de “trabalhar fora” para sustentar a casa, sendo seu principal, senão único provedor. Para ele, parece que a responsabilidade de “trabalhar fora” e de sustentar a casa seria mais penosa do que ficar em casa e cuidar dos filhos. Por outro lado, as mulheres apontam como sendo uma vantagem masculina a prerrogativa de poder “trabalhar fora” e não ter que se “preocupar” tanto, ou ter “compromisso com a casa”, e se queixam apontando o grande peso desse trabalho cotidiano que é contínuo e não acaba, sendo, às vezes uma jornada dupla, porque se a mulher trabalha fora, quando chega a casa continua trabalhando com os afazeres domésticos.

<sup>32</sup> Apesar de ter utilizado a palavra fardo, é necessário sublinhar que, embora se queixem de tamanha responsabilidade, há, ao mesmo tempo, o reconhecimento da esfera doméstica, ou seja, dos cuidados com a casa e com a família como seu domínio. Quero dizer que, de certa forma, essa maior responsabilidade feminina é vista como legítima pela maioria delas, ou seja, faz parte do “ser mulher”.

condição de sofrimento” (VICTORA, 1991, p. 159). Entre algumas das minhas entrevistadas ocorre ideia semelhante. Para essas mulheres, a maternidade é vista como uma dádiva divina que distingue a mulher do homem, dando-lhe uma essência especial. Podemos perceber tal concepção no seguinte trecho de entrevista com Rosi:

Flávia: O que você acha de ser mulher?

Rosi: Eu acho que ser mulher é melhor, eu acho.

Flávia: Por quê?

Rosi: Ah... num sei. Eu acho que é melhor. **A mulher que tem filho. Que gera o ser. A mulher é mais especial que o homem.** Num adianta falar que num é porque é. Se não fosse Deus, num tinha dado o dom pra ela de gerar outra vida.

Flávia: Você acha isso bom, mesmo com a dor do parto?

Rosi: É bom. Mesmo assim, vale a pena.

Outra visão positiva da mulher aparece quando Daizy, em seu depoimento, enfatiza a “força” da mulher. Para ela, ao contrário do que geralmente todos dizem, a mulher é o “*sexo forte*”, sendo o homem o sexo frágil. Esta entrevistada tem 40 anos de idade, mora com seu companheiro há cinco anos e tem cinco filhos: três de pais diferentes e dois com seu atual companheiro. Na época da entrevista, Daizy passava por dificuldades financeiras. Não estava trabalhando, só fazia algumas faxinas esporadicamente já que, por conta dos filhos menores, não podia trabalhar regularmente. Seu companheiro também estava desempregado fazendo alguns “bicos” de pintura quando aparecia. Seu caso é interessante porque durante a entrevista ela enfatizou diversas vezes que adorava ser mãe; contava-me com entusiasmo das vezes que começava a sentir a dor do parto e tinha que ir ao hospital para ganhar os bebês. Nas palavras de Dayzi: “*se eu fosse rica, eu ia ter um filho por ano, num ia trabalhar nem nada, só ia viver pra cuidar dos meninos mesmo. Eu adoro, eu adoro dá a luz, eu adoro, vou até rindo*”. Ser mulher-mãe, do seu ponto de vista, faz da mulher forte, capaz de lutar contra tudo e contra todos para defender seus filhos, sua casa. Seu depoimento é bem ilustrativo da visão positiva da mulher, vejamos:

Eu acho que ser mulher é o seguinte: ser mulher tem suas desvantagens... pra mim num tem nem desvantagem se você quer saber é, sabe por quê? Porque eles falam, que a mulher é sexo frágil, nunca que é! Frágil é o homem. Sabe por quê? A mulher ela fica sem o homem, homem é difícil ficar sem mulher, nem que seja só pra ter sexo (...) A mulher é forte pra caramba, eu acho, a mulher é sexo forte, num tem nada de sexo frágil não, com certeza. Igual você vê que a mulher tem força pra ganhar neném, se fosse homem, morria; ela carrega um filho na barriga, ela tá trabalhando. Mas eu acho assim, pode ter suas desvantagens: muita gente num gosta de ser mãe, num gosta cuidar dentro de casa né, pra elas podem ter essas desvantagens,

mas eu num acho não. Eu gosto. . **Pra mim num é, porque eu gosto do que eu faço, eu gosto de ter meus filhos, eu gosto de cuidar dos meus filhos, eu gosto de cuidar da minha casa, eu gosto de trabalhar e gostar de casa. Por isso eu num vejo desvantagem em ser mulher, eu acho que mulher é forte demais, ela é muito capaz. Agora, pra quem num gosta, dessa vida de mãe, de doméstica, é desvantagem sim.**

A fala de Daizy aponta para algumas percepções interessantes. Primeiro, dando como exemplo sua experiência pessoal, o homem tem uma dependência com relação à mulher, não sendo capaz de viver sem a presença feminina “*nem que seja só pra ter sexo*”. Ao contrário, a mulher é, nesse sentido, independente do homem, conseguindo viver muito bem sem a presença masculina. A mulher seria mais forte, tendo uma capacidade maior do que o homem de suportar a dor, como a dor do parto, por exemplo. O trecho destacado aponta ainda para uma percepção positiva do seu papel de mãe e de “dona de casa”. Nas entrevistas com algumas mulheres, foi possível notar que, embora digam que se pudessem escolher preferiam ser homens, elas não veem seu papel dentro da esfera doméstica como negativo; ao contrário, gostam do que fazem em casa. É o que podemos perceber no seguinte depoimento:

Flávia: Na sua casa você é responsável por tudo. O que você acha disso?

Luciana: Eu gosto de fazer. Minhas irmã fala, você tem mania de limpeza. Num é isso, **eu gosto de limpar. Eu me sinto bem, às vezes é uma forma até mesmo de expressar o que você tá sentindo.** Você limpar uma janela, você limpar um chão, você limpar um vaso. Às vezes você tá com problema, as vezes você limpando esclarece, aparece uma solução. Eu procuro ver desse jeito. Em tudo que você vai fazer, você vai fazer gostando de fazer. Num adianta você pegar uma coisa que você não gosta de fazer. Que nem eu, cozinheiro muito bem, mando muito bem na cozinha, mas se você mandar eu escolher, você prefere cozinhar hoje ou limpar, eu vou escolher limpar. **Eu adoro minha cozinha** desde que esteja nela sozinha, ninguém me enchendo, você pode pedir o que você quiser que faço pra você, desde que eu esteja sozinha.

Cynthia Sarti, ao estudar a forma particular como se constrói a noção de família como uma ordem moral entre os pobres, assinala a positividade do trabalho doméstico para as mulheres que, junto com a maternidade, significa o substrato fundamental da construção da identidade feminina. Assim, o papel de dona de casa e de mãe são fontes de sentimento de dignidade pessoal. Segundo Sarti, o trabalho doméstico:

[...] não é considerado ‘trabalho’, mas parte do ser mulher, da qual ela retira a satisfação de ver a tarefa que lhes cabe bem feita – a casa limpa e arrumada nos pequenos detalhes, os filhos bem vestidos, a família alimentada -, dando-lhe um sentido de dignidade. (SARTI, 2009, p. 99).

Algumas entrevistas corroboram com a colocação de Sarti e apontam quais seriam as “*obrigações*” femininas para algumas mulheres, sobretudo as que já são casadas há mais tempo e com mais filhos. As “*obrigações*” de uma mulher seriam cuidar da casa, oferecer roupa limpa e sempre preparar a comida. A fala de Leila, casada há quinze anos, com 30 anos de idade e três filhos, ilustra bem essa definição do papel da mulher:

Mas aí dentro de casa eu detesto bagunça, pra te dizer a verdade, eu odeio. **Agora, uma coisa que eu acho que é minha obrigação. Eu posso num fazer nada, mas ter comida e roupa limpa eu acho que é minha obrigação sabe. Porque eu penso assim, depois o homem larga a gente.** Mete o pau nas mulheres e fala “ah, ele tá falando mal de mim porque tava andando com mulher”, pura mentira. Tem muita mulher que fala mal do homem também que eu acho que é mentira. **Porque tem umas mulher aí que é muito preguiçosa. Eu detesto bagunça, eu odeio, nossa passo até mal (...)**Eu saía de casa oito e meia deixava a cozinha arrumada (...)Tinha dia que eu fazia janta, tinha dia que eu fazia quando eu voltava. Minha cunhada que morava aqui debaixo falava: “Leila, eu num vivo a vida que você vive, eu não aguento.” Eu falei: “por quê?” “Ah, chegar dez horas da noite e fazer janta.” Eu falei: “minha filha, eu tenho um marido e dois filhos que come uai, eu vou deixar eles sem comer?” **Nunca na minha vida eu deixei sem fazer comida na minha casa (...)**Aí se num tiver depois você sabe né, homem eu acho assim, a gente não tem que dar motivo, porque pra eles tudo é motivo né. Então eu num dou não, motivo não. Num gosto não.

No momento da entrevista, Leila estava grávida do seu terceiro filho e estava de licença do seu trabalho como cozinheira de um restaurante. Porém, Leila afirma com orgulho que, mesmo trabalhando fora de casa, nunca deixou de cumprir com suas “*obrigações*”, isto é, nunca deixou de realizar seu papel de mãe, esposa e dona de casa. O fato de nunca deixar de fazer a comida aparece nesta e nas falas de outras mulheres como uma responsabilidade fundamental, que nunca pode deixar de ser cumprida. Leila conta que, mesmo quando sai com a família para comer pizza, lanche ou hambúrguer, chega a casa e tem que fazer o arroz com feijão para satisfazer seu marido, que não gosta de comer fora de casa. Sarti (2009) também assinala a comida como um dos valores morais fundamentais dos pobres, que se realiza através do trabalho doméstico feminino. Nas palavras da autora:

A área da cozinha, como e o que comer, a preparação e a distribuição dos alimentos, domínios femininos, envolvem um cuidado especial com relação ao que constitui outro valor fundamental, a comida, através da qual não apenas se alimenta a si, mas também se expressa a prodigalidade de alimentar os outros (SARTI, pg 98, 2009).

Assim, para algumas mulheres, essa “*obrigação*” em cuidar da casa, dos filhos e da comida não é vista como negativa e, sim, como parte do seu papel, que ela busca cumprir com perfeição para “*não dar motivo*”. Há uma preocupação por parte de Leila de não deixar de fazer suas tarefas de mãe, esposa e dona de casa para evitar queixas de seu marido, já que, caso ela deixe de cumprir seu papel, o homem pode querer “*largar*” a mulher. Aparece aqui a noção de que caso a mulher seja “*preguiçosa*”, seria legítimo o homem se queixar, “*falar mal*”, e até mesmo querer se separar; há inclusive um julgamento moral negativo com relação às mulheres que não cumprem suas tarefas domésticas devidamente, sendo elas tachadas de “*preguiçosas*”. É o que podemos perceber também no caso de Luciana. Essa entrevistada tem 34 anos é casada há treze anos e tem um filho. Na época da entrevista, trabalhava como diarista e ajudava nos afazeres da casa de sua irmã que estava grávida. Luciana dizia que estava tendo uma jornada dupla, já que estava cuidando da sua casa, do seu filho e da casa da sua irmã e também da filha dela, que é sua afilhada. Contou-me que sua irmã tem melhores “*condições*” porque o marido dela ganha um salário maior que o seu e, por isso, sua irmã nunca trabalhou fora e também não costuma cumprir com seus afazeres domésticos. Segundo Luciana, sua irmã falha no papel de mãe. Luciana julga a atitude da irmã como “*errada*”, que pode ter como consequência a perda do seu marido já que, para ela, “*todo homem um dia cansa*”. É o que podemos observar no seguinte trecho da entrevista:

Flávia: Você tá ajudando sua irmã?

Luciana: Isso. **Porque minha irmã é preguiçosa é acomodada mesmo.**

Flávia: Preguiçosa em quê?

Luciana: **Preguiçosa em tudo. Num gosta de limpar, cozinhar, fica só com aquelas coisas prontas.** O marido dela tem a condição melhor do que o meu. Meu marido vai ganhar por mês mil, mil e duzentos, o marido dela ganha dois, três e pouco. Ela mora num apartamento, tem a condição boa. Desde quando começou a namorar ele, ela num trabalha mais fora. O primeiro filho quem criou foi a gente, portanto ela num obedece a mãe. Pra ela eu sou a mãe a outra é a mãe, a mãe verdadeira mesmo num obedece. Ela tem preguiça assim de arrumar uma casa, de fazer um almoço.

Flávia: E o que você acha da vida da sua irmã?

Luciana: **Errada. Porque eu sei que mais pra frente ela vai sofrer a consequência. Todo homem um dia cansa,** porque ele num vem pra casa, ele só vem pra casa no fim de semana. Ele é mecânico de máquina pesada, ele só vem final de semana. Eu acho que se meu marido fica longe de mim a semana inteira, ele chegar final de semana eu vou procurar fazer pra ele o melhor que eu num faço a semana inteira. Vou dá uma caprichada na casa vou deixar o ambiente mais limpo. **Mais tarde ela vai sofrer porque ela vai perder ele. Do jeito que eu vejo ele, ele já tá cansado.**

Por outro lado, nas entrevistas com duas mulheres mais jovens, notei uma diferença no discurso com relação à positividade do trabalho doméstico. Suas falas apontavam para a

percepção de que seu papel como mulher não deveria ter seu traço fundamental no cuidado com a casa e com os filhos. Não concordavam com a “obrigação” e a “responsabilidade” feminina, tal como aparece nas falas acima citadas. Seus depoimentos apontam para outra direção. Vejamos a fala de Débora, de 22 anos:

Débora: (...) porque, tipo assim, eu aqui em casa, **um dia eu num tô a fim de fazer comida eu ligo pra uma pizza e mando entregar aqui...**

Flávia: E seu marido?

Débora: Ele não liga, se eu por exemplo deixar a casa uma bagunça a semana inteiro porque eu tô cheia de trabalho, estudando pra prova, ele chega arruma a cama deita e dorme, não fala nada, super tranqüilo.

Nessa mesma direção, Rosi, de 26 anos, expressa sua opinião sobre os papéis masculinos e femininos na esfera doméstica:

Eu acho que eles têm que ajudar sim. Eu acho que têm. Eu acho que se eu morar com uma pessoa, **as tarefas tem que ter divididas**. Num tem essa que eles num tem que fazer isso, num tem que fazer aquilo. Meu menino eu já ensino ele. Ele é tão bonitinho que eu tô lá na sala vendo televisão é ele lavando louça. Eu tô ensinando, tem que ensinar. Os homens ficam com esse machismo porque as mães quando eles é pequeno bota na cabeça dele. Se a mãe começasse a ensinar desde de cedo eles iam cumprir com as obrigação dele. **Eles também têm que fazer. Se ele cuida, se ele come, ele também tem que pegar a panela pra fazer e pegar roupa pra lavar. Não é só ficar esperando a mulher não. A tarefa tem que ser dividida. Se muitos casais dividissem a tarefa, num ia sobrecarregar e num ia dá tanta separação, tanta confusão entre eles.**

No primeiro trecho de entrevista, diferente de Leila e Luciana, que valorizam o “*fazer comida*” e o cuidar da casa como suas “obrigações” que devem ser cumpridas com perfeição, Débora não prioriza essas tarefas em seu cotidiano. Quando não tem vontade de cozinhar, pede uma pizza; quando tem muitos trabalhos e provas para a faculdade, deixa a casa bagunçada. No segundo depoimento, Rosi afirma que as tarefas domésticas devem ser divididas, não sendo responsabilidade exclusiva da mulher. Notamos que há uma diferença de pontos de vista de mulheres um pouco mais velhas e das mulheres mais jovens, que apontam uma mudança na percepção da definição do papel da mulher. Duarte, ao falar sobre a expansão do modelo de família igualitária e dos problemas contemporâneos da família moderna, assentada na combinação de forma hierárquica e espírito individualizante, joga uma luz sobre a mudança gradual que se opera e está expressa nos diagnósticos disseminados de “crise” da família contemporânea. Segundo Duarte:

A dissolução do formato hierárquico tende a ser lida de um modo excessivamente pragmatista, como resultante da perturbação da divisão sexual do trabalho, da ‘repartição de tarefas’, que traduzia no nível da

percepção cotidiana a exigência de complementariedade relacional. Na verdade, a indisposição em continuar reproduzindo a repartição de tarefas deve ser considerada como sintoma de um deslocamento mais radical: o da assunção pelas mulheres do projeto individualizante (DUARTE, 1995, p.36, grifo meu).

Heilborn analisa como opera o princípio igualitário que rege a conjugalidade nas camadas médias. O “casal igualitário”, característico destas camadas, recusa qualquer distinção de papéis entre os sexos, reafirmando a igualdade de responsabilidades entre o casal e enfatizando a ênfase na paridade da divisão do trabalho doméstico. A sobrecarga doméstica é vivida como propiciadora de um desvirtuamento das relações do casal (HEILBORN, 2004). Não obstante Heilborn ter realizado seu estudo num universo de classe média, diferente do universo de classes populares das mulheres por mim entrevistadas, com valores diferentes e, por vezes, diametralmente opostos, é possível notar na fala de Rosi quando diz que, na sua opinião as tarefas domésticas deveriam ser divididas, o que opera, em alguma medida, o ideal igualitário descrito pela autora.

### 3.3 Submissão, confronto e negociação

No capítulo anterior vimos nas falas de algumas profissionais da saúde que elas veem as mulheres do grupo, por vezes, como sendo submissas aos seus companheiros, assumindo uma posição passiva diante dos homens reproduzindo, em alguma medida, os estereótipos correntes acerca de atitudes submissas das mulheres, sobretudo das mulheres pobres. Na tentativa de apreender o ponto de vista das mulheres sobre uma possível “submissão” aos seus companheiros, perguntava-lhes como era sua relação com seus maridos, e o que faziam quando havia alguma discordância entre o casal. Algumas, casadas há mais tempo, relatam que no início do casamento ainda aceitavam e cediam algumas vezes quando seus maridos as impediam de fazer alguma coisa. Contudo, afirmam ter mudado sua atitude e hoje em dia não cedem mais. Suas falas não apontam para um comportamento passivo ou submisso aos seus companheiros. Todas me disseram que quando discordavam, defendiam suas posições e não costumavam ceder frente a eles. Rachel Soihet também ressalta os casos de mulheres pobres que, no início do século XX, não se enquadravam no modelo tradicional prescrito para mulher. Segundo Soihet, nessa época “o estereótipo do marido dominador e da mulher submissa, próprio da família da classe dominante, não parece se aplicar *in totem* nas camadas

subalternas” (SOIHET, 2008, p. 377). Durante as entrevistas, também pude observar esse dado. Vejamos trechos de algumas entrevistas que comprovam essa posição:

Leila: Eu num tenho medo de nada não. **Num tenho medo de homem**, num tenho medo de ninguém, pergunta meu marido pra você ver, sou abusada. Tem dia que ele mesmo falou: “toda baixinha é abusada.” “Eu não.” Ele fala as coisas comigo eu respondo ele.

Flávia: Se for alguma coisa que você não concorda...

Leila: Não, eu não concordo e pronto. É ruim, hein. Eu sou desafortada. Minha mãe mesmo falou outro dia que eu sou malcriada. Ah, eu sou estressada, num vem querer me enganar que eu num sou boba não”

De forma semelhante, Luciana também afirma:

Flávia: Você na relação com seu marido. Vocês se dão bem?

Luciana: Se damo muito bem. Não concordamos em várias coisas entendeu. Eu não concordo de muita coisa com ele e ele num concorda de muita coisa comigo. Que nem ele num gosta que eu fumo e eu fumo. Ele num bebe e nem fuma.

Flávia: Mas mesmo ele falando com você...

Luciana: Eu fumo. Ele num importa do final de semana chegar tomar uma cervejinha. Ele num bebe, bebe só refrigerante, suco essas coisas assim. Muita coisa a gente num concorda devido até a relação com meu filho mesmo.

No caso de Luciana, a relação com seu marido é marcada pela discordância em relação ao cuidado do filho. Ela se queixa muito da ausência do marido como pai que, embora more junto com eles na mesma casa, não compartilha o cuidado com o filho, não participando do cotidiano da criança. Essa discordância é permanente na vida do casal e faz, inclusive, que haja brigas graves entre eles. Luciana relata, por exemplo, uma vez que flagrou seu marido batendo no filho e por pouco não agrediu o fisicamente:

Mas coração de mãe é coração de mãe, eu cheguei fui mais cedo pra loja, limpei a loja e consegui chegar mais cedo. Na hora que eu cheguei ele tava realmente enchendo o João de chinelada e tinha pouco tempo que ele tinha feito cirurgia. Na hora eu num enxerguei mais nada, agarrei na camisa, no peito dele e falei: você nunca mais faz isso! A próxima vez que eu chegar e imaginar que você tá fazendo isso aqui eu chamo o Conselho Tutelar pra você, chamo a polícia e se eles num der jeito **eu mesmo te dou uma surra. Dou uma surra em você e na sua mãe.**

Vemos que Luciana se impõe frente ao seu marido, principalmente quando se trata da defesa de seu filho. Outro depoimento que chamou a atenção foi o de Fabíola. Esta entrevistada tem 34 anos de idade, quatro filhos e está no seu terceiro casamento. Fabíola é evangélica e

quando conversávamos sobre ser mulher ela me contava que, segundo a bíblia, a mulher deve ser submissa ao homem. Vejamos esse trecho de entrevista:

Fabíola: (...) igual eu sou evangélica, a mulher tem que ser submissa ao homem em tudo, é o correto. Tá na bíblia. **Só que dependendo, você bate muito de frente**, porque é bom você ser submissa a uma pessoa que entende, agora ser submissa, no meu caso, meu marido é um pouco autoritário, nervoso, às vezes acaba irritando eu. Mas é bom ser mulher.

Flávia: E estar na bíblia a mulher ser submissa ao homem, você concorda?

Fabíola: Eu concordo, **mesmo eu discordando deles em algumas coisas eu concordo**.

Flávia: Mas por quê?

Fabíola: Porque assim é o correto, da parte de Deus, eu acho que é o correto. Não assim né, igual eu falei pra você, quando tá os dois no mesmo caminho é muito bom, mas tem pessoas que é evangélica e o marido não é, aí também tem aquela contradição, ou senão o marido é evangélico e a mulher não é. É bom quando os dois entendem um ao outro, que nem meu marido, às vezes ele usa isso né, ele fala: “não, tá na bíblia, a mulher tem que ser submissa cala a boca e pronto! Quem dá a última resposta aqui sou eu, não é você.”, e **às vezes tem coisa que eu num acho que é correto e às vezes a gente entra em contradição né. Mas eu acho que o correto é ser submissa, mesmo eu contrariando ele às vezes** (risos).

Fabíola, diz concordar com a submissão feminina ditada pela bíblia. Porém, na vida cotidiana com seu companheiro há momentos em que esse preceito é suspenso, e ela contraria seu marido, discordando de suas atitudes. Nesses três casos acima, vemos que há, por vezes, um embate entre marido e mulher no qual eles “*batem de frente*”, isto é, há um confronto de posições.

Por outro lado, nos depoimentos das duas mulheres mais jovens, notei uma diferença no discurso que aponta que quando há uma divergência entre o casal, não há um embate, mas, sim, uma tentativa de entrar em acordo de chegar a um consenso. Assim, percebi uma diferença de pontos de vista entre as mulheres mais novas casadas há pouco tempo e as mulheres um pouco mais velhas com mais anos de casamento. Para as primeiras, o ideal é que o casal entre em acordo; para as segundas, há um confronto que, na maioria das vezes, gera embates e discussões. Os dois casos exemplares da tentativa de entrar em um acordo são novamente o de Débora e de o Rosi. Na época da entrevista, Débora estava tendo uma divergência com seu marido com relação ao seu desejo de tirar carteira de motorista<sup>33</sup>. Vejamos o relato desse impasse do casal:

---

<sup>33</sup> Chama a atenção o desejo das mulheres de tirar carteira de motorista. Esse desejo foi expresso por praticamente todas as entrevistadas. Uma, inclusive, disse que esse era o seu sonho e que, apesar da falta de apoio do marido, ainda vai lutar para conseguir realizá-lo.

Aí começa, se você fizer isso, eu vou fazer aquilo, entendeu. Igual, ele quer fazer uma tatuagem, eu não quero deixar, “ah não, se você fizer a tatuagem eu vou tirar a carteira de moto.” **Aí a gente entrou num acordo:** “você num faz a tatuagem e eu não tiro a carteira, mas em compensação eu tiro a de carro.”, “ah então tá bom.” Então sempre chega nessa coisa, mas antes, até chegar num consenso, fica nessa lutinha aí, tem que ter jogo de cintura, senão você briga, chuta o balde.

Ao contrário de um embate direto, Débora tenta “*ter jogo de cintura*” para que não seja necessário “*chutar o balde*”. A discussão se dá a fim de que entrem em um consenso. Percebemos então que não há submissão, ou confrontos que levem a brigas e, sim, a tentativa de uma **negociação** entre o casal, em que as vontades de cada um são negociadas e ambos devem ceder em algum ponto para poderem chegar a um acordo possível. O mesmo aparece na fala de Rosi. Perguntei se ela pretendia se casar, e ela foi categórica em sua resposta, dizendo que só se casaria se seu marido não tentasse lhe “*prender*”, ou seja, se o companheiro não tentasse proibir ou impedir de ela fazer as coisas de que gosta, como a capoeira, por exemplo. Vejamos o seguinte trecho dessa conversa:

Flávia: Mas você tem vontade de casar?

Rosi: Casar... tenho, mas aí **a pessoa num pode ficar prendendo a minha vida** né, meu signo é Aquário, eu gosto de ser feliz. Assim ficar falando, tem vez que a mulher casa, o marido fica falando “num quero que faz isso, num quero que faz aquilo”, quer que a mulher fica só no domingo cozinhando, ah não!

Flávia: Você num aceitaria assim, por exemplo, você tem um namorado, aí daqui a pouco ele começa implicar com a capoeira...

Rosi: Aí eu num vou parar, aí num vai dar certo, porque eu num vou parar de fazer. Se ele gostar de futebol dele, eu vou deixar ele tranquilo com o futebol dele, **deixar não né, porque eu num mando nele e nem ele vai me mandar, todo mundo consintindo com a opinião de cada um. Respeitando o gosto de cada um.**

O ideal de Rosi é que, apesar de casada, continue fazendo as mesmas coisas de que gosta e que seu marido não tente impedi-la de fazê-las. Para ela, o casamento não deveria ser uma relação de submissão, de dominação e, sim, uma relação de respeito na qual houvesse compreensão e consenso. Continuando a conversa sobre esse assunto, prosseguimos:

Flávia: O que você pensa disso, antigamente como a mulher era...

Rosi: Tinha que ficar em casa cuidando do filho, triste, amargurada. Passou né, **hoje em dia a mulher tem mais opinião. Elas correm mais atrás, num depende do homem. É independente.** Mas existe aquelas ainda né, que num quer trabalhar, que num quer correr atrás e fica ali passando humilhação aguentando bucha porque quer ficar dentro de casa.

Flávia: Você num concorda com isso?

Rosi: Não.

Nessa última fala, Rosi faz uma diferenciação entre a mulher de antes e a mulher dos dias de hoje. Do seu ponto de vista, a mulher atual é mais **independente**. Esta opinião está presente nesta e em todas as falas das outras entrevistadas. Esse ideal é um ponto comum entre todas elas. Notamos nas falas que essa independência consiste principalmente na possibilidade de viver sem depender totalmente do marido no que diz respeito ao dinheiro. Elas me falavam da importância da mulher, nos dias de hoje, de trabalhar para ter o seu próprio dinheiro sem precisar pedir tudo aos seus maridos:

Que qual que é melhor, você um dia sair, ter seu carro, ser independente, ou você ficar dependendo de dinheiro de mãe e pai pra sair? Ficar dependendo de dinheiro de marido pra sair? É muito melhor você ser independente, ter seu dinheiro, ter seu sustento e não depender de ninguém (Dayzi 40 anos, diarista).

Contudo, é muito importante relativizar aqui o valor do **trabalho** para algumas mulheres. No caso de Rosi, por exemplo, o trabalho não é um valor em si; ela valoriza o trabalho como um meio de ter seu dinheiro próprio sem depender de seu marido. Porém, caso seu marido tenha boas condições financeiras, isto é, caso se casasse e seu marido tivesse um bom salário e pudesse ser o único provedor da família, trabalhar fora de casa não seria necessário. Vejamos:

Flávia: Quando você casar, você quer continuar trabalhando fora?

Rosi: Eu vou trabalhar fora, porque se eu ficar dentro de casa eu vou ficar dependendo do dinheiro do meu marido aí tudo que for, eu vou ter que pedir dinheiro pra ele, entendeu?. É ruim. Agora, se ele for um homem que tem um plin (risos), aí eu mesmo vou me encarregar de tirar o meu por fora e ficar dentro de casa. **Agora se for um homem que num tem a situação estável, eu vou trabalhar pra fora né, porque só ele trabalhar a gente num vai ter uma vida boa não. Tem que ser os dois, agora, se for um homem que tem uma conta alegre (risos), eu num vou ficar dentro de casa né, vou fazer meu esportes que eu gosto, vou pro shopping, cuidar de mim.**

Rosi afirma que se tiver um marido com uma “*conta alegre*”, não precisaria ter um emprego, pois se encarregaria de “*tirar o seu por fora*” sem precisar trabalhar, podendo fazer o que gosta, isto é, poderia sair para fazer seus esportes, ir ao shopping e cuidar de si. ,Woortman (1987), ao estudar o parentesco e os papéis sexuais nas camadas mais pobres da Bahia, constatou que algumas mulheres que trabalhavam fora preferiam ficar em casa, caso pudessem. Nos casos estudados por Woortman, as mulheres preferiam ficar em casa para poder cuidar da casa e dos filhos, cumprindo o papel ideal de mãe, esposa e dona de casa. O

caso de Rosi é um pouco diferente, já que não tem esse ideal como padrão; ela não deixaria de trabalhar para ficar em casa cuidando dos afazeres domésticos. Não trabalhar e poder contar com o dinheiro do marido seria vantajoso, do seu ponto de vista, porque possibilitaria mais tempo para cuidar de si e de fazer as coisas que gosta. No entanto, o caso de Rosi parece corroborar a colocação de Woortman quando conclui:

Assim, é fato aceito que a mulher trabalhe, ainda que idealmente ela devesse ficar em casa. Este ideal, ao qual também aderem às mulheres, é, naturalmente, parte de desejo de ser ‘classe média’, de poder viver como as ‘madamas’, num mundo de luxos para os padrões dos moradores de invasões (WOORTMAN, 1987, p. 95).

Vejamos um ponto de vista diferente do de Rosi acerca do trabalho expresso no trecho de entrevista com Luciana:

Flávia: Então você gosta de trabalhar fora?

Luciana: Eu gosto de trabalhar fora. Principalmente em relação à limpeza ou então criança. Se for criança você aprende mais. **É muito importante a mulher trabalhar hoje em dia.**

Flávia: Vamos supor seu marido tiver condições de sustentar, você trabalha porque...

Luciana: Eu gosto de trabalhar. Por ele eu não trabalhava, portanto ele me dá cem reais por mês pra mim não trabalhar. Mas eu não consigo ficar sem trabalhar. Eu trabalho toda semana. Vai chegar dia cinco agora ele vai me dar cem reais na minha mão pra mim não ir passar uma roupa pros outros, pra mim não ir fazer faxina, pra mim não ir ajudar a minha irmã que tá grávida. Ele me paga pra mim não trabalhar e eu não acho isso correto. **Portanto, esse dinheiro que ele me dá eu gasto com nosso filho. Compro roupa, compro calçado, pago o dentista dele.**

É possível notar, novamente, uma diferença entre as falas de Rosi, com 26 anos, solteira que ainda mora com as irmãs, e as falas de Luciana com, 34 anos, casada e dona de casa. Luciana também aponta a importância de trabalhar fora de casa; porém, diferente de Rosi, o trabalho para Luciana não configura um meio de afirmação individual no sentido de um meio através do qual pode satisfazer suas aspirações individuais. Para Luciana, não seria legítimo usar os cem reais que recebe do marido para comprar coisas pra si mesmo; o dinheiro extra que recebe deve ser destinado ao filho. Tânia Salem, ao estudar a construção da identidade feminina de mulheres moradoras da favela da Rocinha, no Rio de Janeiro, fala do que é ser mãe para essas mulheres. Salem constatou que quando elas compartilham o sustento da casa com o marido, o dinheiro conseguido por elas destina-se sempre aos filhos, principalmente para roupas, calçados e material escolar (SALEM, 1981).

Ainda sobre o valor diferencial do trabalho remunerado para a mulher, mais especificamente a mulher pobre, Sarti afirma que o trabalho feminino inscreve-se na lógica das obrigações familiares, sendo motivados por elas e não necessariamente configurando um meio de afirmação individual para a mulher, já que esta individualidade é referida à família. Segundo a autora:

O trabalho pode trazer à mulher a satisfação de ter algum dinheirinho seu, pouco que seja, afirmando em algum nível sua individualidade, mesmo que seus rendimentos não se destinem para si mesma, uma vez que esta individualidade não deixa de ser referida à família” (SARTI, 2009, p. 100).

### 3.4 - Mulher e/ou Mãe

Em alguns depoimentos foi possível perceber que, por vezes, os papéis de mãe e de mulher se confundem, sendo a identidade feminina totalmente identificada com a maternidade. Como aponta Salem, “sua identidade está inextricavelmente atada, confundida ou ainda anulada em favor dos filhos” (SALEM, 1981, p.84). Em dois casos especiais, a sobreposição dos papéis de mãe e de mulher é mais explícita. São casos de mulheres que deixaram de levar adiante seus projetos pessoais por causa de seu marido e dos filhos. Quando lhes perguntava sobre quais eram seus sonhos ou o que fariam de diferente em suas vidas se fosse possível voltar atrás, essas falas aparecem.

O primeiro caso é o de Cida, que tem 47 anos, é casada há vinte e dois anos e tem dois filhos – um rapaz com 21 e uma moça com 17 anos. Cida é branca, estudou até a quarta série primária, trabalha em uma malharia há vinte anos. No momento da entrevista, passava por um período de crise em seu casamento e já não se relacionava muito bem com seu esposo. Ao ser perguntada sobre quais eram os seus sonhos, Cida me deu um depoimento muito interessante transcrito abaixo:

**[...] Eu ainda quero ser muito feliz na minha vida. Eu quero mesmo! Eu ainda sonho muito. Sair e dançar.** Então, eu ainda tenho vontade ainda, de sair, me divertir, de rodar um salão de baile inteiro com uma pessoa que eu goste. Meu sonho é, eu ainda quero viver muito, eu ainda quero fazer muita coisa. Eu falo, porque as pessoas falam assim: “ah, mas Cida tá muito pra frente, a Cida num era assim, a Cida tá muito pra frente.” **Mas gente, o que eu tenho a perder agora? Meu filho tem vinte e um anos, minha filha tem dezessete, eles num precisam de mim mais pra trocar fralda pra olhar e tudo,** precisa de orientação, é lógico que precisa, isso precisa a vida

inteira. No momento que tá ali na casa com você ainda precisa mais. Depois que casa e vai embora aí é diferente, mas mesmo assim, precisa a vida inteira, **mas o que os meus filhos precisam de mim agora? Pra Nada. Então agora que tá na hora de eu viver. Tá na hora de eu me divertir de eu sair. Agora que eu quero.** Antigamente não, minha vida era só trabalhar, tomar conta de casa, fazer o serviço, hoje em dia não a casa tá arrumada tá vendo, mas a maior parte quem arrumou foi a Danielle. Ela tá lá lavando roupa. Perguntei pra ela você vai lavar pra todo mundo? Ela falou pode deixar que eu vou lavar. Umás coisas que eu num preciso preocupar mais. **Mas antigamente não, trabalhava a semana inteira e quando chegava sábado tinha que lavar, passar roupa. Hoje em dia num tem mais essa preocupação.** Eu ainda penso assim de sair, divertir, de rodar um salão todo de baile. Ir pra essas bandas daqui da vida, coisa que eu nunca fiz e eu sempre tive vontade. **Não fazer nada de errado, porque eu acho que a dignidade está acima de tudo.** Eu sou religiosa, num sou católica tá, mas eu sou religiosa, então **a minha dignidade está acima de tudo**, Mas que eu tenho muito sonho de sair de fazer muita coisa eu tenho mesmo. E com isso meu casamento acabou”.

Durante a entrevista, Cida me confidenciava que, embora já tivesse 47 anos de idade e vinte e dois anos de casada, teria coragem de se separar de seu marido para realizar seu sonho de sair e se divertir e poder “*rodar um baile de salão inteiro*” com uma pessoa que gostasse de verdade. Cida dizia que sempre quis sair para dançar e se divertir, mas quando era solteira, seu pai não permitia que saísse dizendo-lhe que era “*bobagem*” ou, então, “*safadeza*”. Depois de casada, durante todos esses anos de casamento, seu esposo a levou para sair apenas duas vezes, alegando que ela não “*aguentava uma noitada*”.

No atual momento de sua vida, Cida diz que ainda deseja ir em busca da realização de seus sonhos como mulher, que antes não podiam ser realizados por causa de seu marido, do cuidado com a casa e do cuidado com os filhos. O cumprimento do seu papel de mãe e dona de casa a impedia de fazer as coisas de que gostava, suplantando seus desejos enquanto mulher. Agora, com seus filhos crescidos, “*criados*”, e sem a necessidade de se preocupar mais com o cuidado com a casa, Cida afirma: “*agora tá na hora de eu viver*”. Essa afirmação aponta para a percepção de que antes, quando seus filhos eram menores e ainda precisavam dela, sua vida era exclusivamente ocupada pelo cuidado com eles, com o trabalho fora de casa e os afazeres domésticos; não sobrava tempo para si; sua vida era totalmente dedicada a sua família e a sua casa.

Duarte aponta a individualização da mulher como um dos desafios mais fortes da família contemporânea (DUARTE, 1995). Sarti, ao fazer a análise das relações na família, principalmente das mudanças dos papéis familiares, ressalta a questão estrutural na família moderna, que é o conflito entre a afirmação da individualidade e o respeito às obrigações e às responsabilidades próprias dos vínculos familiares. A autora afirma ainda que o conflito entre

família e individualidade constitui o problema fundamental na análise da identidade feminina.

Segundo Sarti:

Por meio da análise das relações entre homem e mulher na família pobre, pode-se perceber que a dificuldade da afirmação individual – tanto para o homem, como para a mulher, que tem uma posição subordinada na hierarquia familiar – é expressa fundamentalmente como uma questão de ordem moral, onde os elos de obrigações em relação a seus familiares prevalecem sobre os próprios projetos individuais (SARTI, 2009, p.20).

Embora também ocorra para o homem, a dificuldade da afirmação da individualidade é mais acentuada para a mulher, principalmente pela sua responsabilidade de cuidar da prole. No depoimento de Cida, vimos que somente agora, depois de ter cumprido suas “*obrigações*”, isto é, agora que seus filhos não precisam mais de cuidado especial e que não precisa mais se preocupar com os afazeres domésticos, ela enfim pode ir atrás de seus desejos individuais, de seus sonhos e vontades.

Outro ponto interessante que aparece em sua fala é o que ela chama de **dignidade**. Ela afirma que, embora queira ir atrás de sua felicidade, não quer “*fazer nada de errado*” porque sua “*dignidade está acima de tudo*”. Fazer alguma coisa de errado significa se relacionar com outros homens ainda estando casada, ou fazer algo que atente contra a moralidade de sua família – atitudes que, do seu ponto de vista, ferem sua dignidade. Duarte (1986) fala de uma “capacidade moral” que seria o eixo fundamental da identidade feminina das classes populares e que parece explicar o que Cida chama de dignidade. De acordo com Duarte:

De uma maneira meio externa e abrupta pode-se dizer que a capacidade moral corresponde ao que a linguagem comum designa como *honestidade* e ao que a tradição sociológica examina sob a rubrica da ‘honra’. Corresponde nesse sentido à observância de um código de comportamento muito estrito, ligado sobretudo à evitação do contato com o mundo masculino, a não ser pela mediação do *marido* e dos familiares próximos ou em alguns contextos rituais definidos. A fidelidade conjugal é a característica mais óbvia desse código de comportamento, mas constitui na verdade apenas um limite dramático de um quadro simbólico bem mais abrangente. Com efeito, essa capacidade não se expressa apenas sob o modo de um sistema de evitamentos, mas também, e sobretudo, sob o modo positivo de um sistema de compromissos de que o aspecto mais notável é o da responsabilidade pelo desenvolvimento moral dos filhos, pela reprodução – graças ao “bom exemplo” e à inculcação explícita – do modelo ideal das pessoas em relação na unidade doméstica sob a égide de categorias tais como a *obrigação* e o *respeito*. Com essa atribuição feminina sobre a socialização, tanto dos meninos quanto das meninas, fica ainda melhor evidenciada essa preeminência moral da mulher e seu caráter axial para a reprodução da *casa* (DUARTE, 1986, p. 178).

### 3.5 - Conjugalidade e maternidade

Outro caso emblemático em que podemos perceber a centralidade da maternidade e a consequente anulação da autonomia da mulher em virtude do cuidado com os filhos é o de Luciana. Ela tem 34 anos, é casada há treze anos e tem um filho de seis anos de idade. Durante a entrevista, Luciana se lamentava da ausência do pai no cuidado com o filho. Seu marido, embora morasse na mesma casa que ela, não participava da criação do menino, não o levava para passear, jogar bola ou comparecia nas reuniões da escola. Ele afirmava que a responsabilidade pelo filho era exclusivamente dela.

Ele cobra a presença do pai mas ao mesmo tempo eu acho que eu num tô sabendo, tô sendo mãe e num to sendo pai, **porque eu gostaria assim de aprender também a ser pai. Não só mãe mas também ser o pai.** Minha mãe conseguiu ser a mãe e o pai, que o pai morreu cedo. Minha mãe soube ser mãe e ser pai, **era isso que eu queria ser com ele, ser a mãe e ser o pai.**

Salém, ao estudar o significado de ser mãe para as mulheres de uma favela do Rio de Janeiro, constata que a mulher tende a ocultar para si mesmo, tanto quanto o possível, a participação do homem na reprodução cotidiana da prole (SALEM, 1981). Vemos que Luciana gostaria de suprir a ausência do pai sendo ela, ao mesmo tempo, mãe e pai de seu filho, de forma que somente sua presença bastasse.

Durante a entrevista, ela me contava também que a sua relação com o marido mudara completamente depois da chegada do filho. Tanto mudou que eles não dormem mais juntos; Luciana dorme com seu filho na cama de casal e seu marido dorme sozinho na cama do filho. O desentendimento com seu marido provocado pela sua ausência como pai fez com que o casal se afastasse um do outro. Vejamos o seguinte trecho da entrevista quando conversamos sobre esse desentendimento:

Flávia: E isso atrapalha o relacionamento de vocês, enquanto marido e mulher?

Luciana: **Atrapalha porque num é um problema só de um filho com o pai, acaba sendo da esposa com o marido. Atrapalha muito. Isso mexe, em vez de esquentar uma relação, acaba esfriando um pouquinho.** Esse problema em relação entre ele e meu filho.

Podemos perceber que há aqui um conflito explícito entre conjugalidade e maternidade já que *“num é um problema só de um filho com o pai, acaba sendo da esposa*

com o marido”. A mulher-esposa se confunde com a mulher-mãe, e essa confusão de papéis torna-se uma fonte de conflitos constantes, esfriando a relação do casal.

### 3.6 Sonhos com o futuro do filho

Em algumas entrevistas, perguntava às mulheres se tinham algum arrependimento de ter feito ou deixado de fazer algo em sua vida. As respostas variavam, algumas se arrependiam, outras não. As mulheres que estavam felizes no seu casamento diziam não se arrepender de nada que haviam feito; já as que passavam por um momento de crise no relacionamento apontavam queixas e arrependimentos.

O depoimento de Luciana sobre esse ponto é interessante por ilustrar como, por vezes, a mulher renuncia aos seus desejos e sonhos em virtude de seus maridos e filhos. Luciana lamenta não ter tentado alcançar a realização dos seus sonhos. Ela estudou até a quarta série primária, mas seu maior sonho era ser “mecânica de carro” ou ter feito advocacia. Tentou retomar seus estudos, mas seu marido não deixava e “*dava show*” na porta da escola, por isso não continuou a estudar. Hoje ela se arrepende de não ter insistido e continuado:

**[...] Foi no meu caso, hoje eu tenho 34 anos eu me arrependo de não ter estudado.** Tem muitas perguntas que meu filho vai me fazer e eu não vou ter resposta. Se eu quiser dar a resposta, eu vou ter que pesquisar, eu vou ter que ler livros, vou ter que pagar uma aula particular. Isso que eu queria evitar pro meu filho. **Eu queria ser uma base pra ele. Em vez dele procurar uma ajuda, uma explicação em outro, ele encontrasse em mim. A mamãe estudou pra isso. A mamãe sabe que é isso.**

O principal motivo apontado por Luciana que a leva a se arrepender de não ter estudado não se refere a si mesmo e, sim, a impossibilidade de ajudar o filho nas tarefas escolares como gostaria. Luciana gostaria de ser uma referência para o seu filho também com relação aos estudos de forma que não fosse necessário recorrer a outras pessoas para dar-lhe explicações. Semelhante ao seu desejo de conseguir ser pai e ser mãe ao mesmo tempo, novamente aparece a vontade de Luciana de poder atender todas as necessidades do filho, sendo somente a sua presença o bastante para ele. Prosseguimos com a entrevista:

Flávia: Seus sonhos pro futuro, você num pensa em voltar a estudar?

Luciana: Não, porque ele fala se eu voltar a estudar eu posso esquecer dele. Posso esquecer porque “cavalo velho num pega marcha mais”. Eu falei com ele que o único, o mínimo de trabalho que eu vou conseguir na vida é faxineira. E talvez com uns tempos nem faxineira, porque hoje em dia tá exigindo muito o estudo. Se hoje a pessoa me aceita é sabendo quem eu sou e pela qualidade do meu serviço, porque se eles forem escolher a escolaridade, eu tô desempregada. Tô desempregada tranquila. Tanto é que eu já entreguei muitos currículos, eu não fui chamada porque tem ter escolaridade. Não pela experiência na carteira – eu tenho – mas pela escolaridade.

Flávia: Seu marido num deixa, mas você não pensa em bater o pé e estudar?

Luciana: Antes de ter o João eu pensaria, eu pensava. Vou bater o pé eu ia, ele fazia o carnaval dele na escola, eu enfrentava, **mas a chegada do João mudou**. Mudou a atitude, às vezes até de pensar, que nem hoje eu podia estudar muito bem à noite, mas à noite eu poderia estudar, mas eu teria que ficar com o João, se ele num articula bem com o João longe, que dirá por conta do João. **Eu arrependi, mas o que eu não tiver pra mim eu quero pro meu filho**. Eu num sei o que ele vai querer ser, o que ele vai querer estudar, mas eu quero esforçar pra ele formar em alguma coisa, entendeu. Começar e ir até o fim, porque eu devia ter estudado (...)

Flávia: E daqui pra frente quais são seus sonhos, seus planos?

Luciana: Meu sonho é construir minha casa própria, que eu num tenho estudo, mas toda a vida eu trabalhei com a cabeça. Então eu fui, fiquei em Belo Horizonte sete anos; eu fiz uma reserva, eu comprei dois lotes, esses dois lotes tão cercado, tão no meu nome, onde que eu quero construir a minha casa. Eu ajudei ele [o marido] comprar o carro que ele tem, apesar de eu num ter carteira. Aliás ajudei ele tirar a carteira e não tenho a carteira. Eu cobri a despesa dele de casa e tudo pra ele poder ficar por conta da carteira de motorista e eu num tenho a carteira. **Meu sonho é tirar uma carteira de motorista sim, porque ele acha que com o estudo que eu tenho eu não consigo. Eu quero mostrar pra ele que eu sou capaz (...)** É isso eu quero: construir minha casa, dar uma boa educação pro meu filho (...) **Eu quero que ele goste da profissão que ele escolher e que ele siga o estudo dele do começo ao fim. Igual eu falo com meu marido, nem que pra isso eu tenha que... com a falta de estudo que eu tenho eu não vou achar outro serviço no mercado, nem que eu tenha que catar latinha pra pagar o estudo dele. Eu vou fazer esse esforço que ele vai formar praquilo que ele quer. Ele não vai desistir no primeiro obstáculo que nem eu.**

O “*estudo*” aparece nessas e em todas outras falas das entrevistadas como um valor. Máximas como “*sem estudo hoje, você não é ninguém*” foram recorrentes. Há a percepção de que o estudo é elemento fundamental para alcançar melhores condições de vida, melhores empregos, e “*ser alguém na vida*”. Duarte aponta que a descontinuidade no estudo pode ser uma das dimensões perturbadoras que opera nas classes populares. Segundo o autor, não ter tido “*estudo*” significa “não ter nas mãos os instrumentos que eles percebem ser tão habilmente manipulados pelas classes superiores” (DUARTE, 1986, p. 188). Duarte observa ainda a “*pregnância* desse valor como acesso a uma condição mais legítima face ao mundo em

geral e particularmente face ao mundo exterior, em que ele reina como uma das marcas de força ao lado do *dinheiro*” (DUARTE, 1986, p. 187).

Embora tenha vontade de voltar a estudar, Luciana diz não poder porque tem que cuidar do seu filho. Antes do nascimento da criança, ela teria coragem de enfrentar seu marido e ir para escola, mas “*a chegada do João mudou*” e seus projetos pessoais agora ficam em segundo plano, tendo seu filho prioridade absoluta. Seus sonhos para o futuro – além de ter a casa própria – consistem, sobretudo, em que seu filho “ *siga o estudo dele do começo ao fim*” e tenha uma profissão da qual goste. Luciana manifesta também o sonho de tirar a carteira de motorista que, como ressaltai anteriormente, também aparece como sonho de outras mulheres entrevistadas. Relata ainda ter ajudado seu marido a tirar a carteira de motorista, tendo ficado responsável pelas despesas da casa para que ele pudesse arcar com os custos da carteira de habilitação. Ter a carteira de motorista também era um sonho de Luciana que foi colocado em segundo plano em prol do marido. Em seu depoimento, fica claro que seus esforços e seu trabalho são direcionados totalmente ao seu filho, ao seu sucesso futuro, sendo ela capaz de fazer qualquer esforço, mesmo que tenha que “*catar latinhas nas ruas*”, para que seu filho supere os obstáculos e conclua seus estudos, custe o que lhe custar. O seu sonho não realizado de ter se formado e concluído seus estudos agora são transferidos para o filho: “*tudo que eu não tive pra mim eu quero pro meu filho*”.

Salém observa que há uma tendência das mulheres em promover, com relação à infância dos filhos, uma transferência reparadora de sua própria infância ou existência (SALEM, 1981, p.84). Luciana também é um caso emblemático das mulheres que tem sua vida totalmente dedicada à casa, ao marido e aos filhos, deixando a afirmação da individualidade em segundo plano. Tal situação começa a se transformar quando os filhos crescem; quando essas mulheres-mães começam a se ver mais livres de suas “*obrigações*” para com a casa e com os filhos, e podem então começar a pensar na possibilidade de ir atrás da realizações dos seus próprios sonhos e desejos.

### 3.7 “O encanto quebrou”

“(...) *quebrou meu relacionamento com ele, você nem percebe, quando você tá muito apaixonada você nem percebe que as coisas quebra, depois que o tempo passa você percebe, quebrou o encanto.* (Cida, 47 anos)

Algumas mulheres casadas que entrevistei me falaram um pouco de como sua relação com seus maridos mudou ao longo dos anos de seu casamento. Quando perguntava sobre como era atualmente seu relacionamento com seus companheiros, essas mulheres me relatavam a diferença entre a fase inicial do casamento e a fase atual. Fabíola, por exemplo, tem 34 anos, quatro filhos, e mora junto com seu companheiro há cinco anos. Ela me conta durante a entrevista como seu relacionamento mudou devido, principalmente, aos problemas que vinham passando com seu esposo, que estava desempregado. Segundo Fabíola:

No começo era, no começo tudo é fogo né, hoje em dia sei lá, a gente sai muito com as crianças nunca sai sozinho, e quando tá sozinho tá sempre falando de problema ou de alguma coisa, e isso me incomoda, num faz com que eu faça outras coisas né assim, procurar outro [...].

Diferente do “fogo” do início do relacionamento, os “problemas” esfriam um pouco a relação do casal. Não obstante, Fabíola enfatiza que, mesmo passando por uma crise no relacionamento, não procuraria outro companheiro. Caso semelhante é o de Luciana. Esta entrevistada me contava um pouco como o sentimento que tinha pelo seu marido mudou com o tempo. O amor do início transformara-se em carinho. Vejamos esse trecho de entrevista:

Flávia: Por exemplo, hoje, se eu te perguntar, você ama seu marido?

Luciana: Amo, mas não do jeito que eu casei amando. É diferente, mudou muita coisa. Então eu num posso falar assim eu amo ele, não.

Flávia: O que você sente por ele hoje?

Luciana: **Sinto carinho, entendeu. Agora amor, amor, que eu tinha, aquele amor sufocante não.**

Flávia: E desde quando isso mudou?

Luciana: Da minha primeira gravidez pra cá. Assim que eu perdi meus dois meninos **alguma coisa lá dentro quebrou**. Eu num sei se foi a falta de assistência que ele num me deu. Me tratar como uma qualquer, não como mulher. Ali pra mim já foi... o jeito também que ele me tratava, num me defendeu, só veio me defender mais tarde, mais daí eu já tava fora da minha casa, já tava vivendo outra vida, aonde que ele podia ter evitado de cara.

A questão diante dessas falas é: “O que foi quebrado?” O que é esse encanto que se quebrou? Foi possível perceber através desses e de outros depoimentos que o encanto quebrado é o ideal de casamento para essas mulheres. O “*encanto*” é o correto cumprimento dos papéis atribuídos ao homem/marido e à mulher/esposa. Quando esse ideal não se realiza, quando um dos papéis não se cumpre, o encanto é quebrado. Duarte, ao falar sobre o prisma do gênero nas classes populares, diz que:

Com efeito, a oposição homem/mulher expressa paradigmaticamente na oposição marido/mulher, oferece o eixo de articulação fundamental do “valor-família”. A relação de complementaridade hierárquica em que se encontram os dois termos dessa oposição estabelece um patamar estruturante para múltiplas dimensões da vida desses segmentos sociais, tanto na direção mais ‘interior’ quanto na mais ‘exterior’. (DUARTE, 1981, p. 174, grifo meu).

Na fala de Luciana, ela expressa que a “*falta de assistência*” do marido, bem como o fato de tratá-la como “*uma qualquer*” e de não defendê-la diante das humilhações da sogra, fizeram com que o “*encanto*” se quebrasse. O marido não a defendeu contra as humilhações que sua sogra a fazia passar, ou seja, o marido não cumpriu o papel de defender sua esposa das ameaças externas. Duarte aponta o “*manter o respeito*” como sendo uma das fórmulas recorrentes que constituem o corpo de desempenhos ideais que compõem a identidade masculina adulta. Segundo o autor, “(...) o chefe de família deve assumir as responsabilidades de representação externa da unidade doméstica, fazendo com que seus membros e espaços sejam respeitados” (DUARTE, 1981, p. 176).

Outro caso paradigmático da diferença complementar entre homem e mulher e de ideal não realizado é o de Cida, citada na epígrafe acima. Cida tornou-se “chefe de família” mesmo vivendo com seu marido, dentro da mesma casa. Na fala citada na epígrafe, ela também expressa o sentimento do “*encanto quebrado*”. Um dos principais motivos que nutrem esse sentimento é a posição passiva de seu esposo com relação à manutenção da casa e ao cuidado com os filhos. Ela trabalha fora de casa desde o início de seu casamento e, no momento da entrevista, recebia um salário maior que o de seu marido, sendo (juntamente com seu filho mais velho) a responsável principal pelo sustento da casa. Essa situação é vivida com certo desgosto e desapontamento. Vejamos o seguinte trecho de entrevista que ilustra bem como essa situação é vivenciada por Cida.

**Cida: Aqui na minha casa, eu que sempre tomei frente de tudo. Isso é ruim, diga-se de passagem, porque a gente toma frente de tudo e o homem se acomoda.** Eu sempre dou esse conselho para as meninas no meu trabalho (...) todas que vai casar eu falo, gente num faz igual eu não. Num cata as responsabilidades tudo pra você, porque se vocês catarem a responsabilidades pra vocês tudo, o homem acomoda. Hoje em dia quem banca isso aqui tudo, sou eu e meu filho.

Flávia: Na sua casa você é chefe de família então?

Cida: Eu e meu filho. Meu marido o que ele faz é pra ele. Ele num tem responsabilidade com nada.

Flávia: Você briga com ele por causa disso?

Cida: Brigo, mas ele finge que não vê, porque esses vinte anos tudo que ele quis eu sempre ajudei, sempre... agora não. De uns seis anos pra cá o que eu quero eu quero e ponto final. **Antes eu aceitava tudo. Abaixava a cabeça,**

**sempre foi assim a vida inteira, e como eu sempre banquei mais, tinha que ser o contrário né, era eu que tinha que mandar e ele muchar a orelha e obedecer, mas não, eu sempre abaixei. E de uns seis anos pra cá eu num abaixo mais.**

Flávia: E por que que deu essa mudança?

Cida: Olha, pra ser sincera com você eu acho que... [um instante de silêncio] que eu desgostei.

Flávia: Aí por causa de desgaste da relação...

Cida: **Eu decidi que num ia mais ceder às vontades dele.** Financeiramente. Hoje em dia as coisas continua acontecendo na minha casa, tudo tem, mas do jeito que... ah, eu quero isso... quando puder a gente tem, se você der a metade, financeiramente, aí eu dou a outra metade.

Flávia: Você dá conselho pra suas amigas pra ser do jeito que você é agora?

Cida: Pra ser do jeito que eu sou agora. Sem tentar bancar tudo. Porque se você bancar tudo a pessoa acomoda. Uma certa feita, eu já falei com ele: “eu num te ajudei em nada porque tudo que você quis eu fiz pra você, o que você cresceu do meu lado? Nada. Eu num deixei você crescer.” **Eu, igual eu falo, eu sinto como se eu fosse a mãe dele, eu num me sinto como se fosse a esposa dele, sou a mãe dele.** É complicadíssimo. Porque, quando você ainda está apaixonada é diferente. E agora? Se ainda num entra uma terceira pessoa na jogada, aí tá bom né. Porque você vai levando até onde você vê que dá, mas quando aparece uma terceira pessoa, aí você num responde por você não bacana. Aí você não responde, aí você perde o controle.

Flávia: Hoje se você pudesse fazer alguma coisa diferente...

Cida: Eu faria, a única coisa diferente era não ceder a tanto. E deixar que ele tomasse mais responsabilidade em tudo, na educação dos filhos... eu que tomo a frente, eu que vou, eu que resolvo, eu que faço. Ele é de muito falar e de pouco fazer. **Talvez se eu tivesse ficado mais encolhida, ele mesmo se sobressaía. Esse conselho eu dou pras meninas que vai casar, que tá casando. Pisa no freio, deixa a pessoa se sobressair nas obrigações dele de marido.**

Nesse trecho de entrevista, podemos notar vários elementos que apontam para o ideal de “complementaridade hierárquica” descrito por Duarte (1981) na relação homem e mulher, bem como da demarcação de papéis, mais especificamente do papel do marido como aquele que deveria ser o provedor principal, o “chefe da família”. Do ponto de vista de Cida, “*tomar a frente de tudo*”, como fez durante todo seu casamento, é ruim porque faz com o que o homem se “*acomode*”. Vemos em seu depoimento que há certa frustração quanto às expectativas depositadas em seu esposo, já que ele não cumpre adequadamente o seu papel, seja de provedor, seja de pai. Segundo Woortman (1987), a sociedade espera que o marido sustente a família. O modelo cultural dominante estabelece que o chefe do grupo seja o marido-pai. Contudo, o autor pondera que:

A regra estabelece que ‘o cabeça é o homem’ e, como corolário, que ‘o homem deve prover a família’. Todavia, a sociedade espera que haja consistência entre esses dois princípios, mas tal consistência não é freqüente entre os pobres. Entre estes, a chefia é contingente ao papel econômico: o

chefe do grupo doméstico é aquele que sustenta o grupo doméstico. (WOORTMAN, 1987, p. 65).

Como no caso de Cida é ela (com a ajuda de seu filho mais velho) que sustenta a casa, ela é também a chefe do grupo doméstico. Entretanto, o mais relevante é que ela lamenta ser chefe de família, já que esse seria o papel de seu marido. Cida ressalta ainda sua mudança de comportamento: de uma posição mais passiva, quando “*abaixava a cabeça*” diante das decisões de seu marido, para uma posição mais ativa, quando decidiu “*não ceder mais às vontades dele*”. Diz que essa mudança se deve ao fato de ter “*desgostado*” de seu marido. Cida reconhece que, embora sempre tenha cedido às vontades dele, o correto seria o contrário: era seu marido que deveria “*muchar a orelha e obedecer*”, já que era ela quem sempre “*bancou*” tudo. Assim, temos aqui a percepção de que o responsável pelo sustento da casa é aquele que tem o direito de “*mandar*”, ou seja, é quem tem a legítima autoridade. Notamos que houve neste caso um deslocamento das figuras masculina e feminina muito bem descritos por Sarti (2009):

Nos casos em que a mulher assume a responsabilidade econômica da família, ocorrem modificações importantes no jogo de relações de autoridade, e efetivamente a mulher pode assumir o papel de ‘chefe’ (de autoridade) e definir-se como tal. A autoridade masculina é seguramente abalada se o homem não garante o teto e o alimento da família, funções masculina, porque o papel de provedor a reforça de maneira decisiva. Entretanto, a desmoralização ocorrida pela perda da autoridade que o papel de provedor atribui ao homem, abalando a base do respeito que lhe devem seus familiares, significa **uma perda para a família como totalidade**, que tenderá a buscar uma compensação pela substituição da figura masculina de autoridade por outros homens da rede familiar (SARTI, 2009, p. 67, grifo da autora).

Sarti prossegue e ainda ressalta que nesses deslocamentos de papéis “o filho mais velho se destaca como aquele que cumpre o papel de chefe da família” (*idem*, p. 68, 2009). Cida também aponta seu filho mais velho como aquele que a ajuda no sustento da casa.

Outro ponto muito interessante que aparece em sua fala é quando diz que não se sente esposa e sim mãe de seu marido. Nesse momento, fica ainda mais explícita a frustração de expectativas com relação ao cumprimento dos papéis, já que na situação em que vive, sendo a chefe da família, sente-se mãe de seu marido, já que há uma mudança dos papéis socialmente prescritos. Cida também alerta para a abertura da possibilidade do aparecimento de uma “*terceira pessoa na jogada*”, que poderia levá-la a “*perder o controle*”, ou seja, poderia levar ao fim do relacionamento. Assim, quando há o deslocamento dos papéis socialmente

prescritos de marido/mulher, a estabilidade do casamento é abalada numa de suas bases fundamentais: a complementaridade hierárquica entre os dois pólos da oposição.

Ao final do trecho da entrevista, quando lhe pergunto se teria feito alguma coisa diferente do que fez em sua vida, Cida responde que talvez devesse ter se “*encolhido*” mais, ou seja, não ter tomado para si todas as responsabilidades, inclusive aquelas que, via de regra, deveriam ser atribuídas ao seu marido. Assim, de seu ponto de vista, ter tomado para si o papel de seu marido e não tê-lo deixado se “*sobressair nas obrigações dele de marido*” foi o maior erro que cometeu. Duarte (1981) descreve de forma exemplar esse preceito do cumprimento da *obrigação*. Segundo o autor, uma das dimensões que compõem a obrigação masculina é o “*botar a comida dentro de casa*”, e o devido cumprimento desse preceito está intimamente ligado com a manutenção do “*respeito*” (DUARTE, p.176, 1981). Dessa forma, o homem que não cumpre com seu papel socialmente prescrito perde a autoridade no comando da casa e, como no caso de Cida, perde o status de “chefe de família” para a mulher.

### 3.8 O “sexo”

Durante as entrevistas, eu tentava abordar algumas questões acerca da vida sexual das entrevistadas. Este era um momento delicado já que, por vezes, me sentia um tanto constrangida em fazer determinadas perguntas. Nas primeiras entrevistas que realizei, introduzia esse assunto perguntando às mulheres o que lhes vinha à cabeça quando se falava em sexualidade. Quando fazia essa pergunta à maioria delas, não entendiam o que eu estava querendo saber exatamente e pediam para esclarecer ou repetir a pergunta; diziam-me: “*como assim, não entendi, você está falando de sexo?*”. A tradução pelas mulheres do termo “sexualidade” pelo termo “*sexo*”, entendido como a relação sexual de fato, ocorria em praticamente todas as entrevistas. Então percebi que tal questão, formulada dessa maneira, não era pertinente.

Duarte, ao falar da relação entre sexo e moralidade entre as classes trabalhadoras urbanas, faz uma reflexão acerca de dois pontos que se relacionam com a questão da pertinência da “sexualidade” para as mulheres por mim entrevistadas. O primeiro diz respeito aos valores individualistas subjacentes à posição que denomina de “individual-psicológica-sexualista”, que incitam a perguntar de certa forma pela sexualidade das classes trabalhadoras. O segundo ponto sobre o qual reflete é a observação de como, nas classes trabalhadoras, se

ordenam, sob os marcos de outra visão de mundo, questões que os representantes da posição “individual-psicológica-sexualista” segmentam sob a rubrica autonomizada da “sexualidade” (DUARTE, 1987, p. 608). O autor ressalta a não-universalidade dos valores da “sexualidade” e do “sexo” tal como concebida pela cultura dominante comprometida com a ideologia individualista e empreende compreender tais elementos em outro espaço de valores, o das classes trabalhadoras pautadas pela relacionalidade, complementaridade e reciprocidade. Tal empreendimento é um exemplo interessante de como tentar compreender a “sexualidade” ou, no caso das mulheres por mim investigadas, “*o sexo*”, isto é, como compreender a vivência sexual tal como percebida pelos nativos.

Nesse sentido, Fonseca atenta para a ausência de estudos da sexualidade entre as mulheres em grupos de baixa renda. A autora reflete sobre o porquê do silêncio quase absoluto por parte dos antropólogos sobre esse assunto que é tão interessante também para outras disciplinas. Segundo Fonseca:

Nas análises etnográficas, quando aparecem dados sobre a vida sexual, são analisados não em termos de prazer pessoal, mas antes de moralidade familiar ou sociabilidade lúdica. A ausência quase completa da noção de ‘prazer’ nestes escritos não é por acaso, pois os antropólogos têm a pretensão de trabalhar com ‘categorias nativas’. ‘Sexualidade’ e ‘prazer’ são termos altamente significativos para o universo dos analistas, mas não necessariamente noções que preocupem os sujeitos que querem entender (FONSECA, 1995, p. 81).

Depois de perguntá-las sobre sua “sexualidade” sem sucesso, passei a fazer algumas perguntas tais como: “Você gosta de sexo?”; “Você costuma tomar a iniciativa quando está com vontade de transar com seu marido?”; “Quando não está com vontade, você diz ‘não’ para seu marido?” Fazia estas perguntas a fim de saber como era o relacionamento sexual dessas mulheres com seus maridos e, de certa forma, verificar se havia passividade e submissão nessa dimensão, tal como concebido por algumas profissionais de saúde que fazem os grupos de Direitos Reprodutivos, citadas no capítulo anterior.

Todas as mulheres entrevistadas afirmaram gostar de sexo, houve duas exceções apenas. A primeira exceção foi Mônica, de 18 anos de idade, que acabara de passar por uma decepção amorosa com seu ex-noivo, pai de seu filho de um ano de idade, ao descobrir que ele a traía com outra pessoa. Depois de ter findado o noivado, teve outro relacionamento, mas não gostava do rapaz e sentia nojo dele. Mônica era enfática ao afirmar que não gostava mais de sexo:

Flávia: Você gosta de sexo?

Mônica: Não, não gosto. Literalmente.

Flávia: Nunca gostou?

Mônica: Não. Quando eu era mais nova... quando eu tinha uns quinze... quando eu conheci, eu comecei a gostar. Agora não gosto mais. Literalmente, não gosto. Tomei raiva.

Flávia: Mas você tomou raiva quando? Depois de ter terminado?

Mônica: Depois de ter terminado. Depois que eu terminei com ele, eu arrumei outro namorado. Fiquei com ele três meses, mas num gostava dele. Não gostava dele, não teve jeito, sentia nojo dele.

O segundo caso de mulher que disse não gostar mais de sexo é o de Cida. Casada há vinte anos, nos últimos cinco ela vem passando por uma crise profunda no seu casamento e, conseqüentemente, sua vida sexual com seu parceiro também entrou em decadência. Vejamos o trecho da entrevista no qual Cida relata o que acontece na sua vida sexual:

Flávia: Com relação ao sexo, você gosta ou não?

Cida: Posso ser sincera? Sem vergonha? Olha, no início era muito bom, mas aí depois eu notei que ele achou que eu num servia tal, tal, tal; aí foi acabando, **hoje em dia num é bom não.** (neste momento ela abaixa o tom de voz e fala em tom melancólico)

Flávia: Isso tem quanto tempo mais ou menos?

Cida: Uns quatro anos. Tá bem diferente.

Flávia: Você falou que ele achou que você num servia mais, como é isso?

Cida: Falou assim... que eu num tinha muita motivação para as coisas tal, e nisso quebrou meu relacionamento com ele. Mas mesmo assim, o sexo era bem presente entre a gente. Duns cinco anos pra cá que as coisas desandaram aí que num tá legal, mas aí a gente vai vivendo né...

Flávia: Mas vocês ainda fazem... você falou que num gosta...

Márcia: É, eu num gosto, ultimamente eu num gosto.

Flávia: Você num sente vontade?

Márcia: **Com ele não. Mas eu faço,** porque.... a gente também é carente... sente vontade de ficar com as pessoas, isso também conta muito né, quando você tem uma vida assim mais diversificada, às vezes você namora um, namora outro aí é diferente, no caso assim, aí envolve a **dignidade** da gente né, você num vai ficar com qualquer um, né.

Flávia: Mas alguma vez já aconteceu de você falar “não, hoje eu num quero.”?

Márcia: Já aconteceu.

Flávia: Ele fica bravo?

Márcia: Não, aí ele dorme, ele dorme sem problema. Mas nesses vinte anos tudo, se eu falei um “não” só, foi muito. **Normalmente você aceita e pronto.**

Flávia: Nesse tempo de casada, você já chegou a ter orgasmo alguma vez?

Márcia: Já. Muitas vezes. Eu já fui muito feliz com ele, já fui muito feliz.

Nos últimos cinco anos de seu casamento, embora residam na mesma casa e durmam na mesma cama, Cida e seu marido já praticamente não têm mais relações sexuais. Essa situação é vivida com certa mágoa por Cida. Ela me conta que estima seu marido e ainda gosta dele como amigo, e que seu maior problema com ele está “*na cama*”, onde não se

entendem mais. Ao final da entrevista, quando já havia desligado o gravador, me conta em tom de confiança que não procurava mais seu marido para ter relações sexuais pois já tinha aprendido a se satisfazer sozinha. No subcapítulo anterior, vimos que Cida é “chefe de família” e lamenta a omissão de seu marido em cumprir com suas “obrigações”. Assim vemos, nesse e em outros casos, que problemas relacionados com a casa, filhos e questões financeiras têm influência direta na intimidade do casal. A crise do casamento ou o “encanto quebrado” referido anteriormente se reflete principalmente no relacionamento sexual do casal.

Outro ponto interessante é o fato de, durante os vinte anos de seu casamento, Cida praticamente nunca ter se recusado a fazer sexo com seu marido. Diz que cede à vontade do marido porque também é uma forma de satisfazer sua carência, já que não tem uma vida “*diversificada*”, ou seja, já que não procura outros parceiros, respeitando sua *dignidade*. Coloca sua dignidade em primeiro lugar, sendo esta mais importante do que a busca por prazer. Duarte defende a tese de que nas classes trabalhadoras o “prazer” não é algo considerado com um valor em si mesmo. Segundo o autor, há uma subsunção fundamental do “sexo” à “moralidade” e, o mais fundamental, o reconhecimento da legitimidade dessa subsunção (DUARTE, 1987, p. 626).

Leila tem 30 anos de idade, é casada há quinze anos, tem dois filhos e estava grávida do terceiro no momento da entrevista. Leila diz gostar muito de sexo e ter um diálogo aberto com seu marido sobre seus desejos e vontades. Entretanto, me confidenciava que durante sua gravidez não estava sentindo muita vontade de ter relações sexuais e não sentia muito prazer durante a relação, embora não se recusasse a fazer sexo com seu marido quando ele lhe pedia. O trecho dessa entrevista em que Leila fala sobre sua vivência sexual é muito interessante e merece ser transcrito:

Flávia: Com relação ao sexo, você acha que homem tem mais vontade que mulher?

Leila: Eu acho. Igual, eu tô grávida, tô tão cansada, tô tão tranqüila, mas tem dia que meu marido tá tão chato. Isso é porque eu gosto hein, imagina se eu não gostasse. Menina, eu tô tão cansada, e eu num tô tendo assim, **falar que tô sentindo prazer eu num tenho não, sabe**. Agora né, num sei se é porque eu tô mais pesada, num tô não, tô cansada. **Mas eu faço assim mesmo sabe**.

Flávia: O dia que você não quer você faz assim mesmo?

Leila: Eu falo: “pode fazer que eu num tô a fim não.” Aí ele fica chateado, às vezes ele num quer, sabe. Às vezes eu faço bastante carinho nele, aí ele faz sabe, mas ele fala: “nossa, é muito ruim.” Diz ele que parece que ele tá sozinho. Mas eu falo com ele, eu penso assim, se eu tiver com vontade e ele num tiver querendo fazer minha vontade, num precisa dele, tá com vontade pra mim satisfazer não uê, eu mesmo me satisfaço com ele. **Eu acho que**

**num precisa tá os dois no clima pra fazer as coisas não. Ah não. Pelo menos aqui em casa num tem isso não.**

Flávia: O dia que você num tá muito a fim e ele tá, você...

Leila: Ah, eu faço sabe, faço carinho nele. **Mas assim... eu falar assim que eu transo, que eu gozo, não. Eu num sinto nada.** Ele mesmo percebe. Ele fica assim: “nossa hein, parece até uma geladeira.” Eu falo: “melhor uma geladeira do que ninguém, né.”

Flávia: Mas por que que você faz?

Leila: Porque eu penso assim: “ah, amanhã, hoje é ele, amanhã é eu.” Sei lá, num custa a gente fazer um carinho. **Porque às vezes você tá cansada, ninguém é culpada do seu cansaço. Eu falei: eu hein, depois ele vai arrumar outra mulher na rua.**

Flávia: Você faz por amor ou você tem medo disso?

Leila: É...Não. Não tenho. Porque eu tenho uma parente minha que falou assim comigo: “Você já fez sexo por trás [sexo anal]?” Eu falei assim: “Eu nunca fiz.” “Tenta, todo mundo tenta.” Eu falei com ela: “Mas dói demais. Ela falou assim: “Ah, minha filha, abre o seu olho porque eu faço tudo que ele quer, porque senão ele arruma outra na rua.” Eu falo: “É ruim hein, então se tiver que arrumar vão ver então. Porque aí que você vê. Num adianta fazer alguma coisa pra prender o homem não, gente. Se ele cisma. Eu num gosto

Flávia: Ela faz porque ela tem medo...

Lili: Ela faz porque ela tem medo. Igual minha cunhada falava, meu irmão adora, outro dia minha cunhada falou comigo: “Seu irmão só pensa em transar. Eu falei : “Uê, mais homem é assim uê.” Eu falei: “Abre a perna e deixa ele comer menina.” Ela falou assim: “Ah, Leila, você é tão simples.” (risos). Mas é a coisa mais fácil que tem gente. Você abre a perna, deixa ele ir e depois vai lá e toma banho. **Num precisa desagradar o homem.** Aí ela falou: “Ai, mais tem hora que ele quer atrás [sexo anal] de qualquer jeito aí eu tenho que fazer.” Eu falei: “Não, você faz porque você gosta. Uma coisa atrás que te dói você vai ficar deixando?” É ruim, hein, tá marrado!

Flávia: Por exemplo, se ele te pedisse alguma coisa que doesse...

Lili: Meu marido tá cansado de me pedir. Eu já falei com ele que eu não consigo. Eu falei com ele: “Um dia, se eu conseguir, você pode ficar tranquilo.”, mas ai, é horrível, incomoda. O meu, só de encostar, já tô passando mal, já tô chorando de nervoso. É uma coisa horrível. É muito feio.

Do ponto de vista de Leila, não é necessário os dois, homem e mulher, estarem simultaneamente com vontade de ter relação sexual para que ela aconteça. Em sua opinião não há problemas em ceder ao desejo sexual do marido quando só ele está com vontade já que “*não custa fazer um carinho*”. Quando sua cunhada reclama da constante procura de seu irmão por sexo, ela lhe aconselha a ceder, mesmo sem vontade, já que “*num precisa desagradar o homem*”. Assim, em sua fala notamos que ceder à vontade de seu marido de ter relações sexuais quando não está com vontade é, em alguma medida, uma forma de demonstrar carinho, de ser compreensiva com seu parceiro. Ela não se queixa de fazer sexo com seu companheiro mesmo sem desejo ou mesmo, às vezes, sem sentir nenhum prazer.

Também aparece em sua fala o medo de que, caso não ceda ao desejo sexual do esposo, caso não o satisfaça, ela pode dar motivos para ele “*procurar outra na rua*”.

Heilborn, ao focar as práticas e valores relativos à sexualidade e ao gênero nas trajetórias biográficas de homens e mulheres de 20 a 45 anos da cidade do Rio de Janeiro, aponta que, para algumas mulheres, o sexo é principalmente uma dádiva cedida na expectativa de uma aliança, que é a sua contrapartida. Segundo a autora, a percepção da atividade sexual como um bem feminino que se concede ao homem não se restringe ao início de uma união, mantendo-se presente durante o relacionamento (HEILBORN, 1999). Assim, como vimos no caso de Leila, ceder aos desejos sexuais de seu marido é também uma forma de garantir a manutenção de seu casamento e afastar a ameaça de que seu marido procure outra mulher para se satisfazer.

Em contraposição à opinião de Leila sobre o relacionamento sexual, Luciana não concorda em ceder à vontade de seu marido quando ela não quer fazer sexo. Luciana é casada há treze anos, tem 34 anos de idade é faxineira e tem um filho. Quando “*não está a fim*” ela se recusa a transar com seu marido que entende sua indisposição:

Flávia: Por exemplo, vamos supor uma situação, hoje ele tá com vontade e você num tá, o que você faz?

Luciana: Já aconteceu. A maioria das vezes a mulher acaba cedendo com medo de, às vezes, com medo de perder o marido, mas no meu caso, não. **Se eu num tô a fim, eu num tô.** Ele chega e fala: “Tá sentindo alguma coisa?” Eu falo: “Não.” Eu não minto. “Não estou sentindo nada, não estou a fim, estou um pouco cansada. Dá pra deixar pra amanhã?” Ele diz: “Tudo bem. Nesse ponto, ele me respeita muito. Ele num é aquele homem de insistir não. Tem homem que é ignorante, “se é minha mulher tem que me dar a hora que eu quero.” Ele não. Nesse ponto ele me respeita muito. Eu num faço que nem essas mulheres, “ah eu tô com dor de cabeça”, sei lá.

Flávia: Mas o que você acha disso, alguma colega sua faz isso?

Luciana: Isso. Umas cedia pra num perder o marido. Eu acho isso é bobeira, porque eu acho que quando tem que ser seu, indiferente a sexo, é diferente de pessoa pra pessoa. Se tiver que separar, não é sexo que vai segurar o homem em casa, ou então, até, às vezes até inibir de o homem procurar outra na rua, não é isso. Porque a gente faz do jeito da gente, mas lá na rua pode achar outra que faz de um jeito diferente.

Diferentemente de Leila, do ponto de vista de Luciana, ter relação sexual com o marido a fim de que ele não procure outra mulher na rua é bobagem. Para ela, mesmo cedendo, o homem pode vir a trair a mulher, já que “*lá na rua pode achar outra que faz de um jeito diferente*”. Não obstante essa diferença de pontos de vista, ambas têm como ponto comum a recusa a fazer sexo anal com seus maridos. Na fala de Leila, anterior a de Luciana, ela afirma não fazer “*sexo por trás*” porque tem medo de sentir dor e por achar “*horrível*”. Luciana também expressa aversão com relação ao sexo anal:

Flávia: Sobre sexo, você gosta?

Luciana: Gosto.

Flávia: Mas você sempre gostou ou, por exemplo, é diferente de como era no início?

Luciana: É muito diferente. A diferença é que naquela época, só tinha um meio de sexo, igual a gente fala, hoje em dia, “papai e mamãe”, num tinha aquele negócio de ir mais além. Nós casamos no início, era beijo abraço, **sexo normal**, depois veio aquela atualidade, “ah, você pode fazer assim, você pode fazer assado, pra mim...” **Acho que tudo pode, mas que Deus já deu aquele lugar pra você fazer aquilo ali, não precisa da outra** [fala de sexo anal], **então eu não aceito, eu só aceito onde dá o que Deus deu**. Posições até muda, mas eu acho que o lugar tem que ser um lugar só. Pode mudar a mulher, colocar até de cabeça pra baixo desde que seja num local só.

Flávia: Por quê?

Luciana: Igual explicou lá [no grupo], corre o risco de uma infecção e eu acho que num faz bem pra mulher, **num sei como um gay eles praticam, isso é um jeito deles, aquilo ali é deles entendeu, agora uma mulher assim, ter a vida de mulher e, ao mesmo tempo, fazer o que um gay faz é muito difícil**.

Luciana faz uma distinção entre o “*sexo normal*”, que tinha como característica o “*papai e mamãe*”, isto é, quando se praticava apenas uma posição na qual o homem fica sobre a mulher ou vice versa com penetração vaginal, e o “*sexo da atualidade*” que “*vai mais além*”, com posições sexuais diversificadas. Leal (2005), em artigo, reflete sobre o que “pode” e o que “não pode” ser feito em uma relação sexual no contexto da conjugalidade. Nas entrevistas feitas pela autora, também aparece o *sexo normal* como aquele com penetração vaginal, apenas. Os dados qualitativos analisados por Leal apontam uma clara tendência das mulheres entrevistadas a rejeitarem o sexo anal. Nas declarações femininas que observou, o sexo anal é referido como perigoso e potencialmente poluidor, além de, por vezes, ser relacionado a práticas homoeróticas. De acordo com Leal:

As declarações femininas sobre o desconforto e o não-prazer relativas ao coito anal são muitas. As mulheres falam reiteradamente de uma insistência masculina e também sobre sua rejeição a esta prática. Algumas dizem que tanto os parceiros insistiram que elas até tentaram, mas que ‘não deu certo’, ‘doeu muito’ ou simplesmente que não gostaram (LEAL, 2005, p. 79).

Em sua fala, Luciana ressalta ainda que “*Deus já deu aquele lugar pra você fazer aquilo ali*” se referindo à vagina como o local devidamente destinado pela natureza para a penetração. Por isso, Luciana até concorda com as variações de posições sexuais, podendo até “*virar a mulher de cabeça pra baixo*”, mas só aceita a penetração vaginal, a única, em sua opinião, legitimada por Deus.

A maioria das mulheres que entrevistei disseram que também tomam a iniciativa de fazer sexo quando têm vontade. Algumas poucas disseram que não, que preferiam esperar seus companheiros tomar tal iniciativa. Um dos pontos interessantes que apareceram em algumas entrevistas foi o fato de algumas mulheres sentirem-se mais dispostas para o sexo do que seus maridos:

**Júlia: A maioria das vezes, pra te dizer a verdade, talvez até eu tenha mais vontade de fazer do que ele.** Porque ele trabalha o tempo inteiro, então, ele vive cansado, **a maioria das vezes eu sinto mais necessidade do que ele.** Por isso que eu falo... tem dia que ele chega do serviço sete horas da manhã, aí eu tô acordando, aí ele me pega assim de jeito, então é gostoso. (risos).

**Fabíola: Eu assim... eu gosto, mas eu confesso que eu sinto falta daquele começo, daquela paixão, daquele fogo. Até eu queria fazer uma pesquisa né, eu tô achando meu marido cansado,** num sei se é por causa dos problemas né, emprego essas coisas, porque ele tá sem trabalhar, **aí também sou mais eu que sinto falta, só que, às vezes, eu não procuro. Às vezes, eu acho que é por orgulho. Eu sempre fui assim, eu nunca fui muito de procurar, eu sempre cedi. A maioria das vezes, raro eu ficar assim atacando, eu gosto de ser atacada** (risos). Eu e meu marido também é mais de manhã, de noite num faz muito, eu acho que ele se sente disposto, dorme.

Por meio dos depoimentos das entrevistadas acerca de sua vivência sexual, foi possível concluir que a submissão e passividade apontadas por algumas profissionais de saúde como características das mulheres que frequentam os grupos de Direitos Reprodutivos devem ser relativizadas. O fato de algumas mulheres cederem aos desejos sexuais de seus companheiros, mesmo não estando com vontade de ter a relação sexual, deve ser entendido no contexto maior de suas concepções sobre o sexo e até mesmo sobre a conjugalidade. Assim, o fato de as mulheres terem relação sexual com seus companheiros mesmo sem desejo não pode ser visto automaticamente como característica de uma posição passiva; ceder não é necessariamente submeter-se.

### 3.9 O corpo

Com o objetivo de saber um pouco como era a relação das mulheres que participaram dos grupos de Direitos Reprodutivos com seu corpo, perguntava-lhes se elas tinham vergonha de se tocar; se já tocaram sua vagina alguma vez ou a olhado no espelho. Fazia estas perguntas a fim de verificar a afirmação de algumas profissionais de saúde sobre o

“*desconhecimento*” daquelas mulheres do seu próprio corpo, bem como sobre a vergonha e a dificuldade de lidar com ele apontadas pelas profissionais. A maioria das mulheres que entrevistei disseram que não sentiam vergonha e já tinham tocado seus órgãos genitais, mas só quando notava alguma coisa diferente, algo de anormal. Algumas contaram que não se tocavam, mas não por vergonha e sim porque nunca tiveram curiosidade de fazê-lo. Vejamos alguns trechos dessas entrevistas:

Flávia: Com relação ao seu próprio corpo, você costuma se olhar, a vagina, por exemplo?

Débora: **Só assim, quando me dá algum corrimento, ou então quando eu sinto alguma coceira, aí eu olho.** Pego o espelho e olho pra ver se não tem nenhum caroço, entendeu? Aí eu olho, tirando isso não.

Flávia: E você mesmo colocar o dedo dentro de você, você já colocou?

Débora: Ah já, já quando eu cismeie que tava com coceira demais, aí eu cheguei até a abrir, enfiar o dedo pra ver se não tinha nada, aí coloquei o espelho, meu marido segurando, que eu sou meio cismada, qualquer coisa de diferente em mim eu já começo ah... entendeu, sou meio paranoica com isso.

Débora tem 22 anos, é casada há cinco, e ainda não tem filhos. Como fica explícita em sua fala, ela só costuma se tocar quando percebe que há alguma coisa diferente acontecendo, alguma coisa de anormal. Quando não nota nenhuma anormalidade, ela não tem o costume de se tocar. Já outras mulheres me contaram que não se tocavam porque não tinham curiosidade de fazê-lo, como no caso de Leila:

Flávia: Você já teve curiosidade de, por exemplo, pegar o espelho e olhar sua “perereca”?

Leila: Ah... há muitos anos atrás eu já olhei assim no espelho, **mas curiosidade eu nunca tive não. Se eu te falar que eu nem sabia que tinha dois canal, você num acredita né.** Aquele dia lá que a menina mostrou que eu... mas eu fiquei quieta né, porque é um absurdo uma mulher dessa num saber. **Pra mim no mesmo lugar que fazia xixi fazia tudo sabe.**

Flávia: Lembrando do grupo de novo, você já falou que uma das coisas que você num sabia era a diferença de onde faz o xixi e de onde sai o neném...

Leila: **É porque eu nunca assim sabe, tive curiosidade. Um negócio feio é perereca né. Nossa, negócio horrível.** Que coisa horrorosa, podia ser um negócio mais bonitinho.

Por outro lado, algumas mulheres afirmaram já ter se tocado e não ter vergonha de fazê-lo:

Flávia: Você já teve curiosidade de se ver, já pegou o espelho e já se olhou?

Dayzi: Se eu já peguei o espelho pra ver... já, é **horroroso.**

Flávia: Você num tem vergonha não?

Dayzi: Eu não. **Com esse meu marido, eu fico mais sem vergonha ainda.** Eu era muito tímida, fechada (risos) mas agora não. Eu já olhei, sim, pra ver como que era o negócio, **ainda mais que falaram lá [no grupo] mijá ali, que num mijá ali, eu achei onde que é, que coisa horrorosa meu Deus!** Eu olhei que coisa horrorosa é essa. Eu não sei se é porque eu tive cinco filhos... mas que o negócio é feio, é.

Algumas profissionais de saúde, ao falar do “*desconhecimento*” do próprio corpo por parte das mulheres que frequentam o grupo, apontavam que muitas dessas mulheres não sabiam a diferença entre o canal vaginal e o canal da uretra. Segundo as profissionais, elas pensavam que o lugar por onde saía o bebê era o mesmo local por onde saía a urina. Em algumas falas, pude perceber que, realmente, a distinção desses canais foi surpresa para algumas mulheres, como Leila e Dayzi, citadas acima, por exemplo. Chama a atenção também, nas duas falas e em outras, a percepção da vagina como “*feia*” e “*horrorosa*”. Durante a minha observação nos grupos, eu já havia notado que a figura dos órgãos genitais feminino e, também, masculino desagradava e constrangia algumas mulheres que franziam o rosto, tampavam a figura ou se portavam de forma jocosa frente àquelas imagens. A exibição das figuras da vagina e do pênis, bem como a do pênis de borracha, sempre provocava alguma reação nas mulheres e nunca eram vistos com naturalidade.

As mulheres em seus depoimentos também apontavam uma grande preocupação estética com seu corpo. Todas as entrevistadas, ao falar do uso de anticoncepcionais, contavam sobre sua extrema preocupação com a possibilidade de engordar. O receio de que determinado tipo de contraceptivo fizesse com que elas engordassem foi marcante em todas as falas e tem um peso muito grande na escolha do método sendo, em alguns casos, o fator determinante nessa escolha. Uma das entrevistadas, por exemplo, chegou a trocar cinco vezes, por conta própria, a marca da pílula anticoncepcional por achar que elas estavam fazendo com que ela engordasse e, em uma dessas trocas, acabou engravidando.

A necessidade de se sentir bem com o próprio corpo também foi expressa pelas entrevistadas. Algumas falas apontam a insatisfação de algumas mulheres com seu próprio corpo bem como o seu desejo de corrigir “imperfeições” que as incomodam.

Dayzi me conta que uma das coisas que a faz sentir-se bem e satisfeita é poder ir à academia. Ela se sente mal por achar que está um pouco acima do peso, e por causa de algumas manchas em sua pele:

Dayzi: **Queria ir num dermatologista tirar essas manchas horrorosa que me põe pra baixo.** Você acha que eu ando do jeito que eu quero? Não, não. E meu marido fica: “Você é linda, você se preocupa muito.” Eu fico: “Não

adianta, você falar que eu sou linda, muito obrigado, eu adoro quando você fala, mas quem tem que se sentir linda sou eu (...)" Não, eu vou usar batom com essa mancha aqui, com esse bigode? Num vou. **Igual eu pedi à doutora Flávia o encaminhamento pra passar pra dermatologista pra mim, ela virou pra mim e falou o que importa é a beleza interior. Eu falei com ela: "Doutora, eu olho no espelho eu num vejo a beleza interior, eu vejo a minha cara (...)"**. Eu vou te falar uma coisa, eu tenho quarenta anos, mas eu não me sinto velha, e olha um dia que eu vou topar contigo, eu vou voltar ao corpinho bonitinho que eu tinha...

Flávia: Mas você num é gorda ...

Dayzi: Sou. Sabe por quê? Num é porque eu seja gorda, **eu quero ficar com as pernas torneadas, eu quero tirar minhas varizes que estão aqui**. Eu não uso saia. Não uso. Eu tenho varizes ó, eu não uso menina. E eu gosto de saia, eu num uso (...) Então, eu adoro malhar, eu adoro, adoro fazer musculação. Você quer ver eu sentir bem comigo mesma, é eu fazer minha musculação e tá vinte e cinco reais aqui no Santa Efigênia e eu num tenho. Entendeu, então é isso que eu quero.

Flávia: Você sente falta dessas coisas?

Dayzi: Sinto, eu gosto de me sentir bonita. **Eu gosto de sentir um corpão, gosto do cabelo bonito, arrumadinho, mas num tô tendo condições, isso me frustra muito**. É isso que me atrapalha, mas eu vou conseguir (...)Eu quero ter perna e cintura torneada, sabe **eu quero me sentir bem comigo mesmo**.

Vemos a importância central que tem para a satisfação pessoal de Dayzi ir à academia, para poder sentir-se bem consigo mesma, com seu corpo. É muito interessante o trecho que destaquei da fala em que Dayzi conta sobre sua conversa com a dermatologista. Enquanto a médica tentava lhe convencer a não dar tanta importância às manchas em seu rosto e valorizar a *"beleza interior"*, Dayzi respondia-lhe que quando se olhava no espelho não enxergava a beleza interior e, sim, a sua *"cara"* e suas manchas, tal como era externamente. Notamos aqui diferentes pontos de vista de profissionais de saúde e de pacientes, e a tentativa por parte dos primeiros em inculcar seu discurso – nesse caso, da existência da *"beleza interior"* – nos segundos. Não se sentir satisfeita com seu próprio corpo provoca um sentimento de frustração em Dayzi e, em alguns momentos, fazia com que ela se sentisse deprimida. Leila também se sente muito incomodada com as varizes que tem na perna:

Flávia: Você com seu próprio corpo assim, você se gosta, se olha no espelho?

Leila: Ah, eu gosto. **Uma coisa que eu num gosto né mim, mas eu ainda vou arrumar, é minhas pernas porque eu tenho muito vazinho de trabalhar em pé. (...)** Depois que eu ganhar neném, minha filha pode custar qualquer dinheiro que eu vou juntar e vou secar. É muito feio, eu só ando assim, ou com essas bermudas ou com calça cumprida, eu fico com vergonha sabe. **É muito feio, fico com uma vergonha** (...)Eu falei com meu marido outro dia: "Num sei por quê, né, ninguém é perfeito." Ele: "Por quê?" Eu falei: "Nossa, eu vejo tanta gente com umas pernas tão bonitas, por que que eu num posso ter umas pernas bonitas, né?" Ele falou assim: "Você

já teve.” (risos). **Até dele mesmo eu tenho vergonha, sabe.** Ele fala: “Não Fia, num ligo não, tá bom.” “Tá bom, mas eu tenho certeza que na hora que você olha pra umas perninhas lisinha você gosta né?” (risos).

Flávia: Isso você fica um pouco assim...

Leila: **Igual, quando a gente vai transar, que ele acende a luz eu tenho pavor.** Por causa da minha perna. Porque minha bunda é grande, mas ele gosta, né (risos). Aí eu num ligo...

Leila sente vergonha de suas pernas por causa das varizes, e está disposta a fazer todas as economias necessárias e “*juntar*” dinheiro para as “*secar*”. A insatisfação com suas pernas faz com que sinta vergonha de ficar nua para seu marido. Este sentimento de vergonha com relação ao seu corpo influencia diretamente no seu relacionamento sexual, já que, para esconder suas pernas, prefere fazer sexo com as luzes apagadas.

Luciana relata como seu corpo mudou ao longo do tempo e se queixa das estrias que tem em sua barriga:

Flávia: Sobre o corpo, você gosta do seu corpo de você?

Luciana: Eu gostava antes de casar. Eu tinha quarenta e sete quilos, minha cintura era trinta e seis entendeu, era completamente diferente de hoje, depois que eu casei, depois do primeiro aborto, mudou tudo. **O corpo mudou muito, o anticoncepcional mudou meu corpo demais, e antes num tinha nada disso. Num é que eu gosto do meu corpo, eu acostumei com ele porque eu num tenho outra solução. Se eu tivesse outra solução eu tomaria. Eu brinco muito com ele, se seu ganhasse um dinheiro muito grande por Deus que eu faço uma plástica.** Por começar na minha barriga, a quantidade de estria que fico de tanto esticar e encolher. Ia começar na minha barriga, falei com ele. Eu gostava do meu corpo de antes. Ele fala: “Cê boba, pra mim assim tá ótimo.” **Não pra mim, eu não me sinto bem com meu corpo.** Eu acho que devia ser do jeito que era antes.

Vemos que Luciana também não se sente bem com seu próprio corpo embora tenha se acostumado com ele, já que “*não tem outra solução*”. Ela também manifesta o desejo de fazer uma plástica e corrigir o que não gosta em si, a começar pela sua barriga. É interessante que, nos três casos citados, os maridos dessas mulheres disseram que não seria necessário suas companheiras mudarem seu corpo, segunda elas relatam, eles dizem que para eles seu corpo “*está bom*” como está, mas mesmo assim elas não se sentem satisfeitas com seus corpos e, se pudessem, corrigiriam o que não gostam.

Goldenberg fala sobre a centralidade do corpo e de sua boa forma nas classes médias urbanas cariocas. Segundo Goldenberg, o final do século XX e o início do século XXI são marcados por uma verdadeira obsessão pelo culto ao corpo, transformando-se em um estilo de vida entre as classes médias. No quesito “insatisfação com o corpo”, a autora aponta que as brasileiras só ficam atrás das japonesas. Apenas 1% das mulheres brasileiras se acham

bonitas, e 54% delas já consideraram a possibilidade de se submeter a uma cirurgia plástica. Em sua pesquisa, Goldenberg diz ter encontrado “mulheres aprisionadas por um modelo de perfeição e que deixam de viver plenamente suas vidas, inclusive sua sexualidade, pela extrema preocupação com o corpo” (GOLDENBERG, 2005, p. 76).

Não obstante a autora ter centrado seu estudo nas classes médias, sendo este um universo diferente das mulheres por mim entrevistadas (que fazem parte das classes mais pobres), também observei essa preocupação e insatisfação com o corpo. Pode ser que o ideal do que seja um corpo perfeito, do modelo de corpo a ser seguido, bem como a proporção dessa preocupação com a forma do corpo, seja diferente nos diferentes grupos sociais. Entretanto, há como ponto comum o sentimento de insatisfação e o desejo da correção das “imperfeições” de algumas mulheres.

Os depoimentos citados acima expressam um pouco como algumas mulheres lidam como o próprio corpo e como o percebem. Esta percepção mostra que o ponto de vista das profissionais de saúde sobre o “*desconhecimento*” e a “*vergonha*” do próprio corpo das usuárias deve ser novamente, em alguma medida, relativizado. Foi possível perceber que algumas mulheres não se tocam internamente não porque não se conhecem ou sentem vergonha, e, sim, porque não há interesse ou curiosidade em fazê-lo. O interesse em tocar o corpo – mais especificamente, em tocar a vagina – só é despertado quando notam que está acontecendo alguma coisa de anormal, quando sentem alguma coceira ou corrimento, por exemplo. Se não acontece nada de incomum com o corpo, ele não é visto como algo a ser explorado ou “*conhecido*”, tal como dizem as profissionais de saúde. Por outro lado, há a preocupação com a forma do corpo quando as mulheres não usam determinados métodos contraceptivos com medo de engordar. O corpo também é fonte de frustração, insatisfação e vergonha quando apresenta “imperfeições” como manchas, estrias ou varizes. Essa insatisfação faz com que as mulheres não se sintam bem consigo mesmas e alimentem o desejo de corrigir as “imperfeições” percebidas no corpo.

#### 4 – CONCLUSÃO

A questão que motivou esse trabalho em sua concepção inicial foi basicamente investigar por que as mulheres escolhiam determinados métodos contraceptivos. Logo no início do percurso da pesquisa, uma das constatações mais importantes que determinou e deu forma ao trabalho foi perceber que não havia um motivo específico para escolher por algum método. Para obter a resposta para tal pergunta, fazia-se necessário investigar as representações sobre sexualidade, corpo e os significados de ser mulher; era preciso tentar compreender o relacionamento afetivo dessas mulheres com seus companheiros e filhos, bem como saber sobre seus projetos de vida. Assim, a conclusão mais importante da pesquisa é que a escolha dos métodos contraceptivos pelas mulheres é feita levando-se em conta as outras dimensões da vida. Analisar estas outras dimensões é determinante para compreendermos suas escolhas reprodutivas.

Ao observar os Grupos de Direitos Reprodutivos (GDR) cujo principal foco é a distribuição gratuita de métodos anticoncepcionais, minha intenção foi apreender e relacionar os dois pontos de vista distintos ali presentes: dos profissionais de saúde e das usuárias. Através da análise do “discurso oficial”, ou seja, da formulação discursiva desde o feminismo até as políticas públicas voltadas para as mulheres e a reprodução, vimos que subjaz a ideologia individualista. O ideal individualista também perpassa o ponto de vista das profissionais de saúde que fazem os grupos. Segundo o ideal dessas profissionais, o principal objetivo dos Grupos é informar os usuários promovendo a “escolha livre e informada”, isto é, o ideal de que, munidos do conhecimento correto sobre o uso dos métodos contraceptivos, os indivíduos serão capazes de fazer a escolha mais adequada para si. Embora tenham um ideal de grupo participativo, os grupos seguem o modelo tradicional de educação em saúde no qual se prioriza a passagem de informação de forma assimétrica, de cima para baixo.

As profissionais de saúde têm uma visão prévia das participantes do grupo, lançando mão da “cultura” para explicar os comportamentos das usuárias quando estas não usam determinados métodos (diafragma e camisinha feminina), têm uma gravidez inesperada ou não se previnem nas relações sexuais. Assim, explicando alguns comportamentos *a priori* como “culturais”, não tentam compreender o ponto de vista do “outro”. As diferentes formas de lidar com o corpo, com a sexualidade, ou com a conjugalidade são vistos pelas profissionais que fazem os grupos como “desconhecimento” ou “submissão”.

Vimos que as informações passadas durante os GDR não são os elementos determinantes na escolha do método. As usuárias chegam aos grupos com a decisão tomada e raramente mudam de opinião. Ao estudar o ponto de vista das usuárias em contraposição ao ponto de vista das profissionais de saúde, concluímos que as escolhas são feitas dentro de um contexto mais amplo de relações e vivências pessoais que não é (re)conhecido pelas profissionais. Entretanto, só é possível compreender por que as mulheres escolhem por determinados métodos e por que desejam ou não ter filhos se analisarmos suas representações acerca dos métodos, seus projetos pessoais de vida, os significados de ser mulher e mãe; como é seu relacionamento conjugal com seus companheiros e as concepções sobre a sexualidade e seu próprio corpo.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, V.9, n.16, p. 39-52, set. 2004/fev.2005

ARAÚJO, C.L.F. A prática do aconselhamento em DST/AIDS e a integralidade. In: PINHEIRO, R. ; MATOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Ed. IMS/UERJ, 2003, p. 145-168.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 19 (Sup.2): S465-S469, 2003.

ÁVILA, M. B. e CORRÊA, Sônia. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: LOREN, Galvão; DÍAZ, Juan (Org.). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999.

BARSTED, L. Linhares. O campo político-legislativo dos direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E. (Org). **Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Unicamp, 2003.

BONET, Octavio. Aconselhamento médico e diversidade cultural: a busca de um enfoque integral na prática da medicina de família. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Org.) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Ed. IMS/UERJ, 2003 p. 129-44

\_\_\_\_\_. Educação em saúde, cuidado e integralidade. De fatos sociais totais e éticos. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitet/IMS-Uerj/Abrasco, 2006. p. 279-292.

BOCHINI, M. O. Valores conservadores em Ana Maria e Viva Mais! In: FARIA, Nalu; SILVEIRA, M. Lucia (Org.) **Mulheres, corpo e saúde**. São Paulo: SOF, 2000, v. 1, p. 57-70.

BOURDIEU, Pierre. A dominação masculina. **Educação & Realidade**. Porto Alegre: v.20, n.2, p. 133-184, jul./dez. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: manual Técnico**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRICEÑO-LEON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 12(1): 7-30, jan/mar, 1996.

CORRÊA, Sônia et al. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (Org.). **Indicadores Municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006, p.27-62.

CORRÊA S, ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Unicamp, 2003, p.17-78.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal. 1979.

DA MATTA, Roberto. O ofício do etnólogo, ou como ter “anthropological blues”. In: NUNES, Edson de O. (Org.) **A aventura sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p. 23-35.

DÍAZ, Margarita; DÍAZ, Juan. Qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva: estratégias para mudança. In: LOREN, Galvão; DÍAZ, Juan (Org.) **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999, p.29-33.

DUARTE, L. F. D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/CNPq, 1986

\_\_\_\_\_. Pouca vergonha, muita vergonha: sexo e moralidade entre as classes trabalhadoras urbanas. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 6, 1984, Águas de São Pedro - SP. **Anais ...** São Paulo: ABEP, 1984.

\_\_\_\_\_. A percepção sociológica de assuntos íntimos em grandes números. In: HEILBORN, M. L. et al (Org.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006. p. 19-26.

\_\_\_\_\_. Horizontes do indivíduo e da ética no crepúsculo da família. In: RIBEIRO, Ivete; RIBEIRO, Ana Clara (Org.). **Família em Processos Contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira**. São Paulo: Loyola, 1995, p. 27-41.

DONZELOT, Jaques. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980

FONSECA, Cláudia. Ser mulher, mãe e pobre. In: PRIORE, Mary Del (Org.). **História das Mulheres no Brasil**. 3 ed. São Paulo: Contexto, 2000. p. 510-553. .

\_\_\_\_\_. Amor e família: vacas sagradas da nossa época. In: RIBEIRO, Ivete e RIBEIRO, Ana Clara (Org.) **Família em Processos Contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira**. São Paulo: Loyola, 1995, p. 69 – 89.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I – A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FRANCHETTO, Bruna et al. Antropologia e feminismo. In:\_\_\_\_\_. **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, n.1, 1981, p. 11-47.

GUIMARÃES, Carmem Dora. **Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

GOLDEMBERG, Mirian. Gênero e corpo na cultura brasileira. **Revista Psicologia Clínica**. Rio de Janeiro, vol. 17, n.2 p. 65-80, 2005.

HEILBORN, M. L. Construção de si, gênero e sexualidade. In: HEILBORN, M.L. (Org.) **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**, IMS/UERJ. Rio de Janeiro: Zahar, 1999, p. 40-59.

\_\_\_\_\_. **Dois é Par – Gênero e identidade sexual em contexto igualitário**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

\_\_\_\_\_. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: HEILBORN, M. L. et al (Org.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006, p. 29-57.

KNAUTH, Daniela et al. Sexualidade Juvenil: Aportes para as Políticas Públicas. In: HEILBORN, M. L. et al (Org.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006, p. 400-416.

LEAL, Andrea Fachel. Práticas sexuais no contexto da conjugalidade: o que implica a intimidade? In: HEILBORN, M.L. et al (Org.) **Sexualidade, família e ethos religioso**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 61-85.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Os Argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MEYER, E. Dagmar et al. Sexualidade, prazeres e vulnerabilidade: implicações educativas. **Educação em Revista**. Belo Horizonte, n.46 p.219-239 dez. 2007

OSIS, Maria José D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 14, p. 25–32, 1998.

\_\_\_\_\_. et al. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço de público de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.20(6):1586-1594, Nov/Dez, 2004.

PERPÉTUO, O. H. Ignez. Anticoncepção. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Pesquisa Nacional de demografia e Saúde da Criança e da Mulher Relatório, PNDS 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

RHODEN, Fabíola. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. **Horizontes Antropológicos**, n.17, p. 10 –125, 2002.

SALEM, Tania. Mulheres faveladas: com a venda nos olhos. In: FRANCHETTO, Bruna et al. **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, n.1 p. 49-99, 1981.

SARTI, Cynthia Andersen. Feminismo e contexto brasileiro. **Cadernos Pagu**, n.16: p. 31-48, 2001

\_\_\_\_\_. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SERRUYA, S. Ligação de trompas e imaginário feminino. **Revista Brasileira Estudos Populacionais**, Campinas, n. 10, p.57-70, 1993.

SCAVONE, Lucila. Nosso corpo nos pertence? Políticas feministas do corpo. In: XXX ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS - Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, 2006, Caxambu-MG. XXX ANPOCS 2006 - **Anais** (CD Rom), 2006.

SOUZA, G. A. Deixai vir os filhos. In: IV Encontro de Ciências Sociais no NE -, 1989, Salvador - Ba. **Anais** do IV Encontro de Ciências Sociais no NE -, 1989.

SOIHET, Rachel. Mulheres pobres e violência no Brasil urbano. In: **História das Mulheres no Brasil**. PRIORE, Mary Del (Org.). 2 ed. São Paulo: Contexto, 1997, p.362-400.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, Elza (org.). **Sexo & Vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. São Paulo: Unicamp, 2003, p.151-196.

\_\_\_\_\_. **A Medicalização do Corpo Feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

VICTORA, Ceres G. **Mulher, sexualidade e reprodução**: representações do corpo em uma vila de classes populares em Porto Alegre, 1991. Dissertação (Mestrado em Antropologia). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 1991.

VILLELA, V. Wilza. Num país tropical, do sexo que se faz ao sexo qual se fala. In: LOREN, Galvão; DÍAZ, Juan (Org.). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VILLELA, V. Wilza, ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e Vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. São Paulo: Unicamp, 2003, p. 95-150.

WOORTMAN, Klass. **A família das mulheres**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro/CNPq, 1987.