

CIBELI DE SOUZA PRATES

**Autonomia nas Experiências de
Anticoncepção de Multíparas Pobres**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

Porto Alegre

2007

P912a Prates, Cibeli de Souza

Autonomia nas experiências de anticoncepção de múltiparas pobres/
Cibeli de Souza Prates; orient. Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira. –
Porto Alegre, 2007.

145 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio
Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em
Enfermagem, 2006.

Inclui resumo em Português, Espanhol e Inglês.

1. Anticoncepção : enfermagem. 2. Autonomia pessoal. 3.
Comportamento contraceptivo. 4. Identidade de gênero. 5. Poder
(psicologia). 6. Paridade. 7. Saúde da mulher. 8. Promoção da saúde. 9.
Direitos reprodutivos. I. Oliveira, Dora Lúcia Leidens Correa de. II.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul. III. Título. IV. Título: Autonomía
en las experiencias de anticoncepción de mujeres pobres múltiparas
atendidas en una unidad básica de salud de Canoas, RS [resumen]. V.
Título: Autonomy in contraception experiences of multiparae low-income
women in a basic health unit in Canoas, RS [abstract].

Limites: Humanos. Feminino. LHSN – 222.411 NLM – WP 630

Catálogo por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).



UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

**ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

A Banca Examinadora atribuiu o Conceito Final: A

Nome e Assinatura da Banca Examinadora:

Dora Lúcia de Oliveira
Profa. Dra. DORA LÚCIA DE OLIVEIRA Presidente
CPF nº 421392280-49

Eva Neri Rubim Pedro
Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro Membro
UFRGS
CPF 289.509.170-68

Dagmar Meyer
Profa. Dra. Dagmar Meyer Membro
UFRGS
CPF nº 242040991-49

Ana Maria Hecker Luz
Profa. Dra. Ana Maria Hecker Luz Membro
UNISINOS
CPF nº 278516990-53

Porto Alegre, 29 de novembro de 2006.

De acordo da Mestranda: Cibeli de S. Brates

Dedico este estudo a meu filho Lucas que vivenciou comigo esse período de esforço e dedicação, compreendendo as minhas ausências.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dora Lúcia de Oliveira, minha orientadora, por sua competência e seu comprometimento, sendo compreensiva com minhas limitações de tempo.

Às professoras do Curso de Mestrado pelos ensinamentos e contribuições, em especial à Profa. Eva Rubim Pedro e à Profa. Ana Bonilha. Às colegas do Curso de Mestrado pela boa convivência, a troca de idéias, alegrias e ansiedades.

À Profa. Dagmar Meyer que sempre acreditou no meu potencial e me instigou a 'enxergar' e a fazer as coisas de uma maneira diferente. À Profa. Lílian Córdova do Espírito Santo que sempre me incentivou nos caminhos do ensino.

Às colegas da ULBRA pelo apoio e incentivo, e por compartilharem minhas ansiedades, em especial à Coordenadora do Curso de Enfermagem Profa. Flávia Hentschel e à gerente de estágio Profa. Renita Figueiredo. À minha colega e grande amiga Liane Einloft por seu carinho e compreensão. Às colegas da Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por compreenderem a minha ausência por um período e por estarem sempre me apoiando quando preciso, em especial à Enfa. Ana Trindade e Enfa. Regina Weisseimer.

À bolsista acadêmica de enfermagem da EEUFRGS Gilda Abib pelo auxílio durante esta dissertação. Às ex-acadêmicas de enfermagem da ULBRA, agora enfermeiras, Ana Clarissa Nerling, Analícia C. Meller e Fabíola Ferri Dada pelo auxílio na seleção das participantes e nos grupos focais.

Às minhas 'poderosas' amigas Márcia Nascimento e Vânia Latuada pelo carinho, dedicação e por estarem sempre presentes nos momentos mais importantes de minha vida. À minha amiga/irmã Maíra Sanhudo de Oliveira que mesmo estando distante em alguns momentos, sempre torceu por mim e por meu sucesso. À minha amiga Maria Luiza Schmidt ex-colega da UIO por seu carinho e compreensão nos momentos difíceis.

Às mulheres participantes desta pesquisa, por sua disponibilidade e receptividade na realização dos grupos focais.

Ao meu marido Gilnei, presente em todas as etapas deste processo, por sua paciência e compreensão. Ao meu querido e amado filho Lucas que sofreu por minha ausência neste período de dedicação.

À minha mãe Orfila, exemplo de mulher lutadora que sempre priorizou e estimulou a educação dos filhos. Aos meus queridos irmãos Cláudio, Clóvis e Cristian que sempre torceram pelo meu sucesso.

À minha assessora Lúcia, que me auxiliou / substituiu nos cuidados com meu filho, sempre prestativa e disponível, me deixando tranqüila e segura para continuar investindo neste projeto.

RESUMO

A dissertação analisa as experiências de anticoncepção de mulheres pobres múltiparas, considerando os fatores que condicionam a sua autonomia no campo da anticoncepção. A pesquisa foi de cunho qualitativo, do tipo descritivo-exploratório. A coleta das informações foi desenvolvida através da realização de grupos focais com múltiparas que freqüentam uma Unidade Básica de Saúde da região metropolitana de Porto Alegre. As informações foram analisadas através de análise de conteúdo proposta por Minayo. A análise sugere que, para as participantes da pesquisa, o número elevado de filhos se justifica em função da sua autonomia contraceptiva reduzida gerada por fatores sociais e individuais. A análise indicou os seguintes fatores como implicados na produção de multiparidade – (1) sociais: dificuldades financeiras, problemas de acesso aos serviços de saúde e aos métodos anticoncepcionais e desigualdades de poder de gênero e (2) individuais: efeitos colaterais dos métodos anticoncepcionais e a auto-responsabilização pelo controle da fertilidade do casal. A multiparidade traz repercussões negativas para a vida dessas mulheres e, apesar de as participantes da pesquisa, em alguma medida, terem consciência dos fatores que limitam o seu potencial de autonomia para escolherem quando e quantos filhos ter, elas parecem não ter poder para modificar essa situação. No entanto, como o poder circula nas relações, suas falas sugerem que existe sempre a possibilidade de que elas ocupem posições de poder e consigam minimizar as dificuldades que enfrentam para controlar sua fertilidade. A pesquisa permite concluir que a retórica produzida no campo do planejamento familiar e sua ênfase na defesa dos direitos reprodutivos contradizem as experiências vividas pelas mulheres pobres que participaram desta pesquisa, no sentido de que essas mulheres não estão exercendo o direito de controlar sua fertilidade. O estudo traz contribuições para o trabalho dos profissionais de saúde no sentido de indicar não só as circunstâncias e os fatores implicados com a produção do fenômeno da multiparidade em comunidades pobres, como também de mostrar os limites das ações e dos serviços que atuam no campo do planejamento familiar.

Descritores: Anticoncepção: enfermagem. Autonomia pessoal. Comportamento contraceptivo. Identidade de gênero. Poder (psicologia). Paridade. Saúde da mulher. Promoção da saúde. Direitos reprodutivos.

Limites: Humanos. Feminino.

RESUMEN^a

La disertación analiza las experiencias de anticoncepción de mujeres pobres multíparas, considerando los factores que condicionan su autonomía en el campo de la anticoncepción. La investigación fue de cuño cualitativo, del tipo descriptivo-exploratorio. La colecta de las informaciones fue desarrollada a través de la realización de grupos focales con multíparas que frecuentan una Unidad Básica de Salud de la región metropolitana de Porto Alegre. Las informaciones fueron analizadas a través del análisis de contenido propuesto por Minayo. El análisis sugiere que, para las participantes del estudio, el número elevado de hijos se justifica en función de su autonomía contraceptiva reducida generada por factores sociales e individuales. El análisis indicó los siguientes factores involucrados en la producción de multiparidad – (1) sociales: dificultades financieras, problemas de acceso a los servicios de salud y a los métodos anticoncepcionales y desigualdades de poder de género y (2) individuales: efectos colaterales de los métodos anticoncepcionales y la auto-responsabilidad por el control de la fertilidad de la pareja. La multiparidad trae repercusiones negativas para la vida de esas mujeres y, a pesar de que las participantes de la investigación, en cierta medida, tengan conciencia de los factores que limitan su potencial de autonomía para escoger cuándo e cuántos hijos tener, ellas parecen no tener poder para modificar esa situación. Sin embargo, como el poder circula en las relaciones, sus discursos sugieren que siempre existe la posibilidad de que ellas ocupen posiciones de poder y consigan minimizar las dificultades que enfrentan para controlar su fertilidad. El estudio permite concluir que la retórica producida en el campo de la planificación familiar y su énfasis en la defensa de los derechos reproductivos contradicen las experiencias vividas por las mujeres pobres que participaron de esta investigación, en el sentido de que esas mujeres no están ejerciendo el derecho de controlar su fertilidad. Este estudio también trae contribuciones para el trabajo de los profesionales de la salud en relación a la posibilidad de indicar no solo las circunstancias y los factores implicados en la producción del fenómeno de la

^a Traducido por Maria Auxiliadora Cannarozzo Tinoco.

multiparidad en comunidades pobres, como también de mostrar los límites de las acciones y de los servicios que actúan en el campo de la planificación familiar.

Descriptores: *Anticoncepción: enfermería. Autonomía personal. Conducta anticonceptiva. Identidad de género. Poder (psicología). Paridad. Salud de las mujeres. Promoción de la salud. Derechos reproductivos.*

Límites: *Humanos. Femenino.*

Título: *Autonomía en las experiencias de anticoncepción de mujeres pobres multíparas atendidas en una unidad básica de salud de Canoas, RS.*

ABSTRACT^b

This dissertation analyzes experiences of contraception among low-income multiparae women, considering factors that condition their autonomy in the field of contraception. The research is characterized as qualitative, descriptive-exploratory. Data collection was carried out through focus groups of multiparae women who attended a Basic Health Unit in Porto Alegre. Information was analyzed through the content analysis proposed by Minayo. The analysis has suggested that, for the participants of this research, the high number of children is justified by their reduced contraceptive autonomy, which is generated both by social and individual factors. The analysis has pointed out the following factors as being implied in the production of multiparity. (1) Social: financial problems, difficult access to health services and contraceptive methods, and inequality of gender power; (2) Individual: side effects of the contraceptive methods, and self-responsibility for the couple's fertility control. Multiparity causes negative effects in those women's lives and, although the participants of this research, to a certain extent, were aware of the factors that limit their autonomy potential to choose when and how many children to have, they seemed not to have power to change this situation. However, as power circulates in the relationships, their speech suggests that there is always the possibility to occupy power positions and be able to minimize difficulties they face to control their fertility. The research allows for the conclusion that the rhetoric produced in the field of family planning and its emphasis on the advocacy of reproduction rights contradicts the experiences that poor women have had, in the sense that those women are not exercising their right to control their fertility. The study has brought contributions to work of health professionals, not only indicating the circumstances and factors implied in the production of the multiparity phenomenon in low-income communities, but also showing the limits of actions and services that are present in the field of family planning.

^b Translated by Lene Belon.

Descriptors: *Contraception: nursing. Personal autonomy. Contraception behavior. Gender identity. Power (psychology). Parity. Women's health. Health promotion. Reproductive rights.*

Limits: *Humans. Female.*

Title: *Autonomy in contraception experiences of multiparae low-income women in a basic health unit in Canoas, RS.*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO	17
2.1	Planejamento familiar: controle demográfico ou direito de escolha?	17
2.2	Autonomia das mulheres: “nosso corpo nos pertence?”	30
2.2.1	<i>Empowerment: uma proposta de promoção da saúde no campo da reprodução</i>	31
2.2.2	Autonomia e direitos reprodutivos	37
2.3	O fenômeno da multiparidade	41
2.4	Gênero e suas articulações com o ‘ser mulher’	45
3	CAMINHO METODOLÓGICO	55
3.1	Objetivo do estudo	55
3.2	Questões norteadoras do estudo	55
3.3	Tipo de estudo e abordagem	56
3.4	Contexto do estudo	57
3.5	Participantes do estudo: seleção e características	57
3.6	Coleta das informações	58
3.6.1	Grupos focais	59
3.6.2	Local dos encontros	60
3.6.3	Constituição dos grupos	61
3.7	Organização e análise das informações	62
3.8	Considerações bioéticas	64
4	A AUTONOMIA FEMININA NO CAMPO DA ANTICONCEPÇÃO E SEUS LIMITES SOCIAIS E INDIVIDUAIS	66
4.1	Os limites sociais	66
4.1.1	Dificuldades financeiras: “depende de dinheiro, pra classe pobre não é tão fácil assim”	67
4.1.2	Problemas de acesso: “tem que vir de madrugada pegar ficha”	71
4.1.3	Poder de gênero e anticoncepção: “ele nunca pensava em evitar porque queria ter os quatro filhos, ele sempre quis, eu não”	77
4.2	Os limites individuais	82

4.2.1	Reações do corpo: “é porque a pílula que nem eu falei, ela me faz mal”	83
4.2.2	Responsabilidade pessoal: “eu tive quatro porque não quis me cuidar mesmo”	88
5	O FENÔMENO DA MULTIPARIDADE COMO ELEMENTO POTENCIALIZADOR DA REDUÇÃO DA AUTONOMIA	93
5.1	As repercussões da maternidade multiplicada no exercício da autonomia num âmbito individual: “primeiro lugar atinge a saúde, depois a auto-estima e o psicológico também”	94
5.2	As repercussões da maternidade multiplicada no exercício da autonomia num âmbito social: “não tive a liberdade que eu queria ter, não fiz o que eu queria fazer – estudar, trabalhar”	99
6	PODER E RESISTÊNCIA NA BUSCA DE AUTONOMIA	107
6.1	Estratégias femininas de resistência ao poder masculino na busca de autonomia contraceptiva: “mulher com jeitinho consegue tudo o que ela quer do esposo”	107
6.2	Exercendo o poder de escolha: maternidade por opção - “eu quis ter elas”	113
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
	REFERÊNCIAS	124
	APÊNDICE A – Formulário para seleção das participantes	136
	APÊNDICE B – Agenda de temas dos grupos focais	137
	APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido	139
	APÊNDICE D – Convite para os encontros	141
	APÊNDICE E – Características das participantes da pesquisa	142
	ANEXO – Termo de aprovação do comitê de ética da ULBRA	145

1 INTRODUÇÃO

A presente investigação analisa as experiências de anticoncepção de mulheres pobres^c múltiparas^d, considerando os fatores que condicionam a sua autonomia no campo da anticoncepção.

A motivação para este estudo origina-se de minha experiência profissional como enfermeira obstétrica assistencial e docente. No cotidiano do meu trabalho como docente da Universidade Luterana do Brasil – *Campus* Canoas, desenvolvo atividades de supervisão de estágio de Enfermagem em Unidades Básicas de Saúde (UBS) na área da saúde sexual e reprodutiva da mulher. Durante os estágios, deparei-me com relatos de mulheres insatisfeitas com o planejamento de sua família. Na sua maioria, eram mulheres pobres que haviam tido muitos filhos não planejados. Como justificativa das gestações indesejadas, elas apontaram problemas no uso do método contraceptivo – esquecimento de tomar o comprimido, abandono do método devido a reações indesejáveis, dificuldade de acesso ao método, dificuldade de entendimento quanto ao uso adequado do método, dentre outros – e falta de autonomia para controlar sua capacidade reprodutiva. Outro ponto ressaltado pelas mulheres como influente na definição do número de filhos tem relação com o poder exercido pelos homens quando, por exemplo, estes se negam a participar ou são indiferentes ao planejamento de sua família. Como enfermeira assistencial em uma Unidade de Internação Obstétrica (UIO) de um Hospital de Porto Alegre, tive contato com relatos semelhantes das puérperas (mulheres no período pós-parto) internadas.

A questão sobre por que, nos dias de hoje, as mulheres de segmentos sociais mais pobres ainda têm muitos filhos é instigante, tendo-se em conta o padrão de fecundidade^e instituído em nossa sociedade, que é de 2,1 filhos por mulher no final

^c Ao utilizar as denominações “mulheres pobres”, “pobreza”, “camadas mais pobres”, “segmentos sociais mais pobres”, “classes pobres” ou “condições de baixa renda”, estou me referindo à definição de pobreza descrita por Sandroni (2002, p. 476): “pobreza é o estado de carência em que vivem indivíduos ou grupos populacionais, impossibilitados, por insuficiência de renda ou inexistência de bens de consumo, de satisfazer suas necessidades básicas de alimentação, moradia, vestuário, saúde e educação”.

^d Ao falar de “multiparidade” ou “múltiparas”, refiro-me a proles numerosas ou a mulheres com três filhos ou mais.

^e Fecundidade corresponde ao nível reprodutivo da população baseado no número de nascidos vivos por mulher.

do período reprodutivo (BRASIL, 2004c). Que fatores estariam influenciando ou determinando essa situação para além da incapacidade das mulheres em controlar sua anticoncepção? Como as mulheres pobres explicam o número elevado de filhos? Como as desigualdades de gênero estão manifestas nessas razões? Quais os fatores que condicionam a autonomia das mulheres pobres na anticoncepção? Quais as repercussões da multiparidade para a autonomia dessas mulheres? Quais os mecanismos de resistência que essas mulheres mobilizam na busca de autonomia?

A anticoncepção em segmentos sociais mais pobres tem sido foco de investigações e debates nos últimos anos, a maioria abordando o conhecimento das mulheres sobre o uso de métodos anticoncepcionais, bem como suas crenças acerca desses métodos (ARREGUY-SENA; HENRIQUES; STUCHI, 2003; ESPEJO *et al.*, 2003; FERNANDES, 2003). Alguns desses trabalhos indicam que há uma relação entre o maior número de filhos (três ou mais) com a baixa escolaridade da mulher e a baixa renda familiar (ESPEJO *et al.*, 2003; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004), o que sugere que ter muitos filhos é um fator associado à vulnerabilidade das mulheres, seja como um gerador, seja como um elemento potencializador de tal vulnerabilidade. ‘Potencializador’^f no sentido da contribuição do número elevado de filhos para um incremento ou reforço de uma vulnerabilidade previamente estabelecida em função da sua condição de mulher vivendo em situação de pobreza.

Apesar de já ter sido, de certa maneira, analisado por pesquisadores, através dos estudos sobre a questão da anticoncepção em segmentos mais pobres da população, o fenômeno da multiparidade entre mulheres pobres permanece sendo merecedor de atenção por parte dos pesquisadores. Estudar multiparidade e anticoncepção entre mulheres pobres se faz necessário se pensarmos que a saúde das mulheres tem relação, dentre outros fatores, com direitos reprodutivos e cidadania. Os direitos reprodutivos dizem respeito à liberdade do casal para optar por ter filhos ou não, ao direito à informação e ao acesso a métodos contraceptivos e ao direito de decidir sobre a sua reprodução. Se essas mulheres não estão conseguindo exercer os seus direitos de escolha e de cidadania no planejamento de suas famílias, isso evidencia que a retórica oficial diverge da experiência vivida. O

^f Aspas simples são usadas no texto para destaques pessoais e aspas duplas para palavras ou expressões retiradas de citações de outros autores.

planejamento familiar apresenta atualmente como objetivo a promoção dos direitos reprodutivos e das escolhas individuais, possibilitando maior autonomia às pessoas para que estas possam optar por ter filhos ou não. Porém, nas experiências vividas no campo da anticoncepção por mulheres pobres multíparas, esses direitos parecem não estar sendo respeitados e a autonomia para escolher, prometida nesse discurso, mostra-se limitada.

A autonomia feminina define-se, neste estudo, como o poder de decisão das mulheres sobre seus corpos, suas vidas e o contexto em que vivem. Poder este que deve favorecer a realização de seus desejos, o rompimento com os ciclos e espaços de dependência, exploração, opressão e subordinação das mulheres (SAFFIOTI, 2002; BRASIL, 2004a).

Nesse sentido, justifica-se a realização deste estudo em função da necessidade de se compreender o fenômeno da multiparidade em camadas mais pobres da população, fenômeno que contraria as estatísticas de fecundidade nacionais. O enfoque no poder de escolha das mulheres dessas camadas tem a ver com o pressuposto de que as mulheres pobres assumem o tradicional papel feminino no controle da fertilidade do casal e que, portanto, sua condição de multípara tem a ver com suas escolhas e com os fatores que as condicionam.

Considerando o exposto, este estudo tem como objetivo problematizar as experiências de anticoncepção de multíparas pobres atendidas em uma UBS da Região Metropolitana de Porto Alegre, levando em conta os fatores que condicionam sua autonomia para escolher o número de filhos, o momento de engravidar e as estratégias de anticoncepção.

2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

O presente capítulo busca subsídios na literatura onde serão abordados os seguintes temas: o planejamento familiar; a autonomia das mulheres; o fenômeno da multiparidade; e o gênero feminino.

2.1 Planejamento familiar: controle demográfico ou direito de escolha?

A noção de planejamento familiar foi sendo produzida, ao longo dos tempos, em meio a tensões políticas, sociais e econômicas e num determinado tempo histórico. Inicialmente, era um projeto “controlista” (COSTA, 1999; VIEIRA, 2003; SCAVONE, 2004) que visava ao controle demográfico como justificativa para a melhoria socioeconômica de uma determinada região ou país. Desde então, sob a influência de movimentos sociais e políticos, a noção de planejamento familiar vem se modificando. Contribuíram para que essas modificações acontecessem, dentre outros fatores, o movimento feminista, os grupos organizados em prol dos direitos humanos, as conferências internacionais no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O planejamento familiar é hoje considerado um direito dos indivíduos, uma idéia que se constitui seguindo a ênfase da modernidade na importância da autonomia e da liberdade de escolha no gerenciamento da vida pessoal. Nesse sentido, o planejamento familiar está atualmente inserido no estatuto dos direitos humanos e, num âmbito mais específico, no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, referendando o direito de escolha do casal por ter o número de filhos que desejar.

Entendido como um dos elementos constituintes da saúde, o planejamento familiar tem estado na agenda política dos órgãos governamentais que tratam de questões relacionadas com a saúde coletiva. Nesse contexto, ‘planejamento familiar’ tem sido definido pelo Ministério da Saúde como um direito que todo indivíduo tem à informação, à assistência e ao acesso aos recursos que lhe permitam optar livre e conscientemente por ter ou não filhos. É destacado, ainda, que toda mulher deve ter o direito de optar pelo número de filhos, pelo espaçamento entre os nascimentos e

pelo método anticoncepcional mais adequado, de forma livre e por meio de informação, sem discriminação, coerção ou violência (BRASIL, 2006c).

As primeiras idéias sobre planejamento familiar surgiram em Londres em 1952, com a criação da *International Planned Parenthood Federation (IPPF)* pela enfermeira Margaret Sanger (YAZLLE, 2005). Desde sua criação, a *IPPF* contou com apoio financeiro de instituições interessadas em restringir a liberdade de procriação das mulheres ou dos casais, com vistas ao controle de crescimento populacional (COSTA, 1999; COELHO; GARCIA, 2004). A partir dos anos 60, a *IPPF* passou a financiar instituições que desenvolviam ações de planejamento familiar também no Brasil (COSTA, 1999). Segundo Costa (1999), isso aconteceu em meio ao desenvolvimento de uma política americana de ajuda aos países latino-americanos. Tal política incluía como condição para a obtenção de ajuda financeira a adoção, por parte do país solicitante, de estratégias voltadas à redução do crescimento demográfico (COSTA, 1999).

Uma das instituições brasileiras filiadas à *IPPF* que ganharam destaque no campo do planejamento familiar foi a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). A BEMFAM foi criada em novembro de 1965 por um grupo de médicos durante um Congresso de Ginecologia e Obstetrícia (HOGA, 1996; COSTA, 1999; VIEIRA, 2003), tendo como objetivo desenvolver um amplo trabalho informativo e educativo, treinando profissionais da saúde para atuarem em planejamento familiar, além de assessorar diretamente ações contraceptivas, por meio de unidades próprias ou conveniadas com prefeituras, sindicatos, secretarias de saúde ou universidades (HOGA, 1996; COSTA, 1999). Constituindo-se como entidade privada sem fins lucrativos, a BEMFAM, tinha sede no Rio de Janeiro, mas realizava intervenções em quase todo o território nacional.

Além da BEMFAM, outras organizações voltadas ao planejamento familiar foram fundadas e começaram a oferecer seus serviços sem controle do governo.

Devido ao seu discurso neomalthusiano⁹, essas entidades sofreram muitas críticas de grupos de esquerda, movimentos sociais e feministas que lutavam pela democratização e pelos direitos reprodutivos. Essas organizações eram conhecidas

⁹ Thomas Robert Malthus (1766-1834) foi um professor de História Moderna e Política Econômica do cenário internacional que alertava sobre os perigos da superpopulação em decorrência do não correspondente crescimento da produção de alimentos (COSTA, 1999). Sob essa perspectiva, quanto maior o número de pessoas, menor o desenvolvimento econômico de um país.

como controlistas, em função da defesa que faziam do controle e diminuição da prole (VIEIRA, 2003), o que era sustentado na argumentação de que o crescimento econômico e o próprio desenvolvimento só seriam possíveis com intervenções dirigidas à redução do ritmo do crescimento demográfico (COSTA, 1999; VIEIRA, 2003).

Em meados de 1966, uma década após a descoberta da pílula anticoncepcional, o movimento em prol do planejamento familiar passou a ter maior destaque no Brasil, em decorrência da problemática do aborto provocado e suas conseqüências (HOGA, 1996) e sob a influência dos movimentos feministas que aspiravam a desvincular sexualidade e procriação. Nessa mesma época, uma cultura da cidadania feminina começou a ser construída no país, impulsionada, em grande parte, pelo ingresso das mulheres no mercado de trabalho e nas universidades (COSTA, 1999).

As críticas em relação à aproximação entre planejamento familiar e controle demográfico persistem até os dias de hoje (DÍAZ; DÍAZ, 1999; SCAVONE, 2004), uma vez que, na implementação de programas de planejamento familiar, muitas instituições ou profissionais continuam implicitamente com esse pensamento controlista, desconsiderando o direito de escolha ou a autonomia das mulheres na reprodução.

Considerando o que diz o dicionário da língua portuguesa, fonte de significados que informa o senso comum, a palavra *controle* significa “ato ou poder de controlar; fiscalização exercida sobre as atividades de pessoas, órgãos, etc., para que não se desviem das normas preestabelecidas” (FERREIRA, 2004, p. 265). Trazendo-se essa definição para o campo do ‘controle demográfico’, poder-se-ia dizer que esse termo tem um significado contrário ao significado que se tem atribuído ao planejamento familiar. ‘Controle demográfico’ seria, então, um exercício de poder sobre as pessoas no sentido de um gerenciamento externo da sua fecundidade, reduzindo a sua autonomia para decidir sobre quantos filhos ter.

Dada a inscrição do controle da fecundidade como principal objetivo do planejamento familiar e a dependência de indivíduos e casais de programas e políticas governamentais para a viabilização desse planejamento, parece problemático pensar em planejamento familiar como investimento na promoção da autonomia e da liberdade. A idéia de planejamento familiar e o seu inerente foco na limitação da fecundidade pode ser entendida, assim, como um conjunto de

estratégias instituídas para o controle do funcionamento dos corpos femininos e masculinos (embora a tendência seja centrar-se nos femininos).

Michel Foucault trouxe importantes contribuições para a abordagem da questão do poder sobre a vida, entendido no âmbito das suas teorizações como “bio-poder”. Para Foucault (2005, p. 131), o bio-poder é constituído por dois pólos de desenvolvimento interligados:

Um dos pólos, o primeiro [...] centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, [...], no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos - tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: anátomo-política do corpo humano. O segundo [...] centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde [...]; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma bio-política da população (FOUCAULT, 2005, p. 131).

O bio-poder consiste no controle dos indivíduos e da população por meio da disciplina anatômica de seus corpos, como, por exemplo, a docilidade do corpo feminino, e através de intervenções e controles reguladores da população (bio-política), como, por exemplo, a medicalização do corpo da mulher pelo controle médico da sua fecundidade em ações de planejamento familiar. Medicalizar o corpo da mulher implica transformar aspectos individuais desse corpo em objeto médico, normalizando, regulando e gerenciando sua reprodução com fins de conformidade social e política (VIEIRA, 2003).

Diversos autores utilizaram o conceito de bio-poder em suas teorizações. Dentre eles, destaco Gastaldo (1997, p. 148), que utilizou esse conceito para investigar a dimensão política da educação em saúde nas áreas da saúde e da promoção da saúde, e Meyer (2003a), que abordou a bio-política ao desenvolver estudos nos campos da educação em saúde e da politização da maternidade sob as lentes dos Estudos Culturais e dos Estudos de Gênero. Para essas autoras, a bio-política emprega controles e intervenções através de técnicas disciplinares para manejar a população (GASTALDO, 1997; MEYER, 2003).

Um dos aspectos da bio-política aplicados no planejamento familiar tem a ver com a medicalização do corpo da mulher por meio da utilização de tecnologias

contraceptivas^h. Nesse sentido, a injeção, a esterilização, a pílula, o dispositivo intra-uterino (DIU), dentre outros, podem ser considerados métodos medicalizados modernos, pois necessitam de uma intervenção médica sistemática, esporádica ou eventual para sua prescrição ou utilização (SCAVONE, 2004). A pesquisa realizada por Fernandes (2003) com mulheres de camadas populares do Recife ilustra os efeitos da medicalização do corpo feminino no contexto do planejamento familiar. A pesquisa evidenciou que os altos índices de esterilização nas mulheres nem sempre correspondiam a decisões conscientes dessas mulheres, mas a uma ‘sugestão’ dada pelos médicos. Para Vieira (2003, p. 177), a “medicalização do planejamento familiar” é parte da medicalização da vida reprodutiva da mulher, em que a tecnologia expressa pelo uso predominante de dois métodos de alta eficácia (pílula e esterilização), ao invés de humanização, educação e informação, substitui um programa que deveria estar fornecendo escolhas.

Em contrapartida a essa posição controlista, o planejamento familiar, sob influência de fatos históricos, sociais e políticos, começou a ser inserido nas políticas públicas brasileiras no campo da saúde da mulher, sendo redirecionado para objetivos mais ampliados e seguindo discursos mais modernos em favor dos direitos e autonomia das mulheres na área reprodutiva.

Fazendo uma retrospectiva histórica das políticas públicas no campo da saúde da mulher, no final dos anos 60, foi criado o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), cujo objetivo era desenvolver estratégias de intervenção em situações de risco e/ou vulnerabilidade envolvendo grupos específicos de mulheres, restringindo-se, porém, somente ao ciclo gravídico-puerperal (pré-natal, parto e puerpério) (COSTA, 1999). Esse programa caracterizava-se pela sua verticalidade e ausência de uma visão integral de saúde e, além disso, pelo estímulo a ações de controle da fecundidade (COSTA, 1999). Na década de 70, momento histórico caracterizado pelo endurecimento da ditadura militar, o planejamento familiar continuou reforçando o controle demográfico (COSTA, 1999; COELHO; GARCIA, 2004). Somente ao final dessa década é que os movimentos sociais ressurgiram, reivindicando novamente a autonomia das mulheres e a (re)apropriação de seus

^h Conjunto de técnicas contraceptivas utilizadas para impedir a reprodução humana (SCAVONE, 2004).

corpos. Com isso, as práticas e as políticas de planejamento familiar começaram a ter um sentido mais amplo, ou seja, para além das intenções controlistas.

Entre avanços e retrocessos, chega-se aos anos 80 no Brasil; com eles, vem a abertura política, favorecendo a conquista de direitos (COELHO; GARCIA, 2004). Nesse mesmo período, a idéia de qualidade da atenção em planejamento familiar passou a ser veiculada de maneira mais formal, sendo reivindicado, por organizações não-governamentais, movimentos feministas internacionais e grupos de mulheres locais, o direito das mulheres de decidirem ter filhos ou não (DÍAZ; DÍAZ, 1999). Isso pode ser considerado um avanço no campo do planejamento familiar, uma vez que enfatiza a anticoncepção como um direito das mulheres.

Nesse contexto, ganha força o movimento de Reforma Sanitária, que tinha como proposta a democratização da saúde. Esse movimento buscava a reformulação do conceito de saúde, extrapolando os limites do saber e da prática médica. A saúde, então, passa a ser entendida como um processo social, envolvendo educação, emprego, alimentação, habitação, saneamento, meio ambiente saudável, cultura, lazer e acesso a um sistema de saúde de qualidade (BARBOSA, 2004; COELHO; GARCIA, 2004).

Em meio a esses movimentos políticos e sociais, é criado em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2004b). O PAISM foi lançado pelo governo brasileiro em resposta a uma multiplicidade de interesses dos governos democráticos que emergiram após duas décadas de governos totalitários, apoiados por entidades internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e também por entidades civis e sindicais e grupos sociais organizados em defesa das populações marginalizadas (MEYER, 2004a). Esse programa constituiu-se a partir de um conjunto de diretrizes e princípios destinados a orientar toda a assistência oferecida às mulheres de distintas faixas etárias, etnias ou classes sociais (COSTA, 1999). Para Coelho e Garcia (2004), o programa pode ser considerado uma das principais conquistas do movimento feminista do Brasil, pois redimensionou o significado do corpo feminino, então limitado somente ao biológico, representando um passo substancial em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres e à proposta de um rompimento com as intervenções técnicas sobre o corpo das mulheres.

O PAISM é considerado uma das mais importantes políticas públicas na área de saúde das mulheres, pois incluiu em suas linhas de ação os princípios de integralidade e equidade, propondo uma abordagem da saúde da mulher de maneira global e em todas as fases de seu ciclo vital (FORMIGA FILHO, 1999). Nele foram incluídas ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004b).

Paralelamente ao desenvolvimento do PAISM, ocorreu em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, em que foi aprovado um relatório cujas recomendações passaram a constituir o projeto de Reforma Sanitária do Brasil. Esse projeto de Reforma Sanitária foi aprovado na Assembléia Nacional Constituinte de 1988, sendo inscrito na Constituição após algumas modificações, consolidando a proposta de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (BARBOSA, 2004). O SUS e o PAISM apresentam linhas de ação semelhantes, pois possuem em suas diretrizes os princípios de integralidade e equidade. Além disso, o PAISM exigia ações e estratégias harmonizadas de assistência às mulheres em todas as áreas e setores das instituições do SUS (COSTA, 1999).

O PAISM também pode ser considerado um marco para o planejamento familiar, visto que foi incorporado a uma política de saúde para as mulheres, estabelecendo linhas de ação para a assessoria e supervisão dos programas existentes em nível nacional e estadual.

Com relação especificamente às ações de planejamento familiar, estas foram inseridas no PAISM desde a sua criação, mas ainda com a predominância de um enfoque controlista. Sua legitimação se deu através de um processo político envolvendo grupos de diferentes visões sobre a questão da reprodução: os neomalthusianos ou controlistas e os grupos de mulheres, alguns ligados a partidos e movimentos de esquerda, defendendo os direitos reprodutivos. Além destes, havia outros segmentos sociais que apoiavam uma ou outra proposta. Os intelectuais das universidades apoiavam as mulheres; já a Igreja Católica, com sua lógica moral e religiosa, defendia os métodos naturais e o movimento pró-vida, sendo fortemente

contra o aborto e defendendo a vida desde a sua concepção (COSTA, 1999; VIEIRA, 2003).

Apesar dos avanços das propostas do PAISM, não foi fácil implementá-las e, em muitas regiões do país, sua concretização no cotidiano dos serviços de saúde não se efetivou (VIEIRA, 2003; CARVALHO *et al.*, 2004; COELHO; GARCIA, 2004). Além disso, embora apresentando uma estrutura inovadora, o PAISM foi fortemente influenciado pelo determinismo biológico em muitas de suas ações, com destaque para o aparelho reprodutor e a maternidade (MEYER, 1999). Na última década, o governo federal apresentou dificuldades e descontinuidade no processo de assessoria e apoio para implementação do PAISM. O programa foi, então, extinto em 1998, sendo a saúde da mulher incorporada ao Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2004b).

A Constituição Federal Brasileira promulgada em 1988 indica, em seu parágrafo 7 do artigo 226, que o planejamento familiar é um direito do cidadão:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 2006b, p. 159).

Na luta em favor dos direitos reprodutivos, o governo brasileiro tem sido um ator importante. Durante a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento no Cairo (CIPD), em 1994, ele se comprometeu, mais uma vez, com o direito ao planejamento familiarⁱ (ÁVILA, 2002). Em 1996, foi elaborada a lei 9.263 do planejamento familiar, que regula o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal, estabelecendo penalidades ao não-cumprimento da lei e outras providências, como, por exemplo: a proibição de ações de planejamento familiar com enfoque de controle demográfico; o estabelecimento de critérios para a esterilização voluntária e a responsabilização do SUS no cadastramento, fiscalização e controle de instituições que realizem ações e pesquisas na área do planejamento familiar (BRASIL, 2006a).

Essa lei representa um avanço e um dos itens mais importantes na agenda dos direitos reprodutivos (ÁVILA, 2002), sendo composta de 25 artigos,

ⁱ O governo brasileiro já havia se comprometido com o direito ao planejamento familiar através do PAISM e da Constituição de 1988.

compreendidos em três capítulos, os quais abordam vários aspectos do planejamento familiar e estabelecem que nenhum programa deve ser realizado visando ao controle demográfico (VIEIRA, 2003), e sim respeitando e promovendo o direito de todo cidadão para limitação ou aumento de sua prole. Formalmente, a lei democratiza o acesso aos meios de anticoncepção e concepção nos serviços públicos de saúde, assim como regulamenta essas práticas na rede privada, sob controle do SUS (BRASIL, 2002; OSIS *et al.*, 2004).

Porém, na prática, não tem sido fácil o acesso das mulheres aos meios de anticoncepção, principalmente das usuárias do SUS, o que reflete as desigualdades sociais existentes em nosso país. Corroborando essa afirmação, Carvalho e Schor (2005, p. 794), em sua pesquisa sobre os motivos de rejeição de mulheres esterilizadas aos métodos contraceptivos reversíveis, referem que “a situação da assistência à saúde reprodutiva no Brasil é quantitativa e qualitativamente insuficiente, e a garantia de informação e acesso a todos os métodos contraceptivos ainda não é uma realidade”.

A retórica oficial sobre o planejamento familiar foi se modificando ao longo dos tempos, superando a idéia de investimento no controle demográfico e movendo-se para uma proposta em defesa dos direitos reprodutivos e das escolhas individuais. Esta última proposta deveria ser colocada em prática no sentido de possibilitar uma maior autonomia às pessoas para que estas pudessem optar por ter ou não filhos. O problema é que nem sempre a promulgação de uma lei é suficiente para que a normatização pretendida e seus pressupostos sejam respeitados, e muitas instituições ou profissionais de saúde ainda mantêm, mesmo que implicitamente, um pensamento controlista, exercendo poder sobre as escolhas e a autonomia das mulheres.

A última Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – 2001) do Ministério da Saúde, publicada em 2001, reconhece a assistência em planejamento familiar como uma das responsabilidades mínimas da gestão municipal em relação à saúde da mulher (BRASIL, 2004b; OSIS *et al.*, 2004). Mais recentemente, em 2005, o Ministério da Saúde lançou uma Política Nacional intitulada “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade de governo”, que prevê ações voltadas ao planejamento familiar para o período de 2005 a 2007. Essa Política possui três eixos principais de ação, voltados ao planejamento familiar: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis (não-cirúrgicos); a ampliação do acesso à

esterilização cirúrgica voluntária; e a introdução de reprodução humana assistida no SUS (BRASIL, 2006c). Apesar dos avanços que essa política representa, poderíamos questionar o motivo da sua criação, pois já existiam leis e pressupostos a seguir na área de planejamento familiar. Nesse sentido, há muitas pesquisas que comprovam a inoperância do Estado no campo do planejamento familiar (MINELLA, 1998; VIEIRA, 1998; VIEIRA *et al.*, 2001; ESPEJO *et al.*, 2003; FERNANDES, 2003; CARVALHO; SCHOR, 2005).

A concretização das ações e a garantia da qualidade na atenção em planejamento familiar têm sido um desafio para os governantes, situação reconhecida inclusive pelo próprio governo federal. Segundo o Ministério da Saúde,

muitos municípios não têm conseguido implantar e implementar estratégias adequadas de fornecimento de anticoncepcionais para a população, de introdução do enfoque educativo e aconselhamento visando à escolha livre e informada, assim como garantir o acompanhamento das usuárias (BRASIL, 2004b, p. 33).

No debate sobre as ações governamentais para a promoção do planejamento familiar no Brasil, são apontadas outras dificuldades, por exemplo: deficiências na infra-estrutura (área física, recursos humanos, equipamentos, instrumental, material de consumo e educativo) (OSIS *et al.*, 2004); problemas referentes à logística dos métodos anticoncepcionais (métodos adequados à demanda e apropriadamente distribuídos) (DÍAZ; DÍAZ, 1999; BRASIL, 2004b; OSIS *et al.*, 2004; SCAVONE, 2004); obstáculos à divulgação do serviço de planejamento familiar através de atividades educativas (ESPEJO *et al.*, 2003; FERNANDES, 2003; MOURA; SILVA, 2004; OSIS *et al.*, 2004); a falta de preparo do profissional de saúde; problemas na comunicação entre as esferas municipal e federal, além de dificuldades geográficas (BRASIL, 2004b; OSIS *et al.*, 2004).

Por outro lado, a disponibilidade, o acesso e a informação sobre métodos contraceptivos não têm sido suficientes para garantir o uso adequado dos métodos. Existem muitos fatores e condições que repercutem nas práticas de planejamento familiar, como as desigualdades sociais e econômicas e as desigualdades de poder de gênero que delas resultam. Além disso, mesmo bem informadas, as pessoas podem assumir comportamentos que não condizem com as normas ou prescrições vigentes, pois os modos de vida são produtos de uma ação recíproca de fatores socioculturais e individuais (OLIVEIRA, 2005). Esses fatores podem determinar o potencial de autonomia das mulheres no âmbito do planejamento familiar.

Nesse sentido, Oliveira e Meyer (2005, p. 28) referem que:

abordagens mais contemporâneas no campo da saúde têm reconhecido que mesmo as mais consistentes ações não terão impacto positivo se não se comprometerem a modificar as condições sociais que limitam a saúde e criam vulnerabilidade [...].

Outro aspecto importante a ressaltar é que as ações e programas de planejamento familiar criados para homens e mulheres para garantir condições de informação e escolha têm sido conduzidos através de ações fragmentadas com foco nas mulheres e pouco estímulo à participação masculina na contracepção. Isso pode ser evidenciado pela baixa incidência de vasectomias no Brasil (BRASIL, 2004c) e por indícios do pouco interesse masculino pela contracepção. Em uma pesquisa com grupos de planejamento familiar realizada em um Centro de Saúde de Belo Horizonte, Moreira e Araújo (2004) observaram que a presença masculina era praticamente nula. Já Marcolino e Galastro (2001), em sua pesquisa sobre as visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar, apontaram que os serviços de saúde responsabilizam a mulher pelas questões reprodutivas e não oferecem oportunidades de participação masculina. Esses exemplos ilustram como a desigualdade de gênero vem pautando o campo da anticoncepção, onde a mulher ainda é responsabilizada pela reprodução. Alguns autores explicam a posição da mulher nesse campo, indicando que o modelo patriarcal permanece hegemônico na nossa sociedade, ainda limitando a maioria das mulheres ao âmbito da maternidade e do lar (MARCOLINO; GALASTRO, 2001), o que acaba distanciando o homem dos cuidados paternos e liberando-o da responsabilidade com a prevenção da gravidez indesejada (ÁVILA, 2003).

Por outro lado, os serviços de saúde, na sua maioria, não têm incentivado ou possibilitado a participação dos homens em consultas ou grupos de planejamento familiar (MARCOLINO; GALASTRO, 2001; MOREIRA; ARAÚJO, 2004). Isso talvez seja resultado da tradicional tendência das instituições de saúde em eleger as mulheres como alvo principal das suas ações educativas em saúde, inclusive e principalmente no campo do planejamento familiar, negligenciando a participação dos homens (SIQUEIRA, 1999; DUARTE *et al.*, 2003).

No que diz respeito à oferta gratuita de métodos contraceptivos no Brasil, esta tem sido limitada à distribuição de pílulas e à utilização da laqueadura, muitas vezes usada como moeda eleitoral (VIEIRA, 2003; BRASIL, 2004c); assim, a prática

contraceptiva no Brasil vem se concentrando na utilização desses dois métodos (BERQUÓ, 1999; DÍAZ; DÍAZ, 1999; VIEIRA, 2003; BRASIL, 2004b; SCAVONE, 2004). Segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 1996, 76,7% das mulheres com companheiro utilizavam naquela época algum método contraceptivo, sendo que 40% já haviam se submetido ao procedimento de laqueadura tubária e 21% utilizava a pílula anticoncepcional (BRASIL, 2004b).

Díaz e Díaz (1999) afirmam que a baixa fecundidade atual coincide com uma taxa de prevalência de uso de anticoncepcionais muito alta. Porém, esses autores chamam a atenção para as deficiências da qualidade de assistência em planejamento familiar no Brasil, onde a pílula e a esterilização feminina continuam sendo os métodos contraceptivos mais utilizados (DÍAZ; DÍAZ, 1999). O uso predominante desses dois métodos contraceptivos pode estar relacionado à falta de acesso a outros métodos e também ao poder dos profissionais de saúde, que prescrevem ou indicam os métodos anticoncepcionais de acordo com suas preferências ou a preferência dos provedores, assumindo, muitas vezes, uma posição “controlista”.

Em relação à esterilização feminina, observa-se que a adesão das mulheres brasileiras a esse método tem relação com as desigualdades sociais por elas experimentadas. Dados do PNDS de 1996 dão conta de que a prevalência da ligadura tubária é maior nas regiões onde as mulheres têm menor escolaridade e condições socioeconômicas mais precárias (BRASIL, 2004b; SCAVONE, 2004). Outro elemento importante na análise desse fenômeno é que a maioria das esterilizações femininas tem sido realizada no momento da cesárea (VIEIRA, 2003; SCAVONE, 2004), o que indica a medicalização do parto normal e o risco de iatrogenese (SILVER, 1999).

Do ponto de vista dos direitos reprodutivos, o debate sobre a esterilização feminina no Brasil vem destacando várias questões. Tal debate inicialmente teve um caráter de denúncia com relação à política de controle demográfico para populações pobres e/ou da raça negra; a sua associação com partos cenários; ao desconhecimento de suas conseqüências para a saúde das mulheres; ao seu caráter definitivo e ao arrependimento que pode provocar; e, ainda, ao distanciamento das mulheres esterilizadas do funcionamento reprodutivo de seus corpos (SCAVONE, 2004). Sobre a questão do arrependimento após a realização de ligadura tubária, já existem alguns estudos que evidenciam a falta de informação das

mulheres esterilizadas, com idade inferior a 30 anos, e a percepção de alterações de saúde após a realização do procedimento (MINELLA, 1998; VIEIRA, 1998; OSIS *et al.*, 1999). Com relação ao arrependimento das mulheres jovens submetidas à ligadura tubária, alguns estudos apontam que elas gostariam de ter tido mais filhos (MINELLA, 1998; CARVALHO *et al.*, 2004), mas num dado momento de suas vidas não podiam tê-los e, por falta de acesso aos métodos anticoncepcionais reversíveis, optaram pela ligadura (CARVALHO *et al.*, 2004). Outra questão levantada na pesquisa de Minella (1998) sobre os aspectos positivos e negativos da esterilização tubária tem a ver com a intervenção médica nas decisões de mulheres jovens, decisões que muitas vezes são tomadas durante uma cesariana. Corroborando tal afirmação, Fernandes (2003, p. 260) argumenta: “[...] significativas parcelas das decisões que imperam nas questões reprodutivas são decisões médicas, que nem sempre coadunam com as da população, e podem ser convertidas em instrumento de coação, controle e opressão [...]”.

Em relação aos problemas com a esterilização feminina, o Ministério da Saúde publicou, em 1997, a Portaria nº 144, que regulamenta a esterilização voluntária, que só pode ser realizada em duas situações: em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos ou com pelo menos dois filhos vivos, observando um prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. Nesse período, deverá ser oferecido à pessoa acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento multidisciplinar, visando ao desencorajamento da esterilização precoce; no caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, tal deve ser testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos (BRASIL, 1997). Outro fator importante da Portaria é que ela desvincula a esterilização feminina das cesarianas, vedando a esterilização cirúrgica em mulheres no período de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade (VIEIRA, 2003).

Para alguns autores, a opção pela esterilização reflete, em parte, a falta de acesso a outros métodos contraceptivos (SILVER, 1999; VIEIRA, 2003). Nesse sentido, questiona-se a reduzida autonomia das mulheres para o planejamento familiar, configurada no fato de elas não poderem exercer o seu direito de escolha no momento em que não há acesso ou disponibilidade de diferentes métodos anticoncepcionais. A pesquisa realizada por Carvalho *et al.* (2004) com mulheres de Campinas (SP) traz dados que corroboram esse argumento. Com o objetivo de

correlacionar a prática da laqueadura com o número ideal de filhos, a pesquisa constatou que a opção pela ligadura tubária não se dava em função de as mulheres atingirem o seu número ideal de filhos, pois freqüentemente esse número já havia sido ultrapassado, e sim em consequência de uma demanda insatisfeita de anticoncepção. Tal situação sugere a necessidade de provimento de um maior acesso aos meios para regulação da fecundidade (CARVALHO *et al.*, 2004).

Segundo Díaz e Díaz (1999), existem muitas restrições à livre escolha no campo da anticoncepção, derivadas, por um lado, da falta de opções anticoncepcionais e, por outro, pela atitude dos próprios provedores. Os autores salientam que a falta de acesso a alguns métodos como, por exemplo, o diafragma, o dispositivo intra-uterino (DIU) e os injetáveis, pode ocorrer devido a falhas estruturais dos serviços, como falta de pessoal treinado ou de suprimentos, ou a falhas no sistema de distribuição (DÍAZ; DÍAZ, 1999). Além do acesso, existem vários outros determinantes ou limitantes às escolhas das mulheres (os quais já foram citados anteriormente ao longo deste capítulo), afetando a sua autonomia para planejarem as suas proles. Isso nos faz questionar a retórica oficial e as políticas de saúde que atualmente enfatizam a promoção da autonomia das mulheres no planejamento de suas gravidezes, pois, na prática, tal autonomia é reduzida e influenciada por fatores que não dependem das mulheres.

O planejamento familiar como direito de escolha da mulher foi um grande avanço no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos e de autonomia das mulheres. No entanto, alguns aspectos, como desigualdades sociais, vulnerabilidade e gênero, ainda precisam ser discutidos e incorporados nas ações de planejamento familiar para que a autonomia das mulheres seja promovida e exercida.

2.2 Autonomia das mulheres: “nosso corpo nos pertence?”

O *slogan* - “nosso corpo nos pertence” – percorreu o mundo e foi muito utilizado pelas feministas no final dos anos 60, representando a luta pela (re)apropriação das mulheres do próprio corpo, com base nas idéias de autonomia, diferença, gênero e, sobretudo, de direitos (SCAVONE, 2004). A re(apropriação) do corpo da mulher significa, segundo Scavone (2004, p. 45), “trazer as questões do

domínio privado para o debate público e, mais ainda, fazer do corpo um sujeito político, politizando o espaço privado [...]”. Nesse sentido, questões relacionadas à sexualidade, concepção/contracepção, aborto e relações de gênero começam a sair do âmbito do privado para o público. Tais idéias vinculam-se, como afirmam Ávila e Corrêa (1999), a duas dimensões simbólicas da existência: a existência corporal ou biológica e a existência social e política. As autoras destacam que, ao proporem essa nova concepção de corpo, as feministas enfatizavam a necessidade de definição de novos direitos, sem os quais a cidadania das mulheres não seria realizável. Essa bandeira feminista acabou se constituindo em uma estratégia de transformação das relações de gênero, expressando uma nova consciência do corpo feminino, até então colonizado por outros interesses, como os da ciência médica, por exemplo (GIFFIN, 2002).

No campo da política, as reivindicações desse movimento eram (e ainda são) de natureza jurídica, como a legalização do aborto, e relacionadas ao sistema de saúde, reivindicando pré-natal e parto com qualidade, mudança na qualidade da relação médico-paciente e acesso à informação (CORRÊA; ÁVILA, 2003). Buscava-se (e ainda se busca) a recuperação de um saber historicamente desenvolvido pelas mulheres por meio de suas vivências com seu ciclo reprodutivo (menstruação, parto, amamentação, puerpério, etc.) (SCAVONE, 2004). Conforme Scavone (2004), essas propostas levaram à formação de grupos que investiam no conhecimento e domínio das mulheres sobre o seu próprio corpo, no conhecimento de seus aspectos sexuais e reprodutivos e no saber sobre sua saúde, sempre com vistas a sua autonomia. O que se pretendia era dar condições às mulheres para conduzirem com liberdade sua trajetória reprodutiva (SCAVONE, 2004).

2.2.1 *Empowerment*: uma proposta de promoção da saúde no campo da reprodução

A idéia do autodomínio e autoconhecimento do corpo pelas mulheres defendida pelo movimento feminista pressupõe o poder sobre si como condição para o gerenciamento da vida pessoal. O investimento no *empowerment* das mulheres ganha destaque no campo da saúde, pois vem ao encontro dos princípios que têm norteado as propostas de ação no campo da promoção da saúde.

Empowerment é uma expressão da língua inglesa de difícil tradução para o português, mas tem sido utilizada no sentido de empoderamento (TEIXEIRA, 2002). O empoderamento é um processo em que alguém promove ou confere poder a outra pessoa. Batliwala (1994) afirma que a característica mais importante do termo é que ele contém a palavra poder, que pode ser definida de forma mais ampla como controle sobre bens materiais, recursos intelectuais e ideologia. Essa mesma autora salienta que os bens materiais dizem respeito ao controle sobre o físico, o humano e o financeiro (corpo, água, terra, dinheiro e acesso ao dinheiro). Os recursos intelectuais incluem o conhecimento, a informação e as idéias. O controle sobre a ideologia significa a habilidade de gerar, propagar, sustentar e institucionalizar crenças, valores, atitudes e comportamentos, determinando a maneira como as pessoas percebem e funcionam dentro de meios socioeconômicos e políticos. Dessa maneira, o poder cabe àqueles que controlam ou são capazes de atuar sobre a distribuição de recursos materiais, o conhecimento e a ideologia que governa as relações sociais, tanto na vida pública quanto na vida privada. O grau de poder corresponde ao número de recursos que o indivíduo pode controlar, e esse controle confere poder de decisão (BATLIWALA, 1994).

Para Carvalho (2004), esse conceito tem raízes não só nas demandas do movimento feminista, mas também, num âmbito mais geral, nas lutas pelos direitos civis e na ideologia da ação social presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Nos anos 70, a idéia de *empowerment* foi incorporada pelos movimentos de auto-ajuda; nos anos 80, pela psicologia comunitária; e, nos anos 90, por movimentos que buscavam afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social (prática médica, educação em saúde e ambiente físico) (CARVALHO, 2004).

Carvalho (2004) descreve o processo de *empowerment* em dois sentidos: o psicológico e o comunitário. O primeiro diz respeito a um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, ignorando a influência dos fatores sociais e estruturais. O investimento no *empowerment* psicológico pode se dar através de estratégias de promoção, como práticas educativas e grupos que têm como objetivo fortalecer a auto-estima, a capacidade de adaptação ao meio e o desenvolvimento de mecanismos de auto-ajuda e solidariedade. O autor aponta como problemática, nesse processo, a possibilidade de criar-se uma ilusão sobre a existência efetiva de

poder dos indivíduos sobre suas vidas, visto que a maior parte delas é controlada por políticas e práticas macrossociais. Além disso, Carvalho (2004) faz uma crítica a esse empoderamento, referindo que o máximo que ele pode produzir é uma autonomia regulada. Nesse sentido, tal processo pode constituir-se em um mecanismo de regulação social em que o indivíduo é instigado a 'pensar' que pode mudar algo nas suas circunstâncias de vida, sem que lhe tenham sido asseguradas oportunidades viáveis para essa mudança.

O *empowerment* comunitário, no segundo sentido descrito por Carvalho (2004), é um processo e um resultado de ações que afetam a distribuição do poder, levando a um acúmulo ou desacúmulo de poder no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas. O poder convive, a todo momento e ao mesmo tempo, no influxo dos macro e microdeterminantes presentes na vida em sociedade. O *empowerment* comunitário inclui a experiência subjetiva do *empowerment* psicológico e a realidade objetiva de condições estruturais que são modificadas no momento em que ocorre a redistribuição de recursos. O foco central desse processo é a possibilidade que indivíduos e coletivos venham a desenvolver competências para participar da vida em sociedade, incluindo também o pensamento reflexivo que qualifique a ação política para melhoria da qualidade de vida. O empoderamento, tanto psicológico quanto comunitário, está relacionado com o poder que é conferido ao indivíduo e, conseqüentemente, ao controle que ele assume sobre a sua vida e ao seu poder de decisão.

Batliwala (1994) refere-se ao empoderamento como uma série de atividades, que vão desde a auto-afirmação individual até a resistência, protesto e mobilização coletiva, que desafiam relações básicas de poder. Assim, o empoderamento manifesta-se como uma redistribuição de poder entre nações, classes, raças, gêneros e indivíduos (BATLIWALA, 1994). A autora descreve os seguintes objetivos para o empoderamento de mulheres: desafiar a ideologia patriarcal (dominação masculina e subordinação feminina); transformar as estruturas e instituições que reforçam e perpetuam a discriminação de gênero e a desigualdade social (família, classe, religião, instituições educacionais, práticas de saúde, leis, processos políticos); e possibilitar às mulheres pobres o acesso a recursos materiais e de informação e o controle sobre eles (BATLIWALA, 1994).

Porém, uma crítica levantada pelas feministas ao empoderamento é a de que muitas de suas estratégias não conseguem melhorar a posição ou o *status* das

mulheres, progredindo somente na mudança de sua condição. Quando o empoderamento fornece à mulher mudanças somente na sua condição, ele não oferece poder num âmbito mais macro, em que a mulher ainda seria vista como submissa, reprodutora e mãe, sofrendo desigualdades sociais e desigualdades de poder de gênero. Em relação à condição e à posição das mulheres, Young (1988^j *apud* BATLIWALA, 1994), define condição como o estado material em que as mulheres pobres vivem (baixos salários, má nutrição, falta de acesso e cuidado à saúde, educação); a posição diz respeito ao *status* econômico e social das mulheres, se comparado ao dos homens. Esse mesmo autor sustenta que o foco na melhoria das condições diárias de existência das mulheres limitou sua consciência e sua prontidão para agir contra estruturas de subordinação e desigualdade subjacentes e menos visíveis, porém poderosas (YOUNG, 1988ⁱ *apud* BATLIWALA, 1994).

Batliwala também utiliza as idéias de Molyneux (1985), que faz uma distinção similar entre os interesses práticos e estratégicos das mulheres. O interesse prático está relacionado às necessidades práticas das mulheres (alimentação, saúde, cuidado com os filhos, educação); o interesse estratégico refere-se à organização e mobilização das mulheres, em longo prazo, para a transformação de estruturas de subordinação (abolição da divisão sexual do trabalho, diminuição do trabalho doméstico e do cuidado com os filhos, remoção de formas de discriminação, liberdade de escolha sobre a questão de ter ou não filhos, etc.) através de mudanças radicais nas leis (BATLIWALA, 1994).

No campo da saúde reprodutiva, o *empowerment* das mulheres tem estado muitas vezes relacionado a um processo de conscientização das mulheres sobre o seu corpo, sobre seus direitos reprodutivos e, mais especificamente, sobre os métodos anticoncepcionais disponíveis. A idéia é a de que esse processo pode levar as mulheres a uma reflexão sobre suas condições de vida e isso, por si só, lhes trará poder para gerenciar sua existência. Porém, podemos questionar se a conscientização e a reflexão das mulheres seriam suficientes para lhes conferir poder, tendo em vista as desigualdades sociais e desigualdades de poder de gênero que vivenciam. Como salienta Carvalho (2004), esse *empowerment* psicológico é problemático, pois o máximo que ele pode produzir é uma autonomia regulada. Um

^j YOUNG, K. **Gender and development: a relation approach.** Oxford University Press. 1988.

exemplo dessa autonomia regulada são os grupos de planejamento familiar realizados por profissionais de saúde, em que as mulheres são orientadas sobre todos os métodos anticoncepcionais existentes no país, sem que se considerem os que efetivamente estão disponíveis no âmbito dos serviços do SUS. Sobre essa questão, Scavone (2004, p. 92) refere que “[...] a noção de prática de planejamento familiar oferece a ilusão de escolha e, com ela, a ilusão de mudança”.

Uma outra crítica, esta levantada por Teixeira (2002), em relação ao empoderamento das mulheres é a de que empoderar significa dar poder a outro; nesse sentido, os profissionais de saúde, considerados agentes de empoderamento, permanecem sendo os atores controladores. A questão que se impõe aqui é: quem está sendo empoderado nessa situação?

Como destacado anteriormente, o *empowerment* se constitui no eixo central da Promoção da Saúde (CARVALHO, 2004). A Promoção da Saúde, conjunto de princípios e estratégias de ação que renovou o campo da saúde pública na década de 1970, vem sendo, desde então, um dos pilares das políticas e programas internacionais propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O movimento da Promoção da Saúde recomenda um conjunto de ações para intervir positivamente sobre comportamentos individuais não-saudáveis (CARVALHO, 2004), destacando a influência de fatores ambientais, comportamentos individuais e modos de vida na ocorrência de doenças (MacDONALD; BUNTON, 1995). Nesse sentido, Teixeira (2002) afirma que a saúde, ao deixar de ser centrada na biologia, amplia a forma de pensar as possíveis estratégias para seus problemas. Considerando a complexidade da noção de saúde proposta, promover a saúde passa a implicar a combinação de condições ambientais (abordagem estruturalista) com mudanças de comportamento (estilos de vida) (OLIVEIRA, 2005).

Na atualidade, a ênfase das políticas e programas de promoção da saúde é a ‘escolha informada’ (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994; OLIVEIRA, 2005), sendo o indivíduo considerado responsável por sua saúde. Isso significa que o indivíduo deve ser informado sobre o que é ‘saudável’ e ‘nocivo’ a sua saúde, conforme o que é preconizado pela sociedade, possibilitando-se, assim, a tomada de decisão ou escolha. Se ele não fizer uma opção ‘saudável’, ele próprio será responsabilizado por seu adoecimento.

A importância dada pela Promoção da Saúde às escolhas individuais como determinantes para a preservação e/ou recuperação da saúde pessoal tem sido alvo

de críticas, como alerta Teixeira (2002) ao referir que essa concepção positiva de saúde é condicionada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. Mesmo que as possibilidades do indivíduo não lhe permitam um comportamento dito saudável, visto que muitos dos fatores condicionantes de uma boa saúde não estão sendo contemplados, ele será culpabilizado pelo seu adoecimento ou por uma má qualidade de vida. Para Castiel (2004), a responsabilização do indivíduo por sua saúde faz parte de uma estratégia política que abrange a postura mais conservadora de promoção da saúde. O autor afirma que a promoção da saúde adota uma gama de estratégias políticas que abrange desde posturas conservadoras até perspectivas críticas ditas radicais ou libertárias. Sob a ótica mais conservadora, a promoção da saúde seria um meio de direcionar indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde, reduzindo, dessa forma, o peso financeiro na assistência de saúde. Na perspectiva reformista, a promoção da saúde atuaria como estratégia para criar mudanças na relação entre cidadãos e o Estado, pela ênfase em políticas públicas e ação intersetorial; sob a perspectiva libertária, seriam buscadas mudanças sociais mais profundas (CASTIEL, 2004).

Levando em conta as considerações de Castiel apresentadas acima, pode-se dizer que, no contexto brasileiro, as ações de promoção da saúde reprodutiva, as quais se encontram quase exclusivamente direcionadas às mulheres, têm seguido uma ótica conservadora. Nesse sentido, a responsabilização das mulheres pelo controle reprodutivo é promovida, principalmente, através da realização de grupos de orientação para a anticoncepção, em que o *empowerment* parece ser o objetivo final. Nesses grupos, porém, é raro tratar-se de questões ou situações que interferem no poder de escolha das mulheres para a concepção e anticoncepção, como é o caso das desigualdades de poder de gênero.

Considerando o que foi dito até aqui, é relevante questionar se as mulheres têm sido livres para fazer suas escolhas no campo da reprodução e refletir sobre as possibilidades de promoção da sua autonomia nesse campo.

2.2.2 Autonomia e direitos reprodutivos

No âmbito social e político, o tema da autonomia emergiu ao longo da última metade do século XIX e transformou-se na bandeira de luta de diferentes movimentos que se uniram para reivindicar o redirecionamento da ação política em torno dos ideais de uma sociedade mais justa (MARTINS, 2002).

A palavra *autonomia* é de origem grega, sendo composta por: *auto*, que quer dizer “próprio” ou “para si mesmo” e *nomos*, que quer dizer “lei” ou “norma”. Em uma perspectiva genérica, autonomia significa a capacidade do indivíduo de definir as suas próprias regras e limites, opondo-se à heteronomia, que indica o estado daquele ou daquilo que é regado, determinado por outro (EIRADO; PASSOS, 2004; MOGILKA, 1999). Na literatura, existem diversas concepções de autonomia; as que mais se aproximam do meu estudo serão descritas a seguir.

Saffioti (2002) chama a atenção para a diferença entre *autonomia* e *independência*, termos que, segundo a autora, são usualmente usados como sinônimos. Para Saffioti, a autonomia diz respeito à capacidade de controlar o destino de outros, além da capacidade socialmente dada de realizar seus próprios desejos. Para ilustrar esse entendimento, a autora cita o exemplo de grupos dominantes, os quais são geralmente autônomos no sentido de não serem responsáveis por aqueles que lhe estão abaixo, os dominados, e não precisarem pedir permissão para fazer o que desejam. Esse seria o caso dos homens, que são autônomos em relação às mulheres, mas que delas dependem em muitos sentidos. Sherwin (1997) também faz uma crítica ao uso de *autonomia* como *independência*, argumentando que ninguém é completamente independente. Para essa autora, dependência/independência pertence à ordem do individual e autonomia/heteronomia prende-se à ordem coletiva.

No campo da saúde das mulheres, os significados de autonomia ganharam importância nas últimas décadas, principalmente em função dos investimentos feitos pelos movimentos feministas em prol do respeito aos direitos das mulheres. Nesse contexto, um grande avanço das políticas dirigidas à saúde das mulheres, antes focadas em questões eminentemente biológicas, tem sido relacionar saúde com autonomia em seus projetos e programas, ampliando a abordagem tradicionalmente biologicista para uma abordagem sociopolítica. Tais projetos encontram-se inseridos

em políticas mais amplas destinadas às mulheres, em que a ênfase na promoção da autonomia tem por finalidade a cidadania. Assim, a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2004, na sua Proposta de Diretrizes para uma Política Nacional para as Mulheres, refere que:

a autonomia das mulheres implica em favorecer a ampliação do poder de decisão das mulheres sobre suas vidas, seus corpos, sua comunidade e país, favorecendo o rompimento com o legado histórico, os ciclos e espaços de dependência, exploração, opressão e subordinação das mulheres que constroem as suas vidas no plano pessoal, da autonomia econômica, política ou social (BRASIL, 2004a).

Tendo em conta as concepções apresentadas, autonomia feminina define-se, neste estudo, como o poder de decisão das mulheres sobre seus corpos, suas vidas e o contexto em que vivem. Tal poder deve favorecer a realização de seus desejos, o rompimento com os ciclos e espaços de dependência, exploração, opressão e subordinação das mulheres (BRASIL, 2004a; SAFFIOTI, 2002).

No campo da promoção da saúde, a autonomia assemelha-se com a 'escolha informada', em que o indivíduo é responsável por sua saúde. No entanto, a escolha informada, da mesma maneira que a autonomia, pode ser condicionada por diversos fatores políticos, econômicos, sociais, culturais e comportamentais, dentre outros.

Com relação especificamente aos direitos reprodutivos das mulheres, Ávila e Corrêa (1999) referem que, para romper a lógica de um corpo feminino apropriado e subordinado que reproduz, o feminismo contemporâneo firmou uma premissa inegável de autonomia, ou seja, de que as mulheres podem e devem ter um projeto, uma existência com significado próprio. Ainda segundo as autoras, o termo *direitos reprodutivos* começou a ser utilizado no Brasil em 1984 por um grupo de feministas que retornou do I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, realizado em Amsterdã naquele ano (CORRÊA; ÁVILA, 2003). Correa e Ávila (2003) também comentam que, nesse encontro, as feministas norte-americanas criaram o termo *direitos reprodutivos* após o consenso de que este era um conceito mais completo e adequado para traduzir a ampla pauta de autodeterminação reprodutiva das mulheres. O conceito foi amplamente discutido e refinado nos anos seguintes, não só pelas feministas, como também por intelectuais e ativistas do campo dos direitos humanos. Tais esforços foram reconhecidos através da legitimação do conceito na CIPD do Cairo em 1994 (CORRÊA; ÁVILA, 2003; MEYER, 2004a). A IV

Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing em 1995, definiu assim os direitos reprodutivos:

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 responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos (FNUAP e CNPD, 1994^k *apud* CORRÊA; ÁVILA, 2003, p. 20).

O conceito de direitos reprodutivos chega para problematizar as questões referentes à saúde das mulheres no sentido de mobilizar temas até então pouco trabalhados, tais como: acesso à informação e educação sexual e reprodutiva; acesso a serviços de saúde sexual e de saúde reprodutiva; políticas para eliminar a violência e para garantir a igualdade entre os sexos, entre outros (VENTURA, 2003). Como afirma Meyer (2004a), essa noção de direitos reprodutivos implica a intersecção de dois campos: o do direito e o da saúde. Visto dessa forma, o conceito de direitos reprodutivos torna-se mais amplo, envolvendo a questão dos direitos humanos e de cidadania.

Nesse contexto, diversos temas ganham destaque: a liberdade do casal para decidir por ter filhos ou não, o direito à informação e ao acesso a métodos contraceptivos, o direito de gozar de saúde sexual e reprodutiva e o direito de tomar decisões sobre a reprodução. Apesar de terem pressupostos comuns, a saúde reprodutiva e os direitos reprodutivos não são sinônimos. Meyer (2004a, p. 92) explica que: “quando o conceito de direitos reprodutivos é fundido ao conceito de saúde reprodutiva, ele é reduzido, pois fica circunscrito a apenas um desses campos, o que não dá conta de sua complexidade”.

A importância da autonomia nesses dois campos é destacada na literatura. Para que se tenha saúde reprodutiva, é necessário que se possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para reproduzir e poder de decidir sobre quando e quantas vezes fazê-lo (BERQUÓ, 2003). A importância da

^k FNUAP - FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS; CNPD – CONSELHO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, setembro de 1994. Brasília, s. d.)

autonomia na definição dos direitos reprodutivos é reconhecida na afirmativa de que estes correspondem ao direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e o direito de assim o fazer (CÔRREA; ÁVILA, 2003).

A revisão das principais questões levantadas pela literatura no debate em torno da relação entre direitos, autonomia e saúde reprodutiva leva a questionamentos sobre as possibilidades de participação feminina nesse espaço de cidadania reivindicado. Diante das desigualdades de gênero, qual o potencial de autonomia das mulheres para decidir sobre quando e quantas vezes engravidar? Em que medida as desigualdades sociais experimentadas por elas limitam essa autonomia?

Esses questionamentos levam-nos a refletir sobre a diferença entre independência e autonomia apresentadas por Sherwin (1997), em que a independência está ligada ao individual e a autonomia, ao coletivo.

A importância do meio na definição de alternativas a escolher é enfatizada por Vieira (2003, p. 188) quando refere que: “as escolhas não se fazem no abstrato, mas na concretude da vida, na dependência das condições materiais e sociais [...]”. Sob essa perspectiva, a autonomia para escolher quando ter filhos, o número de filhos desejado ou o próprio espaçamento entre eles é limitada pelo social, com normas e valores preestabelecidos e instituídos.

Um outro questionamento que surge na reflexão incitada pela literatura revisada é em que medida a incorporação da atenção aos direitos reprodutivos nas políticas de saúde pode resultar em ações efetivas de promoção da autonomia e da cidadania. Com relação a essa questão, Ávila (2003) argumenta que é necessária uma transformação no sentido de deslocar o princípio lógico da prescrição e do controle para o princípio da ética e da liberdade. A autora complementa seu argumento enfatizando que as políticas públicas dirigidas à promoção dos direitos reprodutivos devem estar voltadas para a justiça social e, para isso, devem considerar as desigualdades de gênero, de classe, de raça e de expressão sexual (ÁVILA, 2003).

2.3 O fenômeno da multiparidade

Tendo em conta o que foi discutido na seção anterior sobre autonomia, a multiparidade poderia estar relacionada à falta de autonomia contraceptiva das mulheres, visto que foge ao padrão de fecundidade atualmente instituído em nossa sociedade.

No Brasil, a fecundidade sofreu uma queda significativa nos últimos 30 anos (HOGA, 2003; BRASIL, 2004c), resultando na transição de um modelo tradicional de maternidade, com proles numerosas, para um modelo mais moderno, com proles reduzidas. Para melhor compreensão desse processo, faz-se necessário rever um pouco da história da fecundidade no mundo.

No contexto internacional, após a Segunda Guerra Mundial, a preocupação com o crescimento demográfico e a qualidade de vida levou várias agências internacionais públicas e privadas a entrar no campo do controle demográfico e do planejamento familiar (BACK, 1989¹ *apud* VIEIRA, 2003). Os Estados Unidos estiveram à frente dessas iniciativas, que foram implantadas com sucesso, primeiramente, em países pouco desenvolvidos do Caribe e da Ásia (VIEIRA, 2003). Os programas de controle demográfico também foram assumidos por outros países, como a China e a Índia (STEPHAN-SOUZA, 1995).

No Brasil, do século XIX até meados da década de 1940, existiam altas taxas de natalidade e de mortalidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004). Mas, a partir desse período, com a utilização de novos medicamentos e maior controle das doenças infecto-contagiosas, a taxa de mortalidade começou a cair (BRASIL, 2004c). Contudo, a taxa de natalidade permaneceu alta, ocasionando elevadas taxas de crescimento populacional: 2,39%, na década de 1940 e 2,99% na década de 1950 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004).

O declínio da taxa de natalidade obteve seu marco em 1956, com a descoberta da pílula anticoncepcional. A descoberta e produção da pílula anticoncepcional tiveram repercussão em vários campos. No terreno internacional, colaboraram para frear o crescimento populacional de países pobres, com a

¹ BACK, Kurt W. **Family planning and population control**: the challenge of a successful movement. Boston: Twayne, 1989.

instituição de uma política de controle demográfico (COELHO; GARCIA, 2004; VIEIRA, 2003). Em nível nacional, contribuíram com o processo de modernização do país através do aumento da renda per capita, do incremento da urbanização, da redução da força de trabalho na agricultura e da entrada das mulheres no mercado de trabalho formal. Todos esses elementos, característicos do processo de modernização do Brasil, tinham estreitas relações com a necessidade de redução da natalidade (VIEIRA, 2003). Essa redução repercutiu também na diminuição do índice de abortos provocados e de suas graves conseqüências (HOGA, 1996; CAMARANO; ARAÚJO; CARNEIRO, 1999).

Dados do IBGE fornecem evidências de que a taxa de fecundidade total estimada para o país foi sofrendo queda ao longo dos anos. Até 1960, a taxa foi superior a seis filhos por mulher. Em 1970, houve uma pequena redução para 5,76 filhos por mulher, e, a partir de 1980, esse processo passou a ser característico de todas as regiões do país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004). Outro fator a ressaltar é que, concomitantemente com a redução dessas taxas, existiam condicionantes socioeconômicos, culturais, políticos e históricos imbricados nesse processo. Um desses condicionantes pode estar relacionado à urbanização, que veio acompanhada de expectativas de consumo, da educação e da mídia, modificando o padrão reprodutivo. A taxa de fecundidade acabou sofrendo uma queda extraordinária nos últimos 30 anos, sendo atualmente de 2,1 filhos por mulher no final do período reprodutivo (BRASIL, 2004c).

A idéia da redução do número de filhos como um fenômeno recorrente no Brasil acabou reconfigurando alguns conceitos no campo da fecundidade e da maternidade, instituindo uma espécie de norma ou padrão reprodutivo caracterizado pelo controle da fecundidade e pela prole reduzida. Traçando um paralelo entre multiparidade e planejamento familiar, percebe-se que o 'controle' permeia esses dois eventos, no sentido de que a multiparidade foge à norma ou ao 'controle' e de que o planejamento familiar tem como objetivo manter o controle ou inserir a mulher novamente no padrão vigente em nossa sociedade. Sob essa perspectiva, é comum que mulheres que possuem mais de três filhos (múltiparas), por exemplo, sejam discriminadas no meio social onde vivem, pois sua multiparidade é vista como algo incomum, fora do normal, uma espécie de 'desvio de comportamento'.

No campo da saúde, esse 'desvio de comportamento' ou 'desvio da norma' poderia ser comparado ao 'risco à saúde', que freqüentemente vem acompanhado

de julgamentos que indicam irresponsabilidade, incompetência e ignorância (OLIVEIRA, 2001b) quando as pessoas apresentam comportamentos fora da norma instituída pelos especialistas (VERONESE, 2004). Nessa lógica, as múltiparas, ao estarem desviando-se da norma de baixa fecundidade vigente na atualidade, assumiriam riscos ligados a sua saúde e a dificuldades socioeconômicas. Nesse caso, os profissionais de saúde, comprometidos com a lógica biomédica, num primeiro momento, estabeleceriam um diagnóstico da situação, buscando as causas do desvio da norma. Posteriormente, é provável, pensariam em intervenções que colocassem novamente a pessoa dentro da norma instituída, pois os educadores em saúde têm como função ajudar as pessoas a escolherem estilos de vida saudáveis (OLIVEIRA, 2001a). Uma das estratégias mais utilizadas pelos profissionais para cumprir com sua 'missão' é a educação em saúde, geralmente entendendo que a informação é a solução de todos os problemas.

Como refere Gastaldo (1997), a não-adoção das atitudes esperadas pelos educadores em saúde é reconhecida como uma falha da sua própria ação educativa e/ou do sujeito dessa ação. O que é desconsiderado nesse caso é que, entre a informação e o comportamento, existe uma diferença, em que a informação pode não ser aplicável ou, se aplicada, pode não surtir o efeito esperado.

Na perspectiva de que a multiparidade é um 'desvio da norma', a literatura chama a atenção para a aproximação de sentidos entre 'multiparidade' e 'doença' (SACAVONE, 2004). Para Scavone (2004), os direitos de escolha passam a ser limitados por uma normalização da fecundidade. Na visão da autora (2004, p. 86): "[...] se os avanços da contracepção contribuíram para separar a sexualidade da reprodução [...], trouxeram consigo o estigma da doença à fecundidade". A autora também destaca que, em determinados momentos históricos, a maternidade prolífera é o modelo ideal e, em outros momentos, é justamente o contrário, afirmando que o fenômeno biológico da maternidade é constituído pela dinâmica de interesses políticos, econômicos e sociais.

Com relação à normalização da fecundidade de que trata Scavone, uma outra questão importante a considerar é a influência das desigualdades sociais nos 'julgamentos' da sociedade para definir o que se constitui em desvio em relação à norma – a multiparidade na pobreza é vista de forma mais negativa que a multiparidade em contextos socioeconômicos mais favorecidos. No senso comum, ainda predomina o discurso de controle demográfico como justificativa para a

melhoria do desenvolvimento socioeconômico de um país. Nesse sentido, a tendência é considerar que, quanto maior o número de filhos, maior será a pobreza das famílias que já vivem em condições precárias e, conseqüentemente, da sociedade. Esse entendimento desconsidera, contudo, que problemas de ordem estrutural, como a pobreza, por exemplo, não se modificam apenas com a redução do número de filhos ou do tamanho das famílias. Sobre essa problemática, Guimarães (2005) argumenta que não basta atacar a pobreza, é preciso investir em políticas para combater as desigualdades.

No âmbito das pesquisas, existem muitos estudos relacionados às questões da reprodução, mas especificamente no que tange ao fenômeno da multiparidade e sua complexidade, a produção de conhecimento ainda é reduzida. Com relação aos estudos na área da reprodução, cabe destacar alguns. Vieira *et al.* (2001) analisaram dados coletados pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 sobre o uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo e apontaram o uso predominante da pílula e da esterilização feminina. Dias-da-Costa *et al.* (2002) abordaram o uso de métodos anticoncepcionais e a adequação de contraceptivos hormonais orais na cidade de Pelotas (RS). Outros autores (SCHOR *et al.*, 2000; ESPEJO *et al.*, 2003; MOURA; SILVA, 2004) pesquisaram o conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos e salientaram a importância do investimento em sua educação/informação como medida de promoção da saúde em planejamento familiar. Carvalho, Pirotta e Schor (2001) identificaram as percepções das mulheres sobre a participação masculina na contracepção e concluíram que a mulher assume a contracepção como sua responsabilidade e que o papel do companheiro é vivenciado como uma função acessória. Duarte *et al.* (2003) avaliaram a participação masculina no uso de métodos contraceptivos entrevistando 910 homens e também apontaram a necessidade de educação para homens e mulheres, mas salientaram as questões de gênero na reflexão acerca dos papéis e responsabilidades de homens e mulheres na reprodução e as dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde reprodutiva. Vários autores realizaram pesquisas sobre a esterilização tubária, abordando aspectos positivos e negativos da esterilização e motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas (VIEIRA, 1998); MINELLA 1998; OSIS *et al.*, 1999; CARVALHO; SCHOR, 2005).

Sobre o fenômeno da multiparidade e sua complexidade, Fernandes (2003) realizou um estudo com mulheres de camadas populares de Recife, procurando entender como são planejadas suas famílias. Para Fernandes (2003), há o reflexo da intervenção branca (poder do médico ou do profissional de saúde sobre as mulheres) na regulação da fecundidade. Essa intervenção branca baseia-se em um parâmetro comum de práticas reprodutivas, delineando uma modelagem ou um padrão de família. Esse padrão de família tem a ver com a noção de normalização da fecundidade instituída em nossa sociedade.

Considerando-se o que foi apresentado acima em relação às pesquisas, percebe-se que ainda existem lacunas a serem estudadas a respeito da complexidade da multiparidade e da autonomia das mulheres para decidir quantos filhos ter e o momento de engravidar. A condição de múltipara tem a ver com as escolhas das mulheres, mas essas escolhas são condicionadas por fatores externos que limitam a sua autonomia. Por sua vez, a multiparidade pode atuar como um elemento potencializador da falta de autonomia das mulheres no âmbito do individual e no âmbito do social.

2.4 Gênero e suas articulações com o 'ser mulher'

O gênero, na literatura, é enfatizado no sentido de promover a justiça social; nesse sentido, tem a ver com autonomia, direitos e saúde reprodutiva. Sua importância na saúde reprodutiva caminha em direção à equidade, à emancipação e ao pertencimento do próprio corpo. As mulheres passam a estar presentes nas arenas da vida cotidiana, onde se redefinem com base na cultura, na história, nas relações de trabalho e nas formas de inserção no mundo político, em um novo campo de possibilidades capazes de vencer sua condição de desigualdade (BRASIL, 2005).

O termo *gênero* foi utilizado inicialmente pelas feministas americanas em rejeição ao determinismo biológico para enfatizar o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo (SCOTT, 1995). Isso significou rejeitar a idéia de que características estritamente anatômicas e fisiológicas de homens e mulheres definiriam as diferenças e persistentes desigualdades existentes entre eles,

passando-se a considerar também o enfoque social para essas diferenças. Corroborando essa afirmação, Oliveira e Meyer (2005, p. 9) referem que “gênero diferencia-se de sexo na medida em que localiza a mulher e o homem como categorias que se constroem baseadas muito mais nas suas diferenças sociais do que nas suas características biológicas”.

O conceito de gênero foi gradativamente sendo incorporado aos movimentos feministas e aos planos acadêmico e político, mas nem sempre as definições decorrentes dessas incorporações convergiam (MEYER, 2004b). Para a autora, contudo, existe pelo menos um ponto em comum entre as diversas definições de gênero. Esse ponto em comum diz respeito à ênfase conferida às diferenças e desigualdades existentes entre homens e mulheres como construções sociais e culturais (MEYER, 2004b).

Neste estudo, utilizei como referência as definições de gênero de Scott (1995) e de Meyer (2004), que se complementam.

Scott, em sua definição de gênero, salienta as relações sociais e as relações de poder nos processos que diferenciam homens de mulheres ao referir que:

o núcleo da definição repousa numa conexão integral entre duas proposições: (1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder (SCOTT, 1995, p. 86).

Complementando essa definição, Meyer (2004b) acrescenta o âmbito cultural e lingüístico no qual o gênero está inserido. Para a autora, gênero, pode ser definido como um:

[...] construto sócio-cultural e lingüístico, produto e efeito de relações de poder. Nessa perspectiva, o conceito de gênero remete a todas as formas de construção social, cultural e lingüística implicadas com processos que diferenciam mulheres de homens, incluindo aqueles processos que produzem seus corpos, distinguindo-os e nomeando-os como corpos dotados de sexo, gênero e sexualidade (MEYER, 2004b, p. 15).

Outro ponto importante salientado por Meyer *et al.* (2003) em relação ao gênero, é que esse conceito aponta para a noção de que, ao longo da vida, através de diversas práticas sociais, nos constituímos como homens e mulheres, num processo que não é linear, progressivo ou harmônico e que também nunca está finalizado.

Desde a sua concepção, gênero tem sido ponto de debate no campo do feminismo e das ciências sociais (VILLELA; ARILHA, 2003). Gênero vem sendo utilizado, por um lado, como algo que se opõe – ou complementa – à noção de sexo biológico e diz respeito aos comportamentos, atitudes ou traços de personalidade que as culturas inscrevem sobre corpos sexuados. Por outro lado, gênero também tem sido usado (sobretudo pelas feministas pós-estruturalistas) para enfatizar que a sociedade forma não só a personalidade e o comportamento, mas também as maneiras como o corpo aparece (MEYER, 2004b).

Nas últimas décadas, o gênero tem sido incorporado e legitimado em várias instâncias, como em estudos, políticas, práticas e na área da saúde (MEYER, 2004b), o que tem contribuído para o debate feminista e sociológico que dá visibilidade ao tema. Meyer (2004b, p. 13) refere que as evidências políticas atuais de institucionalização de perspectivas de gênero^m resultam de processos multifacetados, disputados e negociados, desencadeados “com e a partir do feminismo e do movimento de mulheres”, em que se articulam movimentos sociais e políticos.

O movimento de mulheres e o feminismo foram extremamente importantes na trajetória dos movimentos políticos, sociais e culturais, onde foram colocadas, na pauta de debates, reivindicações para a cidadania das mulheres. Para Sorj (2002, p. 99), “[...] o movimento feminista impôs, nas últimas três décadas, novas visões sobre os domínios do masculino e do feminino, da política e da intimidade, do privado e do público e das desigualdades de gênero”.

Meyer (2004b) refere que as estudiosas feministas levaram para a academia temas vinculados ao cotidiano, à família, à sexualidade e ao trabalho doméstico, o que anteriormente não era autorizado pelo paradigma científico vigente. Para a autora, esses estudos adotaram perspectivas teóricas que questionaram e abalaram pressupostos básicos do paradigma de Ciência hegemônico, tais como a universalidade, a racionalidade, a neutralidade, a objetividade, a prerrogativa de definir a verdade, a suposição de uma essência humana – masculina e branca – centrada na razão, dentre outros. É nesse cenário de debates e de confrontos que

^m As questões de gênero estão contempladas na pauta do Plano Plurianual 2004-2007 da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres.

surge o gênero, tornando complexas as diferenças e as desigualdades sociais entre mulheres e homens.

Desde a sua emergência no final do século XX, o gênero vem sendo articulado com outras desigualdades, como, por exemplo, desigualdades sociais, discriminação de classe, raça, etnia, orientação sexual, religião, dentre outras. Para as mulheres, a associação ou articulação entre vivências de desigualdade em diversos contextos e as desigualdades de gênero resulta em agravos a sua saúde. Reforçando essa afirmação, o Ministério da Saúde argumenta que devemos reconhecer a atuação de outros fatores estruturais na reprodução e ampliação das assimetrias de gênero, tais como: as mudanças sociodemográficas que interferem no perfil do emprego; os desafios colocados pela diversidade racial/étnica; as alterações na estrutura da família e, ainda, as mudanças no tradicional padrão da divisão sexual do trabalho e nos padrões de sexualidade (BRASIL, 2005). Nesse sentido, em 2005, foi elaborado um documento intitulado “Avançar na transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas”, onde foi analisado, pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM)ⁿ e pela Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL), o Plano Plurianual (PPA) 2004-2007^o em relação à perspectiva da transversalidade de gênero, podendo ser utilizado como referência para as ações da SPM (BRASIL, 2005).

O termo “transversalidade de gênero” emergiu no contexto internacional dos movimentos de mulheres e é usado como versão para o português do termo em inglês *gender mainstreaming*. Essa estratégia visa à incorporação da melhoria do *status* das mulheres em todas as dimensões da sociedade – econômica, política, cultural e social –, com repercussões nas esferas jurídicas e administrativas (BRASIL, 2005). Isso implicaria positivamente questões relacionadas à remuneração, à segurança social, à educação, à divisão das responsabilidades profissionais e com o trabalho doméstico e a igualdade nos processos de decisão das mulheres.

ⁿ Responsável pela assessoria direta ao Presidente da República na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres, tendo como ênfase a igualdade de gênero.

^o Projeto do governo que estabelece as diretrizes e as políticas públicas para o período de 2004-2007, tendo como prioridades: a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional consubstanciada no Programa Fome Zero; a Política de Promoção da Igualdade Racial; e a Política da Promoção da Igualdade de Gênero.

O gênero enfatiza a pluralidade e a conflitualidade dos processos pelos quais a cultura constrói e distingue corpos e sujeitos femininos e masculinos (MEYER *et al.*, 2003). Porém, na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais, e isso se reflete nas leis, políticas e práticas sociais. Nessa perspectiva, pode-se argumentar que as desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais (BRASIL, 2004b).

As desigualdades de gênero têm origem na cultura patriarcal que ainda é hegemônica em muitos lugares, colocando os homens em uma situação de poder em relação às mulheres, submetendo-as a regras e tabus que controlam e reprimem suas vidas, em especial, suas vivências corporais na sexualidade e na reprodução (ÁVILA, 2003).

No campo da reprodução, as desigualdades de gênero podem ser ilustradas pelas posições desiguais de poder ocupadas por mulheres e homens. Se, por um lado, a mulher é responsabilizada pelo controle da reprodução, por outro, o companheiro exerce em geral um importante papel na decisão de ter ou não filhos e na escolha do método contraceptivo usado pelo casal, na maioria das vezes, um método que deve atuar no corpo da mulher. O papel do companheiro nas experiências reprodutivas das mulheres tem sido destacado em alguns estudos, os quais têm sugerido que a atitude do homem atua na duração e continuidade do uso de algum método por parte das mulheres (MARCOLINO; GALASTRO, 2001), no uso efetivo do método e até mesmo na satisfação com o método escolhido (DUARTE *et al.*, 2003). Schor e Carvalho (2005) pesquisaram os motivos de rejeição de mulheres esterilizadas aos métodos contraceptivos reversíveis, e em todas as entrevistas evidenciou-se a busca por um método contraceptivo que proporcionasse uma combinação ideal de fatores, entre os quais, que o método fosse aceito pelo parceiro sem resistências. Em outra pesquisa sobre as visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar, Marcolino e Galastro (2001) evidenciaram a não-aceitação do uso do preservativo e da realização de vasectomia pelos homens. Além disso, nessa mesma pesquisa, as autoras puderam verificar, pela fala das mulheres, sentimentos de opressão, autoridade, poder e domínio do homem sobre a mulher (MARCOLINO; GALASTRO, 2001).

Apesar da ênfase das pesquisas na subordinação feminina ao poder masculino, a literatura também chama a atenção para o caráter circular e alternante

de poder. Para Saffiotti (2002, p. 323), “o poder, assim como todo e qualquer fenômeno social, não é um processo de mão única, mas fruto da interação social”. Nessa interação, argumenta a autora, todo ser humano é sujeito e objeto, jamais exclusivamente objeto. Tal entendimento de poder também é compartilhado por Meyer *et al.* (2003), que afirmam que a submissão feminina não é linear e homogênea.

No terreno da reprodução, por exemplo, as mulheres também ocupam espaços de poder, utilizando estratégias de enfrentamento de situações de desigualdade e resistindo ao poder do companheiro. Como mostram alguns estudos, essas estratégias vão desde a abstinência sexual e recusa em conceder favores sexuais até a utilização de alternativas para evitar o sexo ou o contato físico (cansaço, doença ou necessidade de dormir) (MENEGHEL *et al.*, 2003; MOREIRA; ARAÚJO, 2004). Nesse sentido, podemos pensar que existem formas diferenciadas de viver e experienciar subordinação e dominação e que mulheres e homens não ocupam, durante todo o tempo, a mesma posição nas redes de poder em que estão imersos (MEYER, 2004a).

Outro ponto a destacar é que as desigualdades de gênero têm repercussões na saúde das mulheres. O significado da expressão *saúde das mulheres* é amplo e vai desde perspectivas biológicas, referentes à anatomia do corpo feminino, até dimensões menos limitadas, incluindo direitos humanos e questões relacionadas à cidadania. A saúde das mulheres limitada somente ao campo biológico tem sido entendida como saúde materna e/ou ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução, estando excluídos aspectos relacionados a direitos sexuais e questões de gênero (BRASIL, 2004b). Apesar de não existir, ainda, um consenso sobre o significado da expressão *saúde das mulheres*, as tentativas para se chegar a definições mais amplas continuam existindo, e outros aspectos, como o emocional, o social, o econômico e o cultural, têm sido considerado como relevantes no processo de saúde (GALVÃO, 1999).

Neste estudo, utilizo a expressão *saúde da mulher* no plural – *saúde das mulheres* – porque concordo com Oliveira e Meyer (2005) quando referem que o termo utilizado no singular não contempla, de forma nenhuma, a diversidade de mulheres que habitam o planeta. A expressão no singular indica, implicitamente, uma visão essencialista de mulher, tomando-se como referência o pressuposto de uma biologia universal em que a raça, o credo, a classe socioeconômica e a cultura

não estão contempladas (OLIVEIRA; MEYER, 2005). Nessa visão mais ampla do fenômeno da saúde das mulheres, a noção de gênero assume um papel importante, possibilitando a visibilidade das questões nele implicadas, aí incluídas as desigualdades de gênero, para além do campo biológico.

Segundo Corrêa (2002), no Brasil, há mais de 20 anos têm sido pesquisados os efeitos da desigualdade entre os gêneros sobre a saúde das mulheres. A qualidade dessa produção é reconhecida internacionalmente, tendo maior impacto na formulação e implementação das políticas de saúde dirigidas às mulheres no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Com relação às repercussões das desigualdades de gênero na saúde das mulheres, elas podem ser mais ou menos importantes, dependendo das condições socioeconômicas dessas mulheres e do potencial de vulnerabilidade que a situação produz. As desigualdades sociais, econômicas e culturais revelam-se de diferentes maneiras para diferentes pessoas, mas as situações mais difíceis são encontradas entre as camadas mais pobres da população. Como destaca o Ministério da Saúde, indicadores de saúde^p mostram que populações que vivem em precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos (BRASIL, 2004b).

A temática da vulnerabilidade é relativamente nova no campo da saúde e tem estado relacionada ao esforço para a superação das práticas preventivas apoiadas no tradicional conceito de risco (MEYER *et al.*, 2006). Segundo Ayres *et al.* (2003, p. 123), o conceito de vulnerabilidade pode ser resumido como sendo o:

movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção ou ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES *et al.*, 2003, p. 123).

Esses mesmos autores referem que a vulnerabilidade possui três eixos interligados: componente individual (conhecimento de que o indivíduo dispõe), componente social (poder de incorporar as informações a mudanças práticas de

^p Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações de saúde. Eles contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Os indicadores estão agrupados em seis subconjuntos temáticos: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

ordem política) e componente programático (qualidade de recursos, gerência e monitoramento de programas de saúde) (AYRES *et al.*, 2003). Meyer *et al.* (2006) referem que o componente individual da vulnerabilidade é de ordem cognitiva e de ordem comportamental. Nesse sentido, a vulnerabilidade pode estar relacionada aos comportamentos das pessoas, criando oportunidades para contrair doenças ou problemas. É necessário considerar, contudo, o caráter contextual dos comportamentos dos indivíduos, que estão relacionados a condições objetivas do ambiente; a condições culturais e sociais em que os comportamentos ocorrem; ao grau de consciência que as pessoas têm sobre esses comportamentos e ao poder efetivo para transformá-los (MEYER *et al.*, 2006).

Outros autores, como Delor e Hubert (2000), descrevem três níveis de situação de vulnerabilidade: trajetória social, interação e contexto social. Além disso, os autores afirmam que esses três níveis podem ser vistos sob dois ângulos ou duas dimensões: a dimensão socioestrutural (ciclo da vida, mobilidade social, identidade social; posição ou *status* na relação; normas coletivas de um sistema, instituições, relações de gênero, desigualdades) e a dimensão sociosimbólica (senso particular que cada indivíduo dá para alguma coisa) (DELOR; HUBERT, 2000).

Tomando-se essas concepções de vulnerabilidade, é possível refletir sobre a relação entre as vulnerabilidades femininas e as questões concernentes à reprodução. Tendo como referência o componente individual de vulnerabilidade citado por Ayres *et al.* (2003), poderíamos utilizar como exemplo o conhecimento insuficiente ou limitado das mulheres em relação aos métodos contraceptivos.

No que se refere ao conhecimento das mulheres sobre a anticoncepção, existem vários estudos que evidenciam a limitação de conhecimento das mulheres sobre o próprio corpo (anatomia e fisiologia) e sobre os métodos anticoncepcionais (RIBEIRO, 1994; MINELLA, 1998; ESPEJO *et al.*, 2003; MOREIRA, ARAÚJO, 2004), o que pode torná-las mais vulneráveis a uma gestação não planejada. Para Vieira (2003), o conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais é qualitativamente pobre, principalmente entre mulheres de baixa renda, o que facilita o uso inadequado desses métodos e aumenta os índices de falha. Mas, por outro lado, mesmo que as mulheres tivessem o conhecimento e o domínio sobre a anticoncepção, existem outros fatores de ordem comportamental e social que estão envolvidos nesse processo.

Outra questão importante a considerar nesta discussão é a dificuldade que algumas mulheres têm, principalmente aquelas pertencentes a camadas sociais mais pobres, de se preocupar e/ou dar prioridade para a prática contraceptiva. Muitas delas, envolvidas na luta diária pela sobrevivência, não encontram tempo para tratarem dos seus interesses e necessidades.

O componente social também é extremamente importante na relação entre reprodução e vulnerabilidade, pois é difícil separar o indivíduo do seu contexto ou da sua estrutura programática, em que suas ações e comportamentos são instituídos. A vulnerabilidade social na reprodução pode estar relacionada à escolaridade, ao acesso aos meios de comunicação, ao nível socioeconômico, ao acesso aos recursos disponíveis para a contracepção, ao trabalho, etc. Com relação à escolaridade, Scavone (2004) destaca que mulheres que não tiveram instrução dificilmente terão acesso à informação.

Especificamente com relação ao acesso aos recursos contraceptivos, Ávila (2002) comenta que a falta de oferta dos métodos reversíveis e de práticas educativas nos serviços públicos de saúde, junto ao contexto de acentuada pobreza, se constituem em um quadro grave no Brasil.

A pobreza pode ser considerada um agravante para a vulnerabilidade feminina no campo reprodutivo, tendo-se em conta a dificuldade de acesso aos recursos contraceptivos, conforme o que foi discutido acima. Para Giffin (2002, p. 106), “[...] as escolhas reprodutivas são altamente condicionadas pela pobreza e falta de cidadania”. Segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao dos homens, as mulheres trabalham mais horas do que os homens e pelo menos metade do seu tempo é gasto em atividades não-remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais (BRASIL, 2004c).

Conforme a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2004 b, p.15), “na sociedade brasileira mais da metade das mulheres está fora do circuito da mercadoria – são donas de casa. Com isso, as suas possibilidades de se apropriarem da riqueza são limitadas ao patrimônio familiar”. Corroborando essa afirmação, Oliveira e Meyer (2005) salientam que o trabalho doméstico e o cuidado da família, transformado em missão ou vocação da mulher, dificultam a sua entrada e valorização no mercado de trabalho. Outra questão a discutir sobre o trabalho feminino é que, mesmo aquelas mulheres que conseguem entrar no mercado de

trabalho, sofrem desigualdades, tais como: salários mais baixos do que os dos homens; estão mais sujeitas à perda de emprego por motivos como gravidez e ausências para cuidar dos filhos; contam com menos ofertas de qualificação e requalificação para o trabalho, entre outras (MEYER, 2004a).

No terreno específico da reprodução, os limites da autonomia e do direito de escolha não se restringem apenas em função das relações desiguais de poder de gênero, mas também das limitações do meio (dificuldades de acesso aos serviços de saúde e aos métodos anticoncepcionais, por exemplo).

A revisão de literatura indica que há uma distância entre a retórica oficial sobre planejamento familiar e a realidade das mulheres na anticoncepção sugerida nas pesquisas. As mulheres pobres têm a sua autonomia contraceptiva limitada por fatores sociais, individuais e por desigualdades de poder de gênero. Nesse sentido, é relevante estudar as práticas contraceptivas vivenciadas por mulheres pobres multíparas e sua autonomia para escolher o número de filhos, o momento de engravidar e as estratégias de anticoncepção.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

Este capítulo descreve o caminho percorrido neste estudo para coletar e analisar os dados empíricos. A metodologia foi escolhida para atender ao objetivo e às questões norteadoras da pesquisa. O capítulo possui oito seções, onde são retomados o objetivo e as questões norteadoras da pesquisa; é definido o tipo de estudo e o contexto em que foi realizada a pesquisa e a seleção das participantes; são descritas a coleta e a análise das informações; e, por último, são apresentadas as considerações bioéticas relativas à pesquisa.

Para problematizar as experiências de anticoncepção de mulheres pobres multíparas, este estudo seguiu uma abordagem qualitativa do tipo exploratória e utilizou como técnica para a coleta das informações o grupo focal, por considerar a técnica mais apropriada para explorar idéias e opiniões geradas em grupos de discussões. Para analisar as informações decorrentes das discussões grupais, é utilizada a análise de conteúdo temática proposta por Minayo, em que se busca descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos e por que esta técnica se articula com variáveis psicossociais e com o contexto cultural.

3.1 Objetivo do estudo

Problematizar as experiências de anticoncepção de multíparas pobres atendidas em uma UBS da Região Metropolitana de Porto Alegre, considerando os fatores que condicionam sua autonomia para escolher o número de filhos, o momento de engravidar e as estratégias de anticoncepção.

3.2 Questões norteadoras do estudo

As seguintes questões nortearam este estudo:

- a) Como as participantes da pesquisa explicam o número elevado de filhos?
- b) Como as desigualdades de poder de gênero estão manifestas nessas razões?
- c) Quais os fatores que condicionam a autonomia dessas mulheres na anticoncepção?
- d) Quais as repercussões da multiparidade para a autonomia dessas mulheres?
- e) Quais os mecanismos de resistência que essas mulheres mobilizam na busca de autonomia para escolher o número de filhos, o momento de engravidar e as estratégias de anticoncepção?

3.3 Tipo de estudo e abordagem

Com o objetivo de estudar e problematizar as experiências de anticoncepção de multiparas pobres, optei por desenvolver o estudo seguindo uma abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Além disso, conforme Minayo, a pesquisa qualitativa

trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001, p. 21-22).

Além de ser desenvolvido numa perspectiva qualitativa, o estudo foi do tipo exploratório. Conforme Triviños (1994), os estudos exploratórios permitem ao pesquisador aumentar sua experiência a respeito de um determinado problema. O pesquisador aprofunda seu estudo nos limites de uma realidade específica, buscando antecedentes e maiores conhecimentos para encontrar os elementos necessários que lhe permitam, em contato com uma determinada população, obter resultados.

3.4 Contexto do estudo

O estudo foi realizado na UBS União, localizada no bairro Mathias Velho da cidade de Canoas, pertencente à região metropolitana de Porto Alegre. Essa UBS presta atendimento à comunidade que vive na Vila União. Na UBS União, atuam profissionais da Secretaria Municipal de Saúde vinculados ao Programa de Saúde da Família (PSF) e profissionais da ULBRA (Residência de Medicina de Família e Comunidade, Curso de Enfermagem e outras especialidades), que utilizam a instituição como campo de estágio para o ensino. O atendimento à comunidade é feito por área cadastrada ou por demanda espontânea. A equipe da Medicina de Família e Comunidade da ULBRA atende em torno de 1.200 famílias, as quais são divididas em quatro áreas delimitadas de aproximadamente 300 famílias, identificadas por cores. Essas áreas estão sendo atualmente recadastradas. Conforme informações constantes nos registros da equipe da Medicina de Família e Comunidade da ULBRA, em geral, as famílias dessa comunidade vivem em condições de baixa renda e de habitação precária e apresentam baixa escolaridade. A maioria das mulheres é dona de casa, não trabalha fora, e seus companheiros não possuem emprego formal. Essas informações vão ao encontro da definição de pobreza de Sandroni (2002) que utilizo neste estudo.

Diante dessas características e por estar inserida no contexto do ensino da ULBRA, desenvolvendo atividades práticas nesse campo, optei por realizar a pesquisa em uma das áreas delimitadas pela equipe da Medicina de Família e Comunidade da ULBRA – a área azul. A área azul contempla a população mais carente dentre as áreas assistidas pela ULBRA.

3.5 Participantes do estudo: seleção e características

Num primeiro momento, a seleção das participantes do estudo foi realizada através de pesquisa em todos os prontuários de família da área azul assistida pela ULBRA. Os prontuários de família são organizados conforme o endereço, sendo que, num mesmo terreno, são construídas muitas casas, identificadas pelo mesmo

número e com letras diferentes. Como critérios de inclusão, optei por pesquisar mulheres entre 21 e 49 anos⁹, com três filhos ou mais, possuindo renda familiar de até R\$ 400,00 e residentes na área azul, que é assistida pela equipe de Medicina de Família e Comunidade da ULBRA no âmbito da UBS União.

Para facilitar a busca nos prontuários, foi criado um formulário contendo dados pessoais (APÊNDICE A) da possível participante da pesquisa. Algumas informações de interesse para a pesquisa não constavam nos prontuários, então, priorizei mulheres com três filhos ou mais, o que totalizou 56 mulheres. Esse levantamento de informações foi realizado com o auxílio de duas alunas bolsistas voluntárias da ULBRA. A etapa seguinte foi confirmar as informações contidas nos prontuários através de visita domiciliar a essas 56 casas. Esse processo aconteceu durante três dias, com o auxílio de três alunas bolsistas voluntárias da ULBRA, que se intercalavam nesses dias para me acompanhar nas buscas. Das 56 mulheres, 24 não aceitaram ou não puderam participar da pesquisa. Dentre essas 24 mulheres, seis não quiseram participar da pesquisa, oito trabalhavam fora e, devido ao horário, não poderiam participar, cinco já haviam se mudado daquele local, quatro não foram encontradas em casa nesses três dias e uma das mulheres havia falecido há um mês por complicações de parto. Com relação às 32 mulheres que aceitaram participar da pesquisa, 13 não se inseriam nos critérios de seleção preestabelecidos. Ao final, 19 mulheres que atendiam aos critérios de inclusão aceitaram participar da pesquisa.

3.6 Coleta das informações

Nesta seção será apresentada a técnica de grupo focal, utilizada nessa pesquisa, bem como, o local onde foram realizados os encontros e como foram constituído os grupos.

⁹ A idade reprodutiva da mulher é entre 10 e 49 anos, mas como a intenção era pesquisar as experiências de anticoncepção de mulheres com um número elevado de filhos, optei por trabalhar com mulheres acima de 20 anos (BRASIL, 2004b).

3.6.1 Grupos focais

A coleta das informações foi realizada nos meses de junho e julho de 2005, por meio da técnica de grupo focal. O grupo focal é uma técnica de investigação que coleta informações através de encontros grupais semi-estruturados, coordenados por um moderador, com o objetivo de reunir informações sobre um determinado tópico de interesse do investigador a partir de discussões com os participantes (CAREY, 1994; MORGAN, 1997). Segundo Pereira *et al.* (2004), os grupos focais propiciam: uma forma de pensar coletiva sobre uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas; conhecer o processo dinâmico de interação entre os participantes; observar como as controvérsias se expressam e são solucionadas e a possibilidade de reprodução de processos de interação que ocorrem fora dos encontros grupais. A técnica é ideal para explorar experiências, opiniões e conceitos (BARBOUR; KITZINGER, 1999).

Levando em conta as características de um grupo focal, considerei essa técnica adequada à investigação das experiências de anticoncepção de mulheres pobres e múltiparas. Num ambiente informal, com outras mulheres que vivenciam situações de vida semelhantes, a discussão transcorreu com mais facilidade, proporcionando maior riqueza de informações. Neste estudo, foram organizados dois grupos de mulheres, sendo realizados cinco grupos focais com cada um dos grupos. Uma agenda de temas para os grupos focais (APÊNDICE B) foi estabelecida com base no referencial teórico e nos interesses da pesquisa. Essa agenda continha a descrição das atividades realizadas em cada encontro, bem como o tópico do dia, gerador dos debates, que eram moderados pela pesquisadora. Apesar de haver um planejamento inicial dos temas, a agenda era flexível e aberta a outras questões importantes que pudessem surgir durante as discussões grupais. Os encontros eram semanais e duravam aproximadamente duas horas. No dia anterior aos encontros, a pesquisadora sempre fazia contato via telefone com as participantes dos grupos, chamando a atenção para a data e horário agendados.

No primeiro encontro de cada grupo, durante desenvolvimento de uma técnica de apresentação, foram distribuídos crachás com os nomes das participantes para favorecer o entrosamento. Nesse mesmo encontro, foram explicados às participantes as características e objetivos da pesquisa. As participantes, então,

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) e foram feitos acordos sobre o desenvolvimento dos encontros. No intervalo das atividades, havia lanche para as participantes e seus filhos. Ao final de cada encontro, era fornecido um convite (APÊNDICE D) para lembrá-las do próximo encontro.

No total, ocorreram cinco encontros com cada grupo. Cada encontro apresentava no início uma atividade de integração sobre o tópico do dia, intervalo com lanche e, por último, o grupo focal.

Entre um encontro e outro, as auxiliares de pesquisa transcreviam as fitas, proporcionando à pesquisadora uma leitura prévia do que havia sido discutido, o que se consistia em subsídio para a revisão da agenda do próximo grupo focal.

A saturação dos dados foi o critério utilizado para o encerramento da coleta das informações (KRUEGER; CASEY, 2000; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Para a realização dos encontros, eu contava com quatro auxiliares: três alunas da ULBRA e uma da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Uma das alunas da ULBRA ficou fixa como observadora no grupo 1, e a aluna bolsista da UFRGS ficou fixa como observadora no grupo 2. As outras alunas se intercalavam, realizando atividades (desenhos, pintura, vídeos infantis) em outra sala com os filhos das participantes que as acompanhavam nos encontros.

3.6.2 Local dos encontros

Os encontros foram realizados na sala de aula da Associação de Moradores da Vila União, localizada ao lado da UBS União, com acesso independente. A sala foi cedida para a pesquisadora pela presidente da Associação de Moradores. Habitualmente, ela é utilizada para realização de aulas e cursos para adultos da comunidade e eventualmente para reuniões ou palestras da UBS. É uma sala ampla, com várias cadeiras e quadro verde. Nos encontros, as cadeiras eram dispostas em círculo, e no centro ficava uma cadeira com o gravador. Com relação aos filhos das participantes, uma das auxiliares ficava com eles numa sala de aula da ULBRA, localizada dentro da UBS União, ou num consultório, quando esta sala estava ocupada. Eram distribuídas atividades de desenho e pintura às crianças ou eram passados vídeos infantis quando a sala da ULBRA estava desocupada, pois

esta possui televisão e videocassete. Nos dias de chuva, a pesquisadora buscava de carro as participantes que compareciam aos encontros com os filhos, como forma de garantir a sua presença. Isso demonstra as dificuldades de acesso que as múltiparas têm para chegar até a UBS.

3.6.3 Constituição dos grupos

A formação dos grupos foi feita com as 19 mulheres que aceitaram participar da pesquisa, as quais se enquadraram nos critérios de seleção definidos anteriormente no item 3.5. Essas mulheres foram divididas em dois grupos: grupo 1 com nove participantes, e grupo 2 com dez participantes. Conforme já foi descrito anteriormente, eram feitos contatos telefônicos com as participantes no dia anterior ao encontro, para reforçar a importância da sua presença. No entanto, aconteceram ausências e desistências de algumas participantes. No primeiro encontro do grupo 1, compareceram somente duas participantes, não sendo possível realizar o grupo. Nesse mesmo dia, realizei contato telefônico com algumas participantes, sendo que três delas justificaram a ausência devido a problemas de saúde dos filhos. Como não havia conseguido contato com todas as participantes que haviam faltado ao encontro, solicitei a duas auxiliares de pesquisa que fossem novamente até a casa dessas mulheres para confirmar ou não a sua participação na pesquisa. Nessa nova busca, duas mulheres desistiram de participar da pesquisa e duas não foram encontradas em casa. Então, foi agendado o primeiro encontro do grupo 1 para a segunda-feira seguinte.

No primeiro encontro do grupo 2, compareceram quatro participantes, sendo realizado o encontro. Mas também realizei contato com as outras participantes para confirmar a sua participação na pesquisa. Obtive o seguinte retorno: duas justificaram a ausência porque não tinham com quem deixar os filhos e uma, o neto; uma delas havia tido bebê há pouco tempo, não podendo comparecer ao encontro; outra não estava em casa; a última estava trabalhando fora. Reforcei às participantes que poderiam levar os filhos ao encontro, pois uma das auxiliares ficaria com eles em outra sala. No caso dos filhos menores (bebês), poderiam acompanhá-las nos grupos, caso não tivessem com quem deixá-los. Essa situação

evidencia as dificuldades enfrentadas pelas mulheres para participar de atividades de educação em saúde ou de consultas na UBS, tendo em conta a sua responsabilidade pelo cuidado dos filhos e da casa, o que contribui como um limitante de sua autonomia.

Em relação às ausências e desistências das participantes, essa situação já estava prevista. A literatura sobre grupo focal alerta sobre as eventuais ausências, recomendando a seleção de um número maior de participantes (PEREIRA *et al.*, 2004). Ao final, o processo de coleta das informações foi realizado com um grupo com cinco participantes e outro com oito participantes.

Considero importante compartilhar as dificuldades encontradas ao longo do desenvolvimento do trabalho de campo, pois, apesar de ter organizado e programado em detalhe cada grupo focal, houve várias intercorrências, resultando em problemas para a realização do que foi planejado inicialmente. Pesquisadores interessados em trabalhar com grupos focais devem considerar a possibilidade dessas intercorrências no planejamento do trabalho de campo e prever alternativas para a minimização dos problemas daí advindos.

Para melhor caracterização e conhecimento das participantes da pesquisa e para facilitar a compreensão do mundo em que elas vivem, descreverei, no Apêndice E, as características e o contexto de vida de cada uma delas, utilizando nomes de mulheres da mitologia grega, preservando, assim, suas identidades.

3.7 Organização e análise das informações

A análise das informações foi realizada através da técnica de análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2004). Segundo a autora, a análise de conteúdo descobre o que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado (MINAYO, 2001). Além disso, articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2004). Mais especificamente, sobre a análise de conteúdo temática, Minayo (2004, p. 209) refere que “fazer uma análise temática consiste em

descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

A análise temática de Minayo (2004) possui três etapas: (1) a pré-análise - que consiste na escolha das informações a serem analisadas; na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa; e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final; (2) a etapa de exploração do material – que consiste na operação de codificação; e (3) a etapa do tratamento dos resultados obtidos e da sua interpretação.

Essa etapa da pesquisa apresentou três momentos: o da transcrição das fitas cassete, o da separação das unidades de registro e categorias e o das interpretações da pesquisadora.

Os encontros produziram 13 horas de gravação, transcritas pelas auxiliares de pesquisa e revisadas pela pesquisadora. A revisão das transcrições foi bem detalhada e tomou bastante tempo da pesquisadora. As transcrições totalizaram 97 páginas para o grupo 1 e 84 páginas para o grupo 2, escritas em formato Times New Roman, tamanho 12 e em espaço simples.

Após cada encontro, a pesquisadora realizava anotações em seu diário de campo, registrando percepções e reações das mulheres. Esse procedimento auxiliou na análise das informações.

As unidades de registro foram compostas após uma leitura exaustiva das transcrições, organização e exploração do material e recorte de temas. Após esse processo, foram realizadas a classificação e agregação das informações, codificando-se as categorias teóricas.

Os temas eleitos para aprofundamento foram os mais lembrados e discutidos pelas participantes da pesquisa no decorrer dos encontros. Outros temas emergiram durante as discussões grupais, mas foi necessário fazer um recorte em função dos objetivos da pesquisa ou dos limites de tempo.

As categorias de análise ficaram assim definidas:

- a) a autonomia feminina no campo da anticoncepção e seus limites sociais e individuais;
- b) o fenômeno da multiparidade como elemento potencializador da redução da autonomia;
- c) poder e resistência na busca de autonomia.

A primeira categoria foi subdividida nas seguintes subcategorias: os limites sociais (pobreza e condições de vida; o acesso aos serviços de saúde; poder de gênero e anticoncepção) e os limites individuais (reações do corpo; responsabilidade pessoal). O conteúdo dessa categoria buscou contemplar as três primeiras questões norteadoras. Nela estão incluídas as explicações das mulheres participantes da pesquisa sobre o número elevado de filhos, sobre como as desigualdades de poder de gênero estão manifestas nessas razões e sobre os fatores que condicionam a autonomia das mulheres na contracepção. Já a segunda categoria foi subdividida em: as repercussões da maternidade multiplicada no exercício da autonomia num âmbito individual e num âmbito social. Essa categoria inclui informações que permitem avaliar a questão da multiparidade como potencializadora da redução de autonomia das mulheres. A terceira e última categoria foi subdividida nas subcategorias: estratégias femininas de resistência ao poder masculino na busca de autonomia contraceptiva e exercendo o poder de escolha: maternidade por opção? Essa categoria refere-se à terceira questão norteadora da pesquisa, que diz respeito aos mecanismos de resistência que as mulheres mobilizam na busca de uma autonomia.

3.8 Considerações bioéticas

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação e foi aprovado pela Secretaria de Saúde de Canoas, visto que a pesquisa seria realizada em uma Unidade Básica de Saúde desse município. O termo de aprovação foi encaminhado, junto ao projeto de pesquisa e outros documentos, ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e Animais da ULBRA. De acordo com as normas vigentes na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), o projeto de pesquisa foi aprovado pelo plenário do Comitê de Ética da ULBRA em 11/05/2005 (ANEXO).

Atendendo às recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, informou-se às futuras participantes da pesquisa, no momento em que foram convidadas para os encontros, o objetivo da pesquisa e sua possibilidade de, a qualquer momento, desistir de participar, sem que isso implicasse qualquer ônus.

Também lhes foi informado que as reuniões seriam gravadas, que as fitas seriam transcritas pela pesquisadora e suas auxiliares e que as informações serviriam para fins de pesquisa. Além disso, foi informado que a pesquisa seria divulgada e que as fitas utilizadas seriam mantidas com a pesquisadora por cinco anos e destruídas após esse período.

No decorrer da dissertação, são citadas falas e discussões ocorridas nos grupos focais. Para preservar a identidade das participantes, foram utilizados nos diálogos nomes de mulheres da mitologia, e ao final das falas foi indicado o grupo do qual aquela mulher participou. O grupo 1 foi indicado pela letra G seguida do número 1 (G1), e o grupo 2 foi indicado pela letra G seguida do número 2 (G2).

O capítulo a seguir apresenta os achados do estudo. O texto analisa e problematiza o entendimento das mulheres participantes sobre a questão da autonomia nas suas experiências de anticoncepção.

4 A AUTONOMIA FEMININA NO CAMPO DA ANTICONCEPÇÃO E SEUS LIMITES SOCIAIS E INDIVIDUAIS

Em princípio, todas as mulheres possuem algum potencial de autonomia em relação a sua capacidade reprodutiva. As próprias políticas públicas de saúde enfatizam a autonomia como o poder de decisão das mulheres, inclusive no campo do planejamento familiar. No entanto, essa retórica contradiz as experiências vividas pelas mulheres pobres múltiplas participantes desta pesquisa. A análise das informações coletadas sugere que a autonomia das mulheres pobres múltiplas na anticoncepção é condicionada por fatores sociais e individuais. Sociais, porque relacionados principalmente à pobreza e condições de vida, ao acesso aos serviços de saúde e às relações de gênero. Individuais, em relação às reações do corpo com o uso de determinados métodos contraceptivos e ao autogerenciamento ou organização da autonomia contraceptiva. Essa classificação de aspectos sociais e individuais serve apenas para fins de sistematização da análise, pois, na experiência de vida destas mulheres, esses fatores se encontram interligados.

Neste capítulo da análise, são apresentadas as respostas às três primeiras questões norteadoras da pesquisa. Através da análise das informações produzidas na interação com os grupos focais, as mulheres explicam as causas da multiparidade, indicando, entre outros, aspectos relacionados ao gênero como fatores implicados na sua condição de múltipla e os fatores que condicionam sua autonomia contraceptiva.

4.1 Os limites sociais

Nesta seção serão discutidos os condicionantes sociais da autonomia contraceptiva das mulheres participantes da pesquisa: dificuldades financeiras, problemas de acesso e poder de gênero.

4.1.1 Dificuldades financeiras: “depende de dinheiro, pra classe pobre, não é tão fácil assim”

Dentre os aspectos referentes aos limites sociais para a autonomia das mulheres, destacam-se as dificuldades financeiras que as participantes da pesquisa demonstraram ter para exercer a sua autonomia contraceptiva. As participantes da pesquisa vivem em condições de baixa renda, com salários mensais que variam de R\$ 80,00 a 400,00 para o sustento de, no mínimo, cinco pessoas. Vivem em condições precárias de habitação e apresentam baixa escolaridade. A maioria das mulheres é dona de casa, não trabalha fora, e seus companheiros não possuem emprego formal, trabalhando com reciclagem de lixo ou como serventes na área de construção. Ao longo dos encontros, foram relatadas pelas mulheres dificuldades financeiras que afetavam suas necessidades básicas, tais como: alimentação, moradia, vestuário, saúde e educação.

Essas condições de vida, ou de pobreza, interferem na autonomia das mulheres, pois a escolha só poderá ser feita considerada a situação em que o processo de escolha deverá acontecer, ou seja, dentro do possível (FORTES; ZOBOLI, 2004). Sob essa perspectiva, a escolha é condicionada pelo conjunto de alternativas que determinada situação apresenta. As condições sociais e econômicas podem, concomitantemente, oferecer possibilidades e limites ao desenvolvimento e ao exercício da autonomia, constituindo-se um paradoxo (MARTINS, 2002) diante das desigualdades sociais e econômicas existentes em nosso país. Nesse contexto, a autonomia das mulheres pobres para concretizarem ações de anticoncepção fica limitada, entre outros fatores, pelo social e o econômico, repercutindo nas suas escolhas pelo número de filhos, quando tê-los e o espaçamento entre eles. Essa idéia é reforçada por alguns autores ao afirmarem que o nível socioeconômico, a cultura, as condições de vida e as relações de gênero atuam sobre os comportamentos na área reprodutiva (HOGA, 2003; CARVALHO; SCHOR, 2005).

Com relação ao argumento de que a situação financeira ou o social limita a autonomia de mulheres pobres na anticoncepção, durante as discussões grupais, foi ressaltada a necessidade de alimentação como uma das prioridades no uso do dinheiro em uma família com muitos filhos.

Euterpe: *Ele dá o dinheiro [...] [para comprar a pílula]*
 Hera: *Ela gasta.*
 Cibeli: *Em outra coisa?*
 Hera: *Pra comer, é muito filho [...].*
 Atena: *É, a questão financeira, né? (G1E5)*

Essa discussão evidencia os limites impostos pela dificuldade financeira, em que a prioridade emergente naquele momento foi a necessidade de alimentação dos filhos, mesmo que haja o risco de uma nova gravidez.

Além de o dinheiro ser necessário para a subsistência da família, com a alimentação sendo uma necessidade básica, existem outras questões que também são influenciadas pela situação financeira. A própria escolha do anticoncepcional é ‘induzida’ pela questão financeira, conforme aparece no diálogo a seguir.

Euterpe: *Agora a minha preferência é o ligamento. Porque daí, eu acho que termina essa discussão de ter que estar todo mês, né, ter que brigar pra comprar a cartela de remédio.*
 Cibeli: *O posto não dá pílula?*
 Euterpe: *Ele dá. Só que o problema é que ele também não me dá o dinheiro pra ir buscar. Daí é uma questão que se torna difícil.*
 Hera: *Eles só receitam pra gente pegar lá na farmácia básica (G1E5).*

Em outro grupo focal, Leda também trouxe a questão financeira como determinante da escolha do método contraceptivo.

Leda: *[...] Tem uma coisa que eu vi lá no centro, no posto do avião, é um negócio tipo uma injeção que a gente faz, tipo uma operaçãozinha e bota por dentro [implante]. E daí ali fica, três anos, e aquilo ali garante de não engravidar. Eu achei uma beleza aquilo ali.*
 Gaia: *E será que garante?*
 Leda: *É direto no sangue, né? Aquilo ali, eu achei o máximo, mas só para comprar aquilo ali parece que, onde eu li, era 3 mil reais.*
 Afrodite: *Ah, Deus o livre!*
 Gaia: *Então, não era pra nós, pobres.*
 Dione: *Ah, então, isso aí vocês não ganham?*
 Leda: *Não, não.*
 Gaia: *Acho que é melhor continuar com a camisinha (G2E5).*

Na verdade, as escolhas contraceptivas não se constituem em preferências, mas se referem às únicas alternativas propostas (FERNANDES, 2003) ou consideradas ‘melhores’ e mais fáceis diante de determinadas situações. No campo da promoção da saúde, a autonomia e a ‘escolha saudável’ assumem uma posição de destaque, visto que ao indivíduo é conferida a responsabilidade por sua saúde. No entanto, a escolha saudável, considerada ideal pelos padrões de nossa

sociedade, nem sempre condiz com a escolha mais fácil. E, nesse sentido, a 'preferência' das mulheres na anticoncepção tem a ver com a alternativa mais fácil para resolver o seu problema, diante de suas condições de vida.

No primeiro diálogo, Euterpe afirma que sua 'preferência' é a ligadura tubária, diante das dificuldades financeiras para comprar a pílula. A definição da 'preferência' de Euterpe não se deu, porém, de acordo com seus desejos, mas conforme as alternativas possíveis que ela conhece naquele momento. No caso de Euterpe, uma mulher de 29 anos que tem três filhos de companheiros diferentes, poderia no futuro desejar outro filho e se arrepender de ter feito a ligadura tubária. Como demonstram alguns estudos, o arrependimento de mulheres que se submetem à ligadura tubária é comum (MINELLA, 1998; CARVALHO *et al.*, 2004) em função de que, em circunstâncias diferentes de vida, passaram a desejar outros filhos.

No segundo diálogo, também fica evidenciada a limitação ou 'indução' da escolha do método anticoncepcional pelas dificuldades financeiras, quando, mesmo tendo vontade de experimentar outro tipo de método, no caso, o implante, que não é distribuído gratuitamente, as mulheres acabam optando pela pílula ou pelo preservativo masculino.

A limitação das opções para a escolha do método anticoncepcional, que inúmeras vezes é referida pelas participantes da pesquisa, sugere que a situação de pobreza dessas mulheres resulta numa diminuição da possibilidade de viverem em condições de cidadania, a qual deveria incluir o poder para realizar o planejamento familiar (BRASIL, 2005). Cidadania é entendida aqui como um conjunto de direitos e o exercício desses direitos (MEYER, 2004a). Nesse sentido, as dificuldades financeiras vividas por essas mulheres desencadeiam um sistema de retroalimentação, em que a pobreza gera uma diminuição do nível de cidadania e essa cidadania reduzida, por sua vez, diminui o potencial para o planejamento da família. Já o potencial para o planejamento familiar reduzido resulta em menos condição de cidadania, o que alimenta a pobreza. A Figura 1 resume esse sistema de retroalimentação que as dificuldades financeiras das mulheres podem desencadear.



Figura 1 – Sistema de retroalimentação da pobreza

Ainda sobre o argumento de que a situação financeira limita a autonomia ou o poder para concretizar os desejos e interesses de mulheres pobres na anticoncepção, um outro aspecto levantado por uma das mulheres da pesquisa foi o seu constrangimento ou a vergonha em ter que consultar para pegar a receita da pílula, pois não tinha o dinheiro necessário para comprá-la.

Hera: [...] *Até hoje, eu não tomo comprimido. Não tomo, por causa...*
[fez um gesto com a mão]

Cibeli: Ah, é por causa da situação financeira que tu paraste de tomar?

Hera: *Aí ele até disse pra mim: “mas por que tu não vai no ginecologista? Eles receitam”. Daí, eu disse pra ele: “tá louco! Eu tenho vergonha”. Eu tenho vergonha mesmo. Não ter quatro reais pra comprar uma pílula. Daí, eu prefiro me cuidar com isso aqui, né?*
[preservativo] (G1E5).

Através desse relato, podemos inferir que essa mulher tem medo de sofrer discriminação por parte dos profissionais de saúde da UBS por sua condição socioeconômica ou não deseja expor sua vida privada a pessoas com quem, na sua maioria, não possui familiaridade. Essa situação também foi evidenciada na pesquisa de Hoga (2003) sobre as práticas anticoncepcionais de uma comunidade de baixa renda da região metropolitana de São Paulo, onde as mulheres se mostraram pouco motivadas a procurar ajuda profissional devido ao receio de constrangimento e discriminação pela condição socioeconômica. Ser pobre pode ser interpretado como falta de vontade para trabalhar, ignorância, gente “sem-vergonha” (FONSECA, 2004b, p. 18), dentre outros. Esses estereótipos podem estar presentes na relação entre equipe e usuárias do SUS, discriminando-as ou humilhando-as. Como argumenta Fonseca (2004b), não faltam exemplos de humilhações que os pobres sofrem na escola, no transporte, nos hospitais e na área do emprego.

Outro aspecto em relação à pobreza é que ela vem acompanhada, em geral, de baixa escolaridade, o que pode reduzir o potencial de autonomia das mulheres para a anticoncepção. Numa pesquisa sobre aspectos positivos e negativos da esterilização tubária, ficou evidenciado que mulheres de baixa renda costumam informar-se pouco sobre o próprio corpo (MINELLA, 1998), o que pode dificultar suas escolhas na anticoncepção. Corroborando esse argumento, em outra pesquisa, foi evidenciado que o maior grau de instrução da mulher é relevante para o estabelecimento de um melhor equilíbrio nas decisões contraceptivas (DUARTE *et al.*, 2003). Um outro aspecto que, interligado à pobreza e à baixa escolaridade, pode reduzir o potencial de autonomia das mulheres na anticoncepção é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. As próprias discussões citadas acima mostram os limites de ordem financeira na escolha do método anticoncepcional e os limites do acesso aos serviços, visto que a mulher precisa retirar a pílula em outro local, longe da UBS próxima de sua casa, e que não existe disponibilidade de métodos, além da pílula e do preservativo masculino.

4.1.2 Problemas de acesso: “tem que vir de madrugada pegar ficha”

No que diz respeito ao argumento de que as mulheres pobres apresentam dificuldades com a disponibilização dos métodos anticoncepcionais pela UBS, um outro aspecto relativo aos limites sociais para o exercício da autonomia das mulheres participantes da pesquisa na anticoncepção tem a ver com os problemas de acesso aos serviços de saúde. As mulheres participantes da pesquisa referiram dificuldade para conseguir agendar uma consulta ginecológica, a qual, em muitos serviços, se constitui num pré-requisito para a obtenção do método anticoncepcional.

Cibeli: A pílula, o posto fornece?

Afrodite: *Lá na farmácia, tu dá a receita e eles dão. Tem que consultar.*

Cibeli: Quer marcar um ginecologista, consegue fácil?

Dione: *Não, na Unidade Básica é difícil.*

Afrodite: *Às vezes, tu pousa e nem pousando tu consegue.*

Urânia: *Eu to tentando pra mim e não consigo.*

Dione: *É, antes eu chegava à 1 hora e não conseguia (G2E5).*

A análise das informações coletadas durante os grupos focais indica que não basta que a mulher tenha dinheiro para o transporte para buscar a pílula na Farmácia Básica. Uma dificuldade adicional é a limitação do próprio serviço no sentido de não apresentar condições para atender às demandas contraceptivas das participantes da pesquisa. Se pensarmos que essas mulheres possuem três filhos ou mais, que, na maioria, são crianças menores de 10 anos, o acesso fica mais dificultado, porque elas não levariam as crianças para a fila na madrugada. Muitas vezes, as mulheres acabam não consultando e se automedicam conforme sugestões de pessoas do seu convívio (vizinha, amiga, familiar). A automedicação muitas vezes é considerada inadequada pelos profissionais de saúde, mas usualmente é a única alternativa frente à falta de acesso ao atendimento das demandas pessoais de saúde.

A noção de acesso é complexa, e seu significado pode variar conforme o contexto. 'Acesso', no campo da saúde, pode estar relacionado ao ato de ingressar ou entrar, indicando o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde; também pode ter um enfoque nos resultados, ou seja, acesso e continuidade do cuidado, acesso e efetividade do cuidado prestado (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Tomando como base tais definições e os dados da pesquisa, pode-se argumentar que, no caso da busca das mulheres por atendimentos relacionados às suas necessidades de anticoncepção, nem o ingresso nos serviços, nem os resultados do atendimento recebido (no caso de ter sido viabilizado o ingresso) resultam em experiências positivas e/ou satisfatórias no âmbito desses serviços. As dificuldades de acesso aos serviços e/ou ao atendimento neles prestados contraria a retórica dos discursos oficiais da saúde, nos quais direitos e cidadania são valores de destaque.

As experiências relatadas nos grupos focais são similares às referidas numa pesquisa realizada por Díaz e Díaz (1999). Nessa pesquisa, os autores concluíram que as mulheres têm dificuldades de acesso aos serviços de saúde reprodutiva, tendo que esperar em fila, muitas vezes desde a meia-noite, para conseguir agendar consulta. Quando a consulta é realizada, ela é curta, pobre em qualidade e com pouca resolutividade (DÍAZ; DÍAZ, 1999).

No Brasil, o setor saúde é pioneiro no campo das políticas sociais por adotar princípios como universalidade, descentralização, integralidade, equidade e

participação da comunidade, princípios que adquiriram, com a promulgação da Constituição Brasileira e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, o *status* jurídico-normativo de política de Estado para o setor saúde, consubstanciado pelo SUS (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005). Sob essa perspectiva, a cobertura do sistema de saúde deveria ser integral e universal, garantindo a todos, independentemente do nível de renda ou capacidade de pagamento, acesso gratuito a qualquer bem ou serviço de saúde. Além disso, os governos federais, estaduais e municipais deveriam prover recursos em quantidade suficiente para financiar essas ações (MEDICI, 1999). Apesar da retórica, a oferta desses serviços vem se cristalizando de forma extremamente desigual entre a população, contribuindo para uma concepção de direito à saúde como privilégio e não como direito de cidadania (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005).

No trecho de discussão abaixo, por exemplo, Atena e Hera consideram um 'privilégio' a realização de exames em um prazo curto de tempo e o acompanhamento domiciliar, quando o acesso a esses serviços deveria fazer parte, conforme os princípios do SUS, do seu cotidiano.

Cibeli: Qual a disponibilidade ou o acesso que vocês têm?

Atena: *Aqui, no caso, até esse CP era mais dificultoso fazer aqui. Tinha que ir lá no posto do avião. De uns dois anos pra cá, melhorou.*

Cibeli: A partir de quando tu achas que melhorou?

Atena: *Acho que desde quando entrou a equipe da ULBRA. Até os exames. Eles fazem, vem rápido, eficiente, e não precisa estar correndo.*

Hera: *É, e se precisar, eles vão em casa também. Antes não, tinha que estar correndo para o hospital. Pegar fila, nunca tinha ficha (G1E5).*

Como ilustram as experiências relatadas pelas participantes da pesquisa, no que diz respeito especificamente ao acesso das mulheres pobres aos serviços de saúde, na atualidade, o que se observa são ações isoladas, distanciadas do eixo da integralidade e da saúde como direito, negando-se, desse modo, os meios necessários para a construção da autonomia e da liberdade reprodutiva das mulheres (COELHO; GARCIA, 2004).

Os problemas das mulheres participantes da pesquisa para acesso aos serviços de saúde que atendam às suas demandas contraceptivas têm a ver com os limites dos recursos disponíveis pelos serviços procurados. As falas a seguir

exemplificam as dificuldades de entrada ou ingresso dessas mulheres nesses serviços.

Cibeli: E por que vocês não vinham aqui [UBS] conseguir a medicação [pílula anticoncepcional]?

Atena: *Porque não tinha.*

Hera: *Porque antes, na época, tinha que vir às 3 horas da manhã pra pegar as fichas. Era de madrugada.*

Atena: *É, tinha que ser de madrugada.*

Cibeli: Pra pegar a ficha? Pra consultar com o ginecologista?

Hera: *Era com ginecologista. É, pra ela receitar.*

Atena: *E até agora está difícil, né? Tem só uma gineco, né? [...]* (G1E5).

Nessa discussão, fica claro que, para adquirir a receita da pílula, considerada pelas mulheres como um método de fácil acesso, é necessário consultar com a ginecologista. No entanto, a consulta é de difícil acesso e, após a prescrição da medicação, as mulheres têm que retirar a pílula na Farmácia Básica do Município, que se localiza no bairro centro, geograficamente distante da UBS em questão.

Como já referido anteriormente, ter acesso aos serviços, no sentido de ser viabilizada a sua entrada, não significa ter acesso a todos os métodos contraceptivos. Os limites desse acesso são impostos pelas próprias condições dos serviços para atender às demandas. Uma das dificuldades tem a ver com os recursos disponíveis no serviço.

Cibeli: Mas, Atena, por exemplo, é fácil conseguir um DIU?

Atena: *Não. Acho que não é tão fácil assim.*

Cibeli: O que é mais freqüente? O que vocês conseguem mais fácil?

Atena: *O preservativo e a pílula, né?*

Cibeli: Preservativo masculino?

Hera: *Eu, pra mim, é o masculino, né? Porque eu nem sabia que existia pra mulher.*

Atena: *Sim, o masculino, porque o feminino é mais difícil, né.*

Depende de dinheiro. E, pra classe pobre, não é tão fácil assim, que nem ela disse. Quatro reais não é nada, mas, pra mim, quantas vezes cansou de eu ter que pedir [...] (G1E5).

Além das dificuldades de acesso às consultas e aos métodos anticoncepcionais, existe a falta de informação, que, associada à baixa escolaridade dessas mulheres, potencializa a diminuição da sua autonomia contraceptiva.

No trecho de discussão abaixo, as participantes da pesquisa reconhecem que a informação é importante para auxiliar na prevenção de gravidez indesejada.

Cibeli: Vocês acham que a informação a respeito dos métodos é importante?

Gaia: *Totalmente.*

Afrodite: *Claro que é. A respeito de tudo, né?*

Cibeli: E vocês tiveram alguma informação ao longo da vida de vocês sobre como usar os métodos para não engravidar, quais que existem?

Gaia: *Não, eu, só depois que eu fiz um curso, faz um ano que eu aprendi. Se eu tivesse feito um curso antes, eu não teria os quatro (G2E4).*

Nessa discussão, vê-se que não existe um programa efetivo de planejamento familiar instituído na UBS freqüentada pelas mulheres participantes da pesquisa. A maioria dessas mulheres possui baixa escolaridade, o que poderia dificultar o entendimento do uso da pílula, por exemplo.

Aliadas à falta de um programa efetivo de planejamento familiar, as informações fornecidas pelos profissionais de saúde são insuficientes ou pouco resolutivas, conforme sugere a discussão abaixo.

Cibeli: Mesmo nas tuas revisões pós-parto, não te deram alguma orientação a respeito de como tu podias fazer para não engravidar?

Gaia: *Não, só aqui, quando eu vim tirar os pontos, nem foi a médica, foram as enfermeiras aqui do posto que me disseram.*

Dione: *Não tive explicação dos médicos.*

Cibeli: Mesmo em consultas ginecológicas ou de pré-natal?

Gaia: *Não existe, assim, esse negócio de falar pra gente, dizer, de explicar (G2E4).*

Se as participantes da pesquisa não recebem informações dos profissionais de saúde, teoricamente capacitados para isso, a margem de erro ou de uso inadequado do método pode aumentar, podendo desencadear uma gravidez não-planejada. As atividades de educação para o planejamento familiar são extremamente relevantes para que a clientela conheça as alternativas de concepção e anticoncepção disponíveis e, assim, possa participar ativamente da definição e do alcance de suas metas reprodutivas (MOURA; SILVA, 2004). O conhecimento de alternativas contraceptivas tem a ver com a ‘escolha informada’, enfatizada na promoção da saúde, em que a mulher recebe as informações e deve se responsabilizar pelo controle da sua reprodução. Essa idéia de que a informação possibilita escolhas às mulheres também tem a ver com o *empowerment* psicológico descrito por Carvalho (2004), em que as mulheres, tendo conhecimento sobre o seu corpo e sobre os métodos anticoncepcionais existentes, teriam poder sobre suas vidas. Porém, essas duas possibilidades – de ‘escolha informada’ e de ‘*empowerment* psicológico’ – são problemáticas se forem levados em conta pelo menos dois aspectos: o primeiro tem a ver com a idéia de que as escolhas das mulheres com relação a métodos anticoncepcionais não dependem somente do

conhecimento que elas possuem, mas de vários outros fatores, como as condições socioeconômicas, de acesso aos serviços e de poder nas relações de gênero em que essas mulheres estão inseridas; o segundo diz respeito aos limites do *empowerment* psicológico para alterar o seu *status* na sociedade, pois o poder de escolha das mulheres também é regulado por políticas e práticas macrossociais.

Diante do exposto acima, pode-se inferir que as mulheres participantes desta pesquisa não conseguem decidir livremente sobre o planejamento de sua família, pois o acesso aos serviços de saúde não é garantido, as informações sobre planejamento familiar nem sempre são fornecidas e os métodos anticoncepcionais ou não estão disponíveis, ou são limitados. Essa situação contradiz tanto a Lei 9.263, que regulamenta o planejamento familiar e que, teoricamente, deveria garantir o acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas para a regulação da fecundidade, quanto a Constituição Federal, que, em seu Capítulo VII, Artigo 226, Parágrafo 7, refere que o planejamento familiar é de livre decisão do casal e cabe ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito (BRASIL, 2006b).

Nesse contexto, a autonomia das mulheres na anticoncepção é limitada, indicando uma vulnerabilidade programática em que os recursos sociais não estão sendo disponibilizados de modo efetivo e democrático (AYRES, 2003). Meyer *et al.* (2006) ressaltam que o componente programático da vulnerabilidade conecta os componentes individual e social, pois quanto maior o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas, maiores são as chances de identificar necessidades, canalizar os recursos sociais existentes e otimizar o seu uso. Sob essa perspectiva, se existissem recursos sociais efetivos para o planejamento familiar, isso poderia possibilitar a autonomia contraceptiva das mulheres no âmbito do individual.

No que diz respeito ao argumento de que os fatores sociais que limitam a autonomia das mulheres na anticoncepção estão interligados entre si, percebemos, a partir dessa discussão, que a pobreza vem acompanhada de baixa escolaridade, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e vulnerabilidade programática. Além desses fatores, um outro fator social que interfere na autonomia das mulheres participantes da pesquisa no campo da anticoncepção é o poder de gênero, tornado visível nas falas das participantes da pesquisa através de relatos sobre a influência dos homens nas suas escolhas.

4.1.3 Poder de gênero e anticoncepção: “ele nunca pensava em evitar porque queria ter os quatro filhos, ele sempre quis, eu não”

O último aspecto a ser abordado em relação aos limites sociais para o exercício da autonomia das mulheres participantes da pesquisa na anticoncepção refere-se às desigualdades de poder de gênero.

Neste estudo, as relações de poder de gênero ficaram evidenciadas nas escolhas das mulheres no que diz respeito ao tipo de método anticoncepcional a ser utilizado, à negação da participação masculina na anticoncepção e à subordinação dos desejos femininos aos desejos masculinos.

No campo da anticoncepção e do planejamento familiar, o poder das mulheres para escolher é limitado pelos mesmos fatores que condicionam sua liberdade para fazer outras escolhas na vida. Como refere a literatura, o poder que atravessa e organiza as relações de gênero repercute das mais variadas formas na vida das mulheres, refletindo-se na sua saúde, no trabalho, nas leis, políticas e práticas sociais (BRASIL, 2004b).

No que tange ao argumento de que as relações de poder de gênero atuam sobre as escolhas das mulheres na anticoncepção, observamos a interferência do homem na escolha do tipo de método anticoncepcional a ser utilizado pela mulher no diálogo a seguir.

Tália: Mas ele não quer [mais filhos]. Essa aqui [Euterpe] sabe o que ele me incomoda pra fazer o ligamento. Mas como é que eu vou fazer ligamento? Ele não tem dinheiro pra pagar, e nem eu tenho dinheiro pra fazer.

Atena: Porque, no posto do avião, abriu desde janeiro direto. Pras mulheres, é no Fêmina, e os homens, é numa clínica particular lá em Porto Alegre [...]. Foi onde meu marido fez [vasectomia].

Tália: Pois é, e ele também não faz isso aí [vasectomia]. Os homens têm medo de ser ‘boiola’, né? (G1E1).

O diálogo acima evidencia dois problemas que podem interferir no poder das mulheres participantes da pesquisa para controlarem sua fertilidade: a influência do homem na escolha do tipo de método anticoncepcional a ser utilizado pela mulher e sua negação em participar da anticoncepção por não querer se submeter à vasectomia.

O outro grupo de discussão também deu destaque à questão da preferência do homem pela ligadura tubária, visto que, na maioria das vezes, ele se nega a fazer a vasectomia.

Afrodite: Eles querem que a gente faça a ligadura.

Dione: Eles têm muito medo de ficar e não levantar mais.

Cibeli: Por que o homem tem essa restrição de não querer fazer a vasectomia?

Gaia: Eu acho de ficar meio louco.

Dione: Eu acho que, na cabeça deles, pensam que vão ser capão, que não vão ser mais aqueles machão (G2E4).

Em contrapartida, a interferência do homem nas escolhas contraceptivas das mulheres também foi evidenciada na sua recusa em assinar o documento para realização da ligadura tubária. É o caso de Atena:

Daí, que nem o marido dela [Euterpe], que ele não ia assinar, primeiro pro ligamento pra mim, né. Desde o terceiro, eu já vinha tentando. Não conseguia, não conseguia. E ele sempre dando contra, que não ia assinar nada (G1E5).

Como destacado na literatura, a cultura patriarcal é ainda hegemônica em muitos contextos da sociedade contemporânea, posicionando os homens em uma situação de poder em relação às mulheres. Nesses contextos, a mulher é responsabilizada pelo cuidado da família, do lar e da reprodução, independentemente de trabalhar ou não fora de casa (ÁVILA, 2003). No entanto, como demonstram os exemplos trazidos nos grupos focais, apesar de as mulheres serem responsabilizadas pela reprodução, sua autonomia para escolher o método contraceptivo ou para planejar suas gravidezes é limitada. O homem exerce influência na escolha do método contraceptivo, na duração e continuidade do uso do método e no número de filhos.

A influência do companheiro nas experiências reprodutivas das mulheres já foi destacada em alguns estudos da área. No que diz respeito mais especificamente à vasectomia, numa pesquisa sobre as práticas anticoncepcionais de uma comunidade, foi observada a existência de muitas crenças e valores arraigados sobre a vasectomia, como, por exemplo, a sua interferência na potência sexual (HOGA, 2003). A idéia de se tornar incapaz de reproduzir em função de uma vasectomia se conflituava com a identidade masculina, o que também foi evidenciado nas falas de Tália (“os homens têm medo de ser ‘boiola’”) e de Dione (“ele tem muito medo de ficar e não levantar mais”).

Ainda a respeito da vasectomia, observou-se que dois companheiros das mulheres participantes da pesquisa, um de cada grupo, já haviam realizado esse procedimento.

A 'força' das desigualdades de gênero, configurada na tradicional subordinação feminina no campo da reprodução, onde a responsabilidade pelo controle da fertilidade do casal é exclusivamente da mulher, só é minimizada quando esse controle se mostra impossível ou inequivocamente sem eficácia. É o caso de Dione e Atena. No caso de Dione, o problema era o desejo ou a necessidade de controlar sua fertilidade, os efeitos colaterais dos anticoncepcionais hormonais e o medo de se submeter a uma ligadura tubária.

Dione: [...] eu tomava anticoncepcional e me dava dor de cabeça. Depois passei a fazer aquela injeção e ficava um mês quase todo menstruada. Então, eu parei. Então, não tinha como, era só filho. A cada dois anos, um. Então, aí, quando eu tive o quarto, aí, o meu esposo falou: "ó, agora vamos ter que parar, ou tu faz ou eu faço". Aí, eu tinha medo de fazer a ligadura, achava que ia morrer, e ele fez a vasectomia (G2E2).

Apesar do provável medo de impotência e de todas as implicações disso na sua identidade masculina, alguns homens, desejosos de evitar que sua família aumente, preferem a vasectomia ao uso do preservativo masculino. Nesses casos, o risco de impotência provavelmente é menos valorizado que a probabilidade de redução do prazer sexual com o uso do preservativo masculino.

No caso de Atena, foram necessários dois anos para convencer seu companheiro a realizar a vasectomia, após ela própria ter tentado várias alternativas de anticoncepção. Apresentarei a seguir alguns trechos das falas de Atena em diferentes encontros, quando ela refere dificuldades para encontrar alternativas viáveis de anticoncepção e problemas de saúde com o uso de métodos anticoncepcionais hormonais, tendo como 'única' alternativa a utilização de um método anticoncepcional definitivo; como o companheiro não autorizou a ligadura tubária, restou a ele fazer a vasectomia.

Atena: [...] Aí, desse terceiro, eu não estava usando anticoncepcional porque, do segundo filho pra diante, começou a me dar problema de circulação, enxaqueca, atacava úlcera no estômago, era horrível. Eu já tinha até tédio de pegar o remédio. Mas eu não me esquecia, eu tomava ali, doente, pra não engravidar. Aí foi, foi que, aí, eu comecei a apertar ele, né: "olha, assim não vai dar, eu não estou acertando o comprimido". E o DIU, tentava colocar e não conseguia, porque era uma dificuldade para consultar, era uma vez no mês, e daí tinha que esperar menstruar pra depois vir

consultar, e nunca encaixava os dias com a menstruação. Aí fiquei [grávida] deste pequeno (G1E4).

Atena: Aí, entramos num acordo. Ele não queria mais usar preservativo. Então, vai fazer a vasectomia, senão, não tem jeito. Daí ele fez (G1E4).

Cibeli: Quanto tempo levou para tu o convenceres a fazer a vasectomia?

Atena: Acho que uns dois anos. E eu com problema de saúde, um atrás do outro. Daí botei o barraco abaixo. Mas aí que levou dois anos e meio para eu convencê-lo de que era a única saída, se ele quisesse (G1E5).

Nas circunstâncias de vida de Atena, parece que a opção do companheiro por realizar a vasectomia ocorreu porque a mulher já não conseguia mais resolver a questão da contracepção e porque o companheiro preferia não usar o preservativo masculino. Corroborando os resultados de outras pesquisas (DUARTE *et al.*, 2003; MARCOLINO; GALASTRO, 2001), os relatos de Dione e Atena sugerem que, na população estudada, a opção masculina pela vasectomia acontece quando os homens sentem necessidade de participar das decisões contraceptivas (até então, de responsabilidade exclusivamente feminina), ou seja, apenas no momento em que consideram que as mulheres não podem resolver a situação sozinhas.

Com relação à resistência masculina ao uso do preservativo, esta problemática também foi destacada por Gaia em outra discussão grupal.

Gaia: [...] E outra coisa, tem homem que não usa nem amarrado. Tem um cara ali na nossa rua que não usa por nada. A mulher tem problema mental na cabeça, ela tem um monte de doença e coisa, e ele não usa a camisinha.

Afrodite: O meu também não gosta de usar (G2E2).

Como refere a literatura, no Brasil, persiste uma cultura sexual impregnada por uma visão dualista de gênero, delegando ao homem atributos de atividade, dominação e racionalidade e à mulher, os de passividade, submissão e emoção (GELUDA *et al.*, 2006). Nesse contexto, a negociação do uso do preservativo masculino fica dificultada para as mulheres, tendo em conta que esse método é controlado pelo homem. Outros estudos também têm demonstrado a dificuldade das mulheres em negociar o uso do preservativo masculino com seus companheiros (MOREIRA; ARAÚJO, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2004), configurando-se, assim, desigualdades de poder de gênero. A literatura ainda aponta que as mulheres

preferem correr os riscos de não usar o preservativo a perder a relação conjugal estável (GELUDA *et al.*, 2006).

Ainda em relação à resistência masculina ao uso do preservativo, ao longo das discussões grupais, as mulheres apresentaram as justificativas para essa resistência.

Cibeli: Por que os homens não gostam de usar camisinha?
 Gaia: *Eu acho que é um egoísmo, uma ignorância deles.*
 Afrodite: *Ele não fala comigo sobre isso. Ele briga e não usa (G2E2).*

Cibeli: E usar preservativo?
 Tália: *Ah, ele não gosta, né. Ele disse: “eu não gosto de comer bala com papel”.*
 Deméter: *Eles dizem que corta o pênis (G1E1).*

Esses relatos sugerem que, no campo das relações sexuais, as participantes da pesquisa têm os seus desejos subordinados aos do homem. Os argumentos de desconforto e limitação do prazer usados pelo homem determinam o não-uso do preservativo.

A realização do desejo do homem em detrimento do desejo da mulher também é um elemento que pode influenciar na escolha do número de filhos, como ilustra a discussão a seguir:

Cibeli: E o companheiro pode influenciar na questão do número de filhos?
 Dione: *Pode, sim, tem uns que têm dois, três, até quatro filhos e querem mais.*
 Leda: *Pode. Tem marido que não se importa se a mulher vai tendo um atrás do outro, não está nem aí. Mas tem marido que já fica em cima e diz: “ô, mulher, vamos parar por aí”. E ajuda a mulher a se cuidar.*
 Cibeli: Na decisão do casal, o que impera mais é a vontade da mulher ou é a vontade do homem, de modo geral?
 Dione: *Eu acho que mais é a vontade do homem, que geralmente a mulher faz mais o que o homem quer. A mulher vai mais na conversa do homem.*
 Afrodite: *Também acho que é a vontade do homem.*
 Leda: *Também, o marido influencia muito. Sempre o marido é a cabeça da casa, né? (G2E5).*

A discussão sugere que as próprias mulheres reproduzem o discurso da cultura patriarcal, em que o homem ocupa uma posição de maior poder em relação à mulher. Isso contribui para uma redução do potencial de autonomia contraceptiva das mulheres, pois os seus desejos e necessidades ficam em segundo plano.

Ainda sobre a influência dos homens na escolha do número de filhos, algumas mulheres participantes da pesquisa relataram o desejo de seus companheiros de ter mais filhos, independentemente de sua vontade.

Atena: Mas, por ele [companheiro], nós continuaríamos tendo filhos. Ele queria seis filhos, né? (G1E1)

Dione: [...] Eu penso assim, que, se fosse comigo mesmo, eu teria tido menos. Mas o meu esposo quis ter os quatro. Ele nunca pensava em evitar porque queria ter os quatro filhos, ele sempre quis, eu não (G2E4).

A análise desenvolvida até aqui fornece subsídios para argumentar que o poder de gênero interfere nas decisões das mulheres participantes da pesquisa no campo da anticoncepção e que, juntamente com a pobreza, os problemas de acesso aos serviços de saúde e aos métodos anticoncepcionais contribuem para a redução do seu potencial de autonomia contraceptiva. O gênero é um sistema que atua de forma interlaçada ao plano social, relacionando-se e interagindo com classe social, raça/etnia, diferenças de geração, cultura, etc. (GIFFIN, 2002). Outros componentes que também estão interligados ao social – pobreza, problemas de acesso, poder de gênero – e condicionam a autonomia das mulheres na anticoncepção são os limites individuais.

4.2 Os limites individuais

Nesta seção serão apresentados os limites individuais que condicionam a autonomia contraceptiva das mulheres participantes da pesquisa: reações do corpo, que diz respeito aos efeitos colaterais dos métodos contraceptivos e a responsabilidade pessoal, onde as mulheres assumem o controle pela fertilidade do casal.

4.2.1 Reações do corpo: “é porque a pílula, que nem eu falei, ela me faz mal”

Dentre os aspectos referentes aos limites individuais para o exercício da autonomia contraceptiva, destacam-se as reações do corpo das mulheres participantes da pesquisa frente ao uso de determinados métodos anticoncepcionais. Nas falas da maioria das mulheres que participaram da pesquisa, encontram-se relatos de problemas de ordem física com o uso de determinados métodos contraceptivos, em grande parte, dos anticoncepcionais hormonais. Os problemas citados pelas mulheres têm relação com os efeitos secundários desse tipo de método contraceptivo. As falas abaixo exemplificam tais efeitos.

Gaia: *Eu não posso tomar o remédio (pílula) nunca, nunca. Eu tomei umas vezes [...] E aí me dava falta de ar, aquela dor no pescoço, aquele calorão e aquele sufoco. Aí, terminou a cartela, daí, eu parei, né? (G2E2).*

Euterpe: *[...] é porque a pílula me faz mal. Me dá dor de estômago, me dá tontura, ânsia de vômito (G1E1).*

Deméter: *[...] porque os comprimidos estavam me fazendo mal pra minha saúde, eu estava com muito... nódulos no seio, então, doía demais (G1E1).*

Muitos desses sintomas se confirmam na literatura como efeitos secundários ao uso de anticoncepcionais hormonais (HATCHER *et al.*, 2001; BRASIL, 2002).

Como para a maioria das mulheres brasileiras (SCAVONE, 2004), a pílula anticoncepcional foi para a maioria das participantes da pesquisa o método anticoncepcional de primeira escolha. Porém, devido a uma série de problemas, dentre eles, os efeitos colaterais da pílula, houve descontinuidade no seu uso, o que resultou em gravidez indesejada. É o caso de Euterpe, que referiu ter ficado grávida do último filho por descontinuidade do uso do método devido aos seus efeitos secundários no corpo.

Cibeli: E o que aconteceu, Euterpe, que tu ficaste grávida dela?

Euterpe: *Eu estava grávida antes dela e perdi. Daí, um tempo depois, eu comecei a tomar pílula. Mas, como a pílula me faz mal, daí, tem tempos que eu tomo e paro, né? Estou sempre naquela função (G1E1) .*

Como apontam alguns estudos, os efeitos colaterais da pílula, ao afetarem a saúde das mulheres, causam um impacto negativo na qualidade de suas vidas, motivando-as a rejeitar e abandonar o método (CARVALHO; SCHOR, 2005; VIEIRA,

2003). Já o caso de Dione demonstra que, mesmo resultando em problemas de saúde, a pílula representa a alternativa mais viável para o controle da fertilidade por parte da mulher.

[...] o anticoncepcional dava muita dor de cabeça, aí, tentei com vários. Ia ao médico, ele passava outro, eu tentava e também não conseguia. Aí, ele me mandou fazer injeção de mês em mês, né. E aí, eu fazia isso aí e eu ficava 15 dias, às vezes quase um mês menstruada. Aí, eu tive que parar (G2E1).

Para Dione, os efeitos colaterais da pílula não foram, de início, suficientes para que ela desistisse de utilizá-la. Após várias tentativas de uso da pílula, Dione recebeu do médico a orientação para trocar o anticoncepcional hormonal oral pelo injetável, o que novamente resultou em desconfortos e problemas de saúde.

Por outro lado, a ocorrência de efeitos colaterais toma proporções mais sérias quando a assistência à saúde é, na maioria das vezes, sinônimo de filas, esperas, falta de vagas e atendimento apressado (CARVALHO; SCHOR, 2005). Como referem Díaz e Díaz (1999), são freqüentes os casos de mulheres que suspendem o uso dos métodos por efeitos secundários e ficam grávidas antes de iniciar um novo método, pois não haviam sido devidamente orientadas ou não tinham facilidade de acesso aos serviços. Nesse contexto, a autonomia contraceptiva das mulheres fica limitada não só por problemas de ordem física, mas vem acompanhada de outros processos que estão interlaçados, como as dificuldades financeiras, o acesso aos serviços e às informações e desigualdades de gênero, em que o companheiro influencia nas suas decisões.

Diante dos efeitos colaterais causados pelo uso de métodos anticoncepcionais hormonais e das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e a outros métodos anticoncepcionais, grande parte das participantes da pesquisa deseja se submeter a procedimentos definitivos de anticoncepção para solucionar seus problemas. Euterpe encontra-se nessa situação e, ao ser questionada por que quer ser esterilizada, refere:

Euterpe: É porque a pílula, que nem eu falei, ela me faz mal. Me dá dor de estômago, me dá tontura, ânsia de vômito. Tem vez que eu não posso tomar, tem vez que eu não suporto nem enxergar na minha frente.

Cibeli: E tu tens usado a pílula?

Euterpe: Eu tenho usado. Depois que eu ganhei ela, tenho usado direto, mas eu sinto muita dor de estômago e dor de cabeça. Então, daí o único recurso que ele [médico] me deu foi a ligadura, né. Porque a injeção, o meu organismo também rejeitou (G1E1).

Esse relato nos faz repensar e flexibilizar nossas ações em planejamento familiar, pois existe uma confluência de muitos fatores que nunca andam isolados. Na maioria das vezes, esse enfoque não é contemplado ou analisado nos programas e ações na área. Poderíamos ressaltar a necessidade de um acompanhamento dessas mulheres na anticoncepção, em que, após iniciar-se algum método, haveria uma ou mais consultas para avaliação da aceitação e adaptação ao método anticoncepcional utilizado. Como afirmam Díaz e Díaz (1999), um adequado acompanhamento clínico das usuárias dos métodos anticoncepcionais é benéfico tanto para as usuárias quanto para os serviços de planejamento familiar. Para esses autores, isso é importante para as usuárias porque permite detectar possíveis complicações em estágio inicial e para os serviços porque significa uma redução no número de consultas por intercorrências. Gostaria de ressaltar que os serviços, ao realizarem esse acompanhamento das usuárias, estariam trabalhando efetivamente para a saúde reprodutiva e os direitos reprodutivos das mulheres, tendo em conta que as mulheres têm o direito à informação e aos meios para tomar decisões sobre sua reprodução.

Além de Euterpe, outras mulheres participantes da pesquisa, ao relatarem suas experiências de anticoncepção, explicitaram uma 'preferência' atual pela ligadura tubária. Tal preferência parece ter sempre origem na insatisfação com o uso de outros métodos anticoncepcionais, principalmente a pílula. Além dos efeitos colaterais mais imediatamente relacionados com problemas de saúde, outros problemas resultantes do uso da pílula também são citados como origem dessa insatisfação. É o caso de Deméter, apresentado abaixo:

Deméter: [...] *Só que aí aconteceu o problema que o Neovlar me deu muito hormônio e acabou meu estímulo na relação, e aí meu marido começou a cobrança, cobrança...*

Cibeli: *Diminuiu teu desejo sexual...*

Deméter: *Sumiu. Quando eu peguei uma psicóloga, e a psicóloga disse que era por causa dos hormônios, o comprimido. Aí foi onde eu fiz agora o ligamento. Faz dois meses, e já melhorou a relação. Está totalmente diferente (G1E1).*

Para Deméter, a insatisfação com o uso da pílula, originada na percepção de que esta seria a causa da diminuição da sua libido, resultou na busca por um método definitivo de anticoncepção. Ao escolher a esterilização, o interesse de Deméter foi não só evitar gravidezes futuras, mas também resolver os problemas causados pela pílula anticoncepcional.

Como já ficou evidenciado, assim como Deméter, outras mulheres também referiram problemas com a pílula e igualmente escolheram a ligadura tubária como solução para seus problemas. A questão é que, para essas mulheres, nem sempre desejar algo significa conseguir concretizar esse desejo. Para Atena e Tália, por exemplo, a opção pela ligadura como estratégia para controle da fertilidade permanece sem concretização. Em ambos os casos, a autonomia para escolher o método anticoncepcional se realiza apenas no nível do desejo. Como indicam as falas abaixo, o poder de escolha das mulheres, manifesto nas suas demandas aos serviços de saúde, se encontra subordinado a um poder hierarquicamente superior, representado pelo médico, a quem cabe decidir se as demandas serão ou não atendidas.

Atena: Aí, eu conversei com a doutora aqui do posto, a ginecologista, ela disse pra mim: o caminho pra ti é o ligamento. Mas a minha idade não batia. Não, mas eu pago, a gente junta o dinheiro que a senhora quer pra fazer. Aí, eu não pude fazer, não deu, meu sogro faleceu, tive que gastar com ato fúnebre (G1E1).

Tália: [...] E agora não quero mais. Ano passado ou retrasado, eu vim aqui e o médico mandou fazer todos os exame. Fiz todos os exames e disse: tu me volta em janeiro, que eu vou marcar teu ligamento. Mas vim aqui, e ele não marcou nada. E, no fundo, no fundo, eu queria ter feito. Porque eu não gosto de tomar aqueles comprimidos, tomo obrigada, né? (G1E1).

Como demonstra a literatura (BRASIL, 2004b; SCAVONE, 2004), a preferência pela ligadura tubária é comum entre mulheres com precárias condições socioeconômicas, provavelmente em função da dificuldade de acesso a serviços de saúde reprodutiva e sexual de qualidade que atendam às suas demandas contraceptivas à medida que elas se manifestam. Para resolver os problemas referentes à necessidade de controle da fertilidade e de gestações indesejadas, num contexto onde a atenção em saúde é precária, a melhor opção parece ser eliminar, de uma vez por todas, a capacidade reprodutiva.

Para Scavone (2004), a esterilização feminina aparece na sociedade brasileira como a escolha pela não-maternidade, refletindo tanto a ausência de uma política de saúde reprodutiva que atenda aos interesses das mulheres, quanto, igualmente, em um âmbito mais amplo, as desigualdades sociais existentes no país. Outras pesquisas também já demonstraram que a decisão das mulheres pela esterilização representa sua desaprovação aos métodos contraceptivos reversíveis oferecidos e sua indisposição de continuar assumindo a contracepção de maneira

solitária, sendo a ligadura tubária a única forma de alcançar o objetivo de limitar o número de filhos e livrar-se de uma gravidez indesejada (MARCOLINO; GALASTRO, 2001; CARVALHO; SCHOR, 2005).

Uma outra questão a destacar, considerando a fala de Atena, é a intervenção médica na escolha pela esterilização quando da existência de problemas com o uso da pílula anticoncepcional. Essa intervenção é, muitas vezes, bem aceita e acaba se naturalizando na vida dessas mulheres, pois diante de suas dificuldades o que realmente elas 'precisam' é uma solução para limitar sua prole. Fernandes, em sua pesquisa sobre planejamento familiar com mulheres pobres do Recife, refere que é comum perceber a apreensão naturalizada das decisões médicas, independentemente das vontades pessoais. A autora utiliza a terminologia "intervenção branca" (FERNANDES, 2003, p. S260) para caracterizar o processo de assimetria nas relações de poder entre a mulher e a figura do médico ou do profissional de saúde, ali representando as instituições de planejamento familiar. A intervenção médica na anticoncepção se constitui num mecanismo de bio-política através do qual o corpo da mulher é regulado como forma de controle social. Sobre a bio-política, Weber (2006) afirma que o Estado intervém nos processos populacionais de natalidade, mortalidade e longevidade e, de forma imanente, passa a normalizar a conduta social, prevendo e regulando tanto os comportamentos individuais quanto os comportamentos coletivos. É nesse contexto que se insere a medicalização do corpo da mulher, o que significa, como refere Vieira (2003), transformar aspectos individuais desse corpo em objeto médico, normalizando, regulando e gerenciando sua reprodução, com fins de conformidade social e política.

Retomando o argumento de que as mulheres são influenciadas pelos profissionais de saúde para a realização da esterilização, isso reflete o pensamento controlista ainda inerente nas ações de planejamento familiar.

Também com relação a essa questão, pode-se afirmar, com base na Lei 9.263 sobre Planejamento Familiar, que o aconselhamento realizado pela médica que atendeu Atena é problemático, uma vez que pode se configurar em ato passível de sanção penal. Segundo o Capítulo II Art. 17 da referida lei, estão previstas penalidades para quem induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica (BRASIL, 2006a). As mulheres não estão conscientes dos seus direitos e muitas vezes nem conhecem a lei ou, ainda, pensam que a esterilização naquele momento é o melhor a ser feito e se submetem a esse procedimento.

Conforme a Portaria nº 144 (BRASIL, 1997), que regulamenta a esterilização voluntária, esse procedimento só pode ser realizado em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos ou com pelo menos dois filhos vivos, observando um prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. Nesse período, deverá ser oferecido à pessoa acesso ao aconselhamento multidisciplinar, o que parece não ter sido oferecido nem a Atena, nem a Tália, visando o desencorajamento da esterilização precoce e esclarecendo todas as alternativas anticoncepcionais (BRASIL, 1997). No caso específico de Atena, ela não possuía a idade mínima, mas já tinha mais de dois filhos. Porém, ela menciona a necessidade de pagamento para que o procedimento de ligadura tubária fosse realizado, o que infringe as regras do SUS.

Considerando o que foi discutido até aqui, podemos inferir que os efeitos colaterais ocasionados no corpo das mulheres com o uso de determinados métodos anticoncepcionais representam apenas o início de uma série de obstáculos enfrentados por essas mulheres ao longo de sua trajetória contraceptiva, limitando a sua autonomia para controlar sua fertilidade.

4.2.2 Responsabilidade pessoal: “eu tive quatro porque não quis me cuidar mesmo”

Na análise desenvolvida pelas próprias participantes da pesquisa sobre as causas da sua condição pessoal de multiparidade, várias manifestaram seu sentimento de culpa ou a percepção de que não ‘se cuidaram’ o suficiente para não engravidar. Tal justificativa indica uma auto-responsabilização pelo controle da fertilidade do casal, o que não é de estranhar, considerando-se que esse é um papel tradicionalmente assumido pelas mulheres nas relações heterossexuais.

Ártemis: Nenhum deles eu escolhi. Desde o primeiro até esse aqui. Eu não me cuidava [...] Porque eu não queria mesmo. Porque meus têm pra se cuidar, mas é que eu relaxava mesmo.

Cibeli: E pra vocês, meninas, como foi esta questão?

Urânia: Ah, eu não me cuidava, né. Quando eu percebia, já estava grávida.

Cibeli: Tu não usavas nenhum método para não engravidar?

Urânia: Ah, no início, eu não tomava nenhum. E agora, quando eu tomo pílula, me dá uma ardência, um tremor no estômago (G2E2).

Na discussão acima, Ártemis e Urânia assumem individualmente a responsabilidade por uma gravidez indesejada, desconsiderando os fatores que poderiam estar contribuindo para que elas se ‘descuidassem’. Alguns desses fatores podem estar diminuindo o potencial de autonomia contraceptiva dessas mulheres, como, por exemplo, o seu contexto de vida, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e aos métodos anticoncepcionais e a influência do companheiro nas suas escolhas. Essa discussão demonstra a falta de consciência dessas mulheres em relação a esse ‘descuido’, que pode estar relacionado a outros fatores que fogem ao controle individual. Em outro momento, Deméter trouxe elementos importantes sobre essa questão.

Deméter: Eu tive quatro porque não quis me cuidar mesmo. Mas não quis nenhuma gravidez, nenhuma eu planejei. Só que eu, sabe, criança, 16 anos, não me cuidava e achei que não ficava. Quando vi, fiquei do primeiro. Daí, achei, agora não vem mais. Não me cuidei. E aí, veio o segundo. Aí, do terceiro, eu tomei aquela pílula de amamentar, só que não adiantou. E já o quarto foi de novo, sem se cuidar. Então, é tudo descuido. Burrice mesmo (G1E1).

Para Deméter, também foram consideradas ‘descuido’ suas gestações não-planejadas. No entanto, ela menciona a primeira gestação na adolescência, o que poderia estar relacionado com a falta de informação ou de acesso aos serviços e aos métodos anticoncepcionais. Como refere Melo (2001), os adolescentes, sobretudo os pertencentes às classes populares, são os mais prejudicados na aquisição dos métodos contraceptivos, seja por vergonha ou por dificuldades de acesso, constituindo-se uma população vulnerável à gravidez indesejada.

Outra questão a ser analisada na fala de Deméter é a ocorrência de gravidez utilizando a ‘pílula de amamentar’. Isso pode evidenciar falha dos serviços de saúde ou dos próprios profissionais, que não devem estar informando sobre a necessidade de associar a minipílula à amamentação exclusiva como garantia de sua eficácia ou a qualidade dessa informação não está sendo adequada ao entendimento dessa mulher. Também pode não ter sido oferecido um serviço de acompanhamento que auxiliasse essa mulher a manter a amamentação exclusiva, o que demonstra os limites das ações e dos programas do Ministério da Saúde, como, por exemplo, o Programa de Saúde da Família (PSF). Sob essa perspectiva, Deméter poderia dividir a ‘culpa’ por uma gravidez indesejada com os serviços de saúde.

Um outro aspecto a problematizar aqui é que, na maioria das vezes, as participantes da pesquisa, como ilustram os depoimentos de Deméter e de Ártemis

apresentados acima, parecem não lembrar do companheiro como co-responsável pela gravidez, nem, conseqüentemente, pela falha no controle da fertilidade do casal. A concepção é o resultado natural do intercuro sexual entre homem e mulher e, nesse sentido, a anticoncepção deveria ser, também, responsabilidade do casal (MARCOLINO; GALASTRO, 2001). Porém, em uma cultura patriarcal ainda hegemônica, onde o gênero não apenas designa diferenças, mas também, e principalmente, desigualdades, e o feminino permanece tradicionalmente subordinado ao poder masculino, os papéis de mulheres e de homens no campo das relações heterossexuais se encontram definidos e é difícil para essas mulheres se posicionarem de forma diferente. Ao homem, cabe a função de provedor, e, à mulher, cabe a função de reprodutora e objeto de desejo masculino, aí incluindo a responsabilidade pela anticoncepção. Como enfatiza Ávila (2003), nesse contexto, os homens, além de ficarem distanciados dos cuidados paternos, também estão liberados da responsabilidade com a prevenção da gravidez indesejada. Além de se omitirem dessa responsabilidade, os homens ainda podem culpar suas companheiras pela gestação indesejada. É o que sugerem os depoimentos a seguir:

Ártemis: Aí, ele diz aquilo que eu falei na dramatização: “pô, mas se tu fez, tu engravidou porque tu quis, tinha que ter se cuidado”. Fala aquele monte de coisas que os homens falam. Aí, eu começo a chorar, a gente fica desesperada, né. Passa na cabeça da gente até de abortar [...] (G2E3).

Tália: Ele não entende, ele não quer nem saber [...]. Ele vira num bicho. A última vez que eu engravidei, ele até saiu de casa (G1E4).

Gaia: [...] porque ele mesmo, até hoje, ele me culpa: “ah, nós poderíamos ter tido só dois”, só os mais velhos. Até hoje, ele diz que todos os filhos foram descuido meu (G2E4).

Os relatos de Ártemis, Tália e Gaia acabam reafirmando o discurso socialmente construído de que a mulher é a única responsável pela contracepção.

Entretanto, em outros momentos, as mulheres participantes da pesquisa questionam essa atitude dos homens, parecendo estar conscientes de que a responsabilidade por uma gravidez indesejada deve ser do casal.

Cibeli: Vocês acham que o homem cobra da mulher essa questão da responsabilidade pela gestação? Como é que vocês pensam nisso?

Gaia: Tem uns que cobram, né?

Dione: Tem uns que cobram mesmo, mas eles também têm que prevenir, não é só a mulher. O único jeito é o homem prevenir também.

Ártemis: *Eu acho que, se a mulher engravidou e não se cuidou, acho que é culpa dos dois. Porque, se um não quer, dois não fazem. Eu acho que o homem e a mulher têm que se cuidar, os dois (G2E3).*

Cabe destacar que a participação das mulheres na pesquisa se constituiu em importante oportunidade para o desenvolvimento de uma reflexão mais profunda sobre as causas da multiparidade, para além de explicações simplistas como é o caso do ‘descuido’. Quando o processo de pesquisa incentivou as participantes a aprofundarem a análise pessoal sobre o problema, o relato das circunstâncias de vida que elas compartilham serviu para que esse ‘descuido’ fosse contextualizado e justificado.

Afrodite: *Eu estava tomando anticoncepcional e eu parei de tomar dois dias, foi quando eu engravidei dela. Dois dias, eu esqueci, porque os outros são pequinininhos, eu me esqueci. Porque tem muita gente que chegou e me disse: “ai, não existe esse negócio de esquecer! Tu sabe que tem que tomar e deu!”. Aí, eu disse: “não, mas eu esqueci. Porque é muita coisa, são as crianças, é isso, é aquilo, e tu esquece mesmo”. Dois dias só! (G2E2).*

Tália: *Porque, às vezes, eu me esqueço de tomar comprimido. Eu não vou mentir que também não me esqueço, porque eu me esqueço. Porque é muita criança, daí, um quer isto e o outro quer aquilo, a gente não sabe se dá comida pra um, se o outro já acabou o prato de comida, se quer uma água ou outro quer um suco. Então, a gente já fica atarantada, daí, não sabe o que fazer direito e, no fim, vai dormir e se esqueceu [...] (G1E4).*

Os relatos de Afrodite e de Tália indicam que não é fácil o uso regular da pílula anticoncepcional. Ela exige uma rotina diária, certa organização e autogerenciamento. Nas circunstâncias de vida dessas mulheres, torna-se difícil manter uma rotina ou uma vida organizada, sendo que, na maioria das vezes, elas preenchem suas vidas lutando diariamente pela sobrevivência. Como argumenta Hoga (2003), no contexto de vida de mulheres pobres, caracterizado por grandes limitações e uma rotina diária repleta de afazeres domésticos e preocupações, fica difícil dar atenção às próprias necessidades, no caso aqui, de saúde reprodutiva.

Nesse contexto, o potencial de autonomia ou de poder de decisão das mulheres pobres para o autocuidado no campo da saúde, mais especificamente na saúde reprodutiva, está diminuído ou inexistente em função das suas condições pessoais e estruturais de vida. Assim, é problemático o argumento de que as gestações indesejadas dessas mulheres aconteceram por ‘descuido’, pois ‘descuido’ pode significar falta de vontade de se cuidar. Nesse sentido, pode ser argumentado

que, para que uma ação descuidada possa acontecer, é necessário que o sujeito dessa ação tenha condições prévias para o autocuidado, o que, para as participantes da pesquisa, em especial no campo da saúde reprodutiva, parece não ser o caso.

Embora o espaço da pesquisa tenha sido útil para a análise individual e coletiva sobre por que as mulheres têm um número elevado de filhos por 'descuido', não se pode afirmar que a necessária problematização das causas da multiparidade por parte das mulheres que participaram da pesquisa ficou consolidada entre elas. Considerada a hegemonia de determinados discursos de gênero, é bem possível que mesmo aquelas que conseguiram ampliar sua visão sobre a sua condição de múltipara e sobre as causas dessa multiparidade voltem a se culpabilizar pelas gravidezes passadas e, quem sabe, pelas futuras.

Considerando o exposto até aqui, percebemos que o 'descuido' relatado pelas mulheres participantes da pesquisa tem relação com dificuldades de autogerenciamento da própria vida, em que se priorizam necessidades de sobrevivência e o cuidado com os filhos. Esses fatores acabam limitando a autonomia contraceptiva das mulheres e se potencializam ao estarem interligados a desigualdades de poder de gênero, aos efeitos colaterais dos métodos anticoncepcionais, às dificuldades financeiras e de acesso aos serviços e aos métodos anticoncepcionais. Uma das conseqüências do potencial de autonomia contraceptiva reduzida dessas mulheres é a multiparidade ou um número maior de filhos do que o desejado. Por sua vez, a multiparidade pode potencializar a autonomia reduzida que as mulheres já possuíam no âmbito de sua autonomia individual e social.

5 O FENÔMENO DA MULTIPARIDADE COMO ELEMENTO POTENCIALIZADOR DA REDUÇÃO DA AUTONOMIA

A análise das informações produzidas na interação grupal sugere que, para as mulheres participantes da pesquisa, a multiparidade, além de ser resultante em grande parte de uma falta de poder de escolha, pode também ser um elemento potencializador de uma preexistente autonomia reduzida, tanto com relação a questões mais pessoais, quanto, num âmbito mais macro, em nível social. Assim, fecha-se um círculo no qual as precárias condições de vida dessas mulheres, aí incluídas a desigualdade de poder de gênero e a falta de acesso aos serviços de saúde que respondam de forma resolutiva às suas demandas, resultam na redução do seu potencial de autonomia para organizarem suas vidas. A diminuição dessa autonomia, por sua vez, repercute na vida reprodutiva de cada uma dessas mulheres, reduzindo seu poder para controlar sua fertilidade e resultando em multiparidade. Uma vez múltipara, a autonomia e o poder de escolha na condução da vida pessoal, que já se encontrava diminuído, acabam sendo reduzidos ainda mais.

A Figura 2, apresentada a seguir, resume este sistema onde a multiparidade atua como elemento potencializador de uma autonomia já reduzida, resultado de precárias condições de vida.

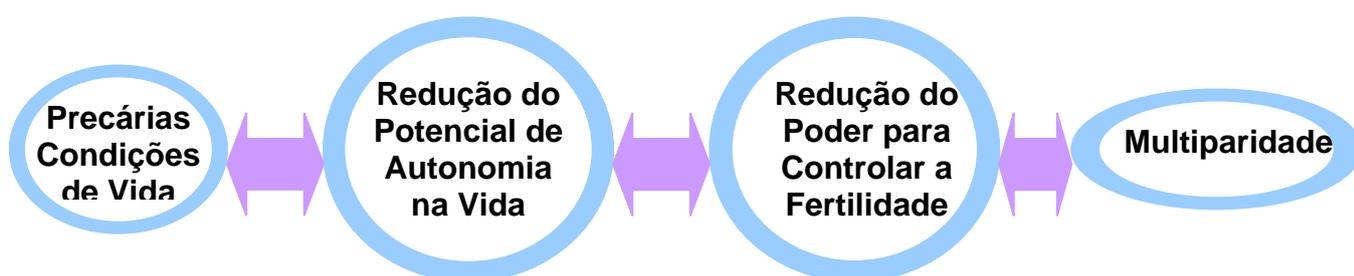


Figura 2 – Multiparidade como elemento potencializador de uma autonomia já reduzida.

Nas discussões acontecidas durante os grupos focais, a repercussão negativa da multiparidade na vida das mulheres participantes da pesquisa ganhou destaque. Segundo essas mulheres, tais repercussões são de ordem individual e social e vão

desde a falta de poder para o cuidado de si (em que foram lembradas, entre outras situações, a falta de oportunidade para realizar atividades de lazer) até problemas no campo da escolaridade e do trabalho.

5.1 As repercussões da maternidade multiplicada no exercício da autonomia num âmbito individual: “primeiro lugar, atinge a saúde, depois a auto-estima e o psicológico também”

Nos relatos das mulheres participantes da pesquisa, fica evidente que ter um número elevado de filhos é uma situação que acaba definindo os limites e as possibilidades de escolha de como viver a vida. E isso tem muito a ver com o valor conferido à maternidade. Para Dione, por exemplo, a maternidade parece ser muito importante na sua vida, algo que está acima até do valor das suas próprias necessidades ou desejos. Nesse sentido, considerando que ela é mãe de vários filhos, fica difícil, em meio às múltiplas e variadas necessidades das crianças, priorizar ou satisfazer as suas próprias.

Dione: Realmente é verdade, quando tu tem bastante filho, ainda mais quando é tudo pequenininho, tu não vai ter tempo para ti. Então, tu vai se preocupar mais com os teus filhos, né. Então, tu vai ficar ali... não digo suja, né, mas não vai ter tempo de se arrumar e, mesmo que tu queira se arrumar, tu não vai ter como, porque o dinheiro que tu pega, tu vai ter que comprar coisas pro teus filhos. Sempre, em primeiro lugar, são os filhos da gente, eu penso isso, né? [...] Então, chega um momento que, se a mulher ta muito feia, não se arruma e com esse monte de filho: “eu vou procurar uma mais novinha, mais bonitinha”. E é isso que eles acabam fazendo, né? (G2E3).

Para Dione, ‘ficar suja’ e ‘não se arrumar’ não resultam de uma escolha autônoma, mas sim das suas circunstâncias de vida, as quais são organizadas, em grande parte, em função da sua multiparidade. Na sua fala, Dione lembra (talvez baseada em experiências pessoais, talvez considerando experiências de mulheres com quem convive) que não poder cuidar de si também pode significar problemas de relacionamento com o companheiro. Nesse caso, pode-se inferir, com base no que refere Dione, que existe o risco até de a mulher ter sua relação com o companheiro interrompida, o que significa o ônus de ficar sem sustento dos filhos.

No relato de Dione, chama atenção a possibilidade de redução da auto-estima como outra consequência de um número elevado de filhos, tendo em conta a redução do potencial de autonomia no âmbito do individual. O cuidar de si e o estar 'bonita' para o companheiro faz parte da identidade feminina instituída em nossa sociedade, onde a mulher é considerada objeto de desejo masculino. Nesse contexto, o imperativo de cuidar do corpo parece ser muito valorizado, assumindo padrões de beleza que caracterizam a feminilidade. Outra questão que também pode ser significativa para a auto-estima de Dione é possuir um companheiro, o que talvez seja valorizado em sua comunidade.

O gênero novamente aparece nos relatos das mulheres participantes da pesquisa como um fator que se encontra implicado na determinação das escolhas possíveis no seu cotidiano de vida, tendo em vista sua importância na definição dos papéis ou funções ditas femininas produzidas no social, na cultura e na linguagem.

Dione também reproduz em sua fala a representação de maternidade instituída no social e na cultura, onde o cuidado com os filhos é prioridade. Como refere Klein (2005), os discursos sobre o que é ser mãe não param de proliferar em nossa cultura, e essa multiplicação de discursos incita as mulheres, quase exclusivamente, a cuidar da saúde de sua prole, a amamentar conforme as regras vigentes ou até mesmo a responsabilizar-se integralmente pela educação das crianças. A mulher, assim, acaba incorporando esse discurso e assume a maternidade como uma predestinação, cumprindo o que entende como sendo seu papel 'natural' (FERNANDES, 2003), ou seja, o de ser uma boa mãe ou aquela que está sempre preocupada em primeiro lugar em satisfazer as necessidades dos filhos em detrimento das suas necessidades.

A importância da maternidade, o envolvimento e a responsabilidade que ser mãe de vários filhos impõem à vida das mulheres participantes da pesquisa também aparecem em outros momentos dos encontros grupais, nos relatos sobre rotinas semelhantes de vida. Na discussão abaixo, as mulheres participantes da pesquisa expõem suas percepções sobre como isso repercute na sua saúde e na saúde das mulheres que compartilham esse tipo de situação, enfatizando tais repercussões como motivo para que não desejem ter vários filhos.

Cibeli: E por que vocês acham que elas não queriam ter esse número de filhos?

Atena: *Tem vários pontos. [...] Primeiro lugar, atinge a saúde, depois a auto-estima, o psicológico atinge também. É que os filhos [...]*

exigem demais dos pais. A educação, respeito, a roupa, calçado, estudo e com as amigas também. Exige, assim, como um policiamento até.

Cibeli: Em relação à saúde, o que tu achas que afetaria as mulheres?

Atena: *As mulheres, atinge mais mesmo. Eu sou uma, né? Eu e a Tália. Misericórdia.... Eu fui atingida na saúde, assim, em todas as áreas. Tive problema no útero, a auto-estima, o psicológico, dos nervos (G1E1).*

A discussão acima sugere que, apesar da consciência de que ter muitos filhos e a responsabilidade que isso acarreta podem ser causas de problemas de saúde, as mulheres participantes da pesquisa aceitam sem questionar sua condição de únicas e legítimas cuidadoras do bem-estar das crianças. Provavelmente essa 'aceitação' não esteja relacionada com comodismo ou falta de crítica sobre o que vem acontecendo com suas vidas, e sim com a falta de referências distintas sobre o papel da mulher na sociedade ou de estilos de vida que demandem menos envolvimento com a família e ofereçam espaços para o cuidado de si. O modelo de mulher que é hegemônico no contexto de vida dessas mulheres é aquele instituído em função de um posicionamento da mulher como mãe e parceira do Estado, mãe como agente de promoção de inclusão social, mãe como o esteio da família e mãe como responsável única por seus filhos (MEYER, 2004b).

Na discussão abaixo, semelhantes experiências são relatadas, agregando outros ônus da multiparidade aos já referidos:

Cibeli: O que o número de filhos interfere na vida das mulheres? E como interfere?

Ártemis: *Quando chego em casa e penso que agora vou descansar, aí começam: "ô mãe, tem que fazer café, tem que me dar um mamã ou alguma coisa". Ou esse aqui está chorando, ou aquela outra está... ou a outra bate na porta: "mãe, amanhã cedo tem reunião na escola". Aí, eu tenho que pegar os três, ir para o colégio, reunião, tem tudo. Aí, já dificulta [...]. E com quatro já é difícil.*

Gaia: *Até para a gente sentar e conversar com uma pessoa, tomar um chá, a gente não consegue.*

Afrodite: *Vai sair na casa de um, leva as crianças junto e pronto! Um já quebrou aquilo, outro já fez aquele outro. Um está subindo lá na árvore [risos].*

Gaia: *Além de a gente se estressar, a gente estressa a pessoa onde a gente for.*

Ida: *E pode ver que a maioria das mulheres, hoje em dia, que têm mais de três filhos, a maioria toma antidepressivo. Afeta o lado emocional, na maioria das vezes (G2E2).*

A responsabilidade pelo cuidado de um filho exige muito da mulher. E, no caso dessas mulheres, a responsabilidade está multiplicada, pois todas elas possuem três

filhos ou mais. O tamanho da prole define a extensão e a intensidade das rotinas e dos encargos diários e ainda a regulação do tempo doméstico (COSTA, 2002). Como reiteradas vezes referiram as mulheres participantes da pesquisa, confirmando o que indica a literatura (HATCHER *et al.*, 2001; TEZZA, 2002), a falta de planejamento e espaçamento das gravidezes também é geradora de problemas de saúde. O caso de Atena ilustra essa situação:

- [...] *aí eu tive problema na gravidez: adquiri toxoplasmose, né. Mas assim, daquela experiência que eu tive com a guria, passei um trabalhão pra ganhar ela, eu estava meio com medo* (G1E4).

- *Porque, do meu guri, o terceiro, quase morri na mesa. E não nascia o guri, não nascia. [...] E não descia, não descia, não sei como não apareceu na ecografia que o guri estava com o cordão todo enrolado no pescoço [...]* (G1E5).

- [...] *E eu com problema de saúde, um atrás do outro. Daí, eu fui conversando com ele. Conversando, tentando explicar, até que não consegui. Daí, quando eu não consegui, que ganhei aquele ali prematuro, daí eu entrei em pânico. Daí, botei o barraco abaixo* (G1E5).

O trecho de discussão a seguir indica que as responsabilidades relativas ao cuidado de muitos filhos, especialmente a necessidade de sustento desses filhos, apesar das precárias condições financeiras, geram angústia e frustração, também repercutindo negativamente na saúde das mulheres.

Tália: Dá muito trabalho, Deus me livre! Tem dias que eu olho, assim, meu Deus, como é que eu pude botar tanto filho no mundo e não poder dar o que eles precisam. Quando eu compro pra um, falta pro outro. Isso não é vida.

Atena: Quando chega lá o primeiro que tu comprou, já está faltando de novo.

Tália: E daí, paga água, paga luz... E a comida? Antes, eles comiam pouquinho, agora, eles comem que nem uns [...]. Tem dias, assim, que eu fico doente. Eu fico assim, ó... começo a tremer dos nervos (G1E1).

Como refere Meyer, os sentidos de maternidade são produzidos na cultura como uma “qualidade humana inata” (2004, p. 17) e estão presentes no cotidiano de vida da nossa sociedade. Esses sentidos estão impregnados de uma reponsabilização da mulher pelo bem-estar dos filhos. Assim, na nossa cultura, ser mãe significa, principalmente, gestar, aleitar e cuidar dos filhos (VILLELA; ARILHA, 2003). Essa representação de maternidade, ainda hegemônica, reforça, posiciona e inscreve a mulher mãe como única responsável pelo cuidado e pela educação dos filhos. Esse discurso de mãe boa e dedicada acaba sendo reproduzido por

instituições, programas e profissionais de saúde e pelas próprias mulheres. Dessa maneira, contribui negativamente para a autonomia das mulheres, uma vez que seus desejos e suas aspirações acabam ficando em segundo plano.

Nas falas das mulheres participantes da pesquisa, a responsabilidade aparece, no geral, como uma realidade ‘dada’, ou seja, não contestável, apesar do conhecimento de que é uma realidade prejudicial às suas condições de vida e de saúde. Apesar do prejuízo pessoal, as participantes da pesquisa parecem dar prioridade às necessidades dos filhos em detrimento das suas, assumindo uma atitude semelhante à de outras mulheres, conforme sugerem outras pesquisas (PRAÇA; GUALDA, 2003). Uma dificuldade bem objetiva que resulta da multiparidade é o problema de não ter onde deixar os filhos quando surge alguma demanda pessoal de saúde. Geralmente, as UBS têm rotinas de funcionamento que incluem horário predeterminado para a distribuição de fichas (cedo da manhã), limitação do número de atendimentos e demora nesses atendimentos, problemas que são muito difíceis de ser enfrentados por mulheres com prole numerosa. É o que as participantes referem na discussão abaixo:

Atena: [o número de filhos] dificulta a saúde também, porque se fica, assim, doente, alguma coisa, e até um problema simples, mas que precisa ser tratado, tipo uma extração de dente ou alguma coisa mais simples, assim, já fica dificultoso. Com quatro, cinco filhos, pra deixar numa mesma casa, fica ruim. Euterpe: Daí, eu acho, assim, que os filhos pequeninhos, acho que dificulta muito. Que nem no caso que ela falou ali [Atena], que a gente fica doente, precisa fazer um tratamento, não é sempre que tem um que fica, né, mas a pessoa às vezes não está disponível pra ficar com os filhos da gente.

Tália: [...] Pra ir ao médico, tem que pagar pra deixar porque, se não pagar, ninguém cuida. De graça, ninguém cuida, nem os próprios irmãos não querem cuidar mais. E é uma dificuldade muito grande. E tu chega aqui às vezes, no caso da gente, né, chega aqui, tu fica uma hora, duas horas e aí tu tá preocupada: “será que aconteceu alguma coisa com as crianças?” (G1E3) .

Uma outra consequência negativa da multiparidade para a vida das mulheres participantes da pesquisa, num âmbito individual, é o potencial diminuído de autonomia para concretizarem planos referentes ao lazer pessoal.

Ida: [o número de filhos interfere] na liberdade pra gente passear com o marido, sair, espairar a cabeça [...].

Dione: Pra sair com eles mesmos.

Ida: Pra sair com eles mesmos. É difícil.

Dione: Se tu tem carro, até que facilita mais. Se tu não tem, que tu depende de ônibus pra sair, é horrível! Então, tu sai pra rua, como

se eu fosse com os meus filhos hoje, não tem condição. Eles se divertem, tu não. Tem que tá o tempo todo correndo atrás deles.
 Artemis: *É verdade. Gritando: “fulano, cuida pra não cair”. Minha vida é assim.*
 Afrodite: *Em vez de sair para descansar, tu vai para se incomodar mais (G2E2).*

Como ficou evidenciado nas falas das mulheres que participaram da pesquisa, suas experiências como mães de vários filhos são semelhantes. Os dados sugerem que a maternidade multiplicada, vivência que elas compartilham, resulta em alternativas de escolha limitadas de como viver a vida. A maternidade, por si só, já vem acompanhada de exigências e limitações para a vida das mulheres e, no caso das participantes da pesquisa, que possuem três filhos ou mais, essas limitações se multiplicam. Nesse sentido, é possível argumentar que a falta de poder dessas mulheres para gerenciarem suas vidas e satisfazerem suas demandas mais particulares e específicas repercute de forma significativa na sua saúde. Por um lado, não poder cuidar de si em função da responsabilidade com o cuidado do outro (dos filhos) faz parte de um ‘script’ de gênero que precisa ser cumprido para que essas mulheres assumam sua identidade de mulher e de mãe perante a sociedade da qual participam; por outro, isso acaba delimitando o espaço para escolhas no campo contraceptivo. A vulnerabilidade advinda daí extrapola o campo da saúde física, trazendo consequências negativas também num nível mais macro, ou seja, no campo social.

5.2 As repercussões da maternidade multiplicada no exercício da autonomia num âmbito social: “não tive a liberdade que eu queria ter, não fiz o que eu queria fazer – estudar, trabalhar”

Para as mulheres participantes da pesquisa, ter muitos filhos significou abandonar investimentos no crescimento pessoal, existentes antes de se tornarem múltiparas. A impossibilidade de permanecer investindo na educação em circunstâncias de multiparidade foi um dos problemas mais destacados nas discussões grupais. As respostas de Dione e Euterpe ao serem perguntadas sobre como o número elevado de filhos pode interferir na vida das mulheres dão uma idéia

das dificuldades enfrentadas pelas participantes da pesquisa para permanecerem num processo de escolarização.

Dione: [...] Eu tive os meus filhos e tive que parar de estudar, porque com quem eles iam ficar? Eu não tinha como pagar alguém pra cuidar, eu nunca gostei de ficar perturbando a minha sogra, a minha mãe, pra ficar cuidando, não. O filho fui eu que fiz, eu tenho que cuidar (G2E2).

Euterpe: Ah, eu acho, assim, que às vezes eu queria voltar a estudar, mas está tudo difícil, os filhos são muito pequenos, né. Ainda se tivesse, assim, bastante diferença um do outro, como teve do meu primeiro e do meu outro do meio, que teve bastante diferença [...]. (G1E3).

A responsabilidade individual e 'intransferível' do cuidado dos filhos, as precárias condições financeiras, aliadas à inexistência de uma estrutura social que ofereça alternativas para que o cuidado se efetive sem a onipresença da mãe, resultam numa situação em que, independentemente do desejo pessoal, é praticamente impossível participar de qualquer tipo de investimento ou atividade que não envolva os filhos.

A situação dessas mulheres, sem ter onde deixar seus filhos para poderem exercer outros papéis na sociedade para além do seu papel de mãe, é a realidade da maioria das mulheres que vivem atualmente em situação de pobreza. No Brasil, apenas 26% das crianças pobres até seis anos freqüentam creches ou pré-escola, contra 49% das crianças de famílias com melhor poder aquisitivo (BRASIL, 2004c). Infelizmente, o Estado não tem tomado para si a responsabilidade de construir espaços onde essas crianças possam permanecer enquanto suas mães e pais realizam suas atividades produtivas. O investimento em serviços públicos envolvendo creches e educação pré-escolar em quantidade e formas de atendimento condizentes com a dinâmica da vida contemporânea, independentemente da camada social, seria uma estratégia importante na promoção da tranquilidade dos pais em geral e da autonomia das mulheres, em particular.

No que diz respeito à escolaridade feminina, ela é considerada, dentre outras coisas, um condicionante socioeconômico da fecundidade. Nesse sentido, segundo dados do IBGE, o aumento da instrução feminina atua no sentido de construir um ambiente propício, quer seja na escala do indivíduo ou na dimensão da sociedade, para a redução do número de filhos e estimula a aspiração de novos valores e projetos de vida. Além disso, o aumento da escolaridade feminina descortina

horizontes promissores para a melhor posição das mulheres no mercado de trabalho, para melhor discernir quanto ao momento oportuno de contrair uma união e de ter o número desejado de filhos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004).

Com relação especificamente às mulheres participantes da pesquisa, pode-se argumentar que a escolaridade se encontra associada a toda uma rede de fatores, já apontados anteriormente, que contribuem para limitar o potencial de autonomia das mulheres para viverem de acordo com seus projetos de vida, em especial, no contexto da reprodução e da anticoncepção. A baixa escolaridade dessas mulheres (a maioria apenas com o ensino fundamental) reduz suas possibilidades de inserção e participação na sociedade, potencializando suas vulnerabilidades sociais. Em relação à anticoncepção, a baixa escolaridade dificulta o entendimento sobre os métodos anticoncepcionais, além de prejudicar o *status* da mulher na relação com o companheiro e, conseqüentemente, a sua capacidade de negociação para a definição das bases do planejamento familiar, aí incluídos o número de filhos, o momento de engravidar e o método anticoncepcional a ser usado pelo casal.

Um outro problema trazido nas discussões como repercussão negativa da multiparidade na inserção das mulheres na sociedade é a falta de condições para o exercício do trabalho remunerado. Sem poder trabalhar, as mulheres deixam de contribuir para a renda familiar, o que é um problema para quem tem muitos filhos para sustentar.

Hera: [...] a gente com um monte de filho, tu tem que trabalhar, não dá. Ou, às vezes, tu vai procurar serviço, tu preenche o currículo ali: quantas filiações tu tem, coloca ali quatro, eles ficam apavorados [...], eles não querem. No máximo, tem que ter um casal.

Atena: E também é o compromisso, né, que tem... Adoece ou alguma coisa, tem que faltar serviço. As falhas, atestados, a empresa não quer saber.

Hera: Eu acho que é por isso também que eu fui para o olho da rua quando eu estava trabalhando numa estofaria, por causa do meu guri: bronquite.

Atena: É porque em qualquer emergência a mãe tem que correr, né? Não chamam nunca o pai (G1E2).

Na análise das suas experiências com relação ao trabalho fora de casa, as mulheres participantes da pesquisa revelam histórias compartilhadas de discriminação social em função de o número de filhos ser considerado elevado para os padrões contemporâneos de fecundidade. Para Hera, ter mais de dois filhos pode significar a perda da oportunidade de emprego, ou seja, a condição de multiparidade

limitaria o ingresso das mulheres no mercado. Na continuidade da conversa acontecida no grupo focal, Hera e Atena indicam uma concordância sobre o que justificaria essa situação, argumentando que as razões estariam relacionadas ao envolvimento da mulher com as demandas dos seus filhos – quanto mais filhos para criar, maior o envolvimento e a possibilidade de redução do tempo dedicado ao trabalho. A análise da conversa apresentada acima permite concluir que a multiparidade não só pode impedir o ingresso da mulher pobre no mercado de trabalho, como também pode dificultar a sua permanência nesse mercado. A análise dessa situação evidencia uma contradição essencial: quanto mais pobre, maior a probabilidade de multiparidade; quanto maior o número de filhos, menores as chances para sair dessa condição de pobreza. Nesse caso, a adequação do número de filhos de mulheres pobres ao padrão de fecundidade que se impõe como o mais comum no nosso meio (até dois filhos) seria condição para que elas fossem vistas pela sociedade como capazes de serem produtivas para além do trabalho doméstico (ainda muito desvalorizado). Sem trabalho e com muitos filhos para criar, as mulheres vivenciam situações de desigualdade de gênero e subordinação aos desejos e escolhas do companheiro, a quem ficam ligadas, muitas vezes, apenas em função das suas necessidades e das necessidades dos filhos para sobreviver. Em tais circunstâncias, fica muito difícil para essas mulheres ter autonomia para gerenciar suas vidas conforme seus projetos pessoais.

A discriminação no campo do trabalho não é um problema apenas das mulheres participantes da pesquisa. Conforme a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, mais da metade das mulheres na sociedade brasileira são donas de casa (BRASIL, 2004c). Apesar de ter havido, nas últimas décadas, um enorme avanço das taxas de participação feminina no mercado de trabalho, tal participação ainda é menor que a masculina, concentrando-se em trabalhos mal remunerados e precários e na economia informal (BRASIL, 2005). Como aponta Meyer (2004a), em geral, mesmo no caso de conseguirem ingressar no mercado de trabalho, as mulheres têm dificuldade para terem o seu trabalho valorizado na mesma medida que os homens – salários mais baixos do que os dos homens; estão mais sujeitas à perda de emprego por motivos como gravidez e ausências para cuidar dos filhos; contam com menos ofertas de qualificação e requalificação para o trabalho, entre outras dificuldades.

Todas as mulheres participantes da pesquisa demonstraram interesse em trabalhar fora, e algumas já haviam trabalhado em algum momento de suas vidas, mas, devido ao aumento de sua prole, tiveram que parar de trabalhar para cuidar de seus filhos. Para Atena, os projetos pessoais das mulheres (que, como ela, tem muitos filhos) com relação ao trabalho remunerado são esquecidos por um período, até os filhos crescerem, e depois, em função da idade, acaba ficando praticamente inviável ingressar no mercado de trabalho.

Atena: Eu estou entrando nos 27 anos, né? Eu mudei muito os planos. Porque eu penso agora assim... toda mãe, acho que quando tem mais de três filhos, ela se torna coruja, né? Tem que colocar na creche, tem que colocar todos, né? Não dá pra ficar assim, um na casa e o outro na creche, aquele movimento. Isso toma muito tempo e até alguns anos. Quer dizer, nessa faixa etária, acho que a maioria das mulheres neutraliza a hipótese de uma profissão (G1E1).

A fala de Atena ressalta o valor que ela confere à maternidade ao expressar a idéia de que os filhos estão sempre em primeiro lugar. Para Atena, que possui quatro filhos, conseguir uma creche para todos eles se torna difícil diante da escassez de serviços públicos oferecidos. No trecho de discussão apresentado anteriormente, Atena também referiu que, “na emergência, é a mãe que tem de correr” e que “nunca se chama o pai”, demonstrando uma posição de desigualdade de gênero. No entanto, parece não ter poder para mudar essa situação, já que deixou de concretizar seus sonhos em função da sua responsabilidade com o cuidado dos filhos. Como refere Rea (2003), muitas mulheres, convencidas de seu papel de mãe, não têm conseguido enfrentar o mundo externo masculino, perdendo, dessa forma, a chance de ter ganhos pessoais e sociais. As desigualdades de poder de gênero não apenas diferenciam homens e mulheres, como também subordinam e desigualam as mulheres em relação aos homens (FONSECA, 1996).

As mulheres desta pesquisa, em sua maioria, tiveram o primeiro filho entre 15 e 16 anos, o que também pode repercutir na redução do seu potencial de autonomia no âmbito social. As experiências de vida relatadas pelas participantes da pesquisa sugerem que a chegada precoce de uma criança e as restrições específicas que a acompanham, em um contexto em que o trabalho doméstico não é compartilhado de maneira igual entre o casal, acabou limitando o seu futuro, a partir da primeira gravidez, condicionando-a ao trabalho doméstico. Como indica o depoimento de Deméter, em função do primeiro filho, em geral, resultado de uma gravidez indesejada, os planos para o futuro são provisoriamente postos de lado, no aguardo

de uma oportunidade para se concretizarem. O que acaba tornando esses planos inviáveis em definitivo é a situação de multiparidade.

Deméter: *Os meus planos, antes de engravidar, eram, em primeiro lugar, ter uma boa profissão, depois, casaria. Eu só casei porque estava grávida.*

Cibeli: Com que idade tu casaste?

Deméter: 16 (G1E1).

Ainda com relação à argumentação de que a multiparidade potencializa a redução da autonomia das mulheres no âmbito do social e, mais especificamente, no campo do trabalho, um outro fator – a atitude dos companheiros com relação ao trabalho feminino – está implicado, mais uma vez relacionado ao gênero.

Deméter: *Eu trabalhava do primeiro até os nove meses, né. Consegui uma vizinha pra cuidar o nenê e fui trabalhar. Só que o serviço não deu certo, ganhava uma mixaria e não estava valendo a pena pagar pra deixar o serviço em casa. Daí, começaram as brigas, começou o ciúme, começou tudo. Então, eu preferi voltar pra casa e deixar, então... te vira, né? Estava tentando dar uma força dentro de casa e estava sendo prejudicada. Eu, daí, então, decidi não ir trabalhar. Porque ele dizia que mulher tinha que ficar em casa. Ele era daquela opinião do pai dele, que mulher que saía a trabalhar é porque tinha rolo de namoro (G1E1).*

Atena: [...] *Primeiro, que meu marido queria me encher de filho pra eu não trabalhar fora. É excesso de ciúme. São vários fatores. A mulher sai perdendo muito. Nesse assunto aí, acho que sai perdendo em todos os pontos. A idéia dele seria eu passar a minha vida criando filhos. Ele podia ter na rua, voar pra onde queria, e eu, dentro de casa. E isso me prejudicou bastante, porque desde a adolescência eu tive uma independência. E, depois que eu casei, entrei num buraco, praticamente. E não era isso o meu projeto. [...]* (G1E1).

Esses relatos demonstram a influência do companheiro, que, associada com outros fatores limitantes, contribui para que as mulheres não saiam do espaço doméstico, envolvidas com o cuidado da família e da casa. No relato de Deméter, fica evidenciada novamente a representação de maternidade ainda hegemônica em muitos locais, em que a mulher é responsável pelo lar e o homem, pelo sustento da casa: “*Então, eu preferi voltar pra casa e deixar, então... te vira, né? Estava tentando dar uma força dentro de casa e estava sendo prejudicada [...]*”.

No relato de Atena, chama atenção a questão da traição masculina como algo também naturalizado no meio em que vive. Da mesma forma que se inscrevem as identidades femininas na cultura e na linguagem, também se constroem as identidades masculinas. Meyer *et al.* (2004) em uma pesquisa com agentes de

saúde sobre anúncios televisivos que integram campanhas de prevenção ao *HIV/AIDS*, evidenciaram que os mesmos discursos que posicionam as mulheres como submissas também possibilitam que os homens heterossexuais sejam apresentados e descritos como sendo, por natureza, dotados de um impulso sexual que não conseguem controlar. Essa representação de masculinidade também foi reforçada nesta pesquisa por Atena em outro momento.

Atena: Eu acho que, nisso aí, a mulher está resguardada depois que casa, né? Ela tem uma estabilidade conjugal e familiar. Já o homem é mais perseguido nessa área, né?

Cibeli: Como assim?

Atena: É mais perseguido pela publicidade, televisão, muita sexualidade explorando. Então, a fraqueza do homem é a carne. Vamos falar aqui entre nós, né? Eles ficam até doentes se ficam muitos dias sem ter uma relação sexual, passam quatro dias ou cinco dias, já estão doentes, dói lá em baixo, dói cabeça, fica nervoso e fica atacado (G1E2).

Tendo em conta as repercussões negativas da multiparidade para a autonomia contraceptiva das mulheres, associadas às suas condições de vida e às dificuldades financeiras, o número de filhos idealizado por essas mulheres para a satisfação de seus desejos e sonhos foi referido como dois filhos.

Como evidenciou a pesquisa sobre as visões femininas e masculinas no planejamento familiar realizada por Marcolino e Galastro (2001), as dificuldades econômicas são fatores que conspiram contra uma família numerosa e o número ideal de filhos parece estar diretamente relacionado às metas e planos traçados pelo casal no que se refere à sobrevivência e segurança. Porém, para essas mulheres da pesquisa, diante de inúmeros fatores limitantes de sua autonomia contraceptiva, o número ideal de filhos ficou no plano do desejo, bem como suas metas e planos para uma vida melhor.

Cibeli: Qual seria o número ideal de filhos para vocês e por quê?

Dione: Eu acho um, no máximo, dois, porque, tendo um filho, tudo é mais fácil pra ti. [...] Eu tive os meus [quatro] filhos [...]. Então, um é bom em tudo, na minha opinião, é bom em tudo, é tudo mais fácil.

Ida: Tudo mais fácil, criar dois filhos, tudo, tudo. [...] O ideal mesmo é dois, não passa desses dois (G2E2).

Cibeli: Qual o número ideal de filhos?

Tália: Eu também sempre disse que era dois filhos, porque é muito difícil pra gente criar, né? Como eu tenho esse monte de filhos ali, né? Só eu sei o que eu passo (G1E5).

Os relatos demonstram que essas mulheres não tiveram autonomia para escolher o número de filhos desejados, seja por limites no âmbito do individual

(reações do corpo aos métodos, responsabilidade individual e autogerenciamento de sua autonomia contraceptiva), seja no âmbito do social (pobreza e condições de vida, acesso aos serviços de saúde e relações de gênero). Nessa perspectiva, pode-se dizer que gostariam de ter tido menos filhos. É o que refere Tália:

Acho que criança é muito bom pra quem pode, pra quem tem como criar. Mas pra gente que é pobre, não pode querer ter muito filho, tinha que ter evitado. Mas se a gente não puder evitar, tem que ter, fazer o que, né? Mas sei que dá trabalho. Eu sei o que passei (G1E3).

As participantes da pesquisa demonstraram, ao longo das discussões, ter conhecimento dos fatores que limitam o seu potencial de autonomia, aí incluída a desigualdade de poder de gênero, porém parecem não possuir poder para mudança. No entanto, em alguma medida, também existe a possibilidade de resistência. Essa resistência por parte das mulheres pode se dar em outras instâncias, como, por exemplo, na utilização de estratégias de resistência à situação de pobreza. Neste estudo, será destacada a resistência ao poder masculino, sugerido nas discussões grupais como um dos fatores que têm importante impacto na diminuição do potencial de autonomia das participantes da pesquisa para controlar sua fertilidade e realizar a anticoncepção.

No capítulo a seguir, serão analisadas as informações referentes ao poder e à resistência das mulheres na busca de autonomia, pois o poder circula nas relações e as mulheres nem sempre estarão na mesma posição de submissão, utilizando estratégias para romper esse processo.

6 PODER E RESISTÊNCIA NA BUSCA DE AUTONOMIA

As teorizações de Foucault são importantes para entendermos as relações entre poder e resistência. Para ele, “o poder se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis” (FOUCAULT, 2005, p. 90). Outra afirmação desse autor é que “onde há poder há resistência” (FOUCAULT, 2005, p. 91). Nesse sentido, podemos dizer que o poder possui um caráter relacional e que o pólo dominado nem sempre se mantém nessa posição, podendo resistir e provocar rupturas no processo.

Na análise das discussões grupais, as mulheres participantes da pesquisa demonstraram que o poder não é linear e homogêneo o tempo todo; em vários momentos, elas trouxeram ao debate a utilização de estratégias para romper com o processo de submissão ao poder masculino que resulta na diminuição do potencial de autonomia para o controle da sua fertilidade. Além disso, mostraram-se incomodadas e resistentes à atitude e comportamento de seus companheiros. Neste capítulo, serão abordadas as estratégias utilizadas pelas participantes da pesquisa para resistir ao poder masculino no campo das relações sexuais e as estratégias utilizadas para a busca de uma autonomia conceitual.

6.1 Estratégias femininas de resistência ao poder masculino na busca de autonomia contraceptiva: “mulher, com jeitinho, consegue tudo o que ela quer do esposo”

Nos capítulos anteriores, foram apresentadas algumas discussões grupais em que as mulheres demonstraram atitudes de submissão frente a seus companheiros. No entanto, essa submissão é vivida de diferentes formas pelas mulheres. Ainda, em vários momentos, há relatos de experiências de transgressão dessa posição de ‘dominada’. Como refere Saffioti (2002), nas relações sociais, aí incluídas as relações de gênero, o poder não é um processo de mão única.

Durante os grupos focais, as mulheres questionaram a sua posição na relação com o companheiro:

Deméter: *O meu casamento só está durando nove anos porque eu sou assim, rígida, como a Hera. Porque, no início, tanto eu era guria quanto ele era guri. Então, pra ele, eu ficava em casa cuidando dos filhos, e ele ia pras esquinas conversar com os amigos, ia pra jogo. [...] Então, só eu estava perdendo, entende, só eu estava perdendo, deixando ele me mandar. Aí que eu botei na minha cabeça: “eu sou mandada por um homem?”. Jamais! É, aí foi onde eu comecei a cortar. Cortava as voltas dele.*

Tália: *É, não é mais o tempo de as mulheres serem mandadas por eles. Lá em casa também. Lá em casa, quem canta sou eu. A última palavra é a minha [risos] (G1E1).*

No trecho de discussão apresentado acima, observa-se uma ‘fratura’ ou rompimento das relações de poder de gênero, em que as mulheres, ao compartilharem suas experiências, se conscientizam da necessidade do estabelecimento de relações de igualdade com os seus companheiros e reivindicam seus direitos. Sobre essa questão, Loponte (2002, p. 291) refere que, “se as relações de poder pendem em determinados períodos históricos e culturais para um determinado modo de ver, isso não quer dizer que assim o sejam indefinidamente”. Os dados sugerem que, apesar de as mulheres desta pesquisa terem experiências de anticoncepção em que sua autonomia para escolher é reduzida em função da sua posição de subordinação ao poder masculino, em alguns momentos, elas conseguem reverter essa situação. Esses dados corroboram os resultados de outras pesquisas, conferindo relevância ao argumento de que a submissão dessas mulheres não acontece sempre, nem de forma incondicional (MOREIRA; ARAÚJO, 2004).

Além dessa demonstração de transgressão das relações de poder de gênero, as mulheres participantes da pesquisa também questionaram a sua responsabilização exclusiva pelo cuidado com os filhos e com a casa.

Atena: *Eu digo pra ele, tem que cobrar, ensinar, dar carinho [para os filhos], tudo dividido. Tanto a mulher quanto o homem.*

Hera: *Ah, lá em casa, eu digo: “eu não fiz sozinha”. Tá louco. Te vira também. Não é só eu.*

Euterpe: *Eu acho que ela tá certa. Eu não fiz sozinha [...].*

Hera: *Chega que tem que passar trabalho pra ganhar (G1E1).*

Euterpe: *Eu falo pra ele que a responsabilidade não é só minha, no caso. Que ele tem que ter responsabilidade também, porque eu não tô trabalhando agora, mas eu trabalho em casa.*

Hera: *O meu fala: “tu não faz mais que tua obrigação”. Mas por quê? “Tu acha que a mulher é obrigada a ficar dentro de casa, lavando roupa, limpando bunda de criança? Tô louca contigo” [...]. (G1E3).*

A discussão apresentada acima evidencia que os discursos reproduzidos pelas participantes da pesquisa em determinados momentos e os significados de maternidade que neles estão inseridos também podem sofrer 'fraturas'. Contradizendo o que aparentou ser resignação, expressa em algumas das experiências de vida relatadas, as mulheres aproveitaram a oportunidade que a pesquisa proporcionou para questionarem esses discursos. Por exemplo, em várias discussões, elas demonstraram resistência ao tradicional discurso sobre a responsabilização exclusiva da mulher mãe pelo cuidado com os filhos e com a casa. Como argumenta Loponte (2002), não há discurso que seja monolítico e inabalável, imune a fraturas, resistências ou deslocamentos. Resistências, aqui, são entendidas, a partir de Foucault, como forças que se opõem ao poder. Nessa perspectiva, as mulheres, ao refletirem sobre sua posição, acabam buscando e constituindo espaços de resistência, sobretudo, na anticoncepção.

No que diz respeito mais especificamente às estratégias de resistência ao poder masculino na busca da autonomia contraceptiva, as mulheres da pesquisa utilizaram alguns recursos para conseguir que seus companheiros participassem de maneira mais ativa no processo de controle da fertilidade do casal. Nas experiências relatadas, aparece com destaque a necessidade de uma espécie de negociação sexual para que haja o convencimento do homem para a necessidade do uso da camisinha. Esse convencimento pode acontecer por intermédio de justificativas fictícias, inventadas pelas mulheres e aceitas pelos homens:

Hera: *Pra ele usar [preservativo masculino], eu tenho que tá inventando, dizendo que eu tô com dor, ou eu digo pra ele: "hoje eu fui na ginecologista, e a doutora disse que eu tenho que me cuidar, que tem que usar preservativo, que tu tá com infecção, que eu to com infecção, que tu também tem que se tratar". Assim, eu enrolo ele, entendeu? Aí, ele pega e usa uns 15 dias e começa a falar que tá apertado, que não sei o quê. Daí, eu falo pra ele: "não, hoje a doutora disse que tu pode parar de usar".*

Cibeli: Quer dizer que não é todas as vezes que tu consegues negociar?

Hera: *Não, Deus o livre! Ele fica brigando, discute dentro de casa, tudo pra ele tá errado dentro de casa, as crianças tão incomodando. É só ele usar isso aí, tá tudo errado.*

Euterpe: *Pra ele usar, eu tinha que vir no médico, chegar em casa e mentir que tinha que ser necessário usar, que eu tinha que fazer tratamento, usar algum remédio (G1E5).*

A fala de Hera sugere que a reação dos homens à imposição do uso da camisinha é negativa. Provavelmente, a resistência dessas mulheres ao poder

masculino no contexto da relação sexual, mostrada no processo de criar estratégias de superação desse poder, não seja mantida por muito tempo, dados os riscos que a reversão de posições de poder de gênero pode acarretar. Como demonstram outros estudos, a negociação sexual para o uso da camisinha, empreendida pelas mulheres, é por si só um processo arriscado. Para Oliveira *et al.* (2004), a iniciativa da mulher em negociar com o companheiro o uso do preservativo pode implicar riscos morais, em que o companheiro pode pensar em traição da mulher ou, ao contrário, ele passa a trair a mulher em resposta a sua negativa em manter relação sexual sem proteção. Esses autores também salientam a possibilidade de agressão física, o que se constitui um risco mais imediato e importante do que a relação sexual sem o preservativo (OLIVEIRA *et al.*, 2004). O risco de traição do companheiro pela imposição da mulher do uso da camisinha pode ser evidenciado na fala de Atena apresentada abaixo:

Atena: Nesse assunto aí, ele não se importava muito, assim, se eu queria ou não queria. Era uma briga. Daí é que nem ela falou [Hera], pra ele não sair pra procurar na rua, aí, eu acabava cedendo (G1E5).

Uma outra estratégia de resistência ao poder masculino utilizada pelas mulheres na busca por controlar sua fertilidade ou por exercer o poder de escolha com relação a engravidar ou não é a recusa em manter relação sexual sem a proteção do preservativo masculino. Como evidencia o trecho abaixo, a determinação e o poder de persuasão das mulheres é um determinante importante do potencial de sucesso da negociação sexual que se estabelece nesse contexto:

Cibeli: E o que vocês fazem com essa questão de que os homens não querem usar o preservativo?

Hera: Eu não faço.

Cibeli: Tu não tens relação se ele não usa?

Hera: Nada, se ele não usa, não [...], eu não quero outro. Comigo, não tem essa. Quando eu não quero, eu não quero (G1E1).

Cibeli: O que vocês dizem pra eles aceitarem o uso do preservativo?

Atena: Mas, de tanto eu pressionar, pela pressão, né: “não vou, não quero e pode ficar até um mês sem nada”. Porque eu já estava em pânico, com três crianças pequenas, apavorada [...] (G1E4).

Analisando esses relatos, observamos que as mulheres, em alguns momentos, exercem com determinação o poder na relação com o companheiro, principalmente no que diz respeito ao âmbito sexual. Algumas delas, inclusive, salientaram que, onde há a negativa de ser objeto do prazer masculino, os

companheiros acabam cedendo mais facilmente aos seus desejos, conforme destacado no trecho de discussão abaixo:

Hera: *Eu sou ruim, ele cede primeiro que eu. Eu me viro pro canto, eu fico braba. Já fiquei 15 dias sem.*

Cibeli: *Tu castigas ele na relação?*

Hera: *Não, não é assim, eu quero! Quando um não quer, o outro não faz.*

Cibeli: *E tu tens conseguido retorno com isso.*

Hera: *Claro! Aquele lá é apaixonado por mim [...].*

Atena: *Na questão sexual, eles cedem primeiro, é bem rapidinho (G1E1)*

No entanto, provavelmente essa resistência das mulheres, da mesma forma que a negociação sexual para o uso do preservativo, não possa ser mantida por muito tempo em função dos problemas e riscos que isso poderia acarretar ao relacionamento do casal.

Outra estratégia usada pelas mulheres participantes da pesquisa para controlar sua fertilidade e aumentar seu potencial de autonomia contraceptiva, incluindo o homem no processo de anticoncepção, é o diálogo e a busca de um consenso. A base desse diálogo, como sugere a discussão abaixo, é uma espécie de racionalização analítica da situação que o casal vive em função do número elevado de filhos e do incremento das dificuldades em caso de outra gravidez.

Gaia: *Eu acho que, conversando, tudo se consegue... sentar e conversar. É bom para ti, é bom para mim, vamos parar com esses filhos, aí, eles colaboram. Eu acho que, conforme vêm os filhos, vai se apertando, aí, antes, eu podia comprar aquilo lá, agora não posso. Aí, já vai vendo a diferença, daí, ali é que se segura. Aí pára.*

Leda: *Eu acho que o negócio é isso aí, até tem uns maridos vaidosos: “ah, vou comprar tal coisa”. Eu digo: “olha, meu filho, eles estão ali, precisa pensar primeiro neles e depois em ti”. Aí, isso aí já faz pensarem: “ah, se eu não tivesse tanto assim, eu podia comprar aquela coisa para mim”. Isso aí faz pensar no lar e ajudar a se cuidar (G2E5).*

Cibeli: *Tu achas que consegue convencê-lo a fazer vasectomia?*

Gaia: *Eu, tentando, eu consigo, já estou quase chegando lá.*

Dione: *A mulher, com jeitinho, ela sempre consegue tudo o que ela quer do esposo, né? (G2E4).*

Além das estratégias de resistência ao poder masculino indicadas acima, uma última foi citada nas falas das participantes da pesquisa: fingir a aceitação de um novo filho em um outro momento de suas vidas. Nesse caso, a necessidade de convencimento do companheiro tem a ver com o seu desejo de ter mais filhos, em detrimento da vontade da mulher.

Hera: [...] *Aí, até hoje, ele diz: “vamos fazer um gurizinho!”. E eu: “ah, vamos esperar mais um pouquinho”. Ele diz: “não, mas a guria já vai fazer sete anos”. Mas vamos esperar. “Mas tu já está com 32 anos”. Mas não importa, vamos esperar até 40 anos. Tem mulher que fica grávida com 40 anos. Assim, eu fui enrolando ele, né. É lógico que não vou fazer. A não ser se acontecer, né? Mas, assim, eu vou enrolando ele, mas eu não quero (G1E1).*

Como foi evidenciado nas falas das participantes da pesquisa, as estratégias utilizadas por elas para controlar sua fertilidade e aumentar seu potencial de autonomia contraceptiva, incluindo o homem no processo de anticoncepção, foram: negociação sexual para o uso do preservativo masculino, recusa em manter relação sexual sem o preservativo, diálogo e busca de um consenso e fingir a aceitação de um novo filho em outro momento de suas vidas. Essas estratégias não ocorrem isoladamente na vida dessas mulheres, ou seja, elas podem se alternar em momentos diferentes e conforme as possibilidades de rupturas do poder masculino.

O poder é heterogêneo, está sempre em movimento, alternando posições e sofrendo rupturas. Nesse sentido, essas estratégias se constituem em resistências ao poder e/ou dominação masculina, proporcionando às mulheres espaço e possibilidade de alternância de posições. Como refere Welzer-Lang (2001), a dominação não deve ser analisada como um bloco monolítico onde tudo está dado, onde as relações se reproduzem de forma idêntica. O importante é que essas mulheres encontrem espaços e possibilidades de rupturas; nesse sentido, os profissionais de saúde poderiam ajudar. A própria discussão gerada nos grupos focais, ao longo desta pesquisa, proporcionou a essas mulheres a reflexão sobre suas experiências de anticoncepção, levantando questionamentos e possibilidades de rupturas de relações de poder.

Nessa perspectiva, a participação das mulheres na pesquisa e a oportunidade de compartilharem suas experiências de vida nos grupos focais podem ter contribuído para o *empowerment* dessas mulheres, melhorando sua condição nas relações de gênero. *Empowerment* aqui representa a expansão do poder de escolha e o aumento da capacidade de agir das pessoas sobre os recursos e decisões que afetam suas vidas, também podendo ajudar na superação da desigualdade de gênero (MENEGHEL; FARINA; RAMÃO, 2005). É preciso ressaltar, porém, que a participação nos grupos focais pode ter promovido, em certa medida, o *empowerment* dessas mulheres num nível mais individual, tendo em conta que o poder para escolher e concretizar suas escolhas, em especial no que tange a sua

fertilidade, tem também muito a ver com as políticas e práticas sociais, aí incluídos o contexto de vida e as desigualdades sociais. Para uma mudança no *status* dessas mulheres num nível mais macro, contribuindo para sua autonomia contraceptiva, seriam necessárias ações coletivas no sentido de modificar políticas e programas públicos, como, por exemplo, inserir o homem nos programas de planejamento familiar, proporcionar acesso aos serviços e aos métodos anticoncepcionais e melhorar a capacidade resolutiva desses serviços, dentre outras medidas.

6.2 Exercendo o poder de escolha: maternidade por opção - “eu quis ter elas”

Ao contrário das situações que envolvem a anticoncepção, a concepção é um contexto onde, muitas vezes, predomina o poder feminino em função do seu tradicional papel no controle da reprodução. No campo da concepção, os direitos reprodutivos, que incluem o direito da mulher de tomar decisões sobre o seu corpo e sobre a reprodução, são mais fáceis de serem contemplados no nível de políticas e programas públicos. Ao exercerem os seus direitos reprodutivos, as mulheres estarão exercendo também a sua autonomia, ou seja, o seu poder de decisão sobre seus corpos, suas vidas e o contexto em que vivem, e este poder deve favorecer a realização de seus desejos. No caso das mulheres participantes da pesquisa, a concepção parece ser, dentre as dimensões do processo de reprodução, aquela onde o potencial de autonomia feminino é maior, no sentido de poder escolher e concretizar escolhas.

Hera: *Eu decidi, eu disse pra ele que quero um guri. Eu falei pra ele, eu vou ficar grávida de um guri. E ele não queria. Aí, pra ficar grávida do guri, eu tive que mentir pra ele que eu estava tomando pílula.*

Euterpe: *Eu, do meu primeiro, o meu marido não queria, né. Mas eu queria.*

Cibeli: *E o que tu fizeste?*

Euterpe: *Eu parei de tomar pílula. Daí, ele perguntava: “tomou o remédio?”. “Tomei”. Mas botava fora. Ele me dava o remédio, e eu botava fora, né. Era do primeiro. O segundo também eu quis. O segundo, o pai dele queria também, era outro companheiro. Daí, nós tivemos ele. E foi uma boa diferença também de idade. E, mesmo se tivesse sido com o primeiro companheiro, teria tido outro, né? Porque eu queria ter. Teria feito como fiz da primeira vez, não tomava pílula. Porque eu sempre quis um casal, ou dois gurus ou*

duas gurias, sei lá. E dela [terceira filha] aconteceu, acontecendo (G1E5).

A discussão acima sugere que as mulheres possuem o domínio sobre a reprodução e conseguem exercer a sua autonomia conceptiva plenamente. No caso dessas duas mulheres, Hera e Euterpe, mesmo contra a vontade de seus companheiros, elas resolveram engravidar e utilizaram como estratégia a interrupção do uso da pílula anticoncepcional. Essa estratégia pode ser considerada simples e fácil de executar, pois os homens pouco participam desse processo de controle da reprodução. Além disso, tendo em conta os significados de maternidade para essas mulheres, a vontade de ter filhos aparece como um fato inquestionável e de bastante força em suas vidas, apesar de todas as dificuldades materiais que enfrentam no cotidiano (SCAVONE, 2004). Como refere Scavone (2004), a escolha da maternidade está ligada a numerosas causas que, isolada ou conjuntamente, se explicam no ponto de intersecção do biológico e do social: o desejo pela reprodução da espécie; a busca de um sentido para a vida; a necessidade de valorização e reconhecimento social; o amor pelas crianças; a reprodução tradicional do modelo de família, entre outros. Para as mulheres, em geral, a maternidade faz parte da sua essência, processo já naturalizado em nossa sociedade e, para o homem, a paternidade se constitui num projeto de construir uma família, pressupondo maturidade e casamento (COSTA, 2002).

Ainda vale ressaltar sobre discussão apresentada que Euterpe planejou os dois primeiros filhos conforme o seu desejo. Porém, o seu terceiro filho não foi planejado, demonstrando sua dificuldade em exercer a sua autonomia contraceptiva. Nesse sentido, podemos inferir que a contracepção, para as mulheres desta pesquisa, encontra mais obstáculos do que a concepção, pois sofre influência de condicionantes e/ou limitantes externos ao exercício da autonomia.

Uma outra questão levantada pelas mulheres que comprova a sua autonomia conceptiva é a utilização de uma gravidez para tentar manter o casamento.

Ártemis: [...] Às vezes, tem mulheres aí que têm, como ela diz, que engravidam para segurar marido. Tem várias, eu conheço uma que tem doze filhos.

Cibeli: E como é que elas conseguem segurar o marido tendo um filho atrás do outro?

Ártemis: Às vezes, é porque o homem fica com medo de separar e ter que dar pensão para aquele monte de filho, tem uns que ficam com medo.

Afrodite: Eles preferem ficar junto com a mulher e não ter que dar pensão.

Ártemis: Aí, o que elas fazem: elas vão fazendo mais barriga pra segurar mais os homens, mas não sabem que a dificuldade vai apertando [...]. Não sabem elas que elas vão se prejudicar também (G2E3).

Nos relatos acima destacados, as mulheres referem que a gravidez pode ser uma estratégia feminina utilizada para ‘segurar o marido’, mas não apóiam essa conduta, considerando as dificuldades, principalmente financeiras, que um número elevado de filhos pode acarretar. Para o homem, a paternidade implica em responsabilidades, tendo em conta a sua função social de provedor. Nesse sentido, uma gravidez não-planejada é vista pelos homens como uma estratégia de liderança feminina no campo da reprodução (ARILHA, 1999; FONSECA, 2004a). Ainda com relação à gravidez desejada pelas mulheres, destaco abaixo um diálogo em que Leda relata a vontade de construir uma nova família por conta de um novo casamento.

Cibeli: Em geral, as mulheres desta comunidade têm o número de filhos que queriam ter? O que vocês acham?

Ida: [...] Eu tive os meus porque eu quis. Porque eu fui tentar guri, e só veio menina, nenhum guri.

Leda: Eu tive dois casamentos. Então, no primeiro, eu tive meu guri, que tem sete anos. E aí, no segundo casamento, eu sempre sonhava em formar uma nova família e em ter mais filhos (G2E1).

Grande parte das mulheres, quando assumem um novo relacionamento, deseja ter um ou mais filhos com o novo companheiro, seja para reconstruir uma nova família ou para que esse companheiro mantenha o seu sustento e o dos filhos anteriores. Como refere Fonseca (2004b), em classes populares, existe uma prevalência de uniões consensuais e alta taxa de instabilidade conjugal e recasamento. Além disso, essa autora também ressalta que a pluripaternidade passa a ser vista como uma tática da mulher para estender sua rede social e aumentar suas fontes potenciais de ajuda.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo problematizar as experiências de anticoncepção de multíparas pobres atendidas em uma UBS da Região Metropolitana de Porto Alegre, considerando os fatores que condicionam sua autonomia para escolher o número de filhos, o momento de engravidar e as estratégias de anticoncepção. A partir desse objetivo, foram estabelecidas as seguintes questões norteadoras: como as participantes da pesquisa explicam o número elevado de filhos? Como as desigualdades de poder de gênero estão manifestas nessas razões? Quais os fatores que condicionam a autonomia dessas mulheres na anticoncepção? Quais as repercussões da multiparidade para a autonomia dessas mulheres? Quais os mecanismos de resistência que essas mulheres mobilizam na busca de autonomia para escolher o número de filhos, o momento de engravidar e as estratégias de anticoncepção?

No processo de pesquisa, autonomia foi entendida como o poder de decisão das mulheres sobre seus corpos, suas vidas e o contexto em que vivem. Tal poder deve favorecer a realização de seus desejos, o rompimento com os ciclos e espaços de dependência, exploração, opressão e subordinação das mulheres (BRASIL, 2004a; SAFFIOTI, 2002).

A pesquisa que embasou esta dissertação foi de caráter qualitativo, do tipo exploratório-descritivo. As informações foram coletadas através da técnica de grupo focal. Para analisar as informações produzidas na interação grupal, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2004).

Os grupos focais possibilitaram o compartilhamento de experiências e idéias sobre um problema que faz parte da vida das mulheres – a anticoncepção. Ao longo das discussões grupais, as participantes da pesquisa expressaram percepções, opiniões e vivências, na maioria das vezes, semelhantes sobre a temática em questão. O uso de grupos focais como estratégia de pesquisa proporcionou às mulheres participantes da pesquisa espaço para uma reflexão sobre suas experiências de vida, em especial, sobre a sua condição de multípara e sobre as causas e conseqüências dessa condição.

No relato de suas experiências de anticoncepção, as mulheres participantes da pesquisa justificaram o número elevado de filhos, indicando que sua condição de

multípara tem origem na reduzida autonomia para realizar e concretizar escolhas com relação a sua fertilidade. A análise das informações geradas nos grupos focais permite argumentar que, nas circunstâncias de vida dessas mulheres, a pouca autonomia para controlar a fertilidade é reflexo de uma redução de poder que elas experimentam (em um nível mais macro), justamente para controlarem suas vidas. A análise sugere que a autonomia contraceptiva das mulheres pobres multíparas que participaram da pesquisa está condicionada por fatores sociais e individuais, os quais foram assim divididos apenas para fins de análise, pois, nas experiências de vida dessas mulheres, encontram-se interligados. Nas justificativas para a multiparidade levantadas pelas participantes da pesquisa e interpretadas na análise como condicionantes sociais, quatro fatores foram lembrados: dificuldades financeiras, problemas de acesso aos serviços de saúde e aos métodos anticoncepcionais e desigualdades de poder de gênero.

Com relação às dificuldades financeiras, a análise dos relatos das mulheres permite argumentar que elas estão sendo sujeitos de um processo que se poderia caracterizar como 'retroalimentado', no qual as precárias situações socioeconômicas acabam gerando condições muito limitadas para o exercício da cidadania, em especial, no tocante aos direitos reprodutivos, o que reduz o poder para planejar as gravidezes. Com dificuldades para planejar o momento de engravidar, o espaçamento entre gravidezes e o tamanho da sua família, essas mulheres acabam tendo gravidezes indesejadas e um número de filhos maior que o esperado. As precárias condições para planejarem suas vidas e controlarem sua fertilidade e a multiparidade que resulta daí, por sua vez, repercutem negativamente nas condições de vida dessas mulheres, reduzindo ainda mais seu nível de cidadania e aumentando sua pobreza.

Esta análise sugere, de forma significativa, que o fenômeno da multiparidade entre mulheres pobres tem a ver muito mais com problemas de ordem estrutural do que individual, este último um argumento que muitas vezes embasa as ações dos profissionais de saúde empenhados em diminuir as taxas de natalidade nas camadas mais pobres da população. Tais ações são pautadas na individualização da responsabilidade sobre o controle da fertilidade do casal, na maioria das vezes, centrada nas ações das mulheres, e investem principalmente em estratégias de educação para o uso de métodos anticoncepcionais. Sem investir de forma paralela em transformações sociais que permitam às mulheres uma gama maior de

alternativas e um maior poder de escolha na vida e no campo da reprodução, além de um compartilhamento da anticoncepção com o homem, essas ações têm suas margens de sucesso muito limitadas. Nesse sentido, o presente estudo fornece subsídios para que ações de promoção da saúde reprodutiva das mulheres mais abrangentes e contextualizadas possam ser realizadas no âmbito dos serviços de saúde.

Como já foi referido anteriormente, as desigualdades de poder de gênero também tiveram destaque no compartilhamento de experiências de anticoncepção em que foram referidas justificativas para a multiparidade. A influência do companheiro na escolha do método anticoncepcional, a sua negação em participar das ações de anticoncepção, sobretudo quanto ao uso do preservativo masculino e realização da vasectomia, e a subordinação dos desejos femininos aos desejos masculinos são os exemplos lembrados nas discussões que ilustram as desigualdades. As desigualdades de poder de gênero têm a ver com problemas de ordem estrutural, tendo em conta o modelo patriarcal ainda existente em nossa sociedade, sendo difícil para as mulheres, no nível individual, modificar esse processo.

Com relação aos fatores individuais lembrados nas falas das participantes da pesquisa como implicados na situação de multiparidade por elas vivenciada, ganharam destaque os efeitos colaterais dos métodos anticoncepcionais e a auto-responsabilização das mulheres pelo controle da fertilidade do casal. Nas experiências relatadas, os efeitos colaterais dos métodos anticoncepcionais, em sua maioria, estão relacionados ao uso da pílula anticoncepcional, a qual é referida como causadora de problemas de saúde às mulheres, levando-as a rejeitar ou abandonar o método.

Nas suas falas, as participantes da pesquisa compartilham relatos de percursos contraceptivos semelhantes em busca de alternativas de métodos de anticoncepção que não envolvam o uso de anticoncepcionais hormonais e que sejam viáveis, considerando-se suas condições de vida. Os relatos indicam que, geralmente, elas não obtêm sucesso nessas tentativas e que, diante dos limites de escolha definidos em função da sua condição social, elas acabam 'preferindo' a ligadura tubária. A 'preferência', nesse caso, não é necessariamente resultado de uma escolha, mas a única alternativa viável para a resolução de um problema contraceptivo. No caso da 'opção' pela ligadura tubária, a alternativa escolhida para

resolver de uma vez por todas os problemas gerados pela necessidade de regulação da capacidade reprodutiva, num contexto onde o potencial pessoal para essa regulação é extremamente reduzido, parece ser a sua total eliminação. Este talvez seja o caso da maioria dos 40% de mulheres brasileiras atualmente esterilizadas (BRASIL, 2004b).

As mulheres também justificaram sua condição de múltipara como resultado de falhas pessoais no controle da sua fertilidade. Nesse contexto, foram manifestados sentimentos de culpa através da percepção de que não ‘se cuidaram’ o suficiente para não engravidar. Tal justificativa indica uma auto-responsabilização pelo controle da fertilidade do casal, papel tradicionalmente assumido pelas mulheres nas relações heterossexuais. O ‘descuido’ relatado pelas mulheres participantes da pesquisa tem relação com dificuldades de autogerenciamento da própria vida, em que se priorizam necessidades de subsistência e o cuidado com os filhos, ou dificuldades com os métodos anticoncepcionais. Tais dificuldades acabam limitando a autonomia contraceptiva das mulheres e se potencializam ao estarem interligadas a desigualdades de poder de gênero, a reações do corpo aos métodos anticoncepcionais, a dificuldades financeiras e de acesso aos serviços e aos métodos anticoncepcionais.

Como já foi referido anteriormente, a análise das informações permite concluir que a multiparidade tem repercussões negativas para a vida das mulheres participantes da pesquisa, nos âmbitos individual e social: individual, no sentido de limitar as suas possibilidades de escolha de como viver a vida, repercutindo no cuidado de si e na auto-estima; social, no sentido de levá-las a abandonar investimentos pessoais em trajetórias profissionais e de formação. A maternidade, por si só, já vem acompanhada de exigências e limitações para a vida das mulheres. No caso das participantes da pesquisa, que possuem três filhos ou mais, essas limitações se multiplicam, gerando uma redução do potencial de autonomia para organizarem suas vidas e, sobretudo, sua vida reprodutiva.

O estudo demonstrou que, apesar de as participantes da pesquisa, em alguma medida, terem consciência dos fatores que limitam o seu potencial de autonomia contraceptiva, aí incluídas as desigualdades de poder de gênero, elas parecem não ter poder para modificar essa situação. No entanto, como o poder circula nas relações, existe sempre a possibilidade de que elas ocupem posições de poder e consigam minimizar as dificuldades que enfrentam para controlar sua

fertilidade. Com relação especificamente às desigualdades de poder de gênero, as participantes da pesquisa referiram a utilização de estratégias para romper com o processo de submissão ao poder masculino, o qual resulta na diminuição do potencial de autonomia para o controle da sua fertilidade. Nesse contexto, elas indicaram o emprego de mecanismos de negociação sexual para o uso do preservativo masculino, como a recusa em manter relação sexual sem o preservativo, o diálogo, a busca de um consenso e uma suposta aceitação de um novo filho em outro momento de suas vidas. Essas estratégias não ocorrem isoladamente na vida dessas mulheres, ou seja, elas podem se alternar em momentos diferentes e conforme as possibilidades de rupturas do poder masculino.

Outra demonstração do exercício de poder por parte dessas mulheres referida nas discussões grupais foi a concretização de seu desejo de ter filhos, independentemente da vontade do companheiro. Os dados permitem argumentar que a concepção parece ser, dentre as dimensões do processo de reprodução, aquela em que o potencial de autonomia dessas mulheres é maior – no sentido de poder escolher e concretizar as escolhas. Ter poder para decidir por uma gravidez é uma experiência de autonomia que se constitui na própria condição de mulher e, portanto, responsável pelo controle da reprodução.

As análises desenvolvidas no presente estudo trazem contribuições importantes para o trabalho dos profissionais de saúde não só por indicarem as circunstâncias e os fatores implicados na produção do fenômeno da multiparidade em comunidades pobres, como também por mostrarem os limites das ações e dos serviços que atuam no campo do planejamento familiar. No âmbito dos programas e políticas públicas destinadas a promover a saúde das mulheres, os profissionais de saúde têm centrado suas ações no desenvolvimento de projetos educativos destinados a promover a conscientização, principalmente da mulher, sobre a importância do planejamento familiar para a preservação da sua saúde e a da sua família.

Nesse contexto, destaca-se a atuação de enfermeiras/os, em geral responsáveis por desenvolver as ações de educação em saúde propostas. Como o presente estudo mostra, os limites dessas ações estão justamente na concentração de esforços para tornar as mulheres competentes no cuidado de si, sem interferir em nenhuma medida no ambiente, que se mostra sem condições para que o autocuidado se concretize. As experiências de vida e de anticoncepção das

participantes da pesquisa demonstram que os profissionais da saúde em geral, e as/os enfermeiras/os em particular, precisam extrapolar o terreno individual na promoção da saúde reprodutiva dessas mulheres e passar a agir também para melhorar suas condições de vida, de forma que sua autonomia para decidir quantos filhos ter e quando tê-los possa ser apenas parte de um espaço de cidadania exercido também em outros momentos decisórios.

O estudo também mostra a importância da inclusão dos homens em programas que efetivamente invistam em ações de planejamento familiar, o qual deve ser assumido igualmente pelo casal. A melhoria das condições de vida de mulheres pobres deve incluir também o acesso a serviços de saúde resolutivos do ponto de vista do atendimento às suas demandas de saúde em geral e, em especial, às suas necessidades no campo da reprodução.

As noções de planejamento familiar, saúde reprodutiva e direitos reprodutivos trouxeram contribuições importantes para se pensar a promoção da saúde da mulher como sendo tanto uma ação social quanto de saúde. Porém, como as experiências de multiparidade das participantes da pesquisa sugerem, o problema é que esses ideais ainda não foram suficientemente incorporados às ações dos serviços de saúde que atendem as camadas mais carentes da população. A busca para atingir tais ideais deve incluir não só ações específicas no campo da saúde, como o acesso irrestrito a todos os métodos anticoncepcionais disponíveis e a atenção dos profissionais de saúde para o aconselhamento e acompanhamento para uso do método escolhido, como também ações de promoção da cidadania das mulheres pobres, como o acesso ao trabalho remunerado e à educação, a disponibilização de creches públicas, etc. A retórica produzida no campo do planejamento familiar e sua ênfase na defesa dos direitos reprodutivos contradizem as experiências vividas pelas mulheres pobres que participaram desta pesquisa, no sentido de não estarem proporcionando a essas mulheres o direito básico de decidir sobre sua fertilidade, aí incluído o direito à informação e aos meios para assim fazer.

O estudo demonstrou também que, no campo da anticoncepção, essas mulheres não têm acesso a uma atenção em saúde organizada conforme os princípios do SUS. Sob a perspectiva do SUS, a cobertura do sistema de saúde deveria ser integral e universal, garantindo a todos, independentemente do nível de renda ou capacidade de pagamento, acesso gratuito a qualquer bem ou serviço de saúde. Além disso, os governos federais, estaduais e municipais deveriam prover

recursos em quantidade suficiente para financiar essas ações (MEDICI, 1999). As dificuldades de acesso aos serviços e, conseqüentemente, aos métodos contraceptivos indicam que as participantes da pesquisa estão expostas a uma vulnerabilidade programática, uma vulnerabilidade que tem origem na disponibilização não-efetiva dos recursos (AYRES, 2003). Esses recursos, no campo da anticoncepção, têm a ver com a qualidade dos programas de planejamento familiar, em que as demandas contraceptivas das mulheres deveriam ser atendidas à medida que se manifestassem, no sentido de acesso, disponibilidade de métodos anticoncepcionais e resolutividade de seus problemas.

Ainda em relação às contribuições deste estudo para o campo da promoção da saúde, pode-se ressaltar a importância da utilização de grupos focais para a pesquisa de determinadas temáticas que precisam ser discutidas e problematizadas na comunidade. Através dos grupos focais, formou-se um bom vínculo entre a pesquisadora e as participantes da pesquisa, facilitando a discussão de temas pouco abordados, como, por exemplo, as relações de gênero. Essa técnica proporcionou às mulheres momentos para a reflexão e o compartilhamento de experiências de vida, o que pode ter favorecido a mobilização individual e coletiva para o trabalho em prol da transformação da realidade compartilhada. Nesse sentido, o emprego de grupos focais como estratégia de pesquisa demonstrou ter o potencial para promover o *empowerment* dos sujeitos da pesquisa, embora seja necessário reconhecer que, para que essas mulheres tivessem adquirido recursos durante a pesquisa para intervir nas suas próprias condições de vida, teria sido necessário um trabalho mais a longo prazo e, num âmbito mais macro, trabalhar para favorecer políticas públicas que oferecessem condições para a necessária transformação das estruturas de subordinação feminina em contexto de pobreza.

Concluo este trabalho compreendendo melhor o contexto da multiparidade nas camadas pobres da população, o que contribuiu tanto para o meu crescimento pessoal quanto para o profissional, no sentido de me fazer repensar ações e condutas que tenho tomado com base em julgamentos superficiais sobre a situação, sem ter uma prévia noção do contexto de vida dessas mulheres.

Como sugestão, penso que seria possível realizar um projeto de extensão sobre planejamento familiar, via universidade, com vários profissionais e alunos da área da saúde, para a população que freqüenta a UBS pesquisada. Dessa forma, poderiam ser amenizadas as dificuldades que essas mulheres enfrentam em relação

ao acesso aos serviços e aos métodos anticoncepcionais através de um atendimento de qualidade que contemplasse a saúde reprodutiva das mulheres e respeitasse os seus direitos. No entanto, este trabalho não basta para modificar o contexto de vida dessas mulheres. Para isso, seria necessário um investimento paralelo no sentido de pensar em estratégias, com as mulheres e lideranças comunitárias, para investir na educação, no trabalho, nas políticas públicas, dentre outros, e assim contribuir efetivamente para a autonomia das mulheres da comunidade no campo da anticoncepção.

REFERÊNCIAS

ARILHA, Margareth. Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão. *In*: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 455-467.

ÁVILA, M. B. Cidadania, direitos humanos e direitos das mulheres. *In*: BRUSCHINI, C.; UNBEHAUM, S. G. **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: FCC; Ed. 34, 2002. p. 121-142.

_____. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S465-S469, 2003. Suplemento 2.

_____. ; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. *In*: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: HUCITEC; Population Council, 1999. p. 70-103.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-139.

BARBOSA, M. S. O controle social e a participação popular: algumas considerações. **Toques de Saúde: Cunha Coletivo Feminista**, João Pessoa, n. 3, p. 6, fev. 2004.

BARBOUR, Roselaine S.; KITZINGER, Jenny. **Developing focus group research: politics, theory and practice**. London: Sage, 1999.

BATLIWALA, S. The meaning of women's empowerment: new concepts from action. *In*: SEN, G. *et al.* **Population policies reconsidered: health, empowerment, and rights**. Boston: Harvard University Press, 1994. p. 127-138.

BERQUÓ, Elza. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. *In*: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 113-126.

_____. Apresentação. *In*: _____ (Org.). **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003.

BRASIL. **Código civil novo**: código civil e constituição federal. 57º ed. São Paulo: Saraiva, 2006a.

BRASIL. Comissão Especial Temática e de Relatoria. CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 1., 2004a, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/spmulheres>>. Acesso em: 22 nov. 2004 às 20 h.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 38. ed. São Paulo: Saraiva, 2006b. (Coleção Saraiva de legislação).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 21082-21085, 16 out. 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Portal do planejamento familiar**. Brasília, DF, 2006c. Disponível em: URL: <<http://www.portal.saude.gov.Br>>. Acesso em: 27 jan. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 144 de novembro de 1997. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 227, 20 nov. 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004b. 82 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Avançar na transversalidade de perspectiva de gênero nas políticas públicas**. Brasília, DF: CEPAL, SPM, 2005.

_____. Presidência da República. **Contribuição especial de políticas para as mulheres para as Conferências Estaduais**. Brasília, DF, 2004c. 60 p.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF, 2004d. 104 p. Disponível em: www.presidencia.gov.br/spmulheres. Acesso em: 25 ago. 2005.

CAMARANO, A. A.; ARAÚJO, H. E.; CARNEIRO, I. G. Tendências da fecundidade brasileira no século XX: uma visão regional. *In*: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 95-111.

CAREY, M. A. The group effect in focus group: planning, implementing and interpreting focus group research. *In*: MORSE, J. M. (Org.). **Critical issues in qualitative research methods**. London: Sage, 1994. p. 225-241.

CARVALHO, L. E. C. *et al.*. Número ideal de filhos como fator de risco para laqueadura tubária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1565-1574, nov./dez. 2004.

CARVALHO, M. L. O.; PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 23-31, fev. 2001.

_____ ; SCHOR, N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 788-794, out. 2005.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul./ago. 2004.

_____ *et al.* As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, jul./set. 2004.

CASTIEL, L. D. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria ‘comunidade’. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 615-622, out. 2004.

COELHO, E. A. C. ; GARCIA, T. R. Política de atenção à saúde da mulher: um jogo de luzes e sombras. **Toques de Saúde: Cunha Coletivo Feminista**, João Pessoa, n. 3, p. 6, fev. 2004.

CORRÊA, S. Gênero e saúde: campo em transição. *In*: BRUSCHINI, C.; UNBEHAUM, S. G. (Org.). **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: FCC Editora 34, 2002. p. 357-388.

CORRÊA, S.; ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. *In*: BERQUÓ, Elza (Org.). **Sexo & vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003. p. 17-78.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. *In*: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 319-336.

COSTA, Rosely Gomes. Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da concepção. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, p. 339–356, 2. sem. 2002.

COSTA, S. G. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, p. 301-323, 2. sem. 2002.

DELOR, F.; HUBERT, M. Revisiting the concept of 'vulnerability'. **Social Science and Medicine**, New York, v. 50, n. 11, p. 1557-1570, June 2000.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares *et al.* Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992-1999. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 93-99, jan./fev. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n1/8146.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2004.

DÍAZ, Margarita; DÍAZ, Juan. Qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva: estratégias para mudanças. *In*: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**: dilemas e desafios. São Paulo: HUCITEC; Population Council, 1999.

DUARTE, Graciana Alves *et al.* Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 207-216, jan./fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14921.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2004.

DURO, Carmen Lucia Mottin. **Maternidade e cuidado infantil**: concepções presentes no contexto de um programa de atenção à saúde da criança, Porto Alegre/RS. 2002. 161 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

EIRADO, André do; PASSOS, Eduardo. A noção de autonomia e a dimensão do virtual. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 77-85, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a10.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2004.

ESPEJO, Ximena *et al.* Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 583-590, out. 2003. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0034-891020030005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2004.

FERNANDES, Magda Fernanda Medeiros. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S253-S261, 2003. Suplemento 2. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a07v19s2.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2004.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. 6. ed. rev. atual. Curitiba: Positivo, 2004. 896 p.

FONSECA, Claudia. A certeza que pariu a dúvida: paternidade e DNA. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 13–34, maio/ago. 2004a.

FONSECA, Claudia. **Família, fofoca e honra**: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004b.

FONSECA, Tania Maria Galli. De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. *In*: LOPES, Marta Júlia.; MEYER, Dagmar E.; WALDOW, Vera Regina (Org.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 63-75.

FORMIGA FILHO, José Ferreira Nobre. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. *In*: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**: dilemas e desafios. São Paulo: HUCITEC; Population Council, 1999. p. 151-162.

FORTES, P. A. de C.; ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e promoção de saúde. *In*: LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde**- a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. p. 147-163.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**: a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A . Guilhon Albuquerque. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

GALVÃO, Loren. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. *In*: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: HUCITEC; Population Council, 1999. p. 165-179.

GASTALDO, Denise Maria. É a educação em saúde “saudável”? Repensando a educação em saúde através do conceito de bio-poder. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 147-68, jan./jun. 1997.

GELUDA, Kátia *et al.* “Quando um não quer, dois não brigam”: um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22 (8): 1671-1680, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/15.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2004.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 103-112, 2002. Suplemento.

GUIMARÃES, R. Pobreza, desigualdade, saúde e educação: projetos de sociedade. **Revista RET-SUS**, Brasília, DF, v. 2, n. 12, out. 2005.

HATCHER, R. A. *et al.* **Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção**. Baltimore: John Hopkins, 2001.

HOGA, L. A. K. As práticas anticoncepcionais no cotidiano de uma comunidade. *In*: MERIGUI, M. A. B. ; PRAÇA, N. S. (Org.). **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 47-57.

_____. **A mercê do cotidiano da anticoncepção: a mulher seguindo o seu caminho**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Núcleo de Assistência para o Autocuidado da Mulher, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000: nupcialidade e fecundidade**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 26 jul. 2004 às 15 h.

KLEIN, C. A produção da maternidade no Programa Bolsa-Escola. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 31-52, jan./abr. 2005.

KRUEGER, R. A; CASEY, M. A. **Focus groups**. 3. ed. Thousand Oaks: Sage, 2000.

MacDONALD, Gordon; BUNTON, Robin. Health promotion: discipline or disciplines? *In*: BUNTON, Robin; MacDONALD, Gordon (Ed.). **Health promotion: disciplines and diversity**. London: Routledge, 1995.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, ABRASCO, 2005. p. 47-63.

MARCOLINO, C.; GALASTRO, E. P. As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 77-82, maio 2001.

MARTINS, A. M. Autonomia e educação: a trajetória de um conceito. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 115: p. 207-232, mar. 2002.

MEDICI, A. C. Uma década de SUS (1988-1998): progressos e desafios. *In*: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: HUCITEC; Population Council, 1999. p. 104-150.

MELO, Fernanda dos Reis. **Gravidez adolescente e vulnerabilidade social nas grandes metrópoles: o caso das comunidades de Praia da Rosa e Sapucaia**. 2001. 105 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 955-963, jul./ago. 2003.

MEYER, Dagmar E. Estermann. Direitos reprodutivos e educação para o exercício da cidadania reprodutiva: perspectivas e desafios. *In*: FONSECA, C; TERTO JUNIOR, V.; FARIAS ALVES, C. (Org.). **Antropologia, diversidade e direitos humanos: diálogos interdisciplinares**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004a. p. 87-100.

_____. Educação, saúde e politização da maternidade: olhares desde a articulação entre estudos culturais e estudos de gênero. *In*: **Educar e assistir corpos grávidos para gerar e criar seres humanos "saudáveis"**: educação, saúde e constituição

de sujeitos “de direito” e “de risco”. Porto Alegre: Porto Alegre: Faculdade de Educação: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003. 16 f. Projeto de Pesquisa. Não publicado.

_____. Saúde da mulher: indagações sobre a produção dos gêneros. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 113-119, 1999.

_____. Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 1, p. 13-18, jan./fev. 2004b.

_____ *et al.* **Educação, saúde, gênero e mídia: um estudo sobre HIV/AIDS: DSTs com agentes comunitários/as de saúde do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre, RS.** Porto Alegre: Faculdade de Educação: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003. 53 f. Relatório de Pesquisa. Não publicado.

_____ *et al.* ‘Mulher sem-vergonha’ e ‘traidor responsável’: problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 51-76, maio/ago. 2004.

_____ *et al.* “You learn, we teach?: questioning relations between education and health from the perspectiva of vulnerability”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335–1342, jun. 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 2004.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 18. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MINELLA, L. S. Aspectos positivos e negativos da esterilização tubária do ponto de vista de mulheres esterilizadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 69-79, 1998. Suplemento 1.

MOGILKA, M. Autonomia e formação humana em situações pedagógicas: um difícil percurso. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 57-68, jul./dez. 1999.

MOREIRA, M. H. C.; ARAÚJO, J. N. G. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino? **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 389-398, set.-dez. 2004.

MORGAN, D. L. **Focus groups as qualitative research**. 2. ed. London: Sage, 1997.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro 9 (4): p. 1023-1032, out-dez, 2004.

OLIVEIRA, D. L. L. C de. **Brazilian adolescent women talk about HIV/AIDS risk: reconceptualizing risk sex – What implications for health promotion?** London, 2001a. 237 f. Thesis (Phd) - Institute of Education, University of London, 2001.

_____. Debate sobre o artigo de Mary Jane P. Spink. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1308, nov./dez. 2001b.

_____. A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-31, maio/jun. 2005.

_____ ; MEYER, Dagmar. Gênero e saúde das mulheres. *In*: OLIVEIRA, D. L. (Org.). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005. p. 9-30.

OLIVEIRA, D. L. L. C. *et al.* A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1309-1318, set./out. 2004.

OSIS, M. J. D. *et al.* Conseqüências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 521-32, 1999.

_____ *et al.* Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1586-1594, nov./dez. 2004.

PEREIRA, M. J. B. *et al.* Colectando datos en grupo: el grupo focal. **Revista Panamericana de Enfermería**, México, DF, v. 2, n. 1, p. 27-34, ene./jun. 2004

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004.

PRAÇA, N. S.; GUALDA, D. M. R. Anticoncepção: preocupação de puérperas moradoras em uma favela. *In*: MERIGUI, M. A. B.; PRAÇA, N. S. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.153-163.

REA, Marina Ferreira. Gravidez, parto, puerpério e amamentação. *In*: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003. p. 197-227.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 299 p.
Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br> . Acesso em: 10 jun. 2005.

RIBEIRO, L. Anticoncepção e comunidades eclesiais de base. *In*: COSTA, A. O.; AMADO, T. (Org.). **Alternativas escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina**. São Paulo: PRODIR/FCC; Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994. 344 p. p. 143-174.

SAFFIOTI, H. I. B. Violência contra a mulher e violência doméstica. *In*: BRUSCHINI, C.; UNBEHAUM, S. G. (Org.). **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: FCC, 2002. p. 321-338.

SANDRONI, P. **Novíssimo dicionário de economia**. 11. ed. Porto Alegre: Best Seller, 2002. 476 p.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SCHOR, N. *et al.* Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 2, p. 377-384, 2000.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez.1995.

SHERWIN, S. A relational approach to autonomy in health care. *In*: SHERWIN S. et al. **The politics of women's health: exploring agency and autonomy/ the feminist health care ethics research network**. Philadelphia: Temple University Press, 1998. p. 19-47.

SILVER, L. D. Direito à saúde ou medicalização da mulher? Implicações para a avaliação dos serviços de saúde para mulheres. *In*: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 299-317.

SIQUEIRA, J. T. Novas formas de paternidade: repensando a função paterna à luz das práticas sociais. *In*: SILVA, A.; LAGO, M. C.; RAMOS, T. R. A. (Org.). **Falas de gênero: teorias, análises, leituras**. Florianópolis: Mulheres, 1999. p.187-200.

SORJ, B. O feminismo e os dilemas da sociedade brasileira. *In*: BRUSCHINI, C.; UNBEHAUM, S. G. (Org.). **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: FCC, 2002. p. 99-107.

STEFPHAN-SOUZA, A. I. Relendo a política de contracepção: o olhar de um profissional sobre o cotidiano das unidades públicas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 408-424, jul./set. 1995.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos de Promoção da Saúde**. 2002. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

TEZZA, V. M. **Enfermagem obstétrica e neonatal**. Florianópolis: Bernúncia, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p.190-198, 2004. Suplemento 2.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1994.

VENTURA, M. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do direito**. Rio de Janeiro: ADVOCACI, 2003.

VERONESE, A . M. **Moto-boys de Porto Alegre**: convivendo com os riscos do acidente de trânsito. 2004. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

VIEIRA, E. M. O arrependimento após a esterilização feminina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 59-68, 1998. Suplemento 1.

_____. Políticas públicas e contracepção no Brasil. *In*: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003. p. 151-196.

_____ *et al.* Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 263-70, 2001.

VILLELA, W. V.; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. *In*: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003. p. 95-150.

WEBER, C. A. T. **Programa de saúde da família**: educação e controle da população. Porto Alegre: AGE, 2006.

WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 9, p. 460-482, 2. sem. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Education Unity. Lifestyles and health. *In*: BEATTIE A.; GOTT M.; JONES L.; SIDELL M., organizers. **Health & Wellbeing**: a reader. London: Open University Press: 1994.

YAZLLE, M. E. H. História da anticoncepção. *In*: GARCIA, R. S. (Org.). **Anticoncepcionais**: uma liberdade de escolha. São Paulo: O Nome da Rosa, 2005. p. 7-13.

APÊNDICE A – Formulário para seleção das participantes**NOME:** _____**ENDEREÇO:** _____
_____**FONE:** _____**IDADE:** _____**ESCOLARIDADE:** _____**ESTADO CIVIL:** _____**ATIVIDADE REMUNERADA (PROFISSÃO):** _____**RENDA FAMILIAR:** _____**Nº DE FILHOS:** _____

APÊNDICE B – AGENDA DE TEMAS DOS GRUPOS FOCAIS

I Encontro

- a) Apresentação (em círculo a pesquisadora apresentará o processo da pesquisa, retomando o objetivo do estudo. Técnica de apresentação: Teia de Aranha) – 20min.
- b) Negociação das regras e assinatura do termo de consentimento – 20min
- c) Intervalo com lanche – 20min.
- d) Tópico: Em geral, as mulheres desta comunidade têm o número de filhos que queriam ter? Se não, por que? As mulheres desta comunidade planejam a sua gravidez? Quando? Se não, por que? E vocês? – 30min.

II Encontro

- a) Relembrando as regras – 15min.
- b) Atividade de integração – 30min (discussão em 2 grupos, com confecção ao final de painel)
Tópico: Para vocês qual é o número ideal de filhos? Por que?
O número de filhos interfere na vida delas? Como?
- c) Intervalo com lanche – 15min.
Grupo focal – discussão sobre o tema do encontro e geração de tópicos para os próximos encontros – 30min.

III Encontro

- a) Atividade de integração – 45min (dramatização de uma história de vida)
Tópico: Qual é a atitude dos homens com relação à gravidez?
- b) Intervalo com lanche – 15min.
- c) Grupo focal – discussão sobre o tema do encontro e geração de tópicos para os próximos encontros – 30min.

IV Encontro

- a) Atividade de integração – 45min (dramatização de uma história de vida)
Tópico: Vocês tiveram liberdade para escolher quando engravidar? Isto aconteceu em todas as gravidezes? No caso de gravidezes sem planejamento, o que aconteceu para que isto ocorresse? Os companheiros contribuíram de alguma maneira?
- b) Intervalo com lanche – 15min.
- c) Grupo focal – discussão sobre o tema do encontro e geração de tópicos para os próximos encontros – 30min.

V Encontro

- a) Atividade de integração – 30min (distribuição de métodos anticoncepcionais sobre uma mesa para que as mulheres possam escolher e após justificar para o grupo esta escolha)
Tópico: Em geral, as mulheres têm liberdade para escolher o método anticoncepcional? Quais os fatores que influenciam estas escolhas? E o homem participa desta escolha? E no caso de vocês?
- b) Intervalo – 10min.
- c) Grupo focal – discussão sobre o tema do encontro e avaliação das participantes e da pesquisadora sobre o processo de pesquisa – 45min.
- d) Confraternização – 25min.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Cibeli de Souza Prates, sob orientação da Prof^a Dr^a Dora Lúcia de Oliveira, está realizando um estudo intitulado “Autonomia nas experiências de anticoncepção de mulheres pobres e multíparas atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Canoas/RS”. O estudo tem o apoio da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Canoas/RS.

O objetivo desta pesquisa é estudar as experiências de anticoncepção de mulheres pobres que possuem três filhos ou mais, atendidas em uma UBS de Canoas/RS, considerando os fatores que condicionam a sua autonomia para escolher o número de filhos, o momento de engravidar e as estratégias de anticoncepção. Estudar estas experiências poderá ajudar os profissionais de saúde a entender os fatores que contribuem para que mulheres tenham um número elevado de filhos. Além disso, o estudo busca compartilhar informações, gerar discussões, para que em conjunto, os profissionais de saúde pensem em estratégias para promover a autonomia das mulheres no campo da reprodução.

A pesquisa se desenvolverá através de encontros grupais entre mulheres da comunidade, onde serão discutidos assuntos sobre suas experiências de anticoncepção. Você está sendo convidada a participar deste estudo. Sua colaboração será de muita importância, mas se desistir, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo para você.

As entrevistas serão gravadas sob sua autorização, as fitas serão guardadas pelo prazo mínimo de 5 anos e destruídas após este período. As informações nelas contidas serão utilizadas para fins de pesquisa que será divulgada posteriormente.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste estudo, pois fui informada, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos a que serei submetida, dos riscos, desconfortos e benefícios do presente Projeto de Pesquisa. Fui igualmente informada:

1. Da garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida sobre os procedimentos da pesquisa.

2. Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso me traga nenhum tipo de prejuízo.

3. Da segurança de que não serei identificada e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade e da ausência de custos pessoais.

A pesquisadora responsável por este projeto de pesquisa é a mestranda Cibeli de Souza Prates, Enfermeira, COREN nº 62839 (Fone:32465039), orientada pela Dra. Dora L. L. de Oliveira (Fone: 33165481). Em caso de dúvidas, entre em contato com a Enfermeira-pesquisadora.

Assinatura da responsável pela pesquisa

Assinatura da voluntária

Canoas (RS), _____ de _____ de 2005.

APÊNDICE D – CONVITE PARA OS ENCONTROS**GRUPO DE MULHERES SOBRE EXPERIÊNCIAS DE ANTICONCEPÇÃO**

PRÓXIMO ENCONTRO DATA: **04/07/05**
(segunda-feira)

HORÁRIO: **15h30min**

LOCAL: **Associação dos Moradores da Vila União (fica na UBS UNIÃO)**

Professora Cibeli de Souza Prates (ULBRA)

SUA PRESENÇA É MUITO IMPORTANTE!

GRUPO DE MULHERES SOBRE EXPERIÊNCIAS DE ANTICONCEPÇÃO

1º ENCONTRO DATA: **02/06/05**(quinta-feira)

HORÁRIO: **15h30min**

LOCAL: **Associação dos Moradores da Vila União (fica na UBS UNIÃO)**

Professora Cibeli de Souza Prates (ULBRA)

SUA PRESENÇA É MUITO IMPORTANTE!

APÊNDICE E – CARACTERÍSTICAS DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Grupo 1

Tália – 42 anos, cursou até 2ª série do ensino fundamental, possui cinco filhos de companheiros diferentes. Atualmente está morando em uma casa de fundos com o terceiro companheiro, e sua renda familiar é de R\$ 380,00. Já trabalhou fora como doméstica, mas agora está sem trabalho em casa. Nos grupos, foi bem comunicativa, utilizando uma linguagem simples, mas sempre participava expressando suas opiniões.

Hera – 31 anos, cursou até a 7ª série do ensino fundamental, possui 4 filhos de companheiros diferentes. O ex-companheiro, pai dos três primeiros filhos, esteve preso por algum tempo. O companheiro atual trabalha fora e a renda familiar no momento é de R\$ 230,00. Hera demonstrou ser uma pessoa comunicativa, responsável e determinada, expressando sempre suas opiniões e sentimentos. Esteve presente em todos os encontros.

Deméter – 25 anos, cursou até a 6ª série do ensino fundamental, possui 4 filhos do mesmo companheiro. Seu companheiro trabalha fora e a renda é de R\$ 400,00. Deméter está procurando trabalho para auxiliar nas despesas de casa. Demonstrou nos grupos, ser uma mulher que luta para alcançar seus sonhos e desejos.

Atena – 26 anos, cursou o ensino médio, possui 4 filhos de companheiros diferentes. O primeiro filho foi de um namorado que não assumiu a criança. O companheiro atual é o pai dos outros 3 filhos e trabalha fora. A renda familiar é de R\$ 400,00. Atena é uma mulher evangélica, que em alguns momentos mostra-se submissa através de suas crenças religiosas. Mas, em outros momentos, também questiona sua relação com o companheiro e impõe suas vontades e opiniões. Esteve presente em todos os encontros, era a mais esclarecida das participantes do grupo e valoriza muito a família.

Euterpe – 29 anos, cursou até a 3ª série do ensino fundamental, possui 3 filhos de companheiros diferentes. Atualmente vive com segundo companheiro e sua renda familiar é de R\$ 350,00. Já trabalhou fora como doméstica, mas atualmente fica em casa cuidando dos filhos. Nos primeiros encontros ficava mais calada, mais tímida, mas aos poucos foi participando mais e expressando suas opiniões.

Grupo 2

Ida – 33 anos, cursou o ensino fundamental, possui 5 filhos do mesmo companheiro. Trabalha como diarista e sua renda familiar é de R\$ 230,00. Nos grupos, era bem falante e determinada nas suas colocações. Faltou a alguns encontros porque foi chamada para trabalhar nestes dias.

Dione – 39 anos, cursou o ensino fundamental, possui 4 filhos com o mesmo companheiro. Trabalha como auxiliar de produção, mas no momento está em licença saúde. Seu companheiro está desempregado. A renda familiar é de R\$ 400, 00. Possui um sotaque diferente, pois sua cidade natal é o Pará. Esteve em todos os encontros e foi bastante participativa.

Ártemis – 25 anos, cursou até a 4ª série do ensino fundamental, possui 4 filhos de companheiros diferentes. O companheiro atual é pai dos últimos 3 filhos e trabalha como servente de obras, sem vínculo empregatício. Sua renda familiar é de R\$ 100, 00. Artemis não trabalha fora e vive em condições precárias de vida, muitas vezes faltando até mesmo o alimento para os filhos. Participou bastante nos grupos, porém nos dois últimos encontros não pôde participar porque seu filho de 10 meses foi internado por problemas respiratórios e foi a óbito.

Afrodite – 22 anos, cursou até a 5ª série do ensino fundamental, possui 4 filhos de companheiros diferentes. O companheiro atual está desempregado e sua renda familiar de R\$ 80,00 é alcançada através de reciclagem de materiais como garrafas plásticas e latas. Afrodite teve bebê há pouco tempo e vive em condições bem precárias de vida. Participou bastante nos grupos focais.

Urânia – 36 anos, analfabeta (sabe escrever somente o seu nome), teve 7 filhos de companheiros diferentes. Em relação aos filhos, 4 moram com ela, 2 moram com as avós paternas e 1 foi a óbito. O companheiro atual é presidiário. Vive com uma renda de R\$ 260, 00 (bolsa do governo), em condições bem precárias de vida. Urânia demonstra ter déficit intelectual e apresentou uma certa dificuldade em expor suas opiniões.

Gaia – 36 anos, cursou até a 2ª série do ensino fundamental, possui 4 filhos do mesmo companheiro. Seu companheiro está em licença saúde por problemas mentais e recebe uma renda do INSS de R\$ 300, 00. Sua filha mais velha é casada, não mora com ela e tem 2 filhos. Gaia participou bastante nos grupos e demonstra ser uma mulher decidida e determinada nas suas decisões e posições.

Leda – 21 anos, cursou até a 4ª série do ensino fundamental, é evangélica e possui 3 filhos de companheiros diferentes. O companheiro atual é pai dos últimos 2 filhos e trabalha fora. A renda familiar é de R\$ 300, 00. Leda demonstrou ser tímida, necessitando ser estimulada a falar e expor suas opiniões.

Réia – 43 anos, cursou a 1ª série do ensino fundamental, possui 4 filhos do mesmo companheiro. A renda familiar é de R\$ 400,00 obtida através do trabalho do companheiro. Réia não trabalha fora e ajuda a cuidar dos netos. Nos grupos ficava mais calada, necessitando ser estimulada a expressar suas posições.

ANEXO – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA ULBRA



UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS E ANIMAIS

TERMO DE AVALIAÇÃO

CEP-ULBRA 2005-091H									
Título: GÊNERO E AUTONOMIA NAS EXPERIÊNCIAS DE ANTICONCEPÇÃO DE MULHERES PUBRES MULTÍPARAS ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) DE CANOAS/RS									
Autor(a) e Pesq. Resp: Cibeli de Souza Prates									
Prof. Orient: Dora Lúcia Leidens Correia Oliveira									
Colaboradoras: Ana Clarissa Nerling, Fabíola Ferri Dada e Analícia C. Meller									
Tipo de projeto: <input type="checkbox"/> Pesquisa <input type="checkbox"/> TCC <input checked="" type="checkbox"/> Dissertação <input type="checkbox"/> Tese Grupo: III Dir. Pesq.: NSA									
Curso: Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem - UFRGS Ingresso: 07/04/2005									
Instituição onde será realizada: Unidade Básica de Saúde União do Município de Canoas/RS									
Número de Sujeitos	No centro:	20	Projeto Multicêntrico:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Cooperação Estrangeira:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
	Total:	20		<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Patrocinador: Pesquisador responsável									
Data da avaliação: Reunião Ordinária de 28 de abril de 2005									

O projeto de pesquisa, acima identificado, foi avaliado e aprovado pelo plenário do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e Animais da ULBRA, por estar de acordo com as normas vigentes na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, e em suas complementares (Resoluções 240/97, 251/97, 292/99, 303/00, 304/00 e 340/04 do CNS/MS) que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos.

O (a) pesquisador (a) responsável deverá apresentar relatório(s) anual(is) e final a este CEP, informando os resultados da pesquisa, bem como comunicar a data de conclusão da mesma.

Canoas, 11 de maio de 2005.

Schneider
DR. JOSÉ SCHNEIDER SANTOS
 Coordenador do CEP-ULBRA